

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

**CREENCIAS MATERNAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS
MENORES DE UN AÑO QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE DEL
MUNICIPIO DE SANTA MARÍA CHIQUIMULA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA 2020**
TESIS DE GRADO

ANTONIA NICANORA VICENTE RENOJ
CARNET 16593-14

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2021

CAMPUS DE QUETZALTENANGO

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

CREENCIAS MATERNAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS
MENORES DE UN AÑO QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE DEL
MUNICIPIO DE SANTA MARÍA CHIQUIMULA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA 2020
TESIS DE GRADO

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

POR
ANTONIA NICANORA VICENTE RENOJ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE NUTRICIONISTA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2021
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTÍNEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: MGTR. LESBIA CAROLINA ROCA RUANO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: LIC. JOSÉ ALEJANDRO ARÉVALO ALBUREZ
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. LUIS CARLOS TORO HILTON, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. JOSÉ FEDERICO LINARES MARTÍNEZ
SECRETARIO GENERAL: DR. LARRY AMILCAR ANDRADE - ABULARACH

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
VICEDECANO: DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO
SECRETARIA: LIC. WENDY MARIANA ORDOÑEZ LORENTE
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. MARIA GENOVEVA NÚÑEZ SARAVIA DE CALDERÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ANAHÍ RECINOS DE LEÓN

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA MARINA TZUL TZUL DE SAJQUIM
MGTR. JULIETA ZURAMA AFRE HERRERA DE VENTURA
LIC. GLENDY MAYELA TORRES MONZÓN

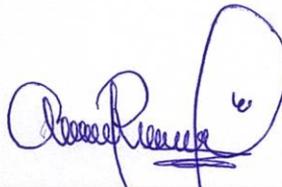
AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

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

Quetzaltenango 30 de octubre del 2020

A través de la presente hago constar que yo Anahí Recinos de León, Licenciada en Nutrición, con colegiado No.4536, y código de docente No.26208, acompañe en el asesoramiento a la estudiante **Antonia -Nicanora Vicente Renoj** con número de **carné 1659314** en la investigación titulado: CREENCIAS MATERNAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE DEL MUNICIPIO DE SANTA MARÍA CHIQUIMULA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA, 2020.

Por lo que estoy de acuerdo con el documento culminado, y lo considero aprobado.



*Licda. Anahí Recinos de León
Nutricionista
Colegiada No. 4536*

Licda. Anahí Recinos
Nutricionista
Firma y sello



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANTONIA NICANORA VICENTE RENOJ, Carnet 16593-14 en la carrera LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09913-2020 de fecha 27 de noviembre de 2020, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CREENCIAS MATERNAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE DEL MUNICIPIO DE SANTA MARÍA CHIQUIMULA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA 2020

Previo a conferírsele el título de NUTRICIONISTA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 6 días del mes de enero del año 2021.

LIC. WENDY MARIANA ORDOÑEZ LORENTE, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

A Dios: Por ser mi roca fuerte y amigo incondicional, guiándome con su infinita misericordia en cada uno de los pasos que fueron necesarios para obtener este triunfo, por estar siempre conmigo y bendecirme en todo momento, por brindarme sabiduría e inteligencia para alcanzar esta meta, acompañándome en cada momento demostrándome su amor tan infinito.

A mis padres: Por su amor y apoyo incondicional, siendo ejemplos para seguir como personas trabajadoras, humildes y luchadores por lo que quieren, que a pesar de las circunstancias siempre han salido adelante venciendo cualquier barrera que la vida les ha impuesto, para mi siempre serán los mejores papás del mundo, gracias por inculcarme valores y principios alentándome siempre a seguir adelante, los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos y hermanas: Por su apoyo incondicional y por su cariño por acompañarme en todo este proceso de estudio, por la paciencia que me tuvieron, los quiero mucho.

A mis catedráticos de la Universidad Rafael Landívar: Por compartir sus conocimientos y experiencias durante todo el proceso de mi formación académica, por todo el apoyo brindado a mi persona, muchas gracias que Dios los siga bendiciendo siempre.

A mi asesora: Licda. Anahí Recinos de León por haberme acompañado durante todo este proceso brindándome su tiempo y paciencia, por todo su apoyo incondicional gracias, que Dios la siga bendiciendo.

A mi Terna evaluadora: Licda. Julieta Afre, Licda, Mayela Torres, Dra. Ana Marina Tzul, por tomarse el tiempo en la revisión de mi trabajo de investigación.

Al Centro de Atención Permante del municipio de Santa María Chiquimula: Por abrirme las puertas, por la confianza depositada en mi persona y por todo el apoyo brindado durante la realización de este proceso.

Dedicatoria

A Dios: Por darme vida, salud y por haberme dado la dicha de poder estudiar una carrera tan humanitaria, porque sin él no habría logrado culminar este proceso, por lo que con toda humildad de mi corazón le dedico este triunfo.

A mis padres: Andrés Vicente Chan y Antonia Renoj Ajpop, porque siempre han estado a mi lado dándome su apoyo y consejos durante los momentos más difíciles alentándome a seguir y a ser cada día una mejor persona.

A Mis hermanos y hermanas: María, Alejandra, Juan Genaro, Lorenzo y Juan Nicolás por su apoyo incondicional porque sin ella no habría logrado llegar a la meta y porque siempre han estado al pendiente de mí, por apoyarme siempre los quiero mucho.

A mis mejores amigas: Sherrie, Luisa, Astrid, Diana y Herlin por siempre brindarme su amistad y cariño, por apoyarme y animarme en cada momento, por todo lo que hemos compartido juntas y por estar siempre al pendiente de mí durante todo este proceso, las quiero mucho. Que Dios las siga bendiciendo siempre.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. ANTECEDENTES	8
V. MARCO TEÓRICO	14
5.1. Creencias Alimentarias	14
5.2. Prácticas de alimentación complementaria	21
5.3. Practicas inadecuadas	32
5.4 Estado Nutricional	34
5.5 Santa María Chiquimula	42
VI. OBJETIVOS	46
6.1. Objetivo general	46
6.2. Objetivos específicos	46
VII. MATERIALES Y MÉTODOS	47
7.1. Tipo de estudio	47
7.2. Sujetos de estudio	47
7.3. Población	47
7.5. Descripción de Variables	49
VIII. PROCEDIMIENTO	53
8.1. Obtención del Aval Institucional	53
8.2. Preparación y prueba técnica de los instrumentos	53
8.3. Identificación de los participantes y obtención del consentimiento informado .	55
8.4. Recolección de Datos	55
IX. PLAN DE ANÁLISIS	58
9.1. Descripción del proceso de digitación	58
9.2. Análisis de datos	58
9.3. Metodología estadística	61
X. ALCANCES Y LIMITES	62
XI. ASPECTOS ÉTICOS	63
XII. RESULTADOS	64
12.1 Caracterización de la población en estudio	64

12.2 Prácticas de alimentación complementaria.....	67
12.3 Creencias maternas sobre alimentación.....	82
XIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	93
XIV. CONCLUSIONES	106
XV. RECOMENDACIONES.....	108
XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
XVII. ANEXOS	115
Anexo 1 Aval Institucional Distrito de Salud de Santa María Chiquimula	115
Anexo 2 Aval Institucional Área de Salud Totonicapán	116
Anexo 3 Consentimiento informado	117
Anexo 4 Boleta de Recolección de datos.....	126

RESUMEN

La alimentación complementaria es fundamental en la nutrición del niño. El éxito de este proceso depende de las prácticas alimentarias que realizan las madres en el hogar, así como las creencias alimentarias que tengan las mismas. El objetivo de este estudio fue identificar las creencias maternas y prácticas de alimentación complementaria de niños menores de un año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula, Totonicapán. El estudio fue de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y de corte transversal, se trabajó con una muestra a conveniencia de 50 madres de niños menores de 1 año. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta sobre caracterización de la población de estudio, prácticas de alimentación complementaria y creencias maternas.

Dentro de los resultados se encontró que la mayoría de las madres estaban entre las edades de 20 a 35 años y los niños comprendidos entre las edades de 0 a 6 meses y 9 a 11 meses de edad quienes en su mayoría presentaron un estado nutricional actual y global normal, mientras que el 28% presentaban retardo del crecimiento moderado. Por otro lado, en cuanto a las prácticas alimentarias el 98% de madres continuaban con la lactancia materna, y más de la mitad iniciaban la alimentación complementaria a los 6 meses de edad. De igual manera el 42% de madres creen que los niños se desnutren si no le brindan una alimentación adecuada.

Entre las conclusiones se encontró que las madres realizan prácticas de alimentación complementaria contrarias a las recomendaciones de la OMS en cuanto a cantidad de alimentos al inicio, con relación a diversidad alimentaria son pocos los niños que reciben una dieta mínimamente variada. En tanto que las madres tienen creencias de acuerdo con las experiencias que han adquirido, asociadas a factores culturales, sociales y educativos.

I. INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria es un proceso que inicia cuando la lactancia materna ya no cubre los requerimientos nutricionales del niño, por lo que es necesario la introducción de otros alimentos; pero sin interrumpir la lactancia materna, este tipo de alimentación debe iniciar a los seis meses de edad del infante; al no iniciar a la edad adecuada puede provocar que el niño tenga un desarrollo inadecuado, llevándolo a padecer diferentes trastornos tales como: anemia, desnutrición y sobrepeso u obesidad que a largo plazo puede hacerlo más propenso a padecer enfermedades cardiovasculares, entre otros. (1)

El cumplimiento de este proceso está relacionado con las prácticas alimentarias que realizan las madres, que son habilidades que las mismas adquieren con la realización continuada de una actividad, estas abordan todos los pasos que implica la alimentación del niño tales como la edad en la que inician, cantidad, frecuencia, consistencia y variedad de los alimentos que le brindan a sus niños, de tal forma que se ven influenciadas por creencias alimentarias que son ideologías transmitidas por familiares o experiencias que las mismas madres han adquirido, lo que puede repercutir de manera negativa sobre el estado nutricional de los niños, ya que al no ser adecuadas, se desaprovecha el potencial de las oportunidades para construir las bases de hábitos alimentarios en el infante.

Guatemala es un país que por décadas ha sufrido los efectos del problema de desnutrición, especialmente en los niños menores de cinco años. Según información provista por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), indica que el país presenta un 34% de morbimortalidad infantil, donde dentro de las primeras causas se encuentra la neumonía y las enfermedades diarreicas agudas, cabe resaltar que el 54% de estas enfermedades están asociados a algún grado de desnutrición. En Guatemala el 46.5% de niños sufren desnutrición crónica, ocupando el primer lugar a nivel latinoamericano y el sexto lugar a nivel mundial en cuanto, a índices de malnutrición infantil, según esta organización se debe por un lado a la falta de alimentos, así como también a los hábitos alimenticios, además la alimentación

complementaria es muy tardía y no es adecuada en cantidad y calidad. Esto se observa con mayor frecuencia en algunas regiones del País principalmente en el área rural, donde la mayor parte de la población es de origen maya, quienes presentan un 80% en cuanto a índices de malnutrición infantil. (2, 3)

Esta problemática prevalece en todo el país, siendo la región occidental la más afectada. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) Totonicapán es el departamento que presenta mayor porcentaje de prevalencia de desnutrición a nivel nacional, radicándose dentro de sus municipios, tal es el caso de Santa María Chiquimula que ocupa el primer lugar a nivel departamental en cuanto al tema de desnutrición en niños menores de 5 años. (4)

Por la problemática mencionada anteriormente, la presente investigación buscó identificar las creencias maternas y prácticas de alimentación complementaria de niños menores de un año que asistieron al Centro de Atención Permanente (CAP) del municipio de Santa María Chiquimula, Totonicapán. El estudio fue de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal, en el que se trabajó con una muestra a conveniencia de 50 madres de niños menores de un año que asistieron al Centro de Atención Permanente (CAP) de Santa María Chiquimula, Totonicapán, en el período del mes de agosto a septiembre. Para la recolección de los datos se realizó mediante una encuesta sobre prácticas alimentarias y creencias maternas a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas que ayudaron a resolver el tema de investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación juega un papel importante durante los primeros dos años de vida, ya que es fundamental para el desarrollo pleno del ser humano, esta etapa se caracteriza por el rápido crecimiento, donde el cuerpo necesita mayor requerimiento de energía y nutrientes, es por esto que la alimentación complementaria es primordial en la nutrición del niño, siendo un proceso en el que se introducen alimentos a partir de los 6 meses de edad como complemento a la leche materna y no como sustitución de la misma, se inicia de forma regular y en cantidades significativas hasta que el niño empieza a recibir la alimentación de la mesa familiar.

En gran parte del mundo la alimentación complementaria no se realiza de la manera adecuada, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), indica que 1 de cada 6 niños consume una dieta mínimamente aceptable, ya sea que reciban este tipo de alimentación de forma temprana o tardía. Según esta organización, el 25% de bebés entre los 4 y 5 meses de edad ya consumen alimentos, mientras que el 58% lo realiza entre los 6 y 7 meses y el 75% entre los 8 y 9 meses de vida. De igual manera, el 52% no recibe la frecuencia mínima de comidas diarias y menos de un tercio de los niños entre 6 a 23 meses reciben una dieta mínimamente variada, siendo las tasas más bajas en niños entre los 6 a 11 meses de edad. (5)

En cuanto a Guatemala, el 19% de las madres introducen alimentos en los primeros dos meses de vida del niño y un 20% entre los cuatro y cinco meses. Por esta razón, las madres tienden a sustituir la lactancia con alimentos a muy temprana edad, lo cual no permite cubrir las demandas energéticas del niño, llevándolo a un desequilibrio nutricional como lo es la desnutrición, afectando tanto el desarrollo como el crecimiento del niño. Este problema se visualiza mucho más en las comunidades del país, principalmente en el departamento de Totonicapán, debido a que es uno de los que presenta porcentajes más elevados de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, dentro de todo esto cabe resaltar que este problema es causado por diferentes factores a las cuales también se suman las prácticas de cómo es alimentado el niño pequeño. (4)

En tanto que el municipio de Santa María Chiquimula presenta una prevalencia del 72.7% de desnutrición crónica, siendo uno de los municipios con mayor porcentaje a nivel departamental; concentrándose en su mayoría en las comunidades, ya que son los más vulnerables a inseguridad alimentaria. (6)

Lo anteriormente descrito, podría presentarse debido a que la mayor parte de la población no tiene los conocimientos sobre la importancia de la alimentación complementaria, ya que al iniciarla tempranamente podría repercutir de forma negativa en la salud del niño, debido a que el sistema nervioso y gastrointestinal durante esta etapa aún no está preparado para recibir alimentos sólidos; por lo que esto puede interferir en la absorción de los nutrientes que son esenciales para su desarrollo, afectándolo a largo plazo al presentar un estado nutricional deficiente, en donde su sistema inmunológico se vería afectado, haciéndolo más propenso a enfermedades infecciosas.

Aunado a esto, es importante valorar las ideologías y creencias que prevalecen dentro de las familias sobre los alimentos beneficiosos o perjudiciales para la alimentación del infante, estas creencias también pueden ser una de las barreras para que el niño sea alimentado correctamente, agudizándose más cuando son madres primerizas que al no tener experiencia sobre la alimentación adecuada del niño pequeño, pueden empezar brindándole cualquier tipo de alimento, afectando el crecimiento y desarrollo del mismo.

Las prácticas de alimentación complementaria pueden verse afectadas por la baja disponibilidad de alimentos en la población, el bajo nivel educativo y económico de los padres, asociado a las costumbres generacionales que puede influir en la selección, preparación, distribución y consumo de los alimentos, interfiriendo en una alimentación adecuada para el niño menor de un año.

A partir de lo expuesto anteriormente surgió la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las creencias maternas y prácticas de la alimentación complementaria de

niños menores de un año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula, departamento de Totonicapán, Guatemala, 2020?

III. JUSTIFICACIÓN

Los problemas de desnutrición infantil en el país cada día aumentan, por lo que está siendo un problema de interés primordial. Una de las estrategias propuestas por diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales es el adecuado inicio de la alimentación complementaria, situación que puede llevar a obtener un cambio significativo en cuanto al tema de desnutrición.

Guatemala es uno de los países con mayor prevalencia de desnutrición crónica ocupando el primer lugar a nivel latino americano y el sexto a nivel mundial; esta situación es reflejada mayormente en el departamento de Totonicapán ya que según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), presenta un 70% de prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, por otro lado la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), demuestra que está ocupando el tercer lugar a nivel nacional en cuanto a las condiciones de vida. (4,7)

Esto se observa con mayor claridad dentro de los municipios como en el caso de Santa María Chiquimula, que ocupa el primer lugar a nivel departamental en cuanto a desnutrición, siendo uno de los factores que aumentan la morbimortalidad en menores de este municipio. Sumado a todo esto, existe condiciones precarias, donde prevalece un índice de pobreza de 87.5% y extrema pobreza del 35% dentro de la población, en tanto a educación el 30% es analfabeta, por lo que todo esto podría ser uno de los condicionantes para la realización de las prácticas de alimentación complementaria. (8)

Por todo lo expuesto anteriormente y también debido a que en el municipio de Santa María Chiquimula del departamento de Totonicapán no existen estudios previos acerca de las creencias y prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año, se quiere pretender que con la información que genere esta investigación se pueda contribuir en tener datos confiables y reales de manera que pueda permitir abordarlos de acuerdo a lo que crean y realizan las madres para alimentar a sus niños menores de un año. Y que con esto se pueda concientizar a las mismas sobre la importancia del proceso de alimentación del niño pequeño.

Así mismo con este estudio se estará beneficiando al personal de salud ya que podrán contar con información reciente y confiable sobre la importancia de este proceso en la vida futura de los niños transmitiendo estos conocimientos a las demás familias del municipio para que esta práctica sea realizada de manera adecuada.

IV. ANTECEDENTES

Para la realización de esta investigación se consultaron diferentes estudios relacionados con el tema que se presenta a continuación, que servirá de fundamento de la siguiente investigación.

Una investigación realizada en el Centro de Salud de la ciudad de Plata, Buenos Aires, Argentina, en el año 2014, tuvo como objetivo analizar las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de 6 a 24 meses y conocer el estado nutricional de los mismos. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, los datos se obtuvieron mediante una encuesta con preguntas abiertas y cerradas a una muestra de 120 madres de niños de 6 a 24 meses. Entre los resultados más destacables está que el 84% de los niños se encuentran dentro de los parámetros de normalidad, mientras que un 5% de la muestra presenta obesidad y en porcentajes iguales se encontraron niños con riesgo de bajo peso, sobrepeso y baja talla; el 28% de las madres incorpora alimentos antes de los 6 meses de edad, donde un 14% de ellas lo hacen a edades particularmente riesgosas, por otra parte un 14% de las madres comienzan con la alimentación después de los 6 meses de edad. Por lo que la autora concluye que el estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normalidad. En general las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales. (9)

De igual forma se llevó a cabo un estudio en Ecuador en el 2013, que tuvo como finalidad analizar la relación existente entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños entre 6 y 24 meses de edad. La investigación fue observacional analítica de tipo transversal con un enfoque cuali-cuantitativo. Se tomó como muestra a 204 niñas y niños que asisten al Centro de Salud No. 10 de Romiñahu. Aplicaron encuestas alimentarias, Recordatorios de 24 horas y evaluación antropométrica para la obtención de los datos, lo más relevante que encontraron fue que el 72% de la población inició el proceso de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, el 17% entre los 4 y 5 meses, y el 11% comenzó este proceso de forma tardía entre los 7 y 8 meses, además está que el

99.5% de las familias de los infantes consumen a diario todos los grupos de alimentos y el 86% posee un estado nutricional normal, mientras que el 9% tiene desnutrición crónica y 3% de sobrepeso; relacionado a que solo el 6% de las madres o encargados de los niños han recibido información alimentaria mientras que el 33% no lo ha hecho. Con esto la autora concluye que las prácticas de alimentación complementaria están relacionadas con el estado nutricional de los niños siendo el efecto positivo cuando las recomendaciones propuestas por la OMS son cumplidas. En cuanto al consumo de alimentos, la introducción paulatina, su frecuencia, consistencia y porción y negativas cuando las mismas no se aplican siendo esta una de las etapas primordiales en la vida del infante que puede llevarlo a una malnutrición. (10)

Así mismo, se realizó un estudio en Argentina en el 2014, que tuvo como finalidad evaluar el momento y la adecuación del inicio de la alimentación complementaria en niños de la comunidad de Qom. El estudio fue de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo transversal, en el estudio se incluyeron a 19 niñas y 21 niños, se recabó información por observación de los participantes y encuestas estructuradas a madres de niños de 0 a 2 años. Entre lo más relevante de la investigación fue que la mayoría de los niños tomaban el pecho al momento de la entrevista (n=33/40), y (n=31/40) habían incorporado leche de vaca entre los 0 a 5 meses. Los alimentos elegidos como primeros sucedáneos de la Lactancia Materna son el collado de arroz, el pan, la torta frita y los palitos de maíz; al final de ese estudio las autoras concluyeron que los habitantes de la comunidad de Qom practican lactancia materna, la mayoría de los niños tienen un Estado Nutricional adecuado e inician la alimentación complementaria a los 5 meses de edad. (11)

De igual manera una investigación realizada en Argentina en el 2013 buscó determinar la edad de inicio de la alimentación complementaria y el tipo de alimentos incorporados en la dieta de lactantes, en una población de escasos recursos; el estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y prospectivo transversal. Tomando como muestra a 240 madres de niños entre cinco y siete meses de edad y de bajo nivel socioeconómico; agrupadas en tres grupos de ochenta, correspondiente a los cinco, seis y siete meses

de edad; el tipo de muestreo fue no probabilístico. La información recolectada se obtuvo mediante encuestas a las madres. Entre los resultados obtenidos lo más relevante está que el 15% de la población estudiada inició la alimentación complementaria a muy temprana edad antes de los cuatro meses; el 50% lo implementa a edades tempranas entre el cuarto y sexto mes y tardía después de los siete meses. La frecuencia de comidas estuvo entre uno y dos veces por día. A los 5 meses 58% de niños consumían una comida, porcentaje que bajaba a 49% en el séptimo mes, y el 51% consumían almuerzo y cena. Habitualmente las papillas eran de textura blanda, preparadas como puré. Con lo descrito anteriormente las autoras concluyen que la introducción temprana de la alimentación complementaria de baja densidad energética produciría saciedad, desplazamiento de la leche materna y por lo tanto una disminución de la ingesta calórica total. La incorporación del niño a la mesa familiar fue temprana, con una introducción simultánea de alimentos inadecuados. (12)

Cabe mencionar que un estudio realizado en el Tablón del municipio de Sololá, en el 2011, tuvo como objetivo determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año. El estudio fue de tipo descriptivo, tomando a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Para la recolección de los datos se aplicaron tres boletas diseñadas para ese estudio las cuales contenían: datos generales de los sujetos de estudio, datos dietéticos, preguntas sobre preparación de alimentos, recordatorio de 24 horas y frecuencia de consumo de alimentos. Entre lo más destacable de la investigación resalta que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. Por lo que la autora concluye que la edad de introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la mayoría de la población se dio a los 6 meses como se recomienda. Aun así, la caracterización por grupos de edad demostró que el tipo y variedad de alimentos va aumentando en la mayoría de los niños conforme la edad, sin embargo, la consistencia, preparación y número de comidas al día no se realiza de manera adecuada según el grupo etario. (13)

De manera similar en un estudio realizado en Cartagena en el 2016. Que tuvo como finalidad determinar las creencias y prácticas de los cuidadores de niños y niñas hacía las intervenciones proporcionadas por el Programa de Recuperación Nutricional con enfoque comunitario. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, en él se trabajó con 55 cuidadoras de niños y niñas. Para la recolección de datos se realizó mediante una entrevista estructurada con un cuestionario de preguntas cerradas. Entre los resultados encontrados esta que el sexo del niño guarda relación con los meses que se le da lactancia materna ya que es practicada por el 60% de las cuidadoras, de igual manera el 80% inició la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, por lo que el 70% de las madres encuestadas manifestaron conocer sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria, en cuanto a la diversidad alimentaria el 59% de los cuidadores consumen más el grupo de cereales y solo el 37% ingiere alimentos del grupo de las leguminosas y más del 50% de los niños consumen líquidos sin incluir el yogurt. Por lo que la autora concluye que los cuidadores creen que es mejor brindar lactancia materna hasta los 2 años del niño e iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de vida, en cuanto a la alimentación del infante la dieta líquida es la más usual y el aspecto menos destacable es la alimentación a base de papilla o formula infantil. (14)

De igual manera en otro estudio realizada en Chiquimula en el 2014, que tuvo como objetivo describir las prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas entre 0 a 12 meses de edad que asisten a la consulta en los Centros de Atención Permanente (CAP), el estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal en él se trabajó con una muestra de 552 niños menores de 1 año. El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue una boleta la cual se llenó por medio de entrevista a las madres de los niños, entre los resultado se encontró que el 88% de los niños presentaban un estado nutricional normal, así también un alto porcentaje de los niños se encontraban con desnutrición crónica o retardo del crecimiento, 4% presentaba sobrepeso, debido a que los niños tenían una dieta con alto contenido de carbohidratos provenientes de cereales y bajo contenido de proteínas por lo que se encuentran niños con baja estatura y obesos, de igual manera se encontró que los niños no reciben la

frecuencia mínima de comidas según su edad demostrando el difícil acceso a ciertos grupos de alimentos por precio de los mismos y desconocimiento por parte de las madres sobre los mismos, presentando un porcentaje bajo con dieta mínima aceptable. Sin embargo, aquellos que si recibían una dieta mínimamente aceptada presentaban un estado nutricional normal, por lo que las autoras concluyen que si existe un efecto positivo de las prácticas alimentarias adecuadas sobre el estado nutricional en niños de 0 a 12 meses de edad. (15)

Un estudio realizado en Guatemala, en el 2015, que buscaba determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses y 29 días de edad que asisten al Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez. En este estudio se tomó una muestra de 94 madres y 94 lactantes; realizando una investigación de tipo descriptivo transversal; la información recolectada se obtuvo a través de una entrevista estructurada por el investigador. Entre lo más destacado está que el 88% de las madres entrevistadas siguen lactando al infante y el 59% pensaban continuar hasta los 2 años, aunque la mitad de las madres daban Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses debido a insuficiente producción de leche iniciaron la alimentación complementaria a temprana edad. Y entre los 14 grupos de alimentos establecidos se reportó que solo 6 de ellos lograron introducirla a la edad adecuada y 5 antes de lo recomendado. El autor concluye que la educación de la madre es la base para un buen desarrollo del niño ya que no aplican las prácticas adecuadas de alimentación del niño y esto repercute en el estado nutricional del mismo. (16)

También en una investigación realizada en San Marcos, Guatemala, en el 2016, que determinó las prácticas de alimentación complementaria en el Municipio de Catarina San Marcos; fue un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en el que tomaron como muestra a 86 madres de niños de 6 a 24 meses de edad, recolectaron la información mediante una encuesta estructurada con un cuestionario de 25 preguntas cerradas; entre los resultados obtenidos encontraron que el 48% de las madres están entre las edades de 16 a 25 años, lo cual influye en el comportamiento y es un factor que interfiere en las prácticas de alimentación complementaria, el 83% de las madres

son amas de casa, por lo que tienen más oportunidad de dedicarse a sus hijos y brindarles una alimentación adecuada. Con lo descrito anteriormente la autora concluye que entre menos edad tenga la madre menor conocimiento tiene para alimentar a su niño y que la mayoría de los niños estudiados estaban entre los 6 a 11 meses de edad y una gran proporción recibieron alimentación complementaria antes y después de la edad recomendada. (17)

Así mismo en un estudio realizado en Sololá en el 2017, que tuvo como finalidad el determinar las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo del crecimiento; el estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 33 niños con retardo en el crecimiento. Encontraron que el 52% de las madres encuestadas tienen edades comprendidas entre 15 a 25 años, 18% de las madres se encuentran en edades de 26 a 35 años y 30% entre 36 a 45 años, el 56% de madres inició la alimentación complementaria a sus hijos después de los 6 meses, solo el 34% de las madres indica que le inició alimentación a los 6 meses, y el 10% le inició la alimentación antes de los 6 meses; el 49% de las madres encuestadas que tienen hijos en las edades de 13 a 24 meses, tienen inadecuada práctica en la preparación de la consistencia de los alimentos. Por lo descrito anteriormente la autora concluye que la mayoría de las madres realizan prácticas inadecuadas ya que inicia con alimentación complementaria después de los seis meses, con preparaciones inadecuados en cuanto a la consistencia de estos. (18)

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Creencias Alimentarias

5.1.1. Definición

Una creencia es una premisa o idea que se toma como cierta, aun cuando no se haya comprobado o no se pueda comprobar con los métodos científicos conocidos. Se propone que estas ideas se estructuran y se integran formando las convicciones de la persona. La integración puede ocurrir a nivel consciente o a nivel subconsciente. Las creencias con base en la mente emocional (subconsciente), tienen una relación estrecha con los valores de la persona y al ser auto-confirmadoras determinan la conducta. Se trata de creencias que son duraderas, no admiten discusión, permean diversas áreas del pensamiento, e influyen en la conducta general del sujeto, se organizan y forman un sistema donde se apoya el pensamiento, las experiencias y las expectativas, por lo cual son la base de la planificación y la conducta e intervienen en la alimentación.

5.1.2. Origen de las creencias:

Con frecuencia las creencias son aprendidas de las personas significativas: familiares, docentes, líderes que rodean. También pueden provenir de la cultura a la cual se pertenece, pues se imita la conducta del entorno y se adquieren las normas de comportamiento del grupo social. Es así como se generan creencias respecto al mundo, a las personas, a las conductas, a las cosas y por supuesto a los alimentos, las experiencias tempranas con la comida como tal, con el acto de comer y con las personas que intervienen en estos actos en la infancia, generan creencias que organizan y rigen la conducta alimentaria. (19)

Son conceptos creado por los grupos humanos e interiorizado por cada uno de sus integrantes mediante el lenguaje; estos elementos se manifiestan, tanto en su forma ideológica como material, por medio del comportamiento de los individuos, en correspondencia con los sentimientos y emociones de cada uno de ellos, así como con la estructura y funcionamiento de la sociedad, es una creación colectiva, que interioriza

cada persona. Las creencias no conducen a prácticas, pero tampoco la carencia de estos lleva a la evitación de prácticas. Estas creencias en alimentación, es un concepto presente en la cultura, las tradiciones y la historia y está formada por múltiples versiones de cómo alimentarse.

A lo largo de los tiempos se han atribuido propiedades extraordinarias a algunos alimentos, en base a las creencias populares que sustituían al conocimiento científico y se transmitían de generación en generación, sirviendo de medios de transmisión de prácticas de muchos años. En general las ideas tradicionales acerca de los alimentos, partía de una base nutricional cierta, aunque en otras ocasiones son frutos de la ignorancia. Las creencias carecen de criterios científicos demostrables o se basan en una interpretación errónea de hechos científicos objetivos y que pueden tener origen en tradiciones, en contextos culturales, en influencias sociales, familiares y en estereotipos sobre los hábitos alimentarios de vidas saludables.

5.1.3. Creencias alimentarias

Las creencias alimentarias, resultan ser generalizaciones que las personas hacen o dicen, en relación con los alimentos, como parte de una herencia que se va transmitiendo de generación en generación. Estas se forman a partir de ideas, experiencias y emociones, como resultado de un proceso mediante el cual, una oración o juicio es reforzado por referencias o experiencias, que lo corroboran y pueden obtenerse, a través de información que se toman de personas, libros u otros medios de comunicación. La intensidad emocional que se siente respecto a cualquier de esas experiencias referenciales, determinará la fuerza del anclaje de esa idea, para convertirse en creencia.

5.1.4. Factores determinantes que intervienen en la fomentación de las creencias alimentarias

Entre los factores que determinan las creencias alimentarias destacan:

a. Culturales: corresponden a sistemas alimentarios diferentes, actúa estableciendo regularidad y especificidad. La conducta alimentaria diaria de la mayoría de las personas resulta predecible dependiendo de sus patrones culturales, mostrando actitudes hacia la comida que han sido aprendidas de otras personas dentro de sus redes sociales, ya sea en la familia, entre iguales, en el grupo étnico, en la clase social, en la comunidad local o en la nación. De hecho, la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano. Tales comportamientos forman parte de la cultura alimentaria, es decir, el conjunto de representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura. (20)

b. Económicos: el aumento de los precios de los alimentos ha hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, y para los primeros las limitaciones para adquirir alimentos que permitan llevar a cabo las recomendaciones de una alimentación variada, son mayores cada día. Es importante mencionar que muchas familias seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos.

c. Sociales: son de gran importancia a la hora de analizar las creencias alimentarias. El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito, como puede ser la iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros, a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social.

d. Religiosos: en todos los pueblos o culturas, las elecciones alimentarias están condicionadas muy a menudo, al menos aparentemente o en primera instancia, por todo un conjunto de creencias religiosas, prohibiciones de diverso tipo y alcance, así

como por concepciones dietéticas relativas a lo que es bueno o lo que es malo para el cuerpo o la salud, todas las religiones rigen la alimentación en algún sentido y, la mayoría de las veces, casi siempre restrictivo; por ejemplo limitar las cantidades ingeribles, restringir o prohibir una u otra categoría de alimentos, disminuir el placer de comer, sea permanente o en algunas ocasiones.

e. Educativos: respecto a la educación, se ha demostrado que el nivel educativo tiene gran influencia sobre el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino también el horario de las comidas, los métodos de preparación y almacenamiento, entre otras cosas. La educación es la variable más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad o un individuo.

f. Influencia que los medios de comunicación tienen en la vida diaria: los periódicos, la radio y la televisión son los medios de comunicación masiva más eficaces que existen. Un alto porcentaje de los espacios, de estos medios de comunicación son utilizados para anunciar productos comerciales y, la gran mayoría de ellos, son alimentos. De esta forma estos anuncios influyen de una manera increíble sobre las prácticas alimenticias de las personas. (21,22)

5.1.5. Clasificación de los Alimentos según las creencias

Aunque los cinco sabores describen los rangos inherentes de los alimentos, el calor y el frío representan otro modo de expresar su naturaleza energética. En este contexto, el calor y el frío no se refiere a solo temperatura del alimento, sino a la energía intrínseca que contiene. Los alimentos calientes como el cordero o la canela calientan y estimulan la digestión. En la tradición mexicana los alimentos se clasifican como calientes, fríos y templados, esta clasificación como se describió anteriormente no es por la temperatura de los alimentos sino por los efectos que producen en el cuerpo.

a. Alimentos fríos: los alimentos fríos "avientan" el estómago, esto significa que lo inflaman; además causan dolor de estómago, náuseas y agruras, es recomendable comerlos poco, porque son los más dañinos. Cuando se consumen alimentos fríos en exceso, se sugiere tomar té de limón o de manzanilla ya que ambos son considerados neutros.

b. Alimentos calientes: los alimentos calientes hacen daño solo cuando se comen abundantemente y los síntomas que presentan con dolor, inflamación, sofocación y sensación de irritación y sequedad de la garganta. El efecto de estos alimentos es de enfriador, esto se da de la siguiente manera: cuando se come chile o alguna especie fuerte como la pimienta se siente ardiente el paladar, lo que ocurre es que se dilatan los vasos capilares, precipitando la sangre a la superficie de la piel, lo cual provoca sudoración, y cuando el sudor se evapora, queda una sensación refrescante en el cuerpo. Cuando uno come alimentos calientes en exceso, se recomienda tomar té de hierba buena, el cual es considerado dulce y contrarresta los efectos de lo caliente, ya que según las tradiciones mexicanas los sabores dulces producen frío y humedad. Algunos ejemplos de estos alimentos se describen en la Tabla 1. (23)

5.1.6. Clasificación entre alimentos buenos y malos

Los discursos dietéticos, espirituales y médicos coincidían en clasificar algunos productos como, la carne, el azúcar, el café y los lácteos, como sustancias malas, mientras que la mayoría de los productos vegetales se categorizaban como buenos: la fruta, la verdura, las legumbres y los cereales, aunque estos últimos eran algo ambiguos, pues, aunque fueran buenos podían provocar acidez, y por tanto debía compensarse con frutas y verduras. En las narrativas de cada persona se unían ideas que provenían de su dieta particular, de las medicinas o de las espiritualidades que practicaban, de los libros que había leído, documentales que había visto, noticias de los medios de comunicación o de aquello que le hubieran comentado familiares y conocidos. (24)

Tabla 1

Alimentos según su clasificación en fríos o calientes

Clasificación	Ejemplos
Alimentos Calientes	Espesias como: Canela Pimienta Jengibre seco Cordero Café Aves Raíces Cebollas Jengibre fresco
Alimentos fríos	Mariscos Peces de río Tomate Apio Sandía Plátanos Té
Alimentos frescos	Cerdo Lechuga Productos lácteos Champiñón Pepino Rábano Mayoría de frutas Soja

Fuente: Cardona G. delicias Vegetarianas de México. Segunda edición. México, Editorial Pax, 2007 (24)

5.1.7. Creencias maternas alimentarias

Son ideas que tiene la madre acerca del tipo de alimentación que considera deba comer su hijo para mantener un estado nutricional adecuado. La madre alimenta a su hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias, y por lo tanto, es importante conocer las creencias que la madre tenga sobre la alimentación de su hijo, ya que concepciones erróneas pueden llevar a condicionar al menor a hábitos alimentarios poco saludables con repercusiones negativas a futuro, las creencias maternas sobre la alimentación del niño envuelven un proceso complejo de toma de decisiones de la madre sobre la variedad, preparación, cantidad, horarios de los alimentos del niño, entre otras cosas.

Las creencias maternas sobre la nutrición asociada a que el sobrepeso indica una constitución fuerte del cuerpo refuerzan la creencia de que las prácticas maternas de alimentación pueden propiciar un modelaje no saludable de la conducta alimentaria del niño, la cual puede ser un factor predictor de sobrepeso y obesidad infantil desde la infancia temprana. En la tabla 2 se describen algunas de las creencias maternas alimentarias, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (10)

En la Tabla 2 se describen algunas de las creencias alimentarias más comunes entre las madres de niños menores de un año, según las recomendaciones de la OMS en el diplomado de nutrición Materno-infantil en los primeros mil días de vida. (25)

Tabla 2

Creencias sobre alimentos para niños menores de un año

Creencias
No se debe de dar repollo ni aguacate al niño porque son alimentos fríos.
El caldo alimenta más.
Los niños están “listos” para comer entre los ocho y los nueve meses de edad.
Dar sólo los caldos es bueno porque los alimentos enteros como las verduras, carnes, hierbas o frijoles se “pegan” en la garganta y pueden ahogar al niño o provocarle diarrea.
Es mejor servir poca comida para que el niño no se enferme si come mucho.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Diplomado Nutrición Materno Infantil en los primeros mil días de Vida. Guatemala, 2016. (25)

Las definiciones siguientes en relación con las creencias maternas corresponden al marco conceptual del modelo de creencias de la salud de Rosenstock (1988)

a. Susceptibilidad percibida: son creencias que tiene la madre acerca de la posibilidad de riesgo para que sus hijos desarrollen una alteración en la nutrición.

b. Severidad percibida: son creencias de la madre acerca del daño que producirá la alimentación inadecuada que proporcione al menor, o la alimentación que este consume sin la supervisión materna, se consideran también características y efectos de la alimentación.

c. Beneficios percibidos: son creencias maternas de la ayuda que le representan las acciones preventivas que ella adopte para mejorar la nutrición de sus hijos, se incluyen los beneficios que su hijo tendría si se le brinda una alimentación balanceada.

d. Barreras percibidas: son creencias maternas que le impiden la adopción de conductas preventivas y pueden ser las dificultades o prioridades que se presenten en su hogar. (26)

5.2. Prácticas de alimentación complementaria

5.2.1. Prácticas

Constituyen la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad, aplicación de una idea, teoría o doctrina y uso continuado o habitual que se hace de una cosa. (27)

5.2.2. Alimentación complementaria

a. Definición

La alimentación complementaria es definida como el proceso que comienza cuando la Lactancia Materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por ende, otros alimentos líquidos necesarios además de la leche materna. La edad adecuada para dar alimentación complementaria esta habitualmente

entre los seis y veinticuatro meses de edad, siempre acompañado de la lactancia materna que este puede continuar hasta los dos años.

b. Fundamento

Se ha reconocido que la leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos y les proporcionan todos los nutrientes que necesitan, durante los primeros seis meses de vida. También se reconoce la ausencia de beneficios para la mayoría de los lactantes amamantados, la introducción de otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el riesgo aumentado de infecciones intestinales. (1)

El consumo de alimentos antes de los 6 meses puede disminuir la biodisponibilidad de zinc y el hierro presentes en la leche materna, a los 6 meses puede no cubrir todas las necesidades de energía y de algunos nutrientes en la mayoría de los lactantes, los cuales han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de nuevos nutrientes presentes en los alimentos.

En la Tabla 3 se puede observar el grado de maduración y desarrollo alcanzado por los lactantes a los seis meses de edad que pueden justificar el porqué de la introducción de la alimentación complementaria hasta los 6 meses de edad. (1)

Tabla 3

Maduración y desarrollo de diferentes sistemas a los seis meses de vida

Maduración y desarrollo de sistemas a los 6 meses de vida	
Maduración digestiva	La función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de almidones, proteínas y las grasas de la dieta no láctea.
Maduración renal	A los 6 meses la filtración glomerular es del 60 - 80% de la del adulto y las capacidades de la concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitada entre los 6 y 12 meses.
Desarrollo Psicomotor	- Así a los 5 meses el lactante empieza a llevarse objetos a la boca. - A los 6 meses inicia los movimientos de masticación, desaparecen el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevarse hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución. - Hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos. - Hacia los 10 meses puede beber con una taza, manejar una cuchara y agarrar alimentos con sus dedos.
Maduración inmune	La introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. El lactante que ha recibido lactación materna exclusiva por seis meses tiene un mejor patrón de inmunorespuesta y de patrones protectores intestinales presentes en la leche humana puede modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

Fuente: Cerezo R., Espinoza L. Prácticas Óptimas de Alimentación Infantil en los Servicios de Salud. Guatemala.

INCAP. 2015. (1)

c. Recomendaciones para la alimentación según la edad

- **Población de 6 a 8 meses.**

La leche materna es el alimento principal durante los primeros dos años de vida de la niña o del niño, mientras que la alimentación complementaria ayuda a integrarlo en forma progresiva a la dieta familiar. Por tal razón el introducir alimentos no quiere decir que éstos sustituyan a la leche materna. Si el bebé se duerme en el pecho, probar a

darle primero pecho y cuando aún no está del todo satisfecho ofrecerle comida y continuar con el pecho. En las primeras semanas de alimentación se recomiendan los cereales como el arroz. Luego, pueden incluirse el frijol, habas, garbanzo, arvejas ya sean molidas y coladas. (28)

- **Población de 9 a 11 meses**

Para suplir las necesidades de energía de su niño o su niña, la madre deberá darle primero la leche materna y luego los alimentos que se mencionaron en la etapa de seis a ocho meses como: tortillas, frijol, yema de huevo, pollo, verduras, hierbas y frutas, tortillas con frijol, masa cocida con frijol, arroz con frijol, pan con frijol; con estos alimentos se pueden realizar combinaciones en trocitos. Después, se recomienda introducir la yema de huevo o pollo cocido, pues contienen cantidades de hierro adecuadas e importantes para la nutrición de la niña o niño (con esto se pretende evitar problemas de anemia), además son ricos en proteínas, grasas, vitaminas y minerales. (28)

- **Población de 12 a 24 meses**

En esta etapa cambian las necesidades de la niña o niño, pasa de una alimentación a base de leche materna a comer solo y consumir una dieta mixta, basada en los alimentos y preparaciones normales de su familia. La dieta familiar cubre sus necesidades nutricionales y la lactancia pasa gradualmente a ser un complemento. (28)

d. Alimentación durante la enfermedad

Para el niño hasta los 6 meses de edad

- Reforzar la práctica de la lactancia materna exclusiva. Explicar a la madre que debe dar lactancia materna con más frecuencia y el mayor tiempo posible.
- Rehidratación oral. Si el niño presenta diarrea, explicar a la madre que debe darle SRO para recuperar la pérdida de líquidos y sales corporales.

Para el niño a partir de los 6 hasta los 24 meses de edad

- Reforzar la práctica de la lactancia materna prolongada. Explicar a la madre que debe dar lactancia materna con más frecuencia.

Promover las siguientes prácticas:

- Continuar con la alimentación y ofrecer al niño pequeñas porciones de comidas, pero con mayor frecuencia. Es posible que presente falta de apetito, pero debe insistir para que no deje de comer y no pierda peso.
- Aumentar la ingesta de líquidos recomendados.
- Dar los alimentos favoritos del niño y evitar los grasos y condimentados.

Alimentar al niño lentamente y con paciencia; alentar al niño a comer, pero no a la fuerza. (25)

e. Recomendaciones generales de alimentación del niño pequeño

- Para fortalecer a la niña o niño, recomendar a la madre que le dé alimentos machacados como tortilla con frijol, masa cocida con frijol, arroz con frijol o pan con frijol.
- Después de que el niño o niña ha comenzado a probar diferentes alimentos, se puede iniciar con la mezcla de éstos. Lo anterior ayudará a mejorar la calidad de la proteína y favorecerá la absorción de los nutrientes.

Los resultados de muchos estudios han mostrado que los cereales y las leguminosas se complementan nutricionalmente entre sí. Mediante estos estudios se llegó a la conclusión de que la mejor manera en que las proteínas de los frijoles o de las leguminosas complementan a las proteínas del maíz es en una proporción de 30 partes de frijoles o leguminosas por 70 partes de maíz. Como se describe en la Tabla 4, se sugiere usar al final de los seis meses, diferentes mezclas de alimentos:

Tabla 4

Recomendación de mezclas vegetales para la alimentación de niños menores de un año

Cereal	Leguminosa
Maíz (masa de tortilla nixtmalizada)	Frijol negro
Arroz	Habas
Maíz	Frijol blanco
Arroz	Garbanzos
Maíz	Frijol rojo

Fuente: Arango R., Arévalo L., Barrantes L., et.al. Comisión Nacional de Guías Alimentarias para la Población guatemalteca menor de 2 años. Primera edición. 2003. (28)

Estas mezclas deben prepararse con tres partes de maíz o cereal y una parte de frijol u otra leguminosa y una parte de yema de huevo o pollo. (28)

5.2.3. Prácticas de alimentación complementaria

Inicio de la alimentación: al nacer el neonato de término y las complicaciones neurológicas, puede succionar la leche del pecho de su madre, conducir la leche obtenida en la parte posterior de la boca y tragarla. Estas funciones de succión y deglución son vitales para un adecuado amamantamiento y nutrición durante los primeros meses de vida. Se realiza mediante una configuración morfológica especial de la boca, con un paladar blando proporcionalmente más prolongado y por medio de los reflejos de succión y deglución que dirige una serie de movimientos coordinados de los labios, las mejillas, la lengua y la faringe. Si se colocan alimentos sólidos o semisólidos en la boca del lactante menor de seis meses, por lo general son rechazados vigorosamente por la acción de otro reflejo de empuje de la lengua llamado "reflejo de extrusión". Después de esta edad, la niña o niño puede tragar alimentos semisólidos ya que el reflejo de extrusión desaparece.

Por lo tanto, durante los primeros seis meses de vida el lactante está en una etapa de desarrollo funcional que permite la aceptación de una dieta esencialmente líquida. Posteriormente, de los siete a los nueve meses de edad, comienzan a aparecer

movimientos rítmicos de masticación, al mismo tiempo que brotan los primeros dientes. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria esta habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad del niño. Pero sin interrumpir la lactancia materna.

Al iniciar la alimentación complementaria se recomienda iniciar con los cereales ricos en hidratos de carbono. Después, pueden incluirse las leguminosas tales como frijol, habas, garbanzo, arvejas, seguidamente se recomienda introducir la yema de huevo o pollo cocido, pues contienen cantidades de hierro adecuadas e importantes para la nutrición de la niña o niño (con esto se pretende evitar problemas de anemia), además son ricos en proteínas, grasas, vitaminas y minerales.

a. Diversidad alimentaria

Es considerada un indicador como elemento clave en la calidad de la dieta, basada en el consumo de al menos cuatro de los siete grupos de alimentos en las últimas 24 horas y está relacionado con la dieta de mejor calidad, tanto en los niños que han sido amamantados como los no amamantados. El consumo de alimentos de por lo menos 4 grupos alimentarios durante el día anterior significaría que en la mayoría de las poblaciones el niño ha tenido una alta tendencia a consumir por lo menos un alimento de origen animal y por lo menos una fruta o verdura ese día, además de un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo). En la tabla 5 se presentan los 7 grupos de alimentos que se incluyen en este indicador. (29)

Tabla 5

Descripción de los grupos de alimentos utilizados para la determinación de la diversidad alimentaria según el manual de indicadores para la evaluación de las prácticas de alimentación en el lactante y del niño pequeño de la OMS

Grupos	Lista de Alimentos
Cereales, raíces y tubérculos	Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla, galletas o cualquier otro alimento hecho a base de arroz, maíz o trigo.
Legumbres y nueces	Frijol, arvejas, habas, cacahuate, maní
Lácteos	Leche, yogurt, queso
Carnes	Carne, pescado, aves e hígado o carnes proveniente de vísceras
Huevos	Huevos
Frutas y verduras ricas en vitamina A	Zanahoria, calabaza o camote que son amarillas o anaranjadas por dentro, verduras de hoja verde, mango maduro, papaya madura, melón, durazno fresco
Otras frutas y verduras	Otras frutas o verduras

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington Estados Unidos. 2009. (29)

La introducción de los alimentos debe hacerse gradualmente, de acuerdo con la edad del niño para asegurar que los órganos del cuerpo estén preparados para digerirlos y así evitar la aparición de intolerancias o alergias alimentarias. Al iniciar la alimentación complementaria se debe hacer con un alimento a la vez, y esperar dos o tres días para dar otro alimento nuevo, esto ayudará a saber si el niño tiene algún problema de intolerancia o alergia al alimento. En la Tabla 6, se presentan los alimentos complementarios que debe dar según la edad del niño.

Tabla 6

Descripción de la Introducción de alimentos complementarios en niños dependiendo de la edad

Edad del niño (meses)	Variedad de alimentos que se pueden ofrecer	Alimentos que se deben de evitar
6 a 9	Tortilla desecha, masa de maíz, frijol triturado y colado, fideos, arroz, plátano, hierbas, güicoy, papa, camote, zanahoria, carne de pollo machacado (tipo papilla), yema de huevo, mezcla de tortilla desecha y frijol con aceite, banano, manzana. Agregar unas gotas de aceite a las comidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Café y té porque contiene compuestos que interfieren con la absorción de hierro. • Azúcar y aguas gaseosas. • Sopas de vaso, dulces, o comida chatarra en bolsita. • Alimentos procesados como compotas y comida enlatada.
9 a 12	Todo lo anterior más: Carne de res desecha o carne molida, pescado, hígado de pollo o de res, o tamalitos con frijol. Agregar una cucharadita de aceite a las comidas.	
12 a 24	Todos los alimentos que come la familia y que hay en la casa.	

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Diplomado Nutrición Materno Infantil en los primeros mil días de Vida. Guatemala, 2016. (25)

Los anteriores alimentos pueden suavizarse con leche materna y gotas de aceite. La clara deberá ofrecerse más tarde, cerca del año, ya que es un alimento altamente alergénico). Paulatinamente se pueden introducir las verduras cocidas como zanahoria, papa, güicoy, güisquil, perulero, brócoli u otros. Las hierbas como el chipilín, hierba mora, berros, espinacas, acelgas son alimentos ricos en hierro y vitaminas del complejo B que pueden ofrecerse cocidas y pasadas por un colador. También, puede iniciarse con frutas como banano, mango, papaya, melón, entre otros. Siempre debe introducirse

un sólo alimento por vez y no una mezcla de ellos. Cada nuevo alimento deberá probarse por una semana y luego iniciar con otro. Esto permite valorar su aceptación y tolerancia.

a. Cantidad: al principio los alimentos se deben de ofrecen en cantidades pequeñas, dos o tres cucharaditas. Si el bebé manifiesta el deseo de mayores cantidades puede incrementarse progresivamente, la cantidad de alimentos que debe de recibir el niño o niñas a partir de los seis meses de edad estará de acuerdo con su edad y el tipo de alimento. Se ofrecerá lo suficiente para lograr la energía necesaria para un óptimo crecimiento, verificando periódicamente: Peso/edad; peso/talla y talla/edad, sin suspender la lactancia materna, en la Tabla 7 se observa las principales características de los alimentos que debe de recibir el niño y los aportes energéticos de la alimentación complementaria y la leche materna según sea su edad. (1, 28)

Tabla 7

Descripción de la cantidad y tipo de alimentos según la edad del niño

Edad (meses)	Cantidad (Cucharaditas)	Tipo de Alimento
6 a 8	2 a 5	Lactancia materna + alimentos en papilla y puré
9 a 11	6 a 7	Lactancia Materna + alimentos triturados o picados
12 meses o más	7 a 10	Lactancia Materna + alimentación de la familia

Fuente: Cerezo R., Espinoza L. Prácticas Óptimas de Alimentación Infantil en los Servicios de Salud. Guatemala. INCAP. 2015. (1)

b. Frecuencia: a la niña o niño amamantado se le debe proporcionar la frecuencia de alimentos según sea su edad el cual se describe en la Tabla 8 según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tabla 8

Descripción de la frecuencia de alimentos para el niño a partir de que cumple los 6 meses

Edad del niño	Número de veces al día que debe de comer*
A partir de los 6 a los 9 meses	2 a 3**
A partir de los 9 a los 12 meses	3 a 4**
A partir de los 12 a los 24 meses	3 a 4**

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Diplomado Nutrición Materno Infantil en los primeros mil días de Vida. Guatemala, 2016. (25)

* El número de veces que debe consumir alimentos el niño aumenta conforme va creciendo.

** Dependiendo del apetito del niño, se puede ofrecer 1 o 2 refacciones.

Basados en estimados teóricos sobre el número de comidas requeridas, calculadas en energía necesaria a partir de los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/Kg de peso corporal al día.

c. Consistencia: los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los seis meses de edad, antes sólo mueven líquidos del frente de la boca hacia la parte posterior de la misma. La boca es bastante sensible a la textura, si se dan demasiado pronto alimentos con grumos suaves se produce una sensación desagradable de atragantamiento. A los 8 meses, la mayoría puede consumir alimentos con textura grumosa pero suave para desencadenar movimientos de mascado y mandibulares y que se pueden comer con los dedos. A los 12 meses la mayoría puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia evita aquellos alimentos que puedan provocar ahogo. En la Tabla 9 se describen con más claridad la consistencia de los alimentos según la edad del niño.

Tabla 9

Descripción de la consistencia de los alimentos según la edad del infante

Edad en meses	Consistencia
6 a 9	Machacados, papilla, suaves y espesos.
9 a 12	Picados o cortados en trocitos pequeños.
12 a 24	Picados, cortados o enteros.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Diplomado Nutrición Materno Infantil en los primeros mil días de Vida. Guatemala, 2016. (25)

El desarrollo neuromuscular de los niños de determinada edad mínima según la cual puede comer ciertos tipos de alimentos. Los semisólidos o purés son necesarios para iniciar la alimentación complementaria hasta que aparecen la habilidad de mordisquear o masticar por el aparecimiento de los dientes y cuando mejora el desarrollo fisiológico gastrointestinal. Es importante ofrecerles alimentos que no requieran mucho masticado porque los lactantes no desarrollan habilidades maduras de masticación hasta la edad preescolar. (1, 30)

5.3. Practicas inadecuadas

5.3.1. Prácticas que se deben de evitar en la alimentación del niño pequeño.

a. Riesgo de Anemia: la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, reportó que 23.3% de menores de cinco años tienen anemia. En menores de un año, 38.3% de todos los casos de anemia se asocian a deficiencia de hierro. Se considera que las causas más comunes son: disminución de la práctica de lactancia materna y pobre ingestión de alimentos ricos en hierro al momento de iniciar la alimentación complementaria. Los alimentos que deben introducirse para prevenir y tratar la anemia son: carnes rojas y los alimentos de origen vegetal.

b. La biodisponibilidad del hierro en los alimentos de origen animal es mejor que los de origen vegetal por contener hierro hemo. Para mejorar la absorción del hierro no-hemo se sugiere acompañarlos de alimentos ricos en vitamina C.

c. Introducción a la sal: se recomienda incluir sal yodada en la dieta a partir del primer año de vida. La cantidad sugerida es de 1500 mg diarios con lo que también se cubre la IDR de yodo (65mg/d). Dicha cantidad es la recomendada a partir del primer año de vida y hasta la adultez.

d. Introducción de bebidas azucaradas: es conocido que el gusto por los sabores dulces es innato; a los seis meses de edad, los niños alimentados con leche materna persisten con preferencia por los sabores dulces, además de lo salado y umami. Esta preferencia puede incrementar como consecuencia a su exposición, ya que se asocia a liberación de endorfinas y dopamina. Por tanto, la introducción de bebidas azucaradas a temprana edad puede tener efectos adictivos sobre los sabores dulces a través de la señalización de dopamina sobre estructuras hipotálamicas (nucleus accumbens, amígdala e hipotálamo lateral) en conjunto con otros sistemas de neurotransmisores como glutamato por búsqueda de recompensa.

Prácticas inadecuadas de alimentación complementaria provocan deficiencia de zinc. La introducción de cereales no fortificados junto con la introducción tardía de carnes rojas es una de las causas de deficiencia de zinc. Una porción de cereal infantil fortificado (15 g) aporta 42% de la IDR de zinc. (31)

5.3.2. Consecuencias de la introducción muy temprana de Alimentación Complementaria.

El crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad y si se espera hasta los 6 meses para introducir alimentos, los beneficios a corto y a largo plazo superan a los riesgos potenciales. Por otro lado, después de los 6 meses de edad es más difícil que los lactantes amamantados de forma exclusiva cubran sus necesidades nutricionales sino reciben otros alimentos. Y en determinados desarrollos fisiológicos, la mayoría de los niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los 6 meses de edad.

a) Riesgos a corto plazo: la introducción de otros alimentos diferentes a las leches maternas en la dieta del lactante reduce la frecuencia intensidad de la succión y en consecuencia de producción de leche por la madre. La introducción temprana de cereales y vegetales, intervienen con la absorción del hierro proporcionado por la leche materna.

La introducción temprana de líquidos u otros alimentos complementarios, así como el uso de biberones en lugares con escasas salubridades, son las causas más importantes de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarias en niños y niñas menores de dos años. Los factores asociados incluyendo entre otros: La contaminación del agua con bacterias como la Escherichiacoli, la contaminación de los alimentos con enterobacterias, la temperatura ambiental y duración del almacenamiento después de la preparación de los alimentos, así como la contaminación microbiana y/o viral de las manos de las personas encargada de la alimentación de los niños. En resumen, los estudios publicados demuestran que la introducción temprana de alimentos preparados bajo condiciones poco higiénicas, están frecuentemente contaminadas con patógenos, y por lo tanto son un factor muy importante como causa de enfermedad diarreica asociada a malnutrición infantil.

b) Riesgos a largo plazo: las prácticas poco apropiados de destete e introducción de alimentos complementarios tienen un impacto negativo en la salud, en los primeros años de vida si no a largo plazo. Esto se debe a que el efecto acumulativo de cambios inadecuados en la nutrición no solo resulta en morbilidad y mortalidad posterior, sino también en la creación de hábitos que conducen a prácticas nutritivas poco deseables y con efectos negativos en la salud posteriormente. (1)

5.4 Estado Nutricional

5.4.1 Definición

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. (32)

5.4.2 Valoración del estado nutricional

Es aquella que permite determinar el estado de nutrición de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional.

- Forma parte importante en la evaluación del estado nutricional de un individuo, en cualquiera de los extremos de malnutrición, permite evaluar tanto la obesidad como la emaciación debido al resultado de excesos o deficiencias de nutrientes respectivamente. (33)

5.4.3. Estado nutricional del niño

El estado nutricional de los niños menores de seis meses se ve influenciado por el desarrollo intrauterino y por prácticas como la lactancia materna. La estimación del estado nutricional y las prácticas alimentarias. Algunos estudios sugieren que la relación entre el estado nutricional del niño y de la madre puede ser un elemento muy útil para evaluar los determinantes de la desnutrición. (34)

5.4.4. Evaluación antropométrica

La antropometría se le denomina la ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano, principalmente estructurales y funcionales, en donde se utilizan mediciones corporales como peso, talla, los diferentes perímetros entre otros. La combinación de todas estas mediciones permite la valoración del estado nutricional del individuo.

Forma parte importante en la evaluación del estado nutricional de un individuo, en cualquiera de los extremos de malnutrición, permite evaluar tanto la obesidad como la emaciación debido al resultado de excesos o deficiencias de nutrientes respectivamente. (30)

a. Peso: es la medición de la masa corporal del individuo. Es la más utilizada, pesar a un individuo es tener un valor numérico que lo representa en su totalidad (agua, masa magra, esquelética, visceral y masa grasa) y es de suma importancia para el monitorear

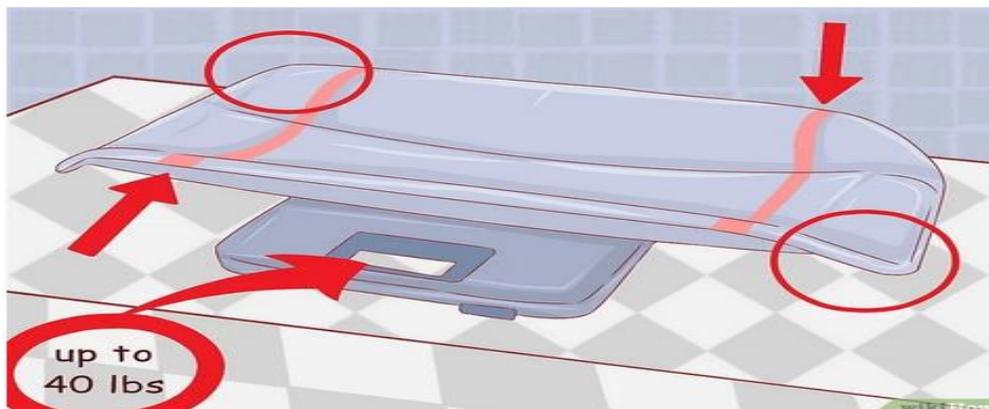
el crecimiento de los niños reflejando el balance energético. La ganancia de peso es variable y depende de las condiciones de salud del neonato, de su edad gestacional y de su peso al nacimiento. La medición del peso corporal en niños menores de 36 semanas se realiza sin ropa en una balanza electrónica o en una báscula de aguja con peso máximo de 16 kg que permite una lectura mínima de 5 g. (35)

Técnica:

- Revisar que la balanza este en un estado adecuado y óptimo para realizar la medición.
- Revisar que la balanza este ubicada en una superficie plana
- Verificar que la pesa este calibrada (debe realizarse siempre que se va a realizarla medición de un niño y si son varias, debe de calibrarse entre una medición y otra)
- Pedir el apoyo a la madre para efectuar la medición
- Solicitarle a la madre que le retire la mayor cantidad de ropa al niño si fuere posible que solo sea con pañal (debe estar seco).
- Colocar al niño acostado en el centro de la balanza verificando que no tenga los pies colgando de la balanza
- Realizar la lectura en kilogramos.

Figura 1

Técnica para toma de peso en niños pequeños
Verificación del estado de la balanza



Fuente: <https://www.wikihow.mom/Weigh-a-Baby>

Figura 2
Calibración de la pesa



Fuente: <https://www.wikihow.com/Weigh-a-Bab>

Figura 3
Toma y anotación de la medida



Fuente: <https://www.wikihow.com/Weigh-a-Baby>

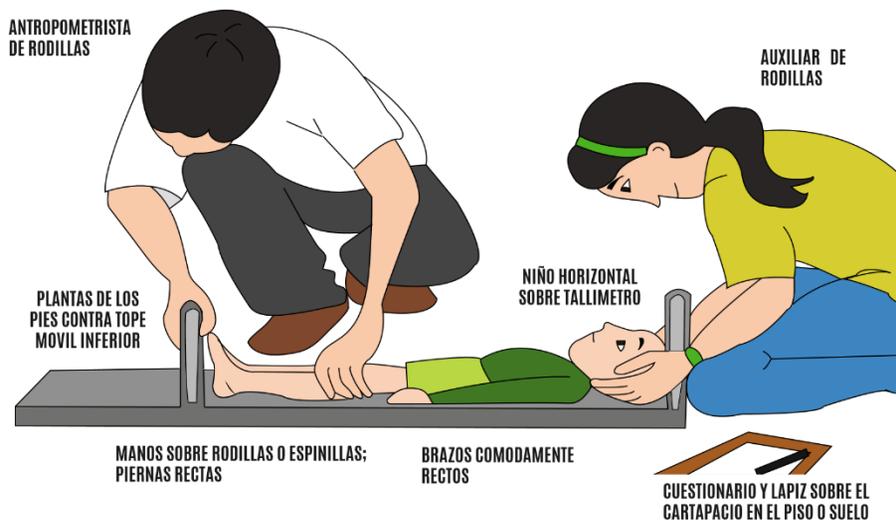
b. Talla/longitud: es la medición de la estatura o longitud del cuerpo humano que va desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza. Los niños menores de dos años se miden acostados.

Técnica:

- Revisar que el Infantómetro se encuentre en un estado adecuado y óptimo para realizar la medición.
- Revisar que el Infantómetro se encuentre correctamente ubicado en una superficie plana.
- Se colocará al niño sobre la tabla con la ayuda de la madre con los pies del lado del cursor
- El niño debe estar en el centro de la tabla.
- El asistente sujeta la cabeza del niño, colocando las manos a la altura de las orejas y la mantiene firmemente apoyada sobre la parte fija de la tabla
- El niño debe mirar hacia arriba.
- La persona que está midiendo debe de colocar la mano sobre las rodillas o tobillos del niño y manteniéndolos sujetos, deslizará el cursor contra la base de los pies del niño asegurándose que el cursor esté bien pegado a los pies la lectura se hará en centímetros.

Figura 4

Técnica para la medición de longitud en niñas y niños menores de dos años



Fuente: Adaptadas por Sección Desarrollo Editorial DRPAP, MSPAS, Guatemala 2019 (36)

c. Edad: período inicial de la vida, durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño menor de 28 días de vida hasta los 2 años. Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. (27)

d. Sexo: conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos. (27)

En las mediciones antropométricas se encuentran los indicadores antropométricos ya que tanto el peso como la talla utilizados por separado no aportan mucho sobre el estado nutricional, pero combinándolos entre ellos o relacionándolos con la edad se convierten en índices antropométricos. La evaluación antropométrica del neonato permite vigilar su crecimiento; por medio del cual se puede detectar riesgos de morbimortalidad y deterioro del estado de nutrición.

5.4.5. Indicadores antropométricos

a. Peso para la longitud

Evalúa la desnutrición aguda o de corta duración. La mayor parte de los individuos definen la presencia de obesidad de acuerdo con el peso corporal; el problema básico que implican estas medidas es que el peso guarda una relación estrecha con la talla, motivo por el cual no pondera adecuadamente la grasa corporal, pues se debe recordar que en la obesidad existe un exceso de esta. Refleja el estado nutricional actual, describiendo la masa corporal total en relación con la talla que presenta el evaluado. En la Tabla 10 se detallan los rangos para interpretar el estado nutricional actual del niño/a. Según la OMS. (37)

Tabla 10

Interpretación del Indicador antropométrico Peso para Talla en niños menores de 5 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Diagnostico	Desviación estándar
Obesidad	Arriba de +3.00 DE
Sobrepeso	Arriba de +2.00 a +3.00 DE
Posible riesgo de sobrepeso	Arriba de +1.00 a +2.00 DE
Normal	De - 2.00 a +1.00 DE
Desnutrición aguda moderada	Debajo de -2.00 DE
Desnutrición aguda severa	Por debajo de -3.00 DE

Fuente: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Guía Técnica para la estandarización en procesamiento, análisis e interpretación de indicadores antropométricos, según patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para menores de 5 años. 2012. (37)

Sus principales ventajas son:

- No se requiere conocer la edad del niño
- Determina bien al niño adelgazado agudamente de aquel que tiene desnutrición crónica.

b. Talla para la Edad

Refleja el crecimiento lineal alcanzado con respecto a la edad presentada en el momento de la evaluación. Este indicador evalúa la desnutrición crónica o retardo de crecimiento. El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y recuperarse de la misma manera. En la Tabla 11 se describen los parámetros normales de la talla para la edad del niño.

Tabla 11

Interpretación del Indicador antropométrico Talla para la edad en niños menores de 5 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Diagnostico	Desviación Estándar
Normal	De -2.00 a +2.00 DE
Retardo de crecimiento moderado	debajo de -2.00 DE
Retardo de crecimiento severo	Por debajo de -3.00 DE

Fuente: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Guía Técnica para la estandarización en procesamiento, análisis e interpretación de indicadores antropométricos, según patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para menores de 5 años. 2012. (37)

Entre sus ventajas está:

- Refleja la historia nutricional del sujeto
- Estima el grado de desnutrición crónica.

Desventajas:

- Requiere conocer con exactitud la edad del niño.
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

c. Peso para la Edad

Refleja la masa corporal relacionada con la edad que presenta el niño evaluado, su interpretación puede resultar compleja debido al carácter de su naturaleza. También es entendido como la historia de crecimiento según la edad. En la Tabla 12 se describen los parámetros normales en relación con el peso para la edad de éste.

Tabla 12

Interpretación del Indicador antropométrico Peso para Edad en niños menores de 5 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Diagnostico	Desviación Estándar
Normal	De - 2.00 a +2.00 DE
Bajo Peso	debajo de -2.00 DE
Muy bajo peso	Por debajo de -3.00 DE

Fuente: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Guía Técnica para la estandarización en procesamiento, análisis e interpretación de indicadores antropométricos, según patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para menores de 5 años. 2012. (37)

Sus principales ventajas:

- Es fácil de obtener con poco margen de error
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal del niño.

Desventajas:

- En niños mayores de un año puede sobreestimar la desnutrición.
- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda). (31)

5.5 Santa María Chiquimula

5.5.1. Marco General

Santa María Chiquimula es uno de los ocho municipios del departamento de Totonicapán y se encuentra en la parte de este, su territorio comprende un área de 80 kms², y oficialmente es el nombre con que se le localiza geográficamente; colinda al norte con San Antonio Ilotenango, Santa Lucía la Reforma y Momostenango; al sur con Totonicapán; al este con San Antonio Ilotenango y Patzité y al oeste con Totonicapán y Momostenango. La cabecera está al sur del río Pachac al norte del río Sacmequená en la Sierra Madre. Su altitud es de 2,130 MSNM, latitud 15°.01'45", longitud 91°.19" 46". Se encuentra a 30 kilómetros de la Cabecera Departamental de Totonicapán por

carretera de terracería, a 40.5 kilómetros por carretera asfaltada a través de San Francisco el Alto y a 212.5 kilómetros de la Ciudad Capital.

5.5.2. Población

Según el XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación realizado por el Instituto Nacional de Estadística -INE- en el año 2002, el municipio tenía una Población de 35,148 habitantes de los cuales 53% son mujeres y 47% son hombres. Actualmente el municipio está conformado por 18 centros poblados, siendo estos el casco urbano y diecisiete aldeas. Las cuales se describen en la Tabla 13 cada una de las aldeas, y en la Tabla 14 las aldeas más cercanas al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula.

Tabla 13
División administrativa del Municipio de Santa María Chiquimula

División	Listado
Aldeas	Chuacorrál I, Chuacorrál II
	Chuacorrál III, Xesaná
	Xecaja, Rancho
	Chuicaca, Xecachelaj
	Xebe, Racaná
	Patzam, Chuachituj
	Chulaj, Casa blanca
	Chuasiguan, Xecococh
	Chuisactol, Centro

Fuente: Deguate.com. Aspectos demográficos de Santa María Chiquimula. 2018. (38)

Tabla 14

Distribución de las comunidades cubiertas por el Centro de Atención Permanente

Aldeas que la Conforman
Patzam
Chuisactol
Racana
Casco urbano

Fuente: Información de comunidades atendidas por Centro de Atención Permanente (CAP). Santa María Chiquimula. Totonicapán. 2020. (39)

La estructura de la población en el municipio de Santa María Chiquimula no ha sufrido transformaciones importantes entre los censos de 1,973 y 2,002. En el primer censo en referencia el 99% de la población era indígena y un 1% ladino de acuerdo con la muestra con base a la boleta, los cambios son insignificantes, el 98% de la población es indígena con una variación de un 1% menos de crecimiento en relación a la población ladina y, el incremento de esta se considera debido a la llegada de personas con fines comerciales para el año 2,004. La tasa de crecimiento poblacional es de un 2.8%. Según el XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación, realizado por el Instituto Nacional de Estadística –INE- en el año 2002, el municipio de Santa María Chiquimula tenía una población de 35,148 habitantes de los cuales el 53% son mujeres y el 47% hombres.

5.5.3. Población por área urbana y rural

El 85% de la población del Municipio se encuentra distribuida en el área rural y el 15% concentrada en el área urbana.

5.5.4. Salud

El Municipio cuenta con un centro de salud tipo “B” que atiende a los habitantes del casco urbano y a las comunidades rurales y 7 puestos de salud que se localizan en las siguientes aldeas Chuijaj, Chuacorrall, Chuachituj, Casa Blanca (cuenta con dos, un centro y un puesto) Xecachelaj, Xebé y Xesaná. En síntesis, en la cabecera municipal

existen dos clínicas públicas, las que atienden en el centro de salud y la de la parroquia perteneciente a la iglesia católica en donde también se vende medicina barata. (38)

a. Cobertura

La cobertura del Área de Salud, en la parte con vinculación directa al Ministerio de Salud, se centra en la cabecera municipal, en donde se cuenta con un centro de salud; las aldeas Chuicacá, Xecachelaj y Rancho, cuentan con puesto de salud, cuestión que se debe valorar, justamente por las dificultades que representa para los habitantes de otras aldeas, la atención que pudieran recibir. Así mismo, se localizan 19 centros de convergencias apoyadas por organizaciones no gubernamentales, diez de ellos apoyados por Asociación San Miguel (ASOSAM), 8 por Organización de Desarrollo Integral para la Paz (ODIPAZ) y uno por Asociación de Cooperación para el Desarrollo Rural de Occidente (CDRO).

b. Morbilidad y mortalidad

Entre las principales causas de morbilidad están: los resfriados comunes, amigdalitis aguda, anemias, gastritis y duodenitis, infecciones intestinales bacterianas, amebiasis, desnutrición, dermatitis y parasitismo intestinal. Las primeras causas de mortalidad general que prevalecen en el municipio son: neumonía, insuficiencia cardíaca, desnutrición proteico calórica, úlcera gástrica, agresión con objeto cortante, relacionado con trastorno duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.

c. Mortalidad infantil y materna

En cuanto a la tasa de mortalidad materna al 2009, se reporta una muerte, evidentemente se refleja que hace falta una mayor atención del parto por parte del personal comunitario. La tasa de mortalidad infantil (niños menores de 1 año) es de 18.94/1,000 nacidos vivos y en la niñez (niños menores de 1 a 4 años) de 24.47/1,000 nacidos vivos, reportando 24 y 31 defunciones respectivamente. (38)

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

6.1.1 Identificar las creencias maternas y prácticas de la alimentación complementaria de niños menores de un año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula, Totonicapán, Guatemala, 2020.

6.2. Objetivos específicos

6.2.1 Caracterizar a las madres y niños menores de un año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula.

6.2.2 Determinar las prácticas de alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de un año que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula.

6.2.3 Describir las creencias alimentarias de las madres de niños menores de un año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula.

VII. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1. Tipo de estudio

Este estudio fue de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y de corte transversal. Descriptivo ya que permitió especificar y describir las características y prácticas de alimentación complementaria que realizaba la población según las variables de interés. Cuantitativo debido a que se valoró el estado nutricional de los niños, además se midió las variables de estudio mediante métodos estadísticos y fue de corte transversal porque se realizó dentro de un tiempo específico. (40)

7.2. Sujetos de estudio

Madres con niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente, del Municipio de Santa María Chiquimula, Totonicapán, Guatemala.

7.3. Población

La población que se incluyó en el estudio fueron 50 madres con niños menores de 1 año, que residen en el municipio de Santa María Chiquimula atendidos en el Centro de Atención Permanente de este municipio. Para la determinación de la población se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia, ya que este tipo de muestreo permitió tomar únicamente los casos que acudieron al servicio de salud durante la investigación en el período de agosto a septiembre y que aceptaron ser incluidos en el mismo. (40)

7.3.1 Criterios de inclusión

- a. Madres con niños menores de un año, que ya habían iniciado alimentación complementaria.
- b. Madres que asistieron al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula, Totonicapán durante la realización del estudio.
- c. Madres que eran residentes del municipio de Santa María Chiquimula, Totonicapán.
- d. Madres que firmaron el consentimiento informado.

7.3.2. Criterios de exclusión

- a. Madres que no quisieron participar en el estudio.
- b. Madres que tuvieron algún problema físico y mental que les impidió participar en el estudio.
- c. Madres que no completaron la entrevista.

7.5. Descripción de Variables

Cuadro 15

Definición de variables

Variable	Subvariable	Definición	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición
Caracterización de la madre	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. (27)	Para este estudio se tomó como los años cumplidos de la madre al momento de la entrevista.	Frecuencia de los rangos.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente 15- 19 años • Adulta joven 20-35 años • Adulta madura 36-59 años (4)
	Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. (27)	Para este estudio se tomó como el último grado de estudio que tuvo la madre.	Frecuencia de las categorías.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Diversificado • Universitario • Analfabeta (4)
	Idioma	Lengua de un pueblo o nación, o común a varios. (22)	Para este estudio se tomó como el habla o lenguaje que más utilizan las madres para comunicarse.	Frecuencia de las categorías.	<ul style="list-style-type: none"> • Kiché • Español • Ambos (4)
	Autopercepción Étnica	Se trata de una comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí. (27)	Para este estudio se tomó como la percepción de acuerdo con la cultura.	Frecuencia de las categorías establecidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Indígena • No indígena (4)

	Número de hijos	Cantidad de hijos que tiene una mujer. (41)	Para este estudio se tomaron como los hijos vivos que ha tenido la madre antes del bebé que se incluirá en el estudio.	Frecuencia de las categorías establecidas.	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 • 3-4 • Más de 4. (4)
	Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. (27)	Para este estudio se tomó como la actividad a la que se dedica la madre.	Frecuencia de las categorías establecida.	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleada doméstica • Agricultor • Tejedoras. • Otra (4)
Caracterización del niño	Edad	Periodo inicial de la vida, durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño menor de 28 días de vida hasta los 2 años. (1)	Para este estudio se tomaron los meses cumplidos del niño.	Frecuencias de las categorías.	<ul style="list-style-type: none"> • 0-6 meses • 7-8 meses • 9-11 meses • 12-17 meses • 18-23 meses (4)
	Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos. (27)	Para este estudio se tomó como la diferenciación entre hombre y mujer.	Frecuencia de categorías	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino (4)

	Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. (1)	Para este estudio se tomó como la relación entre peso y talla según la edad del niño.	Puntaje Z	<p>Peso/Longitud:</p> <p>Obesidad = Arriba de +3.00 DE Sobrepeso = Arriba de +2.00 a +3.00DE Posible riesgo de sobrepeso = Arriba de +1.00 a + 2.00DE Normal = De -2.00 a +1.00DE Desnutrición aguda moderada = debajo de -2.00DE Desnutrición aguda severa = por debajo de -3.00DE</p> <p>Longitud/Edad:</p> <p>Normal = de -2.00 a +2.00 DE Retardo del Crecimiento Moderada = debajo de -2.00 DE Retardo del crecimiento severo: por debajo de -3.00 DE.</p> <p>Peso/Edad:</p> <p>Normal= -2.00 a +2.00 DE Bajo peso = debajo de -2.00 DE Muy bajo peso = por debajo de - 3.00 DE. (37)</p>
--	--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Prácticas de Alimentación Complementaria		Es el proceso que comienza cuando la lactancia materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por ende, otros alimentos líquidos necesarios además de la leche materna. (42)	Para este estudio se denominó a los alimentos que le proporciona al bebé diferente a la leche materna, teniendo en cuenta las características sobre la cantidad, frecuencias, consistencias.	Descripción de las categorías.	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna continua • Alimentos de inicio • Cantidad • Frecuencia • Consistencia • Diversidad alimentaria • Alimentos que consume el niño durante la enfermedad. (1,25)
Creencias alimentarias		Es una idea que se toma como cierta, aun cuando no se haya comprobado o no se pueda comprobar con los métodos científicos conocidos. (19)	Para este estudio se tomaron como los alimentos que consideran las madres que son buenos o malos para los niños, y el porqué de estos.	No aplica	<p>Detalles sobre los alimentos según las categorías previstas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia continuada • Edad de inicio de alimentación. • Frecuencia de las comidas de los niños pequeños. • Susceptibilidad percibida de la madre sobre los riesgos para que sus hijos tengan una nutrición alterada. • Severidad percibida de la madre sobre los daños que pudieran producir una alimentación inadecuada a sus niños. • Beneficios percibidos de la madre sobre brindar una alimentación balanceada a sus niños • Barreras percibidas por la madre en el hogar sobre la alimentación de su niño. (12, 26)

Fuente: Elaboración propia

VIII. PROCEDIMIENTO

8.1. Obtención del Aval Institucional

Para la obtención del aval institucional se visitó tanto al director del Área de Salud de Totonicapán como al Médico Coordinador del Distrito de Salud de Santa María Chiquimula para la obtención del permiso para realizar el trabajo de campo, en donde se les dio a conocer los objetivos de la investigación y metodología que fue utilizada para la realización de ésta. (Anexo 1, 2)

8.2. Preparación y prueba técnica de los instrumentos

Para llevar a cabo la investigación fue necesario, la elaboración de los instrumentos para la recolección de los datos, mismo que se detallan a continuación.

8.2.1. Preparación de Instrumentos

Primero se redactó un consentimiento informado con el que se pudo garantizar que la población que participó en el estudio lo hizo de manera voluntaria, en el cual se proporcionó información sobre el estudio tales como: objetivos, beneficios, riesgos, así como la confidencialidad con la que se manejó la información que se obtuvo de las mismas, el consentimiento informado se presentó a las madres por escrito quienes autorizaron su participación por medio de su firma o huella. (Anexo 3)

Así mismo, se elaboró la boleta de recolección de datos dividido en tres secciones tales como: caracterización de la población, prácticas de alimentación complementaria y creencias alimentarias.

Para la obtención de la información sobre las características de la población de estudio, se diseñó una boleta de caracterización en la que se incluyeron datos como: edad, escolaridad, idioma, autopercepción étnica, número de hijos, ocupación. Esto relacionado a las madres, en tanto que en niños fueron: edad, sexo y estado nutricional de los niños, para este último se obtuvo de manera cuantitativa a través de un cuadro

con la clasificación del estado nutricional de los mismos que se llenó marcando el estado nutricional de acuerdo con la clasificación a la que perteneció el niño. (Anexo 4)

Para determinar las prácticas de alimentación complementaria se utilizó una encuesta, en la que se incluyó las siguientes categorías: alimentos de inicio, cantidad, frecuencia, consistencia, diversidad alimentaria y alimentos brindados durante la enfermedad. Con esta encuesta se pudo identificar de manera cuantitativa las prácticas de alimentación complementaria que las madres realizaban. (Anexo 4)

Seguidamente para recolectar los datos sobre las creencias que tenían las madres, sobre la alimentación de sus hijos pequeños, se realizó mediante una encuesta que contenía preguntas abiertas y cerradas sobre las siguientes categorías: lactancia continuada, edad de inicio de alimentación complementaria, frecuencia de las comidas que deben darle a sus niños, susceptibilidad percibida de la madre sobre los riesgos para que sus hijos tengan una nutrición alterada, severidad percibida de la madre sobre los daños que pudieran producir una alimentación inadecuada a sus niños, beneficios percibidos de la madre sobre brindar una alimentación balanceada a sus niños, barreras percibidas por la madre en el hogar sobre la alimentación de su niño. Todo esto con el fin de poder identificar las ideas que las madres tenían con respecto a la alimentación de sus niños. (Anexo 4)

8.2.2 Prueba técnica de los instrumentos

Para asegurar que los instrumentos diseñados respondieran a los objetivos planteados y que los mismos fueran comprendidos fácilmente por los sujetos de estudio, se realizó una prueba técnica en el Centro de Salud del municipio de Momostenango del departamento de Totonicapán. La prueba se realizó con 5 madres con niños menores de un año, que representaron el 10% de la población total, se llevó a cabo en este municipio debido a que comparten características similares con la población que fue estudiada, para lo cual se valoró los siguientes criterios:

- Comprensión y claridad de las preguntas.
- Que permita recolectar la información necesaria para responder a los objetivos del estudio.

El instrumento se tomó como aceptable ya que el 100% de las madres evaluadas comprendieron y respondieron a las preguntas planteadas sin dificultad.

8.3. Identificación de los participantes y obtención del consentimiento informado

8.3.1 Identificación de los participantes

Los participantes seleccionados para la investigación fueron madres de niños menores de un año, que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula, departamento de Totonicapán, y que ya habían iniciado alimentación complementaria y que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la identificación de estas se realizó mediante la tarjeta de vacunación del niño, en la que se pudo verificar la edad de este para que fuera incluido en el estudio.

8.3.2 Obtención del consentimiento informado

En cuanto al consentimiento informado se obtuvo previo a la recolección de los datos, donde se informó a las participantes sobre el objetivo de la investigación, los beneficios, la confidencialidad y que el estudio no tendría ningún riesgo para ellas, la cual firmaron como muestra de su autorización. (Anexo 3)

8.4. Recolección de Datos

Para la recolección de los datos se realizó a través de entrevista mediante los siguientes pasos:

Primero la entrevistadora conto con el equipo de protección necesaria para resguardar su integridad física y la de su entrevistada que consistió en: mascarilla, lentes de protección, guantes descartables (para evaluación antropométrica de los niños) y utilizando ropa de manga larga.

8.4.1 Descripción de la colocación de equipo de trabajo:

- Inicialmente la entrevistadora se lavó las manos con agua y jabón
- Seguidamente se colocó la mascarilla de forma adecuada y los lentes de protección
- Al momento de evaluar antropométricamente al niño/a, la entrevistadora se colocó guantes descartables (mismos que se desecharon después de cada niño/a evaluado)
- Es importante recalcar que entre la entrevistadora y la entrevistada se mantuvo un metro de distancia, también la madre entrevistada se presentó con mascarilla.

8.4.2 Recolección de datos

- a. Se inició con la identificación de los participantes mediante el carné de vacunación del niño.
- b. Si cumplía con los criterios de inclusión se le informó a la madre sobre el objetivo de la investigación y en qué consistía el instrumento, preguntándole si aceptaba participar o no en el estudio.
- c. Al momento en que la madre acepta se llenó el consentimiento informado y se le solicitó su número de identificación y su firma o huella.
- d. Se inició inmediatamente con la encuesta de caracterización tanto de la madre como del niño, este último se evaluó antropométricamente para determinar su estado nutricional, para ello se llevó cabo en la clínica de monitoreo de crecimiento y vacunación, los instrumentos utilizados fueron Infantómetro marca Seca serie 417 para la obtención de la longitud y balanza de mesa mecánica marca Health o meter serie 001F2C7C para la obtención del peso. Para la toma de las medidas de peso y longitud se realizó de la siguiente manera:
 - Primero, para la obtención del peso se revisó que la balanza estuviera en un estado adecuado y óptimo para realizar la medición, de igual manera que estuviera sobre una superficie plana.
 - Segundo, se verificó que la pesa estuviera calibrada (acción que se repitió entre una medición y otra)

- Tercero, se le pidió apoyo a la madre para efectuar la medición solicitándole que le pudiera retirar la mayor cantidad de ropa al niño si era posible que solo sea con pañal (debe estar seco).
- Cuarto, se colocó al niño acostado en el centro de la balanza verificando que no tuviera los pies colgando de la balanza y se realizó la lectura en kilogramos.
- Quinto, para la obtención de la longitud del niño se inició con la revisión del Infantómetro que se encontrará correctamente sobre una superficie plana.
- Sexto, con la ayuda de la madre se colocó al niño sobre el Infantómetro con los pies del lado del cursor, verificando que el niño estuviera en el centro de la tabla.
- Séptimo, con la ayuda de la madre se sujetó la cabeza del niño, colocando las manos a la altura de las orejas y manteniéndola firme apoyada sobre la parte fija de la tabla, asegurando que el niño estuviera mirando hacia arriba.
- Octavo, la entrevistadora colocó la mano sobre las rodillas o tobillos del niño manteniéndolos sujetos y con la otra mano deslizó el cursor contra la base de los pies del niño asegurando que el cursor esté bien pegado a los pies, la lectura se realizó en centímetros.

e. Seguidamente se recabó información sobre las prácticas de alimentación complementaria.

f. Posteriormente se recogió información sobre las creencias que tenían las madres sobre la alimentación de sus niños, la cual se realizó mediante una serie de preguntas. Por último, se agradeció a la madre por su tiempo indicándole el estado nutricional de su hijo.

Nota: la entrevistadora durante cada entrevista les brindó gel antibacterial a cada una de las participantes previo a iniciar el proceso de recolección de los datos. De la misma manera la entrevistadora se aplicó gel antibacterial después de cada entrevistada.

IX. PLAN DE ANÁLISIS

9.1. Descripción del proceso de digitación

Los datos que se obtuvieron de la investigación fueron ingresados en una base de datos, la cual se realizó en el programa de Microsoft Excel® en donde se tabularon los datos obtenidos con respecto a la caracterización, prácticas de alimentación complementaria y estado nutricional del niño, para este último los datos antropométricos fueron digitalizados utilizando el programa WHO Anthro versión 3.2.2, el cual proporciona el diagnóstico del estado nutricional de la población estudiada. Al contar ya con esta información se realizaron tablas y gráficas para una mejor interpretación de los resultados de la investigación.

Por otro lado, en cuanto a la información obtenida de la encuesta sobre las creencias, se colocaron en tablas según las categorías planteadas en las variables de estudio.

9.2. Análisis de datos

A continuación, se detalla la forma en que fueron analizadas las variables en estudio:

9.2.1 Caracterización de madres y niños

Para la descripción y análisis estadísticos de las características de las madres y de los niños, se utilizaron tablas de frecuencias tomando en cuenta las variables de estudio entre las que se encuentran: edad, escolaridad, idioma, autopercepción étnica y ocupación; esto en relación con las madres, en cuanto a los niños: la edad, sexo y estado nutricional. Este último se efectuó mediante puntaje "Z", utilizando el Programa Who Anthro versión 3.2.2, para el análisis de los datos se realizó a través del número de desviación estándar (DE) en la que el niño se encontraba si está por arriba o por debajo de la media de la población de referencia. La interpretación se realizó mediante los rangos que se presentan en la Tabla 16.

Tabla 16

Interpretación de Puntaje Z según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Desviación Estándar (DE)	Peso para la Longitud o talla. (P/L) o (P/T)	Peso para la edad. (P/E)	Longitud o talla para la edad. (L/E) o (T/E).
Arriba de ± 3.00	Obesidad		
Arriba de +2.00 a +3.00	Sobrepeso		
Arriba de +1.00 a +2.00	Riesgo de sobrepeso		
De + 2.00 a -1.00	Normal	Normal	Normal
Debajo de -2.00 a +1.00	Desnutrición aguda moderada	Bajo peso	Retardo de crecimiento moderado
Por debajo de -3.00 DE	Desnutrición Aguda Severa	Muy bajo Peso	Retardo de crecimiento severo

Fuente: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Guía Técnica para la estandarización en procesamiento, análisis e interpretación de indicadores antropométricos, según patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para menores de 5 años. 2012. (37)

9.2.2 Prácticas de alimentación complementaria

De igual forma, se analizaron los datos que se obtuvieron de las prácticas de alimentación complementaria que realizaban las madres, tomando en cuenta las variables de estudio tales como se describe en la Tabla 17. Los resultados se presentaron a través de gráficas y tablas obtenidas de la base de datos en el Programa de Microsoft Excel, utilizando porcentajes y frecuencias para una mejor visualización.

Tabla 17

Descripción de análisis según las categorías

Categorías	Correcto
Alimentos de inicio	Alimentos recomendados para iniciar la AC (1)
Cantidad	6 a 8 meses = 2 a 3 cda. 9 a 11 meses = 3 a 4 cda. 12 meses o más = 4 a 5 cda. (25)
Frecuencia	6 a 8 meses = 2 a 3 veces/día 9 a 11 meses = 3 a 4 veces/día 12 meses o más = 3 a 4 veces/día (25)
Consistencia	6 a 8 meses = machacados, papilla, suaves y espesos 9 a 11 meses = Picados o cortados en trocitos pequeños 12 meses o más = picados, cortados o enteros. (25)
Diversidad alimentaria	Será considerado adecuado si consume 4 de los 7 grupos de alimentos descritos por la OMS tales como el grupo de carnes, frutas y verduras rica en vitamina A y otras frutas y verduras y del grupo de cereales y leguminosas. (29)
Alimentos durante la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna prolongada. • Rehidratación oral. • Continuar la alimentación complementaria. • Ofrecerle pequeñas cantidades de alimentos, pero con más frecuencia. • Dar los alimentos preferidos del niño. • Alimentarlo con paciencia. (25)

Fuente: Elaboración propia.

9.2.3 Creencias alimentarias

De igual forma, en cuanto a las creencias maternas sobre alimentación que tuvieron las madres se analizaron e incluyeron los resultados de forma descriptiva, tal como lo mencionaba la madre y en tablas con base a temas que se habían explorado en

antecedentes de investigación tales como lactancia continuada, edad de inicio de alimentación complementaria, frecuencia de las comidas, susceptibilidad percibida de la madre sobre los riesgos para que sus hijos tengan una nutrición alterada, severidad percibida de la madre sobre los daños que pudieran producir una alimentación inadecuada a sus niños, beneficios percibidos de la madre sobre brindar una alimentación balanceada a sus niños y barreras percibidas por la madre en el hogar sobre la alimentación de su niño. (26)

9.3. Metodología estadística

Para obtener un mejor análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva; la cual se encarga de resumir y describir las características principales de la población en estudio, cuyos resultados fueron presentados mediante tablas y gráficas, así mismo se utilizaron frecuencias y porcentajes para una mejor visualización descriptiva y detallada de estos. Para la representación de los resultados se utilizó la siguiente fórmula:

Frecuencia relativa

$$fi = \frac{ni}{N} \times 100$$

Si se multiplica la frecuencia relativa por cien se obtiene el porcentaje (tanto por cien %). (43)

X. ALCANCES Y LIMITES

La investigación que se desarrollo tuvo como alcances la identificación de las creencias y prácticas de alimentación complementaria que realizaban las madres de niños menores de un año, de los vecinos que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula; los aspectos puntuales que comprendieron la investigación fueron la descripción de las características de los sujetos de estudio y de las experiencias de las madres en cuanto a las creencias alimentarias que regían y dentro de los limites se encuentra las características técnicas para la valoración nutricional de los niños.

Los límites que se pudieron encontrar en el desarrollo de la investigación, fue que se llevó en un lapso corto y solo se realizó en ese municipio y los datos no pueden ser extrapolados.

XI. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación conllevó todos los aspectos éticos para su realización, por lo que fue importante destacar cada una de las características solicitadas en el consentimiento informado a las madres de los niños, quienes permitieron que se les realizara la entrevista y posteriormente la evaluación antropométrica al niño menor de un año, cabe resaltar que si un niño era diagnosticado con desnutrición iba ser reportado al área de Salud para ser tratado de manera inmediata.

Este documento sirvió para explicar y garantizar a cada una de las participantes que no iban a correr ningún riesgo y que se podían retirar del estudio en el momento que la consideraran, además se les indicó que no estaban obligadas a participar en dicho estudio.

En caso de que la persona entrevistada fuera menor de edad se le solicitó la presencia de otra persona como testigo de la investigación y de la misma manera se informó a los sujetos de estudio sobre el propósito de la investigación, en donde se aplicaron los valores como respeto, honestidad de principios de autonomía y confidencialidad, en cuanto a la información que proporcionaron, además este estudio fue solo para fines académicos.

XII. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la investigación, la misma estuvo conformada por una muestra a conveniencia de 50 madres de niños menores de un año que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula, dicha investigación se realizó en el período de agosto a septiembre del 2020.

Los resultados que se presentan a continuación se dividen en tres secciones: Caracterización de las madres y niños menores de un año, prácticas de alimentación complementaria y creencias maternas sobre alimentación.

12.1 Caracterización de la población en estudio

12.1.1 Caracterización de las madres

Para definir las características de las madres se evaluaron diferentes aspectos, como se puede observar en la Tabla 18, en relación con la edad (n=38) se encontraron entre las edades de 20 a 35 años, mientras que (n=8) eran adolescentes. En cuanto a la escolaridad (n=30) mencionaron tener un nivel primario de escolaridad y (n=8) refirieron ser analfabetas, en tanto que (n=8) tenía un nivel de educación secundaria.

Así mismo se les preguntó sobre el idioma que hablaban en dónde (n=41) refirió hablar tanto Kiché como español y (n=3) madres solo Kiché. Con relación a la autopercepción étnica (n=48) se identificaba como indígena y solo (n=2) respondieron como no indígena. También se preguntó sobre el número de hijos que tenía la madre donde (n=21) aludieron tener entre 1 a 2 hijos, (n=17) tienen entre 3 a 4 hijos y (n=12) tenían más de 4 hijos. De igual manera se les preguntó sobre su ocupación en la que se pudo observar que la mayoría era ama de casa representada por (n=46) madres y (n=2) eran tejedoras.

Tabla 18

Caracterización de madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente del Municipio de Santa María Chiquimula

Variable	Característica	Frecuencia (n=50)
Edad	15-19	8
	20-35	38
	36-59	4
Escolaridad	Analfabeta	8
	Primaria	30
	Secundaria	4
	Diversificado	8
Idioma	Kiché	3
	Español	6
	Ambos	41
Autopercepción étnica	Indígena	48
	No indígena	2
Hijos vivos	1-2	21
	3-4	17
	Más de 4	12
Ocupación	Ama de casa	46
	Empleada doméstica	1
	Tejedora	2
	Sastre	1

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.1.2 Caracterización de los niños menores de un año

En la Tabla 19, se muestran los resultados de los niños menores de un año que participaron en el estudio, donde (n=17) eran menores de 6 meses, en tanto que (n=16) entre 7 a 8 meses y (n=17) se encontraban en edades de 9 a 12 meses, de igual manera es importante resaltar que (n=29) niños eran de sexo masculino y (n=21) de sexo femenino.

Tabla 19

Caracterización de niños menores de 1 año de madres que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula

Edad en meses	Masculino	Femenino	Frecuencia (n=50)
0 a 6	10	7	17
7 a 8	10	6	16
9 a 12	9	8	17

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

a. Estado nutricional de niños

El estado nutricional de los niños menores de un año que participaron en el estudio se clasificó de acuerdo con los tres índices antropométricos tales como peso/longitud, peso/edad, longitud/edad cuyos resultados se detallan en la Tabla 20.

En cuanto al indicador peso/longitud, la mayoría de los niños evaluados (n=46) presentaron un estado nutricional actual normal, es importante mencionar que no se encontraron casos de desnutrición aguda tanto moderada como severa, sin embargo, (n=2) niños menores de 6 meses tenían sobrepeso y (n=1) presentaba obesidad.

De igual manera se muestran los resultados del indicador peso/edad, se puede observar que toda la población de 0 a 6 meses (n=17) presentaban peso adecuado para la edad, así mismo entre 6 a 8 meses (n=3), tenían bajo peso para la edad, entre tanto (n=1) de 9 meses presentaba muy bajo peso para la edad, a pesar de esto la mayoría de la población estudiada se observó que (n=43) tenían un estado nutricional global normal.

Así mismo, se presentan los resultados del indicador longitud/edad, mismo que se relaciona con el desarrollo y crecimiento del niño. Se observó que (n=20) de los niños evaluados presentaban un crecimiento normal, (n=16) presentan retardo del crecimiento moderado observándose más en niños entre las edades de 9 a 12 meses (n=6), de igual manera se observó que (n=14) tenían retardo del crecimiento severo concentrándose en las edades 9 a 12 meses (n=7).

Tabla 20

Estado nutricional de niños menores de 1 año de madres que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula

Diagnóstico	0-6 meses (n=17)	7-8 meses (n=16)	9-12 meses (n=17)	Total (n=50)
Estado nutricional actual (P/L)				
Obesidad	1	0	0	1
Sobrepeso	2	0	0	2
Riesgo de sobrepeso	0	1	0	1
Normal	14	15	17	46
Desnutrición Aguda (moderada y severa)	0	0	0	0
Estado nutricional global (P/E)				
Normal	17	13	13	43
Bajo peso	0	3	3	6
Muy bajo peso	0	0	1	1
Crecimiento según la edad (L/E)				
Normal	9	7	4	20
Retardo del crecimiento moderado	5	5	6	16
Retardo del crecimiento severo	3	4	7	14

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.2 Prácticas de alimentación complementaria

Para determinar las prácticas de alimentación complementaria fue necesario realizar diferentes cuestionamientos relacionados a las variables de estudio entre los que se encuentran: Lactancia materna continuada, edad de inicio de alimentación complementaria, alimentos de inicio, cantidad, frecuencia, diversidad alimentaria, alimentos brindados durante la enfermedad cuyos resultados se describen a continuación con más claridad.

12.2.1 Lactancia materna continuada

Respecto a la lactancia materna continuada en la Tabla 21 se observa que la mayor parte de la población (n=49) sigue brindando lactancia materna, solo una madre respondió que no estaba dando lactancia materna, mencionando que era debido a que no tenía producción de leche.

Tabla 21

Lactancia materna continuada en niños menores de 1 año de madres que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula.

Variable	Característica	Frecuencia (n=50)
Lactancia materna	Si	49
	No	1

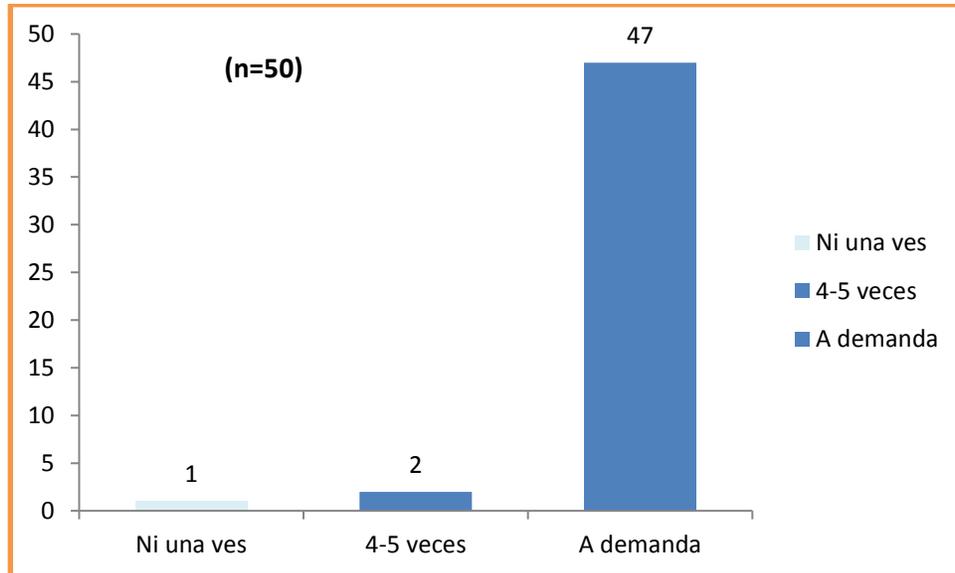
Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

a. Número de veces que le da pecho a su hijo/a

Con relación al número de veces que la madre le da pecho a su hijo se puede apreciar en la Gráfica 1 que (n=47) madres les daban leche materna a sus hijos a demanda y (n=2) le daban de 4 a 5 veces al día incluido de noche.

Gráfica 1

Frecuencia de lactada de niños menores de 1 año, que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula



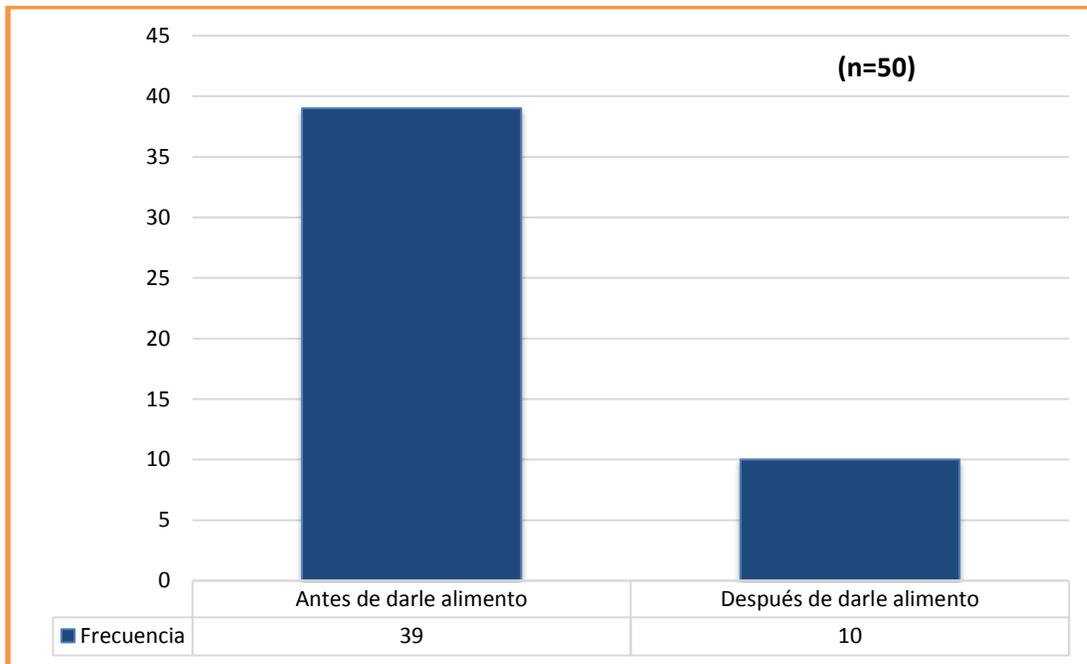
Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

b. Momento en que le da pecho a su hijo/a

En cuanto a brindar lactancia materna antes o después de ofrecer alimentos, (n=39) madres refirieron que prefiere ofrecerle pecho antes de darle alimentos mencionando que el alimento solo era el complemento de la leche materna por lo que era importante está práctica y (n=10) indicaron darle después de que el niño haya recibido los alimentos aludiendo para que aproveche bien el alimento que le ofrece. Estos resultados se pueden observar con mayor claridad en la Gráfica 2.

Gráfica 2

Momento en que las madres que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula amamantan al niño menor de 1 año



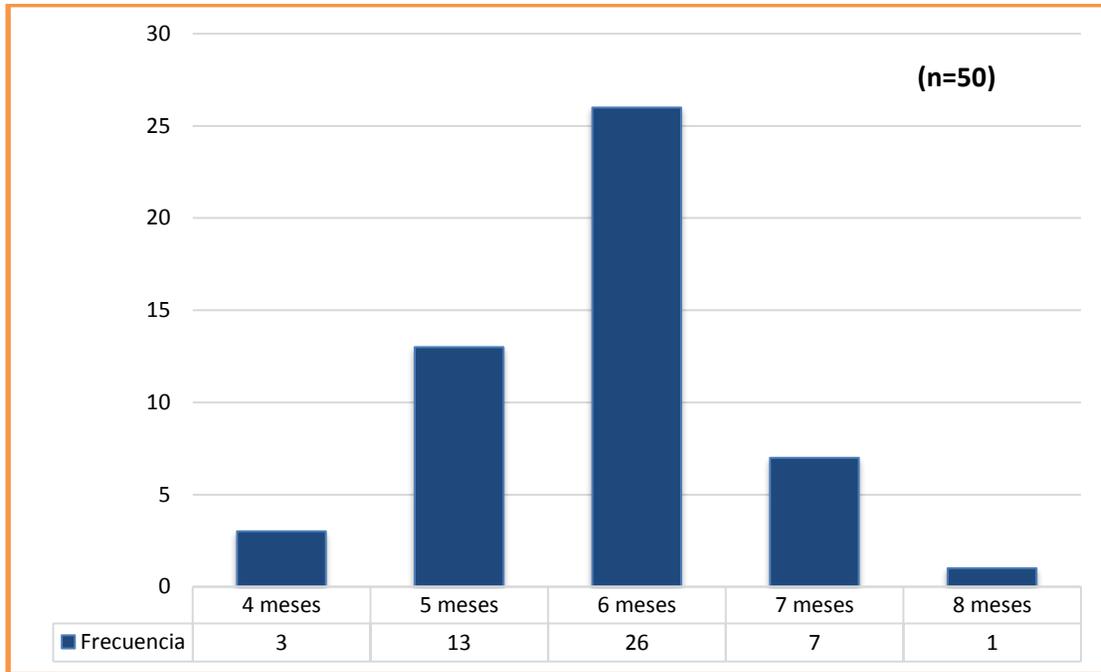
Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.2.2 Edad de inicio de la alimentación complementaria

En la Gráfica 3 se presentan los resultados acerca de la edad de inicio de la alimentación complementaria, en la que se puede observar que de las 50 madres encuestadas (n=26) iniciaron alimentación complementaria a sus hijos a los 6 meses de edad, en tanto que (n=13) lo realizó a los 5 meses y (n=7) iniciaron a los 7 meses de edad y solo (n=3) madres le dio alimento por primera vez a su hijo a los 4 meses de edad.

Gráfica 3

Edad de inicio a la alimentación complementaria a los niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula.



Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.2.3 Alimentos de inicio

En la Tabla 22 se muestran los resultados sobre los alimentos con que las madres inician la alimentación complementaria de sus hijos/as, de los cuales se puede resaltar que (n=18) madres inician con algún cereal, (n=9) prefiere iniciar con verduras, y (n=8) con atoles entre los que destacan la Incaparina y de masa, es importante mencionar que (n=4) inicia con alguna fruta.

Tabla 22

Alimentos con los que inician la alimentación complementaria los niños menores de 1 año de madres que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula

Alimentos de inicio	Frecuencia (n=50)
Huevo	1
Alimento comercial	1
Caldo de frijol	1
Galletas saladas, pan	4
Fideos	4
Banano, manzana	4
Atol de Incaparina, atol de masa, atol de Mosh	8
Güicoy, güisquil, zanahoria	9
Papa	18
Total	50

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

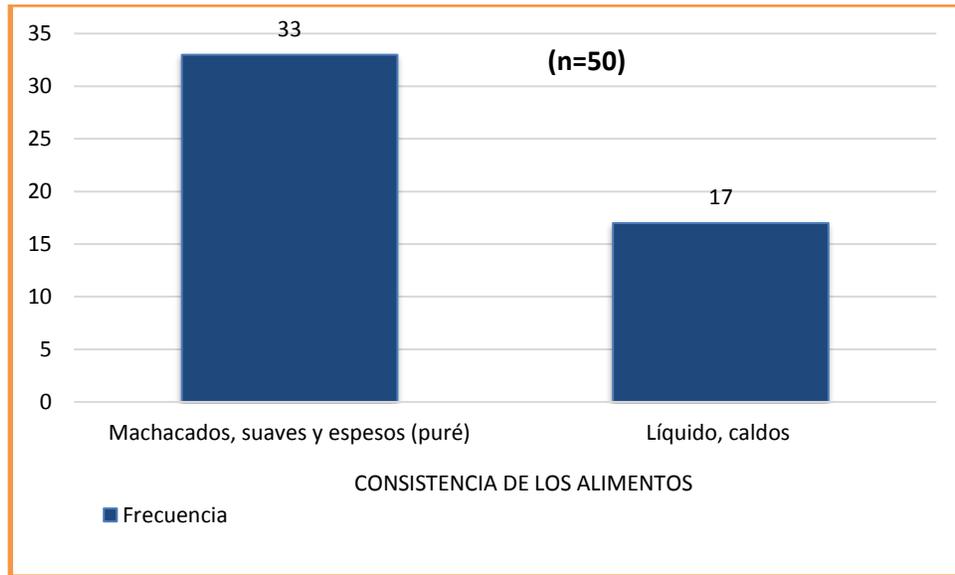
De igual manera se les preguntó a las madres sobre la razón por la que ellas iniciaron la alimentación complementaria con ese alimento, entre los resultados, (n=22) madres consideraban que el alimento es suave para el niño, mientras que (n=6) mencionó que era por recomendaciones del Centro de Salud y con un mismo porcentaje se lo había indicado la mamá y que eso habían preparado ese día.

12.2.4 Consistencia de los alimentos

En la Gráfica 4 se observa los resultados de la consistencia de los alimentos con que las madres iniciaron la alimentación complementaria, resaltando que (n=33) respondió que les brindaron alimentos de consistencia machacados, suaves y espesos, en tanto que (n=17) mencionó haber iniciado con alimentos de consistencia líquida o rala.

Gráfica 4

Consistencia de los alimentos al iniciar la alimentación complementaria en niños menores de 1 año de madres que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula



Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.2.5 Frecuencia de las comidas

En la Tabla 23 se presentan los resultados obtenidos sobre la frecuencia de las comidas que las madres brindaron a sus hijos al iniciar la alimentación complementaria en la que sobresale que (n=35) de las madres les dieron 2 a 3 tiempos de comida, mientras que (n=15) solo les daban 1 vez al día, mencionando que eran muy pequeños para consumir más tiempos de comida.

Tabla 23

Frecuencia de comidas que madres brindaron a sus niños menores de 1 año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula cuando iniciaron la alimentación complementaria

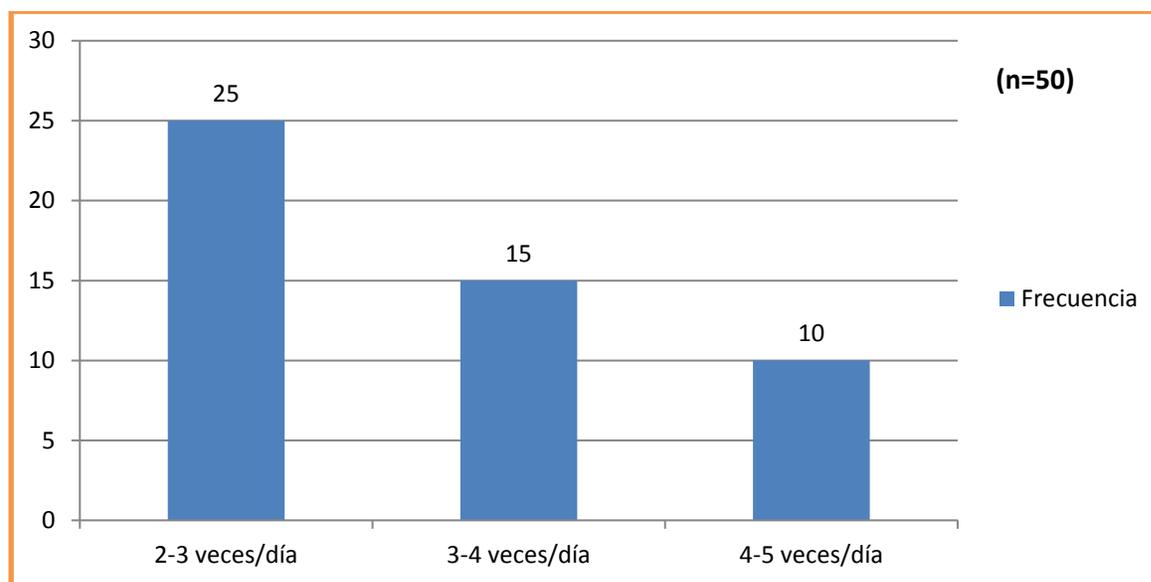
Frecuencia de alimentos	Frecuencia (n=50)
1 vez/día	15
2-3 veces/día	35
3-4 veces/día	0
4-5 veces/día	0

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

En la gráfica 5 se puede observar la frecuencia de los alimentos que ahora las madres les daban a sus hijos en relación a la edad que tiene el niño actualmente donde se refleja que (n=25) de las madres les siguen brindando entre 2 a 3 tiempos de comidas entre los rangos de edad de 5 a 11 meses, mientras que (n=15) madres les brindaban de 3 a 4 veces al día entre los rangos de edad de 6 a 12 meses y solo (n=10) madres les ofrecen de 4 a 5 tiempos de comida al día entre las edades de 7 a 11 meses.

Gráfica 5

Frecuencia de alimentos que madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula les brindan a sus hijos actualmente



Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.2.6 Cantidad de comidas que le da a su hijo

En la Tabla 24 se puede observar en lo referente a la cantidad de alimentos con que las madres iniciaron la alimentación complementaria, así como también la cantidad de alimentos que ahora le están dando a sus hijos, en la que se puede apreciar que (n=36) niños recibieron al iniciar la alimentación complementaria una cucharada de alimento, entre las edades de 4 a 8 meses, en tanto que (n=36) madres le daban de 2 a 3 cucharadas de alimento entre las edades de 4 a 7 meses. En comparación con la cantidad que ahora les están brindando a sus niños se puede apreciar que (n=17) niños están recibiendo 3 a 4 cucharadas de alimentos, (n=13) reciben de 2 a 3 cucharadas y (n=11) madres les brindan más de 5 cucharadas de alimentos a sus hijos, este último se puede observar entre las edades de 6 a 11 meses.

Tabla 24

Cantidad de alimentos que las madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula les brindaron a sus hijos tanto al iniciar alimentación complementaria como ahora le están brindando de acuerdo con la edad del niño

Variable	Característica	Frecuencia (n=50)	Edades (meses)
Cantidad al iniciar alimentación complementaria	1 cucharada	36	4-8
	2-3 cucharadas	12	4-7
	3-4 cucharadas	2	6-7
Cantidad que le da ahora	2-3 cucharadas	13	4-10
	3-4 cucharadas	17	6-11
	4-5 cucharadas	9	6-12
	Más de 5 cucharadas	11	6-11

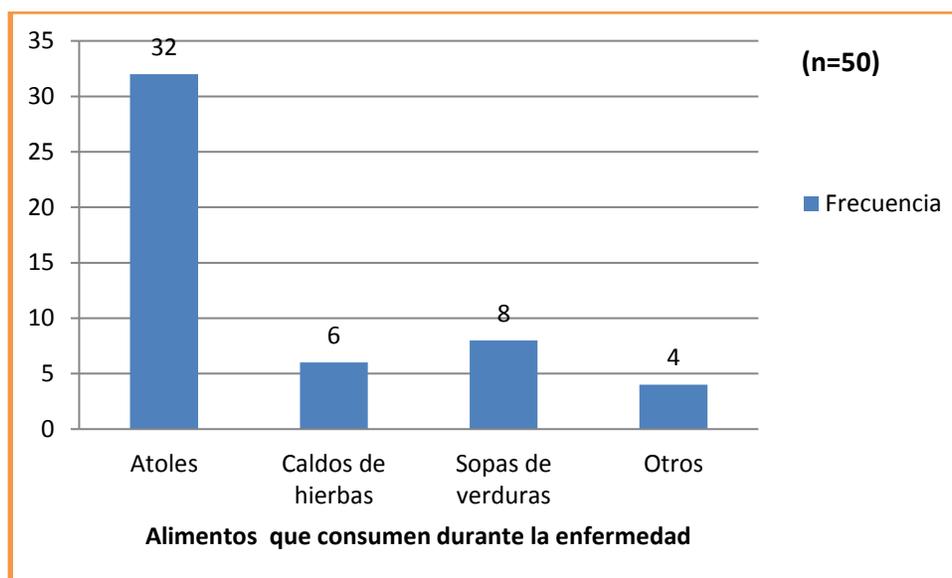
Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.2.7 Alimentos brindados durante la enfermedad

Se realizaron algunos cuestionamientos a la madre sobre los alimentos que le brinda a su hijo/a cuando se enferma, dentro de los resultados se observan en la Gráfica 6, que (n=32) madres prefieren brindarles atoles a sus niños cuando ellos enferman, en tanto que (n=8) prefiere ofrecerles más sopas de verduras, que las consideraban como fuentes de vitaminas mejorando la salud de sus niños y (n=8) prefieren darles caldos de hierbas.

Gráfica 6

Alimentos que las madres de niños menores de 1 año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula prefieren darles a sus hijos durante la enfermedad



Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

Relacionado al cuestionamiento anterior se le preguntó a la madre si le agregaba algún ingrediente especial (Sal, aceite, consomé) a la preparación de su hijo cuando este se enferma, estos resultados se pueden observar en la Tabla 26. La mayoría de las madres respondieron que no le agregaba ningún ingrediente a la preparación de su hijo, mientras que (n=18) refirió que si le agregaba ingredientes (sal, aceite, consomé) a la preparación del niño.

De igual manera se les cuestionó sobre el tipo de ingrediente que suele agregarle a la preparación de su hijo, siendo las más comunes la sal, el aceite, el consomé y sopas de sobres, representados por los siguientes números: (n=13), (n=3), (n=1), (n=1) respectivamente, observando que la mayoría de las madres refieren agregarle sal a su preparación.

En cuanto al motivo de la respuesta de las madres el más común entre las mismas es para darle sabor a la comida del niño para que de esta manera él pueda comer el

alimento mencionado por (n=15) esto es en relación a la sal, en tanto que 1 madre refirió que le agregaban aceite para que el niño tuviera más apetito como también refirieron que le limpiaba el estómago y evitaba que le diera infección al niño considerando que era bueno agregarle aceite a la comida de sus niños cuando estuvieran enfermos, estos resultados se pueden visualizar con más detalle en la Tabla 25.

Tabla 25

Ingrediente especial que las madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula le agregan a la preparación de su hijo durante la enfermedad

Variable		Característica	Frecuencia (n=50)
Alimentos brindados durante la enfermedad	Le agrega ingrediente especial (sal, aceite, consomé)	Sí	18
		No	32
	Ingrediente agregado a la preparación del niño (n=18)	Sopa de sobres	1
		Consomé	1
		Aceite	3
		Sal	13
	Razón por uso del ingrediente (n=18)	Que tenga más apetito	1
		Para limpiar su estómago	1
		Para que no le de infección	1
		Para el sabor	15

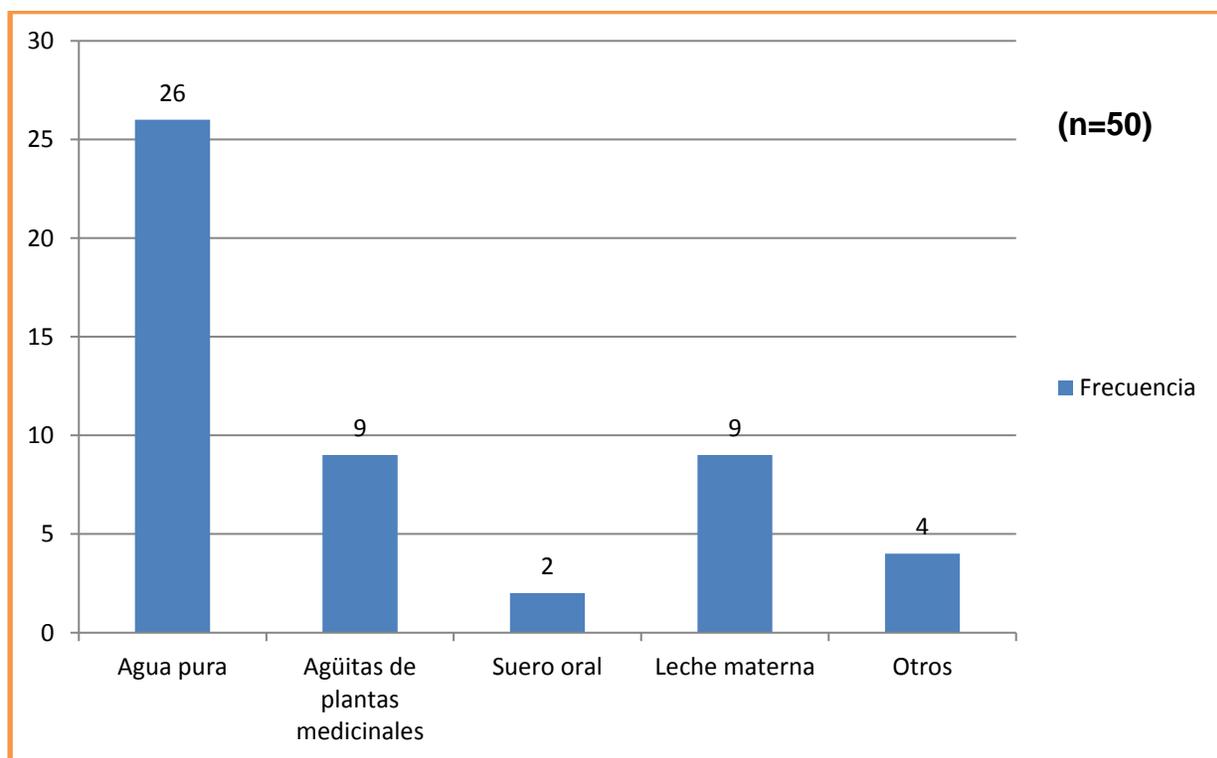
Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

También se le preguntó a la madre sobre el tipo de bebida que le brinda a su niño cuando se enferma, en el cual se puede resaltar que más de la mitad de la población que participo en la investigación refirió que les brindaban solo agua (n=26) mencionando que era bueno para la salud, así como también que ayudaba a hidratarlos

durante la enfermedad, mientras que (n=9) prefieren darles agüitas de plantas medicinales ya que consideraban que eran frescos para el cuerpo del niño y que ayudaban a mejorar su salud, entre las plantas mencionadas por las mismas se encontraban la ruda, manzanilla y hierba buena, así mismo (n=9) prefieren solo darles leche materna a sus niños mencionando que solo eso reciben cuando están enfermos y que también era lo único que los ayudaban, apreciando con más claridad en la Gráfica 7.

Gráfica 7

Bebidas que las madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula prefieren darles a sus hijos durante la enfermedad



Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

Así mismo se indago sobre lo que realizaban las madres cuando sus hijos no quieren recibir alimentos cuando se enferman, siendo las respuestas más sobresalientes fueron que (n=17) madres prefieren brindarles los alimentos preferidos del niño, siendo el

mismo número de madres que mencionaron alimentarlo con paciencia (n=17), mientras que (n=14) aludieron ofrecerle pequeñas cantidades de alimentos y con más frecuencia, por último (n=2), respondieron otros. Resultados que se pueden observar en la Gráfica 8.

Gráfica 8

Descripción de lo que realizan las madres de niños menores de 1 año que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula para que sus hijos reciban alimentos cuando se enferman



Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.2.8 Diversidad alimentaria

En cuanto a la diversidad de alimentos que las madres le están dando a sus hijos menores de 1 año, se puede apreciar en la Tabla 26 y 27 que la mayor parte de la población en general consume del grupo de alimentos de frutas y verduras ricas en vitamina A, seguido por el grupo de cereales, raíces y tubérculos, de igual manera se observó, que (n=14) de los niños reciben por lo mínimo 4 grupos de alimentos comprendidos en entre las edades de 4 a 11 meses, en tanto que (n=11) reciben 6 grupos de alimentos, siendo niños en edades de 6 a 11 meses, cabe resaltar que (n=9)

solamente consumen 3 grupos de alimentos entre las edades de 5 a 8 meses y (n=3) reciben un solo grupo de alimentos entre las edades de 5 a 6 meses. Cabe mencionar dentro de todo esto que los niños que reciben del grupo de lácteos consumen entre 1 a 2 veces por semana, siendo el yogurt como el alimento que las madres mencionaron darles a su hijo pequeño.

Tabla 26

Grupos de alimentos que las madres de niños menores de 1 año que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula les brindan a sus hijos con más frecuencia

	Grupos de alimentos	Frecuencia
Diversidad alimentaria	Cereales, raíces y tubérculos	45
	Legumbres y nueces	21
	Lácteos	19
	Huevos	18
	Carnes	14
	Frutas y verduras ricas en vitamina A	47
	Otras frutas y verduras	36

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

Tabla 27

Numero de grupos de alimentos consumidos por edad que madres que asisten al CAP de Santa María Chiquimula les brindan a sus hijos menores de 1 año

Edades (meses)	No. De grupos de alimentos consumidos	Frecuencia (n=50)
5-6	1	6
5-8	2	6
5-10	3	9
4-11	4	14
6-12	5	7
6-11	6	11

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.3 Creencias maternas sobre alimentación

En cuanto a las creencias maternas que tenían las madres sobre la alimentación de sus hijos se realizaron diferentes cuestionamientos relacionadas a las variables de estudio entre los que se encuentran: lactancia continuada, edad de inicio de la alimentación complementaria, frecuencia de las comidas de los niños pequeños, susceptibilidad percibida de las madres sobre los riesgos para que sus hijos tengan una nutrición alterada, severidad percibida de la madre sobre los daños que pudieran producir una alimentación inadecuada a sus niños, beneficios percibidos de la madre sobre brindar una alimentación inadecuada a sus niños y barreras percibidas por la madre en el hogar sobre la alimentación de su niño. Dichos resultados se describen a continuación.

12.3.1 Lactancia continuada

Se preguntó a la madre sobre la edad a la que cree que ya no debería de darle leche materna a su hijo, siendo la respuesta más sobresaliente que (n=37) consideran ya no dar leche materna entre los 12 a 23 meses de edad del niño, mencionando que consideraban que la leche materna es un buen alimento para sus hijos, en tanto que (n=9) refirió que prefiere quitarle la leche materna antes de año para que su hijo recibiera bien los alimentos complementarios. Dichos resultados se presentan en la Tabla 28.

Tabla 28

Creencias de madres sobre el período que le deberían de brindar leche materna a su hijo menor de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula

Variable	Características	Frecuencia (n=50)
Lactancia continuada	6 meses o menos	0
	6-11 meses	9
	12-23 meses	37
	No sabe	4

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.3.2 Edad de inicio de la alimentación complementaria

En la Tabla 29 se puede apreciar los resultados sobre cuestionamientos sobre las creencias de las madres sobre la edad que deberían de iniciar alimentación complementaria a los niños pequeños, en la cual se puede resaltar que más de la mitad de la población en estudio (n=37) mencionó que se debería de dar alimentos por primera vez a los niños después de los 6 meses, ya que a esta edad ya están listos para recibir alimentos, mientras que (n=9) considera que deberían de recibir alimentos antes de los 6 meses porque lo necesitan para crecer bien y solo (n=4) madres mencionaron que no sabía a qué edad se debería de dar alimentos a los niños pequeños.

Tabla 29

Creencias de madres de niños menores de 1 año que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula sobre la edad que debería de dar comida por primera vez a los niños pequeños

Variable	Características	Frecuencia (n=50)
Edad de inicio de alimentación.	Antes de los 6 meses	9
	Después de los 6 meses	37
	No sabe	4

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

12.3.3 Frecuencia de las comidas de los niños pequeños

Se indagó sobre las creencias que tenían las madres sobre el número de veces que deberían de comer sus hijos pequeños a la edad que tienen cuyos resultados se puede apreciar en la Tabla 30, donde más de la mitad de las encuestadas (n=26), respondieron que su hijo debería de comer 3 veces al día en tanto que el (n=9) creen que deberían de comer 5 veces al día incluidos 2 refacciones, con el mismo número de madres mencionaron que debe de realizar solo 2 tiempos de comida y (n=5) consideran que deberían de realizar 4 veces al día.

Tabla 30

Creencias de madres de niños menores de 1 año que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula sobre la frecuencia de comidas que deberían de realizar sus hijos a la edad que tienen

Variable	Características	Frecuencia (n=50)
Frecuencia de las comidas de los niños pequeños	2 veces	9
	3 veces	26
	4 veces	5
	5 veces	9
	7 veces	1

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

Derivado del cuestionamiento anterior es importante resaltar que la mayoría de madres encuestadas (n=15) justificaron su respuesta con que el niño está en crecimiento, mientras que (n=9) indicaron que así come la familia en el hogar, en tanto que (n=8) consideraba que era muy chiquito todavía para recibir más tiempos de comidas, y solo (n=6) refirió que la leche materna ya no le alcanza, es importante mencionar que 1 madre indicó que si le daba más tiempos de comida su hijo podría enfermar.

12.3.4 Susceptibilidad percibida de las madres sobre los riesgos para que sus hijos tengan una nutrición alterada.

De la misma manera se indagó sobre lo que creían las madres sobre la importancia de la alimentación complementaria en los niños pequeños en donde se pudo observar que (n=47) madres respondieron que consideraban importante el inicio de este proceso en los niños pequeños, mientras que (n=3) consideraba que no era importante ya que les daban leche materna y con eso era suficiente.

En cuanto a las razones que dieron las madres sobre la importancia de la alimentación complementaria (n=37) de las mismas refirió que la leche materna por sí sola no es suficiente por lo que había que complementar con alimentos, mientras que (n=17) mencionaron que la leche materna no proporciona todos los nutrientes necesarios para

el crecimiento de éste y solo (n=2) refirió que no sabía porque de su respuesta. Resultados que se pueden apreciar en la Tabla 31.

Tabla 31

Creencias de madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula sobre la importancia de brindarles alimentos a los niños aparte de la leche materna

Variable	Características	Frecuencia (n=50)
Susceptibilidad percibida de madres sobre la importancia de la alimentación complementaria de los niños pequeños	Sí	47
	No	3
Razón por las creencias sobre la importancia de alimentación complementaria (n=47)	La leche materna por sí sola no es suficiente	37
	La leche materna no proporciona todos los nutrientes necesarios para su crecimiento	8
	No sabe	2

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

Así mismo se realizaron cuestionamientos a las madres si consideraban que los alimentos que le brindaban a su hijo eran suficiente para que crecieran adecuadamente, de los cuales (n=38) madres mencionaron que sí, mientras que (n=12) refirieron que no era suficiente. Estos resultados se pueden observar con mayor claridad en la Tabla 32.

En tanto que las razones de la respuesta anterior lo más destacable de las creencias de la característica Sí, (n=26) madres indicaron que el motivo de su respuesta es que le están dando frutas y verduras que consideran que tienen vitaminas, mientras que (n=7) cree que le está dando lo necesario para que crezcan bien y solo 1 madre respondió que le estaba dando lo necesario ya que su hijo estaba comiendo bien y que tenía buen peso.

En lo referente a las madres que respondieron a la característica No, la razón de su creencia era que no le estaba dando lo necesario ya que debería de realizar refacciones mencionado por (n=5), en tanto que (n=3) considera que hay alimentos que no le está dando todavía, cabe resaltar la opinión de (n=2) madres donde mencionaron que les faltaba conocimiento sobre la alimentación adecuada de su hijo pequeño. Todo lo mencionado anteriormente se describe en la Tabla 32.

Tabla 31

Creencias de madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula sobre los alimentos que les brindan a sus hijos

Variable		Característica	Frecuencia (n=50)
Cree que los alimentos que le está brindando a su hijo/a son suficiente para que crezcan adecuadamente	Sí		38
	No		12
Motivo por el que lo cree	Característica	Descripción	Frecuencia (n=38)
	Sí es suficiente	Le estoy dando frutas y verduras que tienen vitaminas	26
		Le doy lo necesario para que crezca bien	7
		Lo alimento bien lo suficiente, si le doy más se enferma	2
		Está comiendo lo necesario y tiene buen peso	1
		Le doy atoles y hace tres tiempos de comidas	2
		Descripción	Frecuencia (n=12)
	No es suficiente	Hay alimentos que no le estoy dando todavía	3
		No le estoy dando lo necesario porque debería de realizar refacciones	5
		Hay que complementar con vitaminas porque lo necesita	2
Me falta conocimiento sobre su alimentación		2	

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

Así mismo se presentan los resultados sobre quien de la familia creen las madres que debería de alimentarse mejor dondela mitad de la población de estudio (n=25) respondieron que la mamá debería alimentarse mejor, mientras que (n=17) consideran que deberían de ser sus hijos menores y solo (n=2) madres indicaron que el esposo debería de alimentarse mejor que el resto de la familia. Esto se puede observar con más detalle en la Tabla 33.

Tabla 33

Creencias de madres de niños menores de 1 año que asistieron en el Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula sobre quién de su familia considera que debería de alimentarse mejor

Variable o categoría	Frecuencia(n=12)	Porcentaje %
Usted (mamá)	25	50
Su esposo	2	4
Sus hijos menores	17	34
Todos	6	12
Total	12	100

Fuente: Elaboración propia, base de datos trabajo de campo 2020

Es importante mencionar, que de la respuesta de las madres del cuestionamiento anterior (n=25) refirió que las mamás deberían de alimentarse mejor debido a que están dando leche materna a sus hijos por lo que consideran que lo necesitan más, en tanto que (n=16) creen que sus hijos menores deberían de alimentarse mejor debido a que están en crecimiento, así mismo (n=5) indicaron que todos deben de alimentarse mejor para estar saludables y solo (n=2) creen que su esposo debería alimentarse mejor porque está trabajando por lo tanto necesita más energía.

Así mismo cabe resaltar los resultados sobre las características o cualidades que creen las madres que debería de tener un niño para decir que está bien alimentado, en la cual se transcribieron los comentarios tal como lo mencionó la madre en la que (n=15) madres mencionaron que debería de ser “gordito, cachetes rosados, bien nutrido”, (n=6)

madres refirieron que debe de ser inteligente, juguetón, crece sano, en tanto que (n=5) mencionó que sea “alto, buen peso, sano” y solamente (n=4) indicó que debería de ser “alegre, fuerte, activo, sonriente y juguetón”.

12.3.5 Severidad percibida de la madre sobre los daños que pudieran producir una alimentación inadecuada a sus niños.

En cuanto a la severidad percibida de las madres si no le brindan una alimentación adecuada a su hijo pequeño se encontraron resultados como se describe en la Tabla 34, donde (n=21) madres cree, que si a su hijo no le brinda una alimentación adecuada podría desnutrirse o se empacha, de igual manera (n=15) madres refirieron que se enfermaría mucho y adelgazaría, y solo (n=10) indicaron que baja de peso y no crece rápido.

Tabla 34

Severidad percibida de madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula, sobre lo que le pasará a su hijo si no le brinda una alimentación adecuada

Variable	Característica	Frecuencia (n=50)
Severidad percibida	Se enfermaría mucho y adelgaza	15
	Baja de peso, no crece rápido	10
	Se desnutre o empacha	21
	Baja mucho de peso y se debilita	3
	Le da infección y no come	1
	Total	50

Fuente: Elaboración Propia trabajo de campo, 2020

De igual manera en la Tabla 35 se describen las creencias que tienen las madres sobre algunos alimentos que no deberían brindarle a su niño pequeño, lo más destacable sobre este cuestionamiento es que (n=32) madres cree que sí hay alimentos que no debería darle a su niño, mientras que (n=16) indicó que no hay alimentos que no debería darle a su niño pequeño.

Entre los alimentos más comunes que las madres creen que no deberían de darles a sus hijos pequeños ellas las clasificaban en alimentos fríos, pesados y alimentos malos. Siendo las principales causas en el caso de los alimentos malos que ellas consideran porque provocan infección en el niño, así como también consideran que los puede desnutrir tal es el caso de la carne que la considera un alimento malo. En tanto que los alimentos fríos refieren que este provoca a que el niño se le enfríe el estómago, en relación con los alimentos pesados las madres refirieron que provoca que el niño se le embote o inflama el estómago por lo que prefieren no darles ninguno de estos alimentos hasta que el niño cumpla el año. Los cuales se describen con mayor claridad en la Tabla 35.

Tabla 35

Creencias de madres de niños menores de 1 año que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula sobre alimentos que no deberían de darle a su niño pequeño

Variable	Características		Frecuencia (n=50)
Severidad percibida sobre alimentos que no debería de darle al niño pequeño	Sí		32
	No		18
Mención de alimentos que las madres creen que no deberían de darle a sus hijos	Clasificación		
	Alimentos fríos	Alimentos pesados	Alimentos malos
	Aguacate	Frijol	Carnes
	Golosinas	Golosinas	Carne de cerdo
		Huevo	Comida chatarra
		Plátano	Golosinas
		Tortilla	Leche de bote
		Zanahoria	Leche entera
			Sopas instantáneas
			Pan
			Fideos

Fuente: Elaboración Propia trabajo de campo, 2020

Con relación al cuestionamiento anterior se indago a la madre sobre quién le había hablado sobre estos alimentos donde (n=12) de las mismas habían respondido a la opción Sí seleccionaron la alternativa otros (Centro de Salud, anuncios en el internet,

redes sociales), en tanto que (n=10) madres refirieron que fue indicada por la mamá y (n=7) mencionaron que se lo había dicho la suegra.

12.3.6 Beneficios percibidos de la madre sobre brindar una alimentación balanceada a sus niños

En la Tabla 36 se pueden apreciar los resultados sobre los beneficios que cree las madres que tendrían sus hijos si ingiere una alimentación adecuada o balanceada a la edad que tienen, donde más de la mitad de la población de estudio (n=26), refirió que sus hijos crecen y se desarrollan normalmente mientras que (n=24) mencionaron que si sus hijos ingieren una alimentación adecuada ellos se enferman menos.

Tabla 36

Creencias de madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula sobre los beneficios que tendría su hijo si ingiere una alimentación adecuada o balanceada a la edad que tiene

Variable	Característica	Frecuencia (n=50)
Beneficios percibidos por la madre	Se enferma menos	24
	Crece y se desarrolla normalmente	26

Fuente: Elaboración Propia trabajo de campo, 2020

Del cuestionamiento anterior (n=25) madres refirieron que consideran las frutas y verduras como los alimentos buenos para alimentar a su hijo pequeño, seguido por (n=14) que consideran a los atoles como Incaparina (mezcla vegetal), Mosh y leche materna como alimentos buenos para su hijo, mientras que (n=6) refiere a los cereales, granos y carnes y solamente una mínima cantidad mencionó que consideran a las hierbas y caldos de los alimentos como buenos para la alimentación de sus hijos pequeños. En cuanto al motivo de la respuesta de las madres sobre los alimentos buenos, la más común fue que ayudan tanto en sus defensas como en su crecimiento, así como también ellos tendrán menos enfermedad y que contienen calcio para sus

huesos, además mencionaron que les brindan vitaminas y energías, manteniéndolos saludables y ganan peso representados por los siguientes números de madres: (n=17), (n=14), (n=13) y (n=5) respectivamente.

Entre los principales beneficios que creen las madres sobre los alimentos buenos en la salud de su hijo pequeño, lo más relevante de esta información es que (n=31) madres encuestadas respondieron porque su hijo se enferma menos, en tanto que (n=19) mencionó que crecen y se desarrollan normalmente.

12.3.7 Barreras percibidas por la madre en el hogar sobre la alimentación de su niño

En lo concerniente a las barreras o dificultad percibida por las madres en el hogar para alimentar a su hijo pequeño, se encontró que, (n=34) madres mencionaron que no ha tenido dificultades de ningún tipo para alimentar a su hijo pequeño y solo (n=16) indicaron que tenía dificultades en el hogar, de este último (n=11) refirió que la barrera percibida era económico, ya que no había dinero para adquirir los alimentos, mientras que (n=19) indicaron que el mercado era retirado por lo que eso dificultaba a que las madres obtuvieran los alimentos necesarios para la alimentación de su hijo pequeño, lo mencionado anteriormente se puede observar en la Tabla 37.

Tabla 37

Barreras percibidas por las madres de niños menores de 1 año que asistieron al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula en el hogar para alimentar a su hijo pequeño

Variab les	Características	Frecuencia (n=50)
Barreras percibidas por la madre para alimentar a su hijo	Sí	16
	No	34
Razón de la característica Sí (n=16)	No hay dinero para comprar los alimentos (económico)	11
	Mercado retirado	5

Fuente: Elaboración Propia trabajo de campo, 2020

XIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una alimentación adecuada para el niño menor de 1 año es esencial para la salud de éste, con ello el niño podrá desarrollarse normalmente en todos los aspectos tanto físico como mentalmente, por lo que la alimentación complementaria a esta edad es primordial ya que juega un papel importante en el estado nutricional del niño.

En base a los resultados presentados anteriormente se muestra que la mayor parte de las madres entrevistadas se encontraban en el rango de 20 a 35 años de edad, seguido de las madres entre las edades de 15 a 19 años, dato que llama la atención ya que influye de manera negativa sobre la alimentación complementaria de los niños, tal como se menciona en la investigación realizada en San Marcos, donde indican que el comportamiento influye y es un factor que interfiere en las prácticas alimentarias del niño, ya que entre menos edad tenga la madre menor conocimiento tiene para alimentar a su hijo pequeño. (17)

En cuanto a la educación de las madres, cuentan con estudio a nivel primario, habiendo una mínima cantidad de madres que no tuvieron algún nivel educativo. Esta condicionante viene siendo uno de los factores que pueden influir sobre las prácticas que llevan a cabo las madres para alimentar a sus niños pequeños este último concuerda con la información brindada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la que menciona que un 30% de esta población es analfabeta. De igual manera con relación al idioma, (n=41) madres encuestadas hablan tanto español como Kiché, mientras que una mínima cantidad solo hablaban Kiché.

En relación a la percepción de las madres en cuanto a su cultura (n=48) refirió identificarse como indígena, esto coincide con el informe de la ENSMI donde se refleja que en el departamento de Totonicapán se cuenta con dos culturas: indígena y no indígena, que corresponde a la población multiétnica y pluricultural de Guatemala, además se relaciona esta información con lo que menciona el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) donde el 97% de su población es indígena. (4)

En cuanto a los hijos vivos que tenían las madres, (n=21) mencionaron tener de 1 a 2 hijos y (n=12) refirieron tener más de 4 hijos, esta parte es interesante debido a que las experiencias de las madres intervienen sobre cómo es alimentado el niño pequeño puesto que al tener 1 o 2 hijos las madres mencionan que no tienen los conocimientos necesarios sobre lo que tiene que darle de comer a su hijo, así mismo en ocupación la mayor parte de las madres son amas de casa, lo que significa que se mantienen prácticamente solo en el hogar lo cual beneficia las prácticas de alimentación complementaria, repercutiendo de manera positiva en el estado nutricional de los mismos. Este dato es similar a la mencionada por el estudio de San Marcos en donde la mayor parte de su población es ama de casa por lo que tienen más oportunidad de dedicarse a sus hijos y brindarles una alimentación adecuada (17)

La segunda parte evaluada fue la caracterización de los menores de un año, siendo niños de 0 a 6 meses y entre 9 a 12 meses con el que contó con más cantidad, destacando que fue mayor el número de niños que la de niñas, siendo contrario a lo mencionado por la ENSMI que este departamento presentaba porcentajes ligeramente inferiores de hombres que de mujeres. (4)

En cuanto al estado nutricional de los niños se determinó a través de los tres índices establecidos por la OMS. En relación con el indicador peso/longitud (P/L) en donde el peso guarda relación con la longitud del niño en la que se pudo observar que la mayor parte de los niños evaluados presentaron un estado nutricional actual normal, cabe resaltar que no se encontraron casos de desnutrición aguda, tanto moderada como severa, por lo contrario, se encontró que 2 niños menores de 6 meses tenían sobrepeso y 1 presentaba obesidad en el mismo rango de edad. La información recabada concuerda con el estudio realizado en Argentina en la que se encontraron datos similares respecto al estado nutricional de los niños de ese estudio. (9)

En cuanto al indicador peso/edad (P/E) que refleja la historia de crecimiento del niño relacionado a la edad, (n=43) niños presentaron un estado nutricional global normal, así

mismo se evaluó el indicador longitud/edad (L/E) que está relacionado con el crecimiento, en la que se estableció que (n=20) niños presentaban un crecimiento adecuado para la edad, de esto también se encontró que (n=16) tenían retardo del crecimiento moderado y (n=14) tenían retardo del crecimiento severo, se observa que los datos encontrados fueron menos que la mencionada por el Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIINSAN), que indicaba que este municipio presentaba una prevalencia del 72.7% de desnutrición crónica, ocupando el primer lugar a nivel departamental, siendo un gran problema a nivel nacional que requiere de intervenciones a corto, mediano y largo plazo. (6)

Al preguntar sobre las prácticas de alimentación complementaria se encontraron datos interesantes entre los que se destaca en el caso de la lactancia materna continuada, que (n=49) madres siguen brindando lactancia materna, de igual manera cabe resaltar que (n=47) de las madres brindan a demanda la leche materna a sus hijos, esto se relaciona con la información del estudio realizado en el Tablón del municipio de Sololá en donde la mayoría de madres prefieren brindar lactancia materna continuada y a demanda a sus hijos menores de 1 año. Ya que es importante resaltar que la leche materna es fundamental en la nutrición del niño. (13)

De igual manera la mayor parte de madres prefieren darles pecho a sus hijos antes de darles los alimentos siendo concordante con las recomendaciones de la Comisión Nacional de las Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca, en la que menciona que primero ofrecerle el pecho y cuando no esté del todo satisfecho ofrecerle los alimentos en el primer año de vida. (28)

En lo concerniente a la edad de inicio de la alimentación complementaria más de la mitad de la población de estudio comienza con este proceso a los 6 meses de edad y (n=7) lo realiza a los 7 meses y (n=3) a los 4 meses de edad, esta información concuerda con lo estipulado por las recomendaciones de la OMS, en el que se debe introducir alimentos diferentes a la leche materna a los 6 meses de edad del infante, y como lo menciona INCAP que no se debería de brindar alimentos sólidos antes de los 6

meses ya que estos pueden interferir en la absorción de nutrientes esenciales para el desarrollo del niño aportados por la leche materna. De igual manera concuerda con los datos revelados por el estudio realizado en Cartagena en donde la mayor parte de su población de estudio refirió conocer la edad adecuada del inicio de este proceso de alimentación. (1,14)

Relacionado a los alimentos de inicio de la alimentación complementaria (n=18) madres inicia con algún tipo de cereal y (n=9) suele iniciar con alguna verdura, esto se puede comparar con lo establecido por la Comisión Nacional de las Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca, que recomienda iniciar con los cereales ricos en hidratos de carbono, seguida de las leguminosas, así mismo dentro de las razones de las madres sobre el tipo de alimento que le brindó de inicio esta porque el alimento la consideraba suave, mientras que una mínima cantidad indicaron que fueron por recomendaciones del Centro de Salud, por lo que se puede observar que las madres realizan adecuadamente el inicio de este proceso. Es importante también mencionar que la elección del alimento de inicio del niño se ve marcada por el entorno familiar de la madre siendo una de las respuestas de éstas que fue por recomendaciones de la madre o de la suegra que en algunos era equivocada el alimento de inicio. (28)

Al preguntar sobre la consistencia de los alimentos que las madres le brindaron a su hijo al iniciar la alimentación complementaria, (n=33) inicio con alimentos machacados, suaves y espesos (puré), siendo solo una mínima cantidad (n=17) que le brindo alimentos líquidos (calditos), algo interesante que se debería de mencionar con respecto a la consistencia que ahora las madres le dan a sus hijos la mayor parte indicó que le sigue brindando la misma consistencia mientras que solo un (n=3) ya le estaban dando alimentos picados o en trozos pequeños entre las edades de 9 y 11 meses. Esto se cumple según la información teórica que indica que a partir de los 9 a 12 meses de edad del niño puede consumir alimentos cortados o en trocitos pequeños. Es importante señalar que algunos de los argumentos de las madres en el caso de quienes les daban solo los calditos refieren que como son muy pequeños podría causarles daños si les brindan alimentos de otra consistencia, por lo que se podría decir que el poco

conocimiento de las madres puede repercutir de manera negativa sobre el estado nutricional de sus hijos.

En cuanto a la frecuencia de las comidas que brindan a sus hijos al inicio de la alimentación complementaria más de la mitad de las madres (n=35) le dio de 2 a 3 veces al día alimentos al inicio y (n=15) le ofreció 1 sola vez al día, en cuanto a la frecuencia que les brindan actualmente la mitad sigue brindando de 2 a 3 veces alimentos al día y solo el (n=15) le da de 3 a 4 veces al día en edades de 7 a 11 meses. De esto se puede indicar que la mayoría de las madres ofreció las veces indicadas por la OMS, en el que se deben de ofrecer entre 2 a 3 tiempos de comida a los 6 meses de edad del niño e ir aumentando gradualmente a la edad de este. Los datos encontrados son similares a las del estudio de Argentina donde los niños recibían de 2 a 3 veces comida al día y los niños de 5 meses solo recibían un tiempo de comida. (30)

Así mismo sobre la cantidad de alimentos que las madres brindaron tanto al inicio como ahora a sus hijos, se encontró que la mayoría al iniciar le brindo solamente 1 cucharada de alimento y solo (n=12) le dieron de 2 a 3 cucharadas de alimentos que era lo recomendado, en cuanto ahora (n=17) niños están recibiendo de 3 a 4 cucharadas de alimentos. Cabe mencionar que para las madres encuestadas el darle más cantidad de alimentos es dañino para la salud de sus hijos, por lo que no le brindan las cantidades recomendadas. Con respecto a esto la mayoría de las madres no aplican las recomendaciones de la OMS, la cual menciona que entre los 6 a 9 meses de edad del niño ofrecer de 2 a 3 cucharadas soperas de alimentos e ir incrementando gradualmente y de los 9 a 12 meses de 3 a 4 cucharadas de alimentos. Siendo uno de los condicionantes de las madres es la falta de información que los llevan a realizar prácticas inadecuadas. (25)

En tanto que los alimentos que las madres le brindan a sus hijos durante la enfermedad, el (n=32) de la población de estudio prefiere darles solo atoles (Incaparina®, de masa, Mosh) a sus niños, aludiendo que solo ese alimento les reciben mientras están enfermos, en tanto que solo (n=8) refirió que prefería darle sopitas de verduras ya que

lo ayudaban a mejor contra la enfermedad, estas prácticas son opuestas a las recomendadas por la MSPAS, en la que se indica que la alimentación del niño durante la enfermedad debe ser variada, tratando de brindarles alimentos ricos en nutrientes y energía durante este proceso misma en la que se debe tomar en cuenta la cantidad, consistencia y frecuencia de los mismos de manera que puedan ayudarlo, ya que en comparación de esto con los datos encontrados las madres mencionaron que el atol los ayudaba mucho más que cualquier otro alimento. (25)

De la misma forma (n=18) madres le agregaban ingredientes especiales a la preparación de sus hijos durante la enfermedad, siendo estos ingredientes la sal, aceite, consomé y sopas de sobres, del primer ingrediente fue la que más resalto, siendo las principales razones por la que agregaban estos ingredientes era para mejorar el sabor de manera que el niño recibiera el alimento, en lo referente al aceite indicaron que era para ayudar a suavizar y limpiar el estómago del niño, siendo estas prácticas opuesto a lo que menciona la MSPAS anteriormente en la que se recomienda en caso del aceite agregarla a la preparación del niño en la etapa de recuperación mientras que las madres lo realizaban durante el proceso de enfermedad. Así también ocurre con la adición de sal y sopas a la preparación del niño según el Consenso para las Prácticas de alimentación complementaria de niños sanos menciona sobre las prácticas inadecuadas durante este proceso, en la que se recomienda agregarla a la dieta del niño hasta el primer año de vida. (25, 31)

De igual manera durante la enfermedad de su hijo, la mayor parte de madres (n=26) prefiere solo brindarle agua pura ya que es fresco ayudándolo a calmar la sed cuando este se enferma y solamente (n=2) mencionaron el darles suero oral, en tanto que (n=9) menciono darles solo leche materna ya que era lo mejor para ellos en esos proceso, además con la misma cantidad de madres prefieren darles agüitas de plantas medicinales las más mencionadas fueron la ruda, manzanilla y hierba buena que consideraban que era lo mejor para ayudarlo en la enfermedad, entre las principales razones estaba que ayudaban con la fiebre, así como era refrescante para el cuerpo del niño y ayuda a quitar el dolor de estómago, por lo que es importante considerar a cada

comunidad de forma individual debido a que las costumbres varían de acuerdo con cada cultura. Estas prácticas son opuestas a lo que dice la teoría que recomienda rehidratar al niño con suero oral y promover la lactancia materna, aunque un porcentaje mínimo realiza esta última práctica la cual favorece la recuperación del niño pequeño durante la enfermedad. (31)

Dentro de todo lo descrito anteriormente es importante mencionar las prácticas que realizan las madres durante este proceso cuando el niño no quiera recibir alimento dentro de lo cual se pudo observar que (n=17) madres mencionaron brindarles la comida preferida para que el niño reciba el alimento así ayudarlo en el proceso de enfermedad y con la misma cantidad prefieren tenerle mucha paciencia para alimentarlo y solamente (n=14) le aumentan la frecuencia de comidas pero en pequeñas cantidades, todo lo mencionado anteriormente es lo recomendado para la alimentación del niño pequeño durante la enfermedad por lo que las madres realizan prácticas adecuadas para alimentar a su hijo pequeño buscando cualquier forma de que el mismo les reciba el alimento. (25)

En lo que concierne a la diversidad alimentaria de los niños menores de 1 año, (n=14) reciben por lo mínimo 4 grupos de alimentos comprendidos entre los 4 a 11 meses de edad, mientras que (n=11) reciben 6 grupos de alimentos en edades de 6 a 11 meses, siendo los principales el grupo de frutas y verduras ricas en vitamina A, seguida de los cereales, leguminosas y otras frutas y verduras de igual manera en porcentajes menores reciben alimentos del grupo de lácteos y huevo. En el caso de los lácteos las madres suelen darles más el yogur como representante de este grupo siendo la frecuencia de 1 a 2 veces por semana. Con esto se pudo observar con la información recabada que es mínimo el porcentaje de niños que están consumiendo 4 grupos de alimentos, siendo uno de los factores condicionantes la influencia del entorno que rodean a las madres, según lo indicado por las mismas no le brindan ciertos grupos de alimentos porque ya sea la madre o suegra u otro familiar le han fomentado que es malo para la salud de su hijo. Esta información concuerda con el estudio de Cartagena siendo similares la diversidad alimentaria de los niños y en donde prevaleció el grupo de

cereales seguido de las leguminosas, contrario a esto fue el estudio de Ecuador donde la mayor parte de niños entre 7 a 8 meses de edad consumen todos los grupos de alimentos y todos presentaban un estado nutricional adecuada tal es el caso de este estudio que a pesar de los pocos niños que consumen mínimamente 4 grupos de alimentos si concuerda con la información provista por el Manual de OMS sobre los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación complementaria en el lactante y el niño pequeño en la que menciona que el consumo de alimentos de por lo menos 4 grupos alimentarios durante el día anterior significaría que en la mayoría de las poblaciones el niño ha tenido una alta tendencia a consumir por lo menos un alimento de origen animal y por lo menos una fruta o verdura ese día, además de un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo). (10, 29)

Por otro lado en cuanto a las creencias que tenían las madres sobre la alimentación de sus hijos pequeños principalmente sobre lo que creían con respecto a la lactancia continuada la mayor parte de las madres creen que la mejor edad para darle leche materna a sus niños es entre los 12 a 23 meses de edad, siendo considerado un alimento fundamental en la nutrición de su hijo, este dato es interesante ya que concuerda con las recomendaciones de la OMS en el que menciona que la leche materna es una fuente importante de energía y nutrientes aportando más de la mitad de las demandas energéticas del niño por lo que recomienda continuar hasta los 2 años de edad del infante. Mientras que una cantidad muy baja de madres mencionó que consideraban dar de mamar antes del año, aludiendo que como su hijo ya recibe otros alimentos la leche materna ya no la necesitaría, siendo la falta de conocimientos la que impide que las madres puedan alimentar adecuadamente a sus hijos pequeños. Este resultado también es similar a un estudio realizado en Argentina, en la que las madres tenían incorporada la idea de la importancia de la lactancia materna, creían que entre el año a los 2 años es la edad más adecuada para brindar la lactancia materna, de la misma forma hubo un pequeño grupo de madres que consideraban la leche materna solo hasta el momento en el que se empiezan a incorporar alimentos o bebidas en la dieta del niño. (9, 44)

En base a las creencias que tenía respecto a la edad de inicio de la alimentación complementaria lo interesante de estos datos es que un gran número de madres, cree que el niño debería de recibir alimentos después de los 6 meses de edad mientras que una cantidad mínima de madres consideraron que deberían de recibir antes de los 6 meses, debido a que se encontraban en crecimiento por lo que necesitan de otros alimentos, las creencias de las madres son parecidos al estudio realizado en Argentina en donde la población tenía la creencia de dar alimento por primera vez a los 6 meses de edad, en lo que respecta esta investigación mencionaron que son diferentes las edades dependiendo de cada niño, habiendo algunos que piden a muy temprana edad otros más tarde, es importante resaltar en esta parte que algunas madres señalaron que las mismas prácticas que habían realizado con sus hijos mayores lo mismo realizaba con el pequeño que tenía, por lo que esta creencia, se relaciona con las experiencias que la madre va adquiriendo, así como lo menciona la teoría que las creencias son aprendidas de las personas significativas: familiares, docentes, líderes que rodean. (9)

De igual manera más de la mitad de las madres creen que sus hijos pequeños deberían de realizar 3 tiempos de comida, siendo un mínimo número el que consideraba que tendría que realizar 5 tiempos de comidas incluidas 2 refacciones, fundamentando su creencia a través de que los niños están en crecimiento por lo que deberían de comer más, mientras que un número menor de madres aludieron, porque la familia come así. Esto se puede relacionar con los factores culturales que corresponden a sistemas alimentarios diferentes ya que la conducta alimentaria diaria de la mayoría de las personas depende de patrones culturales, siendo representaciones de prácticas heredadas y aprendidas y compartidas dentro de una cultura. (20)

En cuanto a la susceptibilidad percibida de las madres sobre las creencias que tienen respecto a la importancia de la alimentación complementaria en el niño pequeño lo más interesante de esta información fue que (n=47) madres creen que es importante el inicio de este tipo de alimentación, siendo vital para el desarrollo de estos, mientras que una mínima cantidad consideraban que no era necesario ya que con la leche materna era

suficiente para alimentar a su hijo. Dentro de esto cabe resaltar la creencia que tienen las madres con respecto a la importancia de este proceso siendo la mayor parte de la población consideraban que la leche materna por sí sola no es suficiente por lo que era importante complementarla con alimentos, en tanto que (n=8) cree que la leche materna no proporciona todos los nutrientes necesarios para el crecimiento de éste. Todas estas creencias concuerdan con lo mencionado por el INCAP, de que la leche materna a cierta edad ya no logra cubrir los requerimientos nutricionales del niño por lo que es necesario la introducción de otros alimentos además de la leche materna. (1)

Uno de los aspectos en la que es importante recalcar es sobre las creencias que tienen las madres respecto a los alimentos que le brindaban a su hijo pequeño, donde se identificó que la mayor parte de las madres creen que los alimentos que les están brindando a sus hijos era suficiente para que crezcan adecuadamente, en tanto que el fundamento de esta creencia mencionan, que le estaban dando alimentos como frutas y verduras que consideraban que tienen vitaminas el cual es bueno para la salud del niño pequeño. En relación con la mínima cantidad de madres que respondieron que no creían que le estuvieran dando lo suficiente a sus hijos para que crecieran adecuadamente siendo la respuesta de éstas era porque no le estaban brindando refacciones el cual deberían de hacer, en tanto que (n=2) madres consideraban que les hacía falta conocimiento sobre cómo alimentar al niño pequeño. Esto concuerda con el documento de Rosenstock donde señala que la susceptibilidad perceptiva influye en promoción de conductas saludables entre los que se observa el adecuado consumo de nutrientes que pueden influir en el estado nutricional del niño. (19)

En lo que se refiere a las creencias de las madres sobre quien de su familia debería alimentarse mejor la mitad de estas indicaron que tiene la creencia de que la madre es quien debería de alimentarse mejor, siendo su fundamento porque está dando leche materna a su hijo, por lo que ellas consideran que es necesario que tengan una buena alimentación para que puedan pasarlo a sus hijos y que estén más saludables. En tanto que (n=17) de las mismas tienen la creencia de que sus hijos menores son los que deberían de alimentarse mucho mejor debido a que ellos están en crecimiento por lo

que tienen más demandas de energía. De todo esto se puede decir que las madres tienen creencias en las que se enfocan en los riesgos que podrían tener sus niños si no son alimentados adecuadamente, siendo estos datos similares a las del estudio realizado en México en el que las madres tienen creencias acerca de los riesgos que podrían tener sus hijos si tuvieran alguna alteración en su nutrición. (26)

De igual manera se preguntó a las madres respecto a las características que ellas creen que debería de tener un niño para decir que está bien alimentado, siendo más destacable de este cuestionamiento es que menos de la mitad de la población refirieron que el niño debe de ser bien gordito, con los cachetes rosados y bien nutrido, mientras que (n=6) mencionaron que debería de ser inteligente, juguetón y que creciera sano. En esto las madres tienen creencias equivocadas ya que según indica la OMS un niño gordito es considerado obeso la cual esta puede afectar a largo plazo la vida del niño, ya que se asocia a una mayor probabilidad de que el niño siga siendo obeso en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares teniendo efectos tanto a corto como largo plazo en la salud del niño. (45)

Así mismo se indago sobre las creencias que las madres tenían respecto a las características y efectos de la alimentación en el niño, dentro de los cuales se encuentra lo que le ocurriría al niño si la madre no le brinda una alimentación adecuada, donde se observó que casi la mitad de la población (n=21) describió que creen que su hijo se desnute o se empacha, seguido de una mínima cantidad que creen que su hijo enfermaría y adelgazaría, con esto se puede decir que las madres si saben lo que le pasará a su hijo si no le brinda un alimentación adecuado.

En relación con los alimentos las madres las clasificaban según las características de estos: en alimentos fríos, a los que ellas creen que enfría el estómago del niño; alimentos pesados a aquellos que provocan estreñimiento en el niño y alimentos malos como las comidas chatarra, carné de cerdo, golosinas entre otros. Esta información es similar a lo propuesto por Cardona, en la que menciona que los alimentos eran

clasificados de acuerdo con su característica, como los alimentos fríos que eran los que aventaban el estómago, lo mismo que Begueria, en el que menciona que los discursos dietéticos, espirituales y médicos coincidían en que clasificaban algunos alimentos como la carne, el azúcar, café y lácteos como alimentos dañinos, así el caso de los vegetales que las consideraban alimentos buenos. Es importante resaltar de todo esto que algunas madres mencionaban que no le brindaban al niño determinado alimento en el caso de las carnes porque creen que le puede provocar infección si le brindaban ese alimento afectando la salud del niño. De igual manera es similar a la información que describe la OMS, de las creencias más comunes sobre los alimentos para los niños menores de un año. (23, 24,25)

Cabe mencionar que las creencias que tenían la mayor parte de madres sobre determinados alimentos eran por la influencia de diferentes personas, así como medios de comunicación y como también le sigue un pequeño número de madres que mencionaron que era la madre de la entrevistada quien le había contado, seguido de la suegra. Esto concuerda con lo mencionado por Contreras en el que describe los principales factores que intervienen en la fomentación de las creencias alimentarias, factores tales como culturales y medios de comunicación dichos factores tienen gran influencia sobre las madres llevándolas a prácticas que pueden ser inadecuadas para la alimentación del niño pequeño. (20)

En lo referente a los beneficios percibidos por las madres más de la mitad (n=26) creen que sus hijos crecen y se desarrollan normalmente si los mismos ingieren una alimentación adecuada a la edad que tiene, seguido de esto (n=24) mencionaron que su hijo se estaría enfermando menos. Por lo que respectó a esta creencia se puede mencionar que las madres si perciben los beneficios en la salud de su hijo si les brindan una alimentación adecuada a la edad que ellos tienen.

Por último, se preguntó sobre las barreras o dificultades que las madres tenían en el hogar para alimentar a sus hijos pequeños donde solamente (n=16) de las madres tienen dificultades en el hogar para alimentar sus hijos pequeños, siendo el factor

económico el más referido, seguido del acceso a los alimentos por el mercado retirado lo que dificulta la obtención de estos. Esta información recabada concuerda con los datos presentados por el INE, donde menciona que el 87.5% de la población vive en pobreza. (8)

En base a toda la información recabada se asemeja a la mencionada por Contreras, donde las creencias alimentarias, resultan ser generalizaciones que las personas hacen, en relación con los alimentos, como parte de una herencia que se van transmitiendo de generación en generación. Formándose a partir de ideas, experiencias y emociones, como resultado de un proceso mediante el cual, un juicio es reforzado por referencias o experiencias, que lo corroboran y pueden obtenerse, a través de información que se toman de personas, libros u otros medios de comunicación. (20)

XIV. CONCLUSIONES

14.1 De la población estudiada más de la mitad de las madres se encontraban entre las edades de 20 a 35 años, con estudio a nivel primario, la mayoría hablaban idioma Kiché y español, se identificaron como indígenas, además tienen entre 1 a 2 hijos y la mayor parte son amas de casa.

14.2 En cuanto a la caracterización de los niños menores de 1 año, se determinó que el 34% se encontraban entre las edades de 0 a 6 meses y 9 a 12 meses de edad, predominando el sexo masculino, en cuanto al estado nutricional, el 92% de los niños presentaron un estado nutricional actual normal, por el contrario, se encontró que 4% de los mismos presentaban sobrepeso y el 2% presentaba obesidad. Así mismo el 40% de niños tenían un crecimiento adecuado para la edad, sin embargo, el 60% presentaban retardo del crecimiento.

14.3 La mayoría de las madres continúan con la lactancia materna, ofrecen el pecho a su hijo pequeño antes de brindarles alimentos e inician la alimentación complementaria a los 6 meses de edad del niño.

14.4 En cuanto a los alimentos de inicio, la mayoría de las madres comenzaron con alimentos del grupo de cereales seguido por las frutas y verduras que las consideran como alimentos suaves para el niño.

14.5 La mayor parte de las madres cumplió con las recomendaciones de la OMS en cuanto a edad de inicio, consistencia, frecuencia y diversidad alimentaria, para este último una mínima cantidad de niños reciben una dieta mínimamente variada, prevaleciendo el grupo de los cereales.

14.6 Durante la enfermedad la mayoría de las madres realizaron prácticas alimentarias contrarias a las recomendaciones de la OMS ya que brindan a sus hijos más alimentos como atoles seguidos de sopas de verduras como también le agregan condimentos a la preparación del niño menor de un año para mejorar el sabor.

14.7 La mayor parte de las madres tenían creencias sobre la lactancia continuada entre el año a los dos años de los niños pequeños, atribuyéndole ser un buen alimento para ellos ayudando a su crecimiento.

14.8 Se identificó que más de la mitad de las madres tenían creencias de que su hijo pequeño solo debería de realizar 3 tiempos de comidas, guiadas por las costumbres familiares.

14.9 En relación con la susceptibilidad percibida de las madres sobre las características de un niño bien alimentado tienen creencias equivocadas por lo que a largo plazo puede repercutir de manera negativa sobre el estado nutricional del mismo.

14.10 La mayor parte de madres estaban conscientes del daño que puede causarles a sus hijos pequeños si le brindan una alimentación inadecuada, en ello abarcan los alimentos como frutas y verduras como buenos para la alimentación de su hijo pequeño.

14.11 En cuanto a los beneficios percibidos por la madre tenían creencias correctas sobre los beneficios que tendrá su hijo si le brinda alimentos como frutas, verduras y cereales que aportan vitaminas y energía, favoreciendo sus defensas contra la enfermedad.

XV. RECOMENDACIONES

Al Centro de Atención Permanente y otras Instituciones de salud que trabajen en municipio de Santa María Chiquimula

15.1 Que se profundice en las capacitaciones al personal del Centro de Atención Permanente sobre el tema de alimentación complementaria, principalmente en las prácticas necesarias para el inicio de este proceso.

15.2 Que programen campañas para promocionar la importancia de la alimentación complementaria en los diferentes puestos de Salud con que cuenta el municipio.

15.3 Realizar las charlas a las madres tanto en Kiché como en español, ya que hay algunas madres que solo hablan el idioma materno, para que de esta manera comprendan bien los mensajes y recomendaciones sobre el proceso de alimentación del niño pequeño.

15.4 Que el personal indague más sobre las creencias que tienen las madres ya que algunas madres tienen creencias inadecuadas sobre la alimentación de sus hijos pequeños.

15.5 Que puedan realizar materiales audiovisuales en la sala de espera para que haya mejor comprensión de las recomendaciones a las madres.

A los futuros profesionales de Nutrición

15.6 Que puedan determinar los hábitos alimentarios que tengan el grupo familiar y como esto pueda influir en el estado nutricional de los niños pequeños.

15.7 Indagar más a profundidad sobre las creencias maternas que tengan las madres en otros distritos de Salud, para que de esta manera se pueda conocer con más claridad las creencias de las madres con respecto a la alimentación del niño pequeño.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerezo R., Espinoza L. Prácticas Óptimas de Alimentación Infantil en los Servicios de Salud. Guatemala. INCAP, 2015. ISBN:978-999222-950-6-6
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En Guatemala el 49,8% de los niños sufre desnutrición crónica. (En línea) 2020 (15 /abril/2020). URL. Disponible en: <https://www.unicef.es/noticia/en-guatemala-el-498-de-los-ninos-sufre-desnutricion-cronica-maria-claudia-santizo-oficial>.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Desnutrición en Guatemala. (En línea) 2020 (17/abril/2020). URL. Disponible en: <https://www.unicef.es/noticia/desnutricion-en-guatemala>
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Instituto Nacional de Estadística (INE), Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan). VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), 2015.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). A partir de la primera hora de vida. Promover una mejor alimentación del lactante y del niño pequeño en todo el mundo. (Enlínea), 2016. (3/marzo/2020). URL. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Documents/Downloads/Spanish-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf>
6. Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIINSAN). Desnutrición crónica por Municipios. (En línea), 2015. (4/enero/2020). URL. Disponible en: <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/desnutricion-cronica-por-municipio/>
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Republica de Guatemala. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI). (En línea) 2015 (16/agosto/2020). Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/12/11/vjnvdb4izswoj0ztuivpicaaxet8lzqz.pdf>

8. Instituto Nacional de Estadística (INE). Información demográfica santa María Chiquimula, Totonicapán. 2002.
9. Rolandi M. Creencias, Prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. Universidad FASTA. Mar de Plata, Buenos Aires, Argentina, 2016.
10. Jácome X. Relación Entre las Prácticas de Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional de Niñas y Niños de 6 a 24 Meses de Edad que asisten al Centro de Salud N°10 Rumiñahui (Tesis de Licenciatura en Nutrición Humana). Universidad Católica de Ecuador, 2013.
11. Olmedo S., Valegia C. El inicio de la Alimentación Complementaria en el Pueblo originario de Qom. AAP. (En línea) Argentina, 2014 (25 de febrero de 2018); 112 (3). URL. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>
12. Macías S., Rodríguez S., Ronayne P. Patrón de Alimentación e Incorporación de Alimentos Complementarios en Lactantes de una Población de Bajos Recursos. Rev. chil. nutr. (En línea), 2013. (26/02/2017). vol.40 no.3. URL. Disponible en: ISSN 0717-7518
13. García C. Prácticas de Alimentación Complementaria en niños menores de un año, de la comunidad de el Tablón Sololá (Tesis de Licenciatura en Nutrición) Sololá, Guatemala 2011.
14. Padilla C. creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el Programa de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario (RNEC), la Boquilla, Cartagena. (Tesis de grado Magister en Salud Pública). Universidad del Norte. Baranquilla. 2016

15. Villeda C., Lázaro V. Prácticas Alimentarias y su relación con el Estado Nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad Chiquimula, Guatemala. (Tesis de Medico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Chiquimula. 2014.
16. Sánchez A. Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que Asisten al Centro de Salud del Municipio de San Juan Sacatepéquez (Tesis de grado). Guatemala. URL, 2015.
17. Andrade A. Prácticas de alimentación complementaria en niños de seis meses a dos años de edad. Catarina San Marcos. Guatemala. (Tesis de Licenciatura en Nutrición), URL. Quetzaltenango. Guatemala, 2016.
18. Ramírez J. Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo de crecimiento, en los Caseríos De Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá. (Tesis de licenciatura en enfermería) Sololá, Guatemala. URL, 2017.
19. Sadok B., Sadok V., Ruiz P. El completo Libro de Texto de Psiquiatría. Séptima edición. México. Editorial Walter Kluwer, 2017.
20. Contreras J., García M. Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas. 1ª edición. Barcelona. Editorial Ariel. 2005.
21. García P. Fundamentos de nutrición. 1ra. Edición. San José Costa rica. Editorial Euned. 1983.
22. Latham M. Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Nutrición Humana en el mundo en Desarrollo. Factores Sociales y Culturales en la Nutrición. (En línea) 2002 (21/abril/20). Capítulo 4. Roma. Disponible en: <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s00.htm#Contents> ISBN 92-5-303818-7

23. Cardona G. *delicias Vegetarianas de México*. Segunda edición. México, Editorial Pax, 2007: 23-24.
24. Begueria A. *un Equilibrio Imperfecto: Alimentación ecológica, cuerpo y Toxicidad*. Primera edición. España. Editorial UOC. 2016
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Diplomado Nutrición Materno Infantil en los primeros mil días de Vida*. Guatemala, 2016.
26. Escamilla R. *Creencias maternas sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del preescolar*. Municipio de Guadalupe Nuevo León México 1996.
27. Real Academia Española, 23ª. Edición Madrid, Espasa libros, SLU. Edición en corto, 2014.
28. Arango R., Arévalo L., Barrantes L., et.al. *Comisión Nacional de Guías Alimentarias para la Población guatemalteca menor de 2 años*. Primera edición, 2003.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Washington Estados Unidos. 2009.
30. Brown E.J. *Nutrición en las diferentes Etapas de la vida*. Quinta edición. México. Editorial McGraw Hill, 2014.
31. Romero E., et.al. *Prácticas de Alimentación Complementaria en niños sanos*. BMHIM. México. Editorial Elsevier, 2016.
32. Gil A. *Tratado de Nutrición. Nutrición Humana en el Estado de Salud*. Segunda edición, Madrid. Editorial Panamericana. 2010.

33. Enfermero/a comunidad Autónoma Castilla y León. Nueva edición. Madrid. Editorial CEP. Vol. II. 2016.
34. Prudhon C. Evaluación y Tratamiento de la desnutrición en situaciones de emergencia. 1ra. Edición. Madrid. Editorial Icaria. 2002
35. Bezares V., Cruz R., Burgos M., Barrera M. Evaluación del Estado de Nutrición en el Ciclo Vital Humano. 2da. Edición. México D.F. Editorial McGraw Hill, 2014.
36. Adaptadas por Sección Desarrollo Editorial DRPAP, MSPAS, Guatemala 2019
37. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Guía Técnica para la estandarización en procesamiento, análisis e interpretación de indicadores antropométricos, según patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para menores de 5 años. 2012. URL disponible en: [file:///C:/Users/USER/Documents/Downloads/Guia%20interpretacion%20indicadores%20antropo%20VfInal%2023may%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Documents/Downloads/Guia%20interpretacion%20indicadores%20antropo%20VfInal%2023may%20(2).pdf)
38. VI Censo de Habitación. Características de la Población y de los locales de Habitación Censados. UNFPA. 2003.
39. Información propuesta por Centro de Atención Permanente (CAP). Santa María Chiquimula. Totonicapán. 2020.
40. Hernández R., Hernández C., Babtista P. Metodología de la Investigación. Quinta edición. México. DF. Editorial McGraw Hill, 2006.
41. Ruiz M., Cabrera A., Castro T., et. Al. Anticoncepción y Salud Reproductiva en España Crónica de una Revolución. Madrid, 2005.
42. Áyela M. Lactancia Materna. España. Editorial educa. ISBN: 978-84-8454-855-3

43. Fernández S., Cordero J., Córdoba A. Estadística Descriptiva. 2da. Edición. Madrid España. Editorial ESIC. 2002.

44. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño. (En línea) 2020 (29/septiembre/2020) Disponible en; <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

45. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sobrepeso y obesidad infantil. (En línea) 2020 (29/septiembre/2020) Disponible en; <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

XVII. ANEXOS

Anexo 1 Aval Institucional Distrito de Salud de Santa María Chiquimula



Universidad
Rafael Landívar
Tradicción Jesuita en Guatemala

CAMPUS DE QUETZALTENANGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA PARA LA SALUD
Carrera en Licenciatura en Nutrición
Teléfono (502) 77229900 ext. 9827
Fax: (502) 7722982
14 Avenida 0-43 zona 3. Quetzaltenango
Totoncapán, 20 de julio del 2020

Dr. Juan José Artola García
Director del Distrito de Salud de Santa María Chiquimula
Presente

Respetable Dr. Artola:

Reciba un cordial saludo deseando su bienestar en cada una de sus actividades diarias.

Soy estudiante del décimo semestre de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango y como parte del curso de Tesis tengo el deseo de realizar un proyecto de Investigación con el tema "Creencias maternas y prácticas de alimentación complementaria de niños menores de un año, que asisten al Centro de Atención Permanente del Municipio de Santa María Chiquimula, Totoncapán, Guatemala 2020". Dicha investigación se tiene prevista realizarla en el presente año. La cual se realizará mediante entrevistas a las madres que llegan a ese Centro para monitoreo de peso y crecimiento de sus niños. Por lo anterior, ante usted solicito:

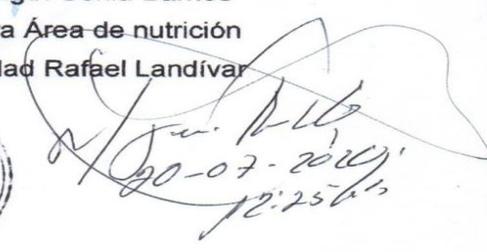
Su autorización para realizar el trabajo de campo en dicha institución y de igual manera el personal de salud me pueda apoyar en lo que pueda necesitar. Motivo por el cual, espero contar con su apoyo y así llevar a cabo la actividad antes mencionada. Me despido de usted agradeciéndole su apoyo.

Atentamente:

F: 
Antonia Nicanora Vicente Renoj
Carné: 16593-14
Estudiante de nutrición

F: 
Vo.Bo. Mgtr. Sonia Barrios
Coordinadora Área de nutrición
Universidad Rafael Landívar




20-07-2020
12:25h

Anexo 2 Aval Institucional Área de Salud Totonicapán



Universidad
Rafael Landívar
Tradicción Jesuita en Guatemala

CAMPUS DE QUETZALTENANGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA PARA LA SALUD
Carrera en Licenciatura en Nutrición
Teléfono (502) 77229900 ext. 9827
Fax: (502) 7722982
14 Avenida 0-43 zona 3. Quetzaltenango

Totonicapán, 20 de julio del 2020

Dr. Mario Mazariegos
Director del Área de Salud del departamento de Totonicapán
Presente

Respetable Dr. Mazariegos:



Reciba un cordial saludo deseando su bienestar en cada una de sus actividades diarias.

Soy estudiante del décimo semestre de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango y como parte del curso de Tesis tengo el deseo de realizar un proyecto de Investigación con el tema de "Creencias maternas y prácticas de alimentación complementaria de niños menores de un año, que asisten al Centro de Atención Permanente del Municipio de Santa María Chiquimula, Totonicapán, Guatemala 2020". Dicha investigación se tiene prevista realizarla en el presente año. La cual se realizará mediante entrevistas a las madres que llegan a ese Centro para monitoreo de peso y crecimiento de sus niños. Por lo anterior, ante usted solicito:

Su autorización para realizar el trabajo de campo en dicha institución y de igual manera el personal de salud me pueda apoyar en lo que pueda necesitar. Motivo por el cual, espero contar con su apoyo y así llevar a cabo la actividad antes mencionada. Me despido de usted agradeciéndole su apoyo.

Atentamente:

F:

Antonia Nicanora Vicente Renoj
Carné: 16593-14
Estudiante de nutrición

F:

Vo.Bo. Mgtr. Sonia Barrios
Coordinadora Área de nutrición
Universidad Rafael Landívar

Anexo 3 Consentimiento informado

CREENCIAS MATERNAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE, DEL MUNICIPIO DE SANTA MARÍA CHIQUIMULA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA, 2,020.

Esta hoja es para explicarle sobre el objetivo de este estudio con la que se pretende determinar las Creencias maternas y prácticas de alimentación complementaria en el niño menor de un año. En esta oportunidad se le invita a participar voluntariamente en el estudio antes mencionado por ser parte fundamental en el desarrollo de este. Si usted no desea participar no está obligada hacerlo puede retirarse en el momento que considere.

Si usted está dispuesta a participar, se le explicará el procedimiento que se llevará a cabo, el cual consiste en una entrevista, en la que se le realizará una serie de preguntas relacionadas con las creencias alimentarias y prácticas de alimentación complementaria que usted esté realizando con su niño y además se estará midiendo y pesando a su niño para conocer su estado nutricional, todo este proceso tendrá una duración de entre 25 a 30 minutos. Además, se le solicitará que firme el presente documento.

Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para usted, ya que toda la información será manejada discretamente. Por lo anterior es muy importante señalar que con su participación usted contribuirá a mejorar los conocimientos sobre la alimentación de los niños pequeños y sobre todo reducir los problemas de desnutrición en el municipio. De igual manera no tendrá ningún costo para usted ya que estos estarán cubiertos por la investigadora, toda la información que se pueda obtener en el estudio se mantendrá en completa confidencialidad. Por favor, puede preguntar, en cualquier momento si tuviera alguna duda y la investigadora amablemente le resolverá la misma.

Por medio de la presente Yo: _____ con el
Número Personal de Identificación _____, he sido informada acerca
del objetivo del estudio, como de los beneficios y riesgos del mismo. Y voluntariamente
acepto participar en las actividades que se llevarán a cabo, de igual manera autorizó a
que mi hijo/a sea medido y pesado para su evaluación nutricional. Así mismo
comprendo que puedo abandonar el estudio en cualquier momento sin que sea
afectada.

Lugar y fecha: _____

Nombre: _____

Firma o huella digital: _____

Nombre del testigo: _____

Firma o huella digital del testigo: _____

Firma de la investigadora: _____

Instructivo de llenado del instrumento de Recolección de datos

Instrucciones

La persona encargada de llenar la boleta será únicamente la investigadora. A continuación, se presenta una guía de preguntas que orientará la manera en que la entrevistadora abordadora a la madre.

Sección I. Caracterización de la madre en estudio

Con respecto a la caracterización se debe marcar con un “X” de acuerdo con lo que la madre refiera, primero se preguntará la edad del niño/a el cual se anotara en meses, seguidamente se le preguntará a la madre que le está dando de comer a su hijo colocando las respuestas en el espacio correspondiente.

Preguntarle a la madre si de la pregunta anterior de todo lo que menciona si su hijo come algo más marcando en con una “X” la opción que eligiera. Si la respuesta es Sí, se indagará sobre cuales colocando la respuesta en el espacio correspondiente y de esta manera se proseguirá con la entrevista sobre caracterización, prácticas de alimentación complementaria y creencias maternas sobre alimentación.

1. Edad

Se preguntará la edad de la madre colocándolo en el espacio correspondiente en años.

2. Escolaridad

Se preguntará a la madre hasta qué grado estudio colocando la respuesta en el espacio correspondiente

3. Idioma que habla

Marcar con una “X” la categoría que la madre indique

4. Autopercepción étnica

En este apartado se le preguntará a la madre con todo respeto como se identifica en cuanto a su etnia marcando con una “X” la opción que eligiere.

5. Número de hijos

En este se le preguntará cuántos hijos vivos tiene la madre marcando con una “X” en los espacios de la categoría que la madre seleccione.

6. Ocupación

Marcar con una “X” la categoría que la madre seleccione

Sección II. Caracterización del niño

En este apartado se le tomarán los datos relacionados al niño tales como:

7. Fecha de nacimiento

Para este dato se estará obteniendo de la tarjeta de vacunación del niño o del cuadernillo 5a.

8. Sexo

Marcar con una “X” la categoría correspondiente

9. Peso

Para este apartado se le explicará a la madre que se evaluará antropométricamente a su hijo para determinar el estado nutricional del niño, colocando en los espacios correspondientes. El mismo se expresará en Kg.

10. Longitud

Para este dato se colocará el resultado en cm en el espacio correspondiente.

11. Clasificación del Estado nutricional

Para determinación de estos se marcará en el cuadro correspondiente al estado nutricional del niño mediante los indicadores descritos marcando con una “X” en la casilla en la que se encuentre el niño para su diagnóstico.

Sección III. Prácticas de alimentación complementaria

Para esta sección se indagará sobre cuestionamientos en cuanto a las prácticas de la alimentación complementaria que las madres realizan con sus hijos.

12. Se preguntará a la madre si le está dando pecho a su hijo/a marcando con una "X" en el espacio que corresponda. Si la respuesta fuera No se indagará sobre la razón por lo que no le da pecho a su hijo/a.

13. Se preguntará a la madre sobre las veces que le da pecho a su hijo/a, marcando con una "X" en una de las opciones que se le presenta, recalcándole que incluye las veces que le da durante el día y la noche.

14. Se preguntará a la madre sobre la edad que le dio por primera vez alimento a su hijo/a a parte de la leche materna.

15. Se preguntará sobre el momento en que le da pecho a su hijo/a al momento de darle alimentos marcando con una "X" la respuesta que seleccione. Explicándole si es antes o después de las comidas.

16. Preguntar a la madre sobre la edad al que le inicio alimentación complementaria a su hijo/a, colocando la respuesta en el espacio correspondiente.

17. Preguntarle a la madre sobre el primer alimento que le dio a su hijo/a cuando empezó a darle alimentos aparte de la leche materna. Colocando la respuesta en el espacio correspondiente, de igual manera se le preguntará por qué inicio con ese alimento.

18. Se le preguntará a la madre sobre la consistencia del alimento que le daba a su hijo/a cuando inicio alimentación complementaria, marcando con una "X" la opción que eligiere la madre.

19. Se preguntará a la madre por el número de veces al día que le dio comida a su hijo/a cuando inicio la alimentación complementaria, marcando la respuesta que eligiere.

20. Se preguntará sobre las veces al día que ahora le está dando alimentos a su hijo/a de acuerdo con la edad que tiene marcando con una "X" la opción que corresponda.

21. Indagar a la madre sobre la cantidad de alimentos que le dio a su hijo/a por cada tiempo de comida cuando empezó la alimentación complementaria marcando en la categoría correspondiente.

22. Indagar sobre la cantidad de alimentos que ahora le está dando por tiempos de comida a su hijo/a de acuerdo con la edad que tiene.

23. Se preguntará a la madre sobre qué alimentos le da a su hijo/a cuando se le enferma, marcando en la opción que corresponda. En caso de que eligiera la opción de otros se debe preguntar sobre cuáles.

24. Preguntarle a la madre si cuando su hijo/a enferma le agrega algún ingrediente especial a la preparación del niño, como por ejemplo si le agregará aceite, sal o algún otro ingrediente a la comida, si eligiera la opción "Sí" se le preguntará cuál colocando la respuesta en el espacio correspondiente.

25. Preguntar a la madre sobre el tipo de bebidas que le brinda a su hijo/a cuando se enferme marcando en una de las opciones que se le presenta. Preguntándole el porqué de la elección colocándolo en el espacio correspondiente.

26. Indagar sobre lo que hace la madre cuando su hijo/a enferma y no quiera comer alimentos, marcando con una "X" la respuesta que eligiere la madre.

27. Para preguntar sobre la diversidad alimentaria que tenga el niño en el hogar se llenará el cuadro con los principales grupos de alimentos, el cual consistirá en preguntarle a la madre sobre los alimentos que le brindó al su hijo/a el día anterior a la entrevista quien responderá según lo que solicite el mismo, conformada de la siguiente manera: en la primera columna se mencionará los siete grupos de alimentos básicos,

columna dos se mencionan los alimentos que conforman a cada grupo y en la columna tres y cuatro se marcara con una X si consume o no algunos de los alimentos pertenecientes a cada grupo alimentario. En el caso del grupo de lácteos si la madre respondiera que Si le está dando algunos de los alimentos de este grupo se le preguntará las veces que le da ese alimento a la semana.

VI. Creencias Alimentarias

De las preguntas de la 1 a la 17 estará conformada por una serie de preguntas abiertas y cerradas en las cuáles se indagará con las madres cuestionamientos entre las que se encuentran:

1. Se le preguntará a la madre sobre sus creencias sobre hasta qué edad del niño le debe dar leche materna marcando con una "X" en la opción que elija.
2. Se le preguntará a la madre sobre la edad correcta que crea en la que se debe brindar alimentos por primera vez a los niños pequeños.
3. Preguntarle a la madre si cree que es importante darles alimentos a los niños pequeños a parte de la leche materna marcando en la opción que se le presenta. Si la madre responde que Sí, se pasará a la pregunta 4, si la respuesta es No, pasar a la pregunta 5.
4. De la respuesta anterior si la respuesta es Sí, preguntarle porque ella cree que es importante brindarles alimentación a los niños pequeños aparte de la leche materna marcando en la opción que eligiere, si fuera la opción otros pedirle que especifique colocando la respuesta en el espacio correspondiente.
5. Preguntarle a la madre sobre lo que cree en cuanto a los tiempos de comida que debe realizar su hijo/a de acuerdo con la edad que tiene, según la respuesta que brinde se le preguntará porque ella considera eso.

6. Preguntarle a la madre si cree que los alimentos que le brinda a su hijo/a es suficiente para que crezca adecuadamente, dependiendo de su respuesta preguntarle por qué eligió esa respuesta.

7. Preguntarle a la madre sobre quien cree de la familia debe alimentarse mejor marcando con una "X" la respuesta correspondiente preguntándole al porqué de la respuesta.

8. Preguntarle a la madre sobre las características o cualidades que debería de tener un niño/a para decir que está bien alimentado. En esta se indagará sobre cómo es para ella un niño bien alimentado.

9. Preguntarle a la madre sobre lo que cree que le pasaría a su hijo si no le brinda una alimentación adecuada, colocando la respuesta en el espacio correspondiente.

10. Preguntarle a la madre si ella cree que hubiera algún alimento que no debería de darle a su niño/a pequeño. Si la respuesta es Sí preguntarle cuáles son esos alimentos.

11. De la misma pregunta anterior preguntarle a la madre sobre lo que cree que le podrían causar los alimentos que ella mencionó a su niño pequeño, colocando la respuesta en el espacio correspondiente.

12. Preguntarle a la madre sobre quienes le hayan hablado sobre los alimentos que mencionó anteriormente marcando con una "X" en alguna de las opciones propuestas.

13. Preguntarle a la madre sobre los beneficios que ella cree que tendría su hijo/a si ingiriera una alimentación adecuada o balanceada para la edad que tiene marcando en una de las opciones presentadas, si eligiera la opción otros, pedirle que especifique porque de su elección.

14. Se le preguntará a la madre sobre que alimentos ella cree que sean buenos para la alimentación de sus niño/a pequeño colocando la respuesta en el espacio correspondiente.

15. Respecto a la pregunta anterior se indagará a la madre sobre los beneficios que ella crea que tengan los alimentos que menciona para la alimentación de su hijo/a. colocando la respuesta en el espacio correspondiente.

16. Preguntarle a la madre sobre porque considera su respuesta de la pregunta anterior marcando en la opción que elijere.

17. Preguntar a la madre si ha tenido dificultades en el hogar para alimentar a su hijo marcando en la respuesta correspondiente. Si la respuesta es sí indagar sobre cuáles.

Al finalizar la entrevista se le agradecerá a la madre por su participación.



Anexo 4 Boleta de Recolección de datos

Dirigida a madres de niños menores de 1 año que ya hayan iniciado alimentación complementaria.

Creencias maternas y prácticas de alimentación complementaria de niños menores de un año, que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa María Chiquimula, Totonicapán.

Presentación:

Buenos días/tardes, mi nombre es Antonia Vicente Renoj soy estudiante de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, me identifico con número de carné: 1659314, actualmente me encuentro realizando un estudio para finalizar mi carrera, por lo que le estaré realizando una entrevista sobre las creencias maternas y prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año que asisten a este Centro de Atención Permanente. Por lo que solicito pueda brindarme de su tiempo para llevar a cabo esta entrevista.

Anteriormente se le brindó una hoja de consentimiento informado para que usted participara en el estudio. Si tiene algún inconveniente puede indicármelo en este momento, si no lo hay podemos iniciar con la entrevista.

Objetivo de la investigación: Identificar las Creencias Maternas y prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año que asisten en el Centro de Atención Permanente del Municipio de Santa María Chiquimula, Totonicapán, Guatemala.

Instrucciones: Esta encuesta la debe de llenar la investigadora después de que la madre firme el consentimiento informado, el cual se debe llenar de forma clara y precisa.

Fecha de realización _____ **No. de boleta:** _____

Lugar de residencia: _____

I. Caracterización de la madre

¿Qué edad tiene su hijo/a? _____

¿Qué le está dando de comer en estos momentos a su hijo/a?

1. De todo lo que me menciono en la pregunta anterior ¿su hijo/a come algo más?

Si _____

No _____

Si es Sí ¿Cómo cuáles? _____

2. ¿Cuántos años tiene usted?

_____ Años

3. ¿Hasta qué grado estudio?

4 ¿Qué idioma habla?

- a) Kiché _____
- b) Español _____
- c) Ambos _____

5. ¿Cómo parte de su cultura usted como se identifica?

- a) Indígena _____
- b) No indígena _____

6. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

- a) 1-2 _____
- b) 3-4 _____
- c) Más de 4 _____

7. ¿A qué se dedica?

- a) Ama de casa _____
- b) Empleada doméstica _____
- c) Agricultora _____
- d) Tejedora _____
- e) Otros _____

II. Caracterización del niño

Se le hará una breve explicación a la madre sobre la toma de medidas antropométricas a su hijo. En cuanto a la fecha de nacimiento del mismo está se obtendrá del carné de vacunación.

8. Fecha de nacimiento ____/____/____ (se obtendrá del carné de vacunación del niño/a)

10. Peso (Kg) _____

11. Longitud (Cm) _____

9. Sexo

- a) Masculino _____
- b) Femenino _____

12. Clasificación y diagnóstico del estado nutricional

Estado Nutricional			
Indicador	Diagnóstico	Desviación Estándar	Clasificación
P/L	Obesidad	Arriba de + 3.00 DE	
	Sobrepeso	Arriba de +2.00 a +3.00 DE	
	Riesgo de sobrepeso	Arriba de +1.00 a +2.00 DE	
	Normal	De - 2.00 a +1.00 DE	
	Desnutrición aguda moderada	Debajo de -2.00 DE	
	Desnutrición aguda severa	Por debajo de - 3.00 DE	
L/E	Normal	De-2.00 a +2.00 DE	
	Retardo crecimiento moderado	Debajo de -2.00 DE	
	Retardo crecimiento severo	Por debajo de - 3.00 DE	
P/E	Normal	Debajo de - 2.00 a +2.00 DE	
	Bajo Peso	-2.01 a -3.00 DE	
	Muy bajo Peso	Por debajo de - 3.00 DE	

Estado nutricional: _____

III. Prácticas de alimentación complementaria

A continuación, quisiera preguntarle sobre algunos cuestionamientos acerca de las prácticas de alimentación que usted realiza con su niño cuyas respuestas se irán marcando con un chequecito en las casillas o escribir en el espacio la respuesta que corresponda.

13. ¿Usted aún le da pecho a su hijo/a?

Sí _____ No _____

Si es No ¿Por qué? _____

(Si es sí pasar a la pregunta 14 si es No pasar a la pregunta 16)

14. ¿Cuántas veces le da pecho a su niño/a incluidos de día y de noche?

- a) 3 veces _____
 b) 4-5 veces _____
 c) A demanda _____

15. ¿En qué momento le da usted pecho a su hijo/a?

- a) Antes de darle alimentos _____
 b) Después de darle alimentos _____

16. ¿A qué edad le dio por primera vez a su hijo/a comida diferentes a la leche materna?

17. ¿Cuál fue el primer alimento que le dio a su hijo/a cuando empezó a darle comida aparte de la leche materna? _____

¿Por qué inició con ese alimento? _____

18. ¿Cómo es la consistencia o forma de los alimentos que le daba a su hijo/a cuando empezó a comer?

- a) Machacados, suaves y espesos (puré). _____
- b) Picados o en trozos pequeños _____
- c) Picados o en trozos grandes _____
- d) Enteros _____
- e) Otros _____

19. ¿Cuándo le empezó a dar comida a su hijo/a cuántas veces al día le daba?

- a) 1 vez/día: _____
- b) 2-3 veces/día: _____
- c) 3-4 veces/día: _____
- d) 4-5 veces/día: _____

20. ¿Cuántas veces al día le da comida ahora a su hijo/a?

- a) 2-3 veces/día: _____
- b) 3-4 veces/día: _____
- c) 4-5 veces/día: _____

21. ¿Qué cantidad de alimento le daba a su hijo/a cuando inició a darle comida en cada tiempo?

- a) 1 cucharada: _____
- b) 2-3 cucharadas: _____
- c) 3-4 cucharadas: _____
- d) 4-5 cucharadas: _____

22. ¿Qué cantidad de comida le está dando ahora a su hijo/a en cada tiempo de alimentación?

- a) 2-3 cucharadas: _____
- b) 3-4 cucharadas _____
- c) 4-5 cucharadas: _____
- d) Más de 5 cucharadas: _____

23. ¿Cuándo su hijo/a está enfermo que es lo que normalmente le da de comer?

- a) Atoles: _____
- b) Sopas de verduras: _____
- c) Caldos de hierbas: _____
- d) Otros: _____ ¿Cuáles? _____

24. ¿Cuándo su hijo/a está enfermo le agrega algún ingrediente especial a su preparación? (preguntarle si le agrega condimentos, consomé, sal o aceite)

a) Si _____ ¿Cuál? _____

b) No _____

¿Por qué? _____

25. Durante la enfermedad de su hijo/a ¿qué tipo de bebidas le da usted?

a. Agua pura _____

b. Agüitas de plantas medicinales _____

c. Suero oral _____

d. Leche materna _____

e. Otros _____

¿Por qué le da esa bebida? _____

26. ¿Cuándo su niño/a se enferma y no quiere comer, que es lo que usted hace para alimentarlo?

a. Ofrecerle pequeñas cantidades de alimentos y con más frecuencia _____

b. Brindarle sus alimentos preferidos _____

c. Alimentarlo con paciencia _____

d. Otros _____

27. De los siguientes grupos de alimentos descritos en la tabla 3 ¿cuáles le dio a su hijo? (preguntar los que le dio el día anterior a la entrevista)

Tabla 3

Cuadro de Diversidad alimentaria en niños

Instrucciones: En el siguiente cuadro marcar en la casilla correspondiente a los alimentos que su hijo/a haya consumido el día de ayer, según el grupo de alimentos al que pertenezca, si ya le ha dado alimentos del grupo de lácteos indicar cuantas veces a la semana le da ese alimento.

Grupos de alimentos	Alimentos	Si	No
Cereales, raíces y tubérculos	Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla.		
Legumbres y nueces	Frijol, arvejas, habas, cacahuate, maní		
Lácteos	Leche, como leche enlatada, animal en polvo o fresca	¿Cuántas veces a la semana? __	
	yogurt, queso	¿Cuántas veces a la semana? __	
Huevos	Huevo		
Carnes	Carne de res, cerdo, pescado fresco o seco, aves e hígado o carnes proveniente de vísceras.		
Frutas y verduras ricas en vitamina A	Zanahoria, calabaza o camote que son amarillas o anaranjadas en su interior, verduras de hoja verde, mango maduro, papaya madura, melón, durazno fresco.		
Otras frutas y verduras	Tomate, cebolla, berenjena		

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington Estados Unidos. 2009. (27)

IV. Creencias alimentarias

Participantes: Madres de niños menores de 1 año, que asisten al Centro de Atención Permanente del municipio de Santa María Chiquimula.

Creencias Alimentarias

A continuación, se le presenta una serie de interrogantes respecto a las creencias alimentarias la cual se le solicita responder con toda sinceridad.

1. ¿Hasta los cuantos meses de edad cree usted que le puede dar leche materna a su hijo/a?

- a. 6 meses o menos _____
- b. 6 - 11 meses _____
- c. 12 - 23 meses _____
- d. No sabe _____

2. ¿A qué edad cree usted que se debe dar por primera vez comida a los niños?

- a. Antes de los 6 meses _____
- b. Después de los 6 meses _____
- c. No sabe _____

- **Susceptibilidad percibida**

3. ¿Cree usted que es importante brindarles alimentos a los niños a parte de la leche materna?

- a. **Si** _____ b. **No** _____ (Si la respuesta es Sí pasar a la pregunta 4, si es No pasar a la pregunta 5)

4. ¿Por qué cree usted que es importante brindarles alimentos a los niños?

- a. La leche materna por sí sola no es suficiente _____
- b. La leche materna no proporciona todos los nutrientes Necesarios para el crecimiento _____
- c. No sabe _____
- d. Otros _____

Especifique: _____

5. ¿Cuántos tiempos de comida cree que debería de realizar su hijo/a la edad que tiene ahora? _____ ¿Por qué? _____

6. ¿Cree Usted que los alimentos que le está brindando a su hijo/a son suficiente para que crezca adecuadamente?

a) Sí _____ b) No _____

¿Por qué? _____

7. ¿Quién de la familia cree usted que debe de alimentarse mejor?

a. Usted (La mamá) _____

b. Su esposo _____

c. Sus hijos mayores _____

d. Sus hijos menores _____

e. Todos _____

¿Por qué? _____

8. ¿Qué características cree usted o como debería de ser un niño/a para decir que está bien alimentado?

- Severidad percibida

9. ¿Qué es lo que cree usted que le podría pasar a su hijo/a si no le brinda una alimentación adecuada?

10. ¿Hay algún alimento que usted crea que no debería brindarle a su hijo/a pequeño? a)

Sí _____ b) No _____

Si es Sí ¿Cuáles? _____

11. ¿Qué es lo que cree usted que le podrían causar estos alimentos a su hijo/a pequeño/a? (Mencionar los alimentos que mencionó)

12. ¿Qué personas le han hablado sobre estos alimentos?

a. Mi mamá _____

b. Mi suegra _____

c. Otros familiares _____

d. Otros _____

- **Beneficios percibidos**

13. ¿Qué beneficios cree usted que tendría su hijo/a si ingiere una alimentación adecuada o balanceada para la edad que tiene?

- a. Se enferma menos _____
- b. Crece y se desarrolla normalmente _____
- c. Otro _____

Especifique: _____

14. ¿Qué alimentos cree usted que sean buenos para la alimentación de su hijo/a pequeño? _____

15. ¿Qué beneficios cree usted que tengan estos alimentos en la salud de su hijo/a? _____

16. ¿Por qué considera usted que los alimentos que menciono anteriormente son beneficiosos para la salud de su hijo/a?

- a. Porque se enferma menos _____
- b. Crece y se desarrolla normalmente _____
- c. Otro _____

- **Barreras percibidas**

17. ¿Usted ha tenido alguna dificultad en su hogar para alimentar a su niño/a?

a. Sí _____ b. No _____

¿Cuáles? _____

¡Muchas gracias por su participación!