



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Salud Pública

AUTORA: Lic. Nelly Noemí Rosales Lara
TUTOR: MD. MPH. LSHTM. Milton Gross Albornoz

“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria, de las madres con niños/as menores de 2 años de edad que asisten al Centro de Salud Zuleta de la parroquia Angochagua, y su relación con la desnutrición crónica infantil”.

Dedicatoria

A Dios, que es mi fortaleza y mi guía; y por cada día concedido para continuar aprendiendo en la escuela de la vida.

A mis padres, que desde el cielo estarán muy felices celebrando conmigo esta meta cumplida.

A mi familia, por el apoyo y comprensión brindada durante todo este tiempo, convirtiéndose en mi equipo incondicional, mi motor e inspiración de superación personal y profesional.

A la sociedad, porque en esta maestría aprendí la importancia de gestionar la salud desde cualquier espacio laboral que me encuentre, como un aporte a la reducción de las desigualdades e inequidades sociales en salud.

Agradecimiento

A la Universidad Internacional del Ecuador - UIDE, por permitirme ser parte de ella y recibir los conocimientos científicos que contribuyeron en mi formación y crecimiento profesional.

Al personal docente y administrativo, por compartir su amistad, conocimientos de alto nivel académico y toda la experticia en el ámbito de la salud pública, seguro este grupo de maestrantes ponderemos en práctica los aprendizajes adquiridos en beneficio de la colectividad.

Al Dr. Fernando Sacoto - Director de la Maestría de Salud Pública, por ser el impulsor para la formación de un ejército de salubristas de vocación, convicción y con la visión contribuir en la gestión de la salud pública del país.

Al Dr. Milton Gross, mi Tutor, por su compromiso institucional, amistad, paciencia y sus valiosos aportes en la guía académica del presente trabajo de investigación

Índice de Contenido

Certificación de autoría del trabajo de titulación	II
Autorización de derechos de propiedad intelectual	III
Dedicatoria	IV
A Dios, que es mi fortaleza y mi guía; y por cada día concedido para continuar aprendiendo en la escuela de la vida.	IV
A mi familia, por el apoyo y comprensión brindada durante todo este tiempo, convirtiéndose en mi equipo incondicional, mi motor e inspiración de superación personal y profesional.	IV
A la sociedad, porque en esta maestría aprendí la importancia de gestionar la salud desde cualquier espacio laboral que me encuentre, como un aporte a la reducción de las desigualdades e inequidades sociales en salud.	IV
Agradecimiento	V
Índice de anexos.....	10
Índice de Tablas	1
Resumen.....	4
Abstract	6
1. Introducción	7
2. Justificación.....	9
3. Problema	12
3.1 Planteamiento del problema	12
3.2 Formulación del problema	15

3.3	Sistematización del problema	15
4.	Objetivos	16
4.1	Objetivo general.....	16
4.2	Objetivos específicos.....	16
5.	Marco teórico y conceptual.....	17
5.1	Marco Referencial.....	17
6.	Marco conceptual.....	22
6.1	Definición de la lactancia materna.....	22
6.2	Leche materna alimento único.....	22
6.3	Definición de la Lactancia Materna Exclusiva	23
6.4	Tipologías de leche	23
6.4.1	Definición del calostro	23
6.4.2	La leche de transición.....	24
6.4.3	Leche Madura.....	24
6.5	Beneficios de la Leche Materna.....	24
6.5.1	Beneficios para el/la niño/a	24
6.5.2	Beneficios para la madre	25
6.5.3	Beneficios para la Familia.....	25
6.5.4	Beneficios para la Colectividad.....	26
6.6	Definición de la alimentación complementaria.....	26
6.7	Consideraciones fisiológicas en la alimentación complementaria.....	27

6.8	¿Por qué es importante iniciar la alimentación complementaria en los/as niños/as?	28
6.9	Inicio temprano de la alimentación complementarias y sus riesgos	29
6.10	Riesgos del inicio tardío de la alimentación complementaria.....	29
6.11	Recomendaciones para el inicio de la alimentación complementaria:.....	29
7.	Hipótesis y variables.	31
7.1	Hipótesis:.....	31
7.2	Variables principales de investigación.....	31
7.2.1	Dependientes	31
8.	Metodología y diseño de la investigación:.....	32
8.1	Tipo de estudio.....	32
8.2	Área de estudio.....	32
8.3	Periodo de estudio.	32
8.4	Universo	32
8.5	Cálculo de la muestra	33
8.6	Criterios de inclusión para los casos:	34
8.7	Criterios de inclusión para controles:.....	34
8.8	Criterios de exclusión para casos:	34
8.9	Criterios de exclusión para controles:	34
8.10	Operacionalización de variables:	35
8.11	Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	43
8.12	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	43

8.13	Plan de tabulación y análisis de datos	45
9.	Análisis de resultados:.....	46
9.1	Variables sociodemográficas:	46
9.2	Análisis de las variables de estudio (caso-control)	48
10.	Discusión de Resultados	66
11.	Conclusiones	69
12.	Recomendaciones.....	72
13.	Bibliografía	74
13	ANEXOS	78

Índice de anexos

Anexo 1 Encuesta realizada a población de estudio.....	78
Anexo 2 Variables sociodemográficas.....	85

Índice de Tablas

Tabla 1:Operacionalización de variables para el objetivo 1.	35
Tabla 2 Operacionalización de variables para el objetivo 2.	39
Tabla 3 Operacionalización de variables para el objetivo 3.	42
Tabla 4: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Significado del Calostro.	48
Tabla 5: Casos de la Desnutrición Crónica Infantil vs Inicio de la Lactancia Materna.....	48
Tabla 6: Casos Desnutrición Crónica Infantil vs Baja de leche materna.....	49
Tabla 7: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Lactancia Materna Exclusiva.....	49
Tabla 8: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs leche materna mejor alimento para los niños.....	50
Tabla 9: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Leche materna proporciona defensas a sus hijos.....	50
Tabla 10 Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs la relación afectiva entre el hijo y la madre.....	51
Tabla 11: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Tiempo de lactancia del niño.....	51
Tabla 12: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Continuar la lactancia materna.	52
Tabla 13: Casos de Desnutrición Crónico Infantil vs Consumo de LME durante los 6 meses de edad.	52
Tabla 14: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Inicio de alimentación con leche de tarro.....	53
Tabla 15: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Mantener la lactancia materna hasta los 2 años.	53
Tabla 16: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Abandonar la lactancia materna.....	54
Tabla 17: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Lactancia materna en problemas graves de salud.	54

Tabla 18: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Alimentación con LM hace niños más inteligentes.	55
Tabla 19: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Inicio de la lactancia materna en la 1era hora de nacido.	55
Tabla 20: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Alimentación leche de tarro antes de los 6 meses.	56
Tabla 21: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Actualmente alimenta a su hijo con leche materna.	56
Tabla 22: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Amamantar a su hijo cuando él lo desea.	57
Tabla 23 Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Vaciar completamente el seno.	57
Tabla 24: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Dolor de senos.	58
Tabla 25: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Extraer leche para ayudar a alimentar a su hijo.	58
Tabla 26: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Guardar la leche materna en un recipiente limpio de vidrio.	59
Tabla 27: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs la Cantidad necesaria para una sola toma.	59
Tabla 28: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Calentar la leche en baño María.	60
Tabla 29: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Significado de alimentación complementaria.	60
Tabla 30: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Edad de introducir nuevos alimentos en la alimentación.	61
Tabla 31: Casos de Desnutrición Crónico Infantil vs Consistencia de los alimentos.	61
Tabla 32: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Número de comidas en el día, sin contar	

con leche materna	62
Tabla 33: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Importancia de introducir gradualmente nuevos alimentos.....	62
Tabla 34: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Biberón facilita de alimentación al niño.	63
Tabla 35: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Introducción de nuevos alimentos de acuerdo a la edad.....	63
Tabla 36: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Prácticas higiénicas para preparar la alimentación.....	64
Tabla 37: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Alimentación del niño en su propia vajilla.....	64
Tabla 38: Casos de la Desnutrición Crónica Infantil vs Colocar la comida en la mitad de la lengua.....	65
Tabla 39: Caso de Desnutrición Crónica Infantil vs Ambiente tranquilo y seguro.	65

Resumen

La leche materna es el mejor alimento para los niños/as, de acuerdo a la OMS la recomendación es brindar leche materna de forma exclusiva hasta los seis meses de edad y continuarla hasta los 24 meses o más. A partir del sexto mes de edad se debe introducir otros alimentos o alimentación complementaria misma, que debe ser oportuna, adecuada, inocua y suficiente. La leche materna no solo contiene los nutrimentos apropiados para el niño/a, sino que es un fluido vivo que contiene más de 200 elementos que interactúan y cumplen varias funciones como: función nutricional, sube las defensas y estimula el desarrollo cognoscitivo. El objetivo de este trabajo fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres con niños/as menores de 2 años de edad que asisten al establecimiento de salud Zuleta, y su relación con la desnutrición crónica infantil y las variables de determinación social. Metodología: tipo de estudio observacional, descriptivo y analítico de casos y controles con enfoque transversal. La muestra está conformada por 62 unidades de análisis, de las cuales 18 son casos y 44 controles. Los resultados obtenidos fueron que, en la mayoría de variables estudiadas, los casos tenían un mayor conocimiento correcto que los controles ($OR > 1$). En conclusión, las madres de niños menores de 24 meses de edad que asisten al Centro de Salud Zuleta, en su mayoría tiene un correcto conocimiento, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna y alimentación complementaria, sin embargo, el índice de prevalencia de DCI en la población estudiada fue del 29%, que sobrepasa la estadística a nivel nacional 27,2%, por lo que es importante incidir en todos los determinantes de la desnutrición crónica infantil, con intervenciones prioritarias en 1000 primeros días de vida.

Palabras claves: Lactancia materna, alimentación complementaria, desnutrición crónica infantil, actitudes, conocimientos, prácticas, sociodemográficas, OR, descriptivo, casos y controles.

Abstract

Breast milk is the best food for children, according to the WHO the recommendation is to provide exclusive breastfeeding until 6 months of age and continue until 24 months or more. From the sixth month of age, complementary feeding should be started, which must be timely, adequate, safe, and sufficient. Breast milk not only contains the appropriate nutrients for the infant, but it is a living fluid that has more than 200 components that interact and perform various functions such as nutritional function, raising defenses, and stimulating cognitive development. The objective of this work was to determine the level of knowledge, attitudes, and practices in breastfeeding and complementary feeding that mothers with children under 2 years of age who attend the Zuleta health facility have, and its relationship with chronic malnutrition child hood and the variables of social determination. Methodology: observational, descriptive, and analytical study of cases and controls with a cross-sectional approach. The sample is made up of 62 analysis units, of which 18 are cases and 44 controls. The results obtained were that, in most of the variables studied, the cases had greater correct knowledge than the controls ($OR > 1$). In conclusion, the mothers of children under 24 months of age who are treated at the Zuleta Health Center, for the most part, have the correct knowledge, attitudes, and practices about breastfeeding and complementary feeding, however, the prevalence rate of ICD in the population studied was 29%, which exceeded the national statistics of 27.2%, so it is important to focus on all the determinants of chronic child malnutrition with emphasis on the first 1000 days of life.

Keywords: Breastfeeding, complementary feeding, child chronic malnutrition, attitudes, knowledge, practices, sociodemographic, OR, descriptive, cases, and controls.

1. Introducción

La leche de la madre es el mejor alimento para el niño/a, no solo porque contiene los nutrimentos apropiados para el lactante, sino porque es un fluido vivo con más de 200 substancias que interactúan y cumplen varias funciones como: nutricional, protección contra las infecciones y de estímulo del desarrollo cognoscitivo. (1) Estudios demuestran que los niños y niñas que han recibido lactancia materna exclusiva, tienen mayor coeficiente intelectual y mejor rendimiento escolar. Lactar afianza el lazo afectivo entre madre e hijo y la comunicación, así como también disminuye el desarrollo de caries dentales, ayuda al desarrollo de la musculatura de la cara y el cuello, lo que facilita la expresión del lenguaje. (2)

A partir de los seis meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante son superiores a lo que aporta la leche materna, siendo imprescindible la introducción de alimentos complementarios. A esa edad el/a niño/a ha desarrollado su sistema digestivo para recibir otros alimentos, si no se introducen alimentos complementarios o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento y desarrollo puede verse afectado en la vida presente y futura del niño/a. UNICEF concluye que la lactancia materna exclusiva evitaría cada año la muerte de 1,5 millones de menores de cinco años. (3)

Para proteger y fomentar la lactancia materna, existen algunas acciones en agenda a nivel mundial como: la Organización Mundial de la Salud, se ha comprometido a apoyar a los países en la ejecución y seguimiento del “Plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño”, que tiene seis metas, una de las ellas es aumentar por lo

menos al 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida para el año 2025. UNICEF y la Organización Mundial de la Salud establecieron el Colectivo mundial pro lactancia materna (Global Breastfeeding Colectiva) para aglutinar apoyo político, jurídico, económico y público en favor de esta práctica. La Organización Mundial de la Salud, ha creado una Red para monitorear y apoyar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de leche materna, entre otros (3).

2. Justificación.

La lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria oportuna, adecuada (calidad y cantidad) y segura, son estrategias claves para la supervivencia infantil y prevenir la desnutrición. Las causas de la desnutrición infantil, no solo están definidas como un problema clínico o de falta de nutrientes, sino que está relacionada con variables sociales, factores económicos, políticos, culturales, acceso a servicios básicos (agua, saneamiento, higiene), educación, desarrollo infantil, salud, protección, vivienda, entre otros; con implicaciones de corto y largo plazo de forma individual y a nivel colectivo. (4)

“Datos de la Encuesta de Salud y Nutrición - ENSANUT 2018 reflejan que, en Ecuador, 27 de cada 100 menores de 2 años (27,2%), sufren desnutrición crónica infantil. El problema de la DCI, tiene mayor prevalencia en el área rural de la Sierra y Amazonia; afecta más a los niños que a las niñas, y se agudiza más en la población indígena”. (5)

Angochagua, es una de las 7 parroquias rurales del cantón Ibarra, provincia de Imbabura, está conformada por 6 comunidades: Zuleta, Angochagua, La Rinconada, La Magdalena, Chilco y Cochás. De acuerdo la proyección de la población total 2021 basada en el censo 2010, la población total es de 4034 habitantes, de ellos 372 son menores de 59 meses de edad, de los cuales 149 son niños/as menores de 24 meses de edad. El 92,2% de la población se auto identifican como indígenas. En referencia al analfabetismo, la tasa llega al 28,79%, (femenina 39,70% y masculina 15,5%). En referencia al nivel educativo se establece porcentualmente los siguientes datos: educación superior (8,57%), bachillerato (43,37 %), y educación básica (65,40%). La parroquia cuenta con un establecimiento de salud Tipo A. La población económicamente activa representa el 51,5%, una posición relativa por debajo del

nivel nacional 57,9% y cantonal 60,3%. Las actividades económicas principalmente son: la agricultura y ganadería 51,4%; Industria manufacturera y construcción 29%; comercio, transporte y alojamiento el 19,6%. Según datos del PDYOT 2015-2019, la cobertura del servicio de agua potable alcanza al 15% (11% Zuleta y 4% Angochagua), mientras que las otras cuatro comunidades (83%), no cuentan con agua potable, siendo el agua entubada proveniente de las vertientes que nacen en la zona alta de la parroquia, la que utilizan para el consumo humano. (6)

Al realizar la evolución histórica de la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niño/as menores de 2 años, de acuerdo a la información provisional, proporcionada por la Coordinación Zonal 1 Salud de los sistemas informáticos del MSP: SIVAN, RDACCA, PRAS (vigentes en su época respectivamente), de un estimado de 97 a 127 niño/as atendidos anualmente en el establecimiento de salud Zuleta, se obtiene que en el año 2016 la prevalencia de DCI fue del 12,8%; año 2017 el 19,69%; año 2018 el 14,9%; año 2019 el 20,3%; año 2020 el 30,6%; año 2021 el 26,3% y el primer trimestre del 2022 el 20,3%.

Comparando los datos estadísticos de desnutrición crónica infantil, entre de las 12 parroquias que conforman el cantón Ibarra, según el reporte de indicadores del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 2.0) y Plataforma de Registro en Atenciones de Salud (PRAS) - MSP de enero a diciembre 2021, la parroquia de Lita, tiene mayor prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de 24 meses de edad con el 36,4%; seguido de Angochagua 26,4%, La Esperanza 14,6%; La Dolorosa del Priorato 14,4%; Ambuquí 13,6%; El Sagrario 13,4%; Caranqui 13%; San Antonio 11,6%; Guayaquil de Alpachaca 8,3%; San Francisco 6,4%; Salinas 5,7% y la Carolina 3,8%.

Frente a este contexto socioeconómico, y de prevalencia de desnutrición crónica de la parroquia Angochagua, nace un interés investigativo, con la finalidad de determinar, si los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres de niños/as menores de 24 meses de edad, son factores que contribuyen en la prevalencia de desnutrición crónica infantil en esta parroquia; fundamentalmente porque la parroquia aledaña, La Esperanza, que tiene similares características étnicas y socioeconómicas, la prevalencia de DCI es baja (14,6%), en comparación con la parroquia Angochagua (26,4%).

3. Problema

3.1 Planteamiento del problema

“Si bien, la evidencia científica ha demostrado que la lactancia materna tiene muchos beneficios para el niño, la madre y la sociedad, las madres cada vez dan menos de lactar a sus hijos. Un niño/a que no ha sido alimentado de manera adecuada en los dos primeros años de su vida corre riesgo de sufrir desnutrición crónica, presentar mayor vulnerabilidad ante las patologías, y posiblemente puede tener retraso en el aprendizaje, todo esto se traducirá en menos oportunidades de desarrollo en su vida futura. Alimentarlos solo con leche materna en sus primeros seis meses de vida ayuda a disminuir la mortalidad infantil, crecen más sanos, más inteligentes y tienen mayor estabilidad emocional por el lazo afectuoso que se crea entre la madre y el hijo”. (4)

“Se estima que a nivel mundial solo el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva. En Ecuador la lactancia materna exclusiva de acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida 2014, fue el 46,4%; aumentando al 62,1% en el año 2018 según datos de la encuesta ENSANUT. Otro dato importante que cita la encuesta ENSANUT 2012, es que, en nuestro país la práctica de la lactancia materna exclusiva disminuye mientras el nivel de instrucción de la madre es mayor (ninguna instrucción 63% y con ciclo post bachillerato superior o postgrado 29.2%), según la ENSANUT 2012. Estos datos con referencia a países más desarrollados se contraponen, en los cuales, a mayor nivel de instrucción de la madre, mayor práctica de lactancia materna exclusiva existe. La misma fuente de información ENSANUT 2012, atribuye esta conducta a que, en nuestro país no se ha fortalecido la importancia de la consejería, así como el escaso control existente en cumplimiento del Código Internacional de

Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna- CICSLM”. (5) (7) (8)

“Cuando el niño/a cumple los seis meses de edad, se debe complementar la leche materna con alimentos que adecuados (calidad y cantidad) a la edad del niño o niña, generalmente los alimentos que se proporcionan son de baja calidad nutricional, su introducción no es oportuna (antes o muy tarde), y la cantidad no es adecuada (muy pequeñas o poco frecuentes.) La OMS recomienda el inicio de la alimentación complementaria [AC] oportuna, adecuada y segura solo a partir de los 6 meses de vida y mantener la lactancia materna continuada hasta los 24 meses de edad o más, siempre que así lo desee la madre y el hijo. El proceso de cambio de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria más leche materna, comprende un período de los 6 meses a los 18 o 24 meses de edad. Este es un período de alta vulnerabilidad, en la que muchos niños/as menores de 24 meses de edad, inician o empeoran los cuadros de desnutrición infantil. (6) Según la ENSANUT 2012 la introducción de alimentos complementarios en niños/as de 6 a 8 meses de edad fue del 73.6%; mientras que el 24.6% de los niños/as del mismo rango de edad no inició la alimentación complementaria de manera oportuna”. (8)

“En Ecuador, la desnutrición crónica infantil constituye una importante problemática de salud pública, datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INEC-ENSANUT, 2018), reflejan la prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 24 meses de edad es 27.2%; aumentando 2.4 puntos porcentuales en relación con la Encuesta de Condiciones de Vida- ECV 2014. De acuerdo a la ENSANUT 2018, existe una importante brecha étnica y territorial en torno a la DCI, las niñas y niños indígenas son quienes están en mayor riesgo, cuatro de cada diez niños/as menores de 59 meses, sufren de esta condición. Asimismo, según el Observatorio Social Ecuatoriano (OSE, 2018), la distribución

de niños menores de cinco años con desnutrición crónica infantil se concentra en un 64.5% en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, Chimborazo, Azuay, Imbabura y Tungurahua”.

Con base legal del Decreto ejecutivo 12-11 firmado en diciembre del 2020, actualmente a nivel país se está implementando la estrategia Nacional “Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil”, la meta es disminuir 6 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años de edad (del 27,2% al 21,2%) durante el periodo de gestión del actual gobierno, mediante la prestación de bienes y servicios integrales a mujeres gestantes y niños menores de 24 meses de edad, denominado “Paquete Priorizado”. La estrategia tiene un enfoque de prevención de la DCI, con intervenciones intersectoriales durante los 1000 primeros días de vida, donde la consejería para el fomento, protección y promoción de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria son parte esencial del paquete priorizado.

“El panorama de la prevalencia de la DCI, resulta un desafío de salud pública en el país, siendo fundamental la intervención en los mil primeros días de vida, como la ventana de oportunidad para prevenir la desnutrición. Por ello se debe asegurar que los niños/as menores de 2 años reciban la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y continuada hasta los 2 años, acompañada de la alimentación complementaria oportuna, adecuada y segura, como estrategias costo- efectivas, para la prevención y reducción de la DCI. Enfatizando que la lactancia materna y el cuidado de los infantes no es responsabilidad solo de las madres, sino que es un compromiso de toda la familia, del personal de salud, de los empleadores, los medios de comunicación y de la sociedad en general, y solo con la suma de esfuerzos garantizaremos su óptimo crecimiento y desarrollo”. (4)

3.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria, de las madres con niños/as menores de dos años de edad y su relación con la desnutrición crónica infantil y las variables de determinación social?

3.3 Sistematización del problema

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna que tienen las madres con niños/as de menores de 2 años de edad?

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación complementaria que tienen las madres con niños/as de menores de 2 años de edad?

- ¿Cuál es la relación de los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres con niños/as menores de 2 años de edad, con la desnutrición crónica y las variables de determinación social?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general.

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres con niños/as menores de 2 años de edad, y su relación con la desnutrición crónica infantil y las variables de determinación social.

4.2 Objetivos específicos.

- Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en Lactancia Materna que tienen las madres con niños/as menores de 2 años de edad.
- Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación complementaria que tienen las madres con niños/as menores de 2 años de edad.
- Caracterizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres con niños menores de 2 años de edad y su relación con la desnutrición crónica y las variables de determinación social (edad, etnia, nivel de instrucción, ingresos, ocupación, estado civil, número de hijos).

5. Marco teórico y conceptual

5.1 Marco Referencial

“Estudio sobre actitudes y prácticas de las madres indígenas sobre la lactancia materna realizado en el año 2018 en la parroquia de Angochagua de la provincia de Imbabura menciona, que la lactancia materna es una estrategia ideal con la que se contribuye al desarrollo sostenible, ya que es una forma de alimentación económica, ecológica, que previene enfermedades y garantiza el desarrollo psicológico, físico e intelectual de niños y niñas. Objetivo: Determinar las actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en la parroquia de Angochagua de la provincia de Imbabura de las madres indígenas. Metodología: es un estudio con enfoque cualitativo y cuantitativo; se trabaja con preguntas abiertas en entrevistas individuales y grupos focales, total 15 madres de las diferentes comunidades de la parroquia. Resultado: las madres del estudio inician la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad y después de los 7 meses; concuerdan que prácticas como el consumo de gaseosas y botar el calostro en tierra producen poca producción de leche. Para el destetar utilizan hierbas amargas o picantes como la verbena, ají, o limón que se colocan en el pezón. Conclusión: las madres indígenas conocen sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, sin embargo, prefieren seguir la consejería que ha sido adquirido a través de generaciones familiares”. (9)

“Otro estudio realizado en el cantón Otavalo en el 2018 sobre actitudes y prácticas de las madres indígenas en el fomento de la lactancia materna, refiere que la a lactancia materna es y sigue siendo hasta la actualidad una de las prácticas que no se pueden cumplir en altos porcentajes a nivel mundial, siendo una de las estrategias para el fomento de esta práctica la enseñanza y aprendizaje dirigido a las madres gestantes y en periodo de lactancia por ser las

protagonistas en la decisión de amamantar. Objetivo: determinar las actitudes y prácticas culturales de la población indígena en el fomento de la lactancia materna en el Cantón Otavalo. Método: observacional descriptivo con enfoque (cualitativo- cuantitativo), se realizó entrevistas a grupos focales de 3 a 5 personas. En la investigación participaron un total de 15 madres indígenas en su mayoría tenían de 30 a 40 años, todas acuden a los diferentes centros de salud. Resultados: se evidencio que en la etnia indígena mantienen actitudes ante la lactancia materna como el despunte o cese por un tiempo determinado debido algunos factores emocionales o alimenticios, sus prácticas para la producción de leche materna se fundamentan en la información transmitida por sus ancestros, personal de salud, experiencia propia. Los resultados señalan que las madres reconocen el beneficio y aporte de la lactancia materna, el equipo de salud interviene mejorando sus conocimientos mediante estrategias educativas para la educación de la población”. (10)

“El estudio realizado en el 2005-2016 en Cuba 2017 sobre el impacto de estrategia educativa sobre lactancia materna a futuras madres fue con el objetivo de elevar conocimientos sobre lactancia materna y mejorar prácticas de las futuras madres del Policlínico "Jimmy Hirzel", Bayamo. Método: estudio cuasi experimental; universo 1735 mujeres; muestra: 1343. Etapas de investigación: diagnóstico, diseño, validación, aplicación y evaluación. Variables: dependientes (nivel de conocimiento y prácticas sobre lactancia materna); independiente (estrategia educativa). Resultados: al inicio predominó el bajo nivel de conocimiento (47,3 % en las embarazadas y 59,1 % en las de edad fértil); al final de la intervención, acentuó el nivel alto de conocimiento en gestantes (96,7 %) como en mujeres de edad fértil (90,1 %). Un 90,42 % de madres brindó a sus hijos lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Conclusión: la estrategia educativa demostró efectividad por el impacto alcanzado”. (11)

“En enero a diciembre del 2018 se realiza un estudio sobre factores maternos asociados a prácticas alimentarias con lactancia materna exclusiva, fue de tipo observacional, analítico, de cohorte, la población de análisis fue niños de seis meses de edad y sus madres, que viven en el área del policlínico Jimmy Hirzel, municipio Bayamo, provincia Granma, el objetivo fue determinar la asociación entre factores maternos y duración de la lactancia materna exclusiva. La muestra fue de 140 niños y sus madres, seleccionados por criterios de inclusión y exclusión. Se investigaron variables sociodemográficas y conocimientos sobre lactancia materna y prácticas alimentarias con lactancia materna exclusiva. Resultados: en la caracterización de la muestra se determina que la edad de las madres el 75,7% son de 20 a 34 años de edad, nivel de escolaridad 37,1 %, preuniversitario; trabajadoras 40,7%; tienen un solo hijo 66,4%; del sector rural 70,7%, con conocimientos adecuados sobre lactancia materna el 63,6%; brindó a sus hijos LME el 65 %, en el 59% la causa principal del abandono de lactancia materna exclusiva fue la hipogalactia materna”. (12)

“En el año 2013, en una comunidad rural en Chile se realiza un estudio sobre los factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva, mediante un estudio no experimental, descriptivo y de cohorte retrospectivo, participaron 81 madres de niños/as de 6 y 11 meses de edad, y se aplicó una encuesta con preguntas cerradas de base estructurada. Resultados: 56,8% de destete precoz, la edad de las madres se relaciona con el destete precoz. El estudio concluye que las madres menores de 26 años practicaron por menos tiempo la lactancia materna exclusiva, que será el grupo objetivo para intervención con las actividades educativas de promoción y protección de LME”. (13)

“Para evaluar el impacto nutricional del programa de alimentación complementaria del Ministerio de Salud de Panamá en niños menores de 59 meses, se realiza un estudio de

cohorte retrospectiva, en el que se compara la evolución nutricional desde 6 meses antes hasta 9 meses después de la intervención a niños de la misma edad no intervenidos. En el programa se entregó mensualmente a cada beneficiario 6 libras de un suplemento alimentario de cereales y leguminosas, fortificado con calcio, hierro y vitamina A, con un aporte de 350 Kcal y 12 grs. de proteínas por 100 grs. Se analizó el cambio en los indicadores antropométricos y la tasa de recuperación de niños desnutridos y en riesgo. El cambio promedio de peso-edad fue mayor en niños con mayor déficit inicial, en familias con mejor escolaridad y menor número de hijos. Un 35% de los niños con desnutrición y un 24% de los niños en riesgo mejoraron parcialmente o normalizó su estado nutricional”. (14)

“En la ciudad de Quito en abril del 2013, se realiza un estudio sobre la 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. Participaron de 204 niños y niñas de 6 a 24 meses, el tipo de estudio fue observacional analítico de tipo transversal. La selección de los de participantes fue de manera aleatoria, se compara la ingesta calórica de los alimentos complementarios con los requerimientos para su edad y se identifica los factores de riesgo asociados al estado nutricional de los niños/as. Como métodos de recolección de datos se utilizó una encuesta alimentaria y la evaluación antropométrica. Conclusión: las prácticas de alimentación complementaria tienen una influencia en el estado nutricional de una manera positiva cuando se cumplen las recomendaciones alimentarias (porciones, cantidad, frecuencia, calorías), o influyen negativamente cuando no se aplica; pero que el efecto se observa de manera conjunta, es decir, que una conducta individual no puede determinar si existe o no malnutrición”. (15)

“En el Centro de Salud La Vicentina durante enero a junio 2019, se realiza un estudio sobre

los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la alimentación en madres de niños menores de dos años de edad. El tipo de estudio fue descriptivo transversal, participaron 220 madres a quienes se les aplicó la encuesta CAP, (conocimientos, actitudes y prácticas) en nutrición de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. Resultados: el mayor porcentaje de madres fueron adultas jóvenes (20 a 35 años), mestizas, casadas, con instrucción secundaria. En referencia a los conocimientos en lactancia materna fueron moderados, su actitud fue positiva, pero en la práctica solo el 14,10% brinda lactancia materna exclusiva, 25,45% lactancia materna predominante y 60,45% lactancia materna no exclusiva. Sobre la alimentación complementaria se determina un nivel alto de conocimiento, su actitud fue positiva; y en la práctica el 47,73% de los niños continúa aún con lactancia materna, el 57,51% recibe 1 a 3 comidas al día y el 20,21% recibe 3 o menos comidas diariamente. Se concluye que las madres tienen conocimientos en lactancia materna y alimentación complementaria entre moderados a altos, demuestran actitud positiva frente a los dos temas, pero sus conocimientos y actitudes distan mucho de la práctica”. (16)

6. Marco conceptual

6.1 Definición de la lactancia materna.

“Se define como el proceso mediante el cual la madre alimenta a su hijo(a) con su propia leche. Es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los/as niños/as. Sin embargo, aproximadamente dos de cada tres menores de 12 meses, no reciben exclusivamente la leche materna durante los primeros 6 meses de edad como recomienda la Organización Mundial de la salud. La leche materna es el alimento ideal para los lactantes, debido a que suministra toda la energía y nutrientes que el niño/a necesita durante los primeros meses de vida, y continúa aportando hasta la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño/a durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año, está disponible las 24 horas del día y contiene inmunoglobulinas que protegen de muchas enfermedades propias de la infancia. Los niños/as que reciben leche materna muestran un mejor desempeño en las pruebas de inteligencia, son menos propensos al sobrepeso, la obesidad o en el futuro a padecer diabetes. La lactancia materna reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario”. (17)

6.2 Leche materna alimento único.

La leche de la madre es un fluido vivo que protege activamente al niño/a de las enfermedades, contiene 200 componentes y otras sustancias que aún no se han identificado, las cuales permiten proveer de las necesidades nutricionales exactas que el/la niño/a necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo. Es el alimento más adecuado y natural para el/la niño/a durante los primeros meses de vida, el calostro y la leche materna se adaptan a la edad

gestacional, cambian de mamada a mamada, día a día y mes a mes, adaptándose perfectamente a su función digestiva. (18)

6.3 Definición de la Lactancia Materna Exclusiva

“Consiste en alimentar al niño/a, solo con leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, recomiendan que LME, se mantenga durante los primeros seis meses de vida, inicie en la primera hora de vida después del parto, que sea a libre demanda y se evite el uso de fórmulas infantiles; a partir de los 6 meses de edad de manera progresiva incorporar en la alimentación nuevos alimentos, y continuar con la lactancia materna hasta los 2 años o más”. (19)

6.4 Tipologías de leche

6.4.1 Definición del calostro

Es la primera leche que se produce en los primeros cinco a siete días después del parto, contiene alta cantidad de proteínas y en menor cantidad grasas, lactosa, y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, es de color amarillento debido al alto contenido de carotenos. Contiene proteínas como inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento lactobacilos bifidus, las cuales forman parte de las características inmunológicas de la leche materna. Inicialmente en los tres primeros días su volumen puede variar entre 2 y 20 mililitros y en el sexto día puede llegar hasta 580 mililitros. (20)

6.4.2 La leche de transición

Es la leche que se produce entre el séptimo y décimo día después del parto, que progresivamente se va modificando hasta adquirir características de la leche madura, hay un aumento paulatino de lactosa y reducción de las grasas y proteínas. En los primeros quince días puede alcanzar un volumen de 660 mililitros por día. (20)

6.4.3 Leche Madura

Empieza aproximadamente en el día 15 post-parto, su producción puede llegar a durar hasta por más de 15 meses, sin perder las propiedades nutricionales. En promedio la producción de leche puede alcanzar los 750 mililitros por día, en ocasiones cuando se amamanta a más de un hijo la cantidad puede ser mayor. Tiene la característica de ser más líquida y una coloración azulada. Principalmente está compuesta por agua, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales. (20)

6.5 Beneficios de la Leche Materna

6.5.1 Beneficios para el/la niño/a

- Contiene inmunoglobulinas que protegen y disminuyen el riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia como: episodios diarreicos, alergias respiratorias.
- Suministra los nutrimentos necesarios para su óptimo crecimiento, disminuyendo el riesgo de desnutrición, así como también reduce de 1,5 a 5 veces el riesgo de muerte súbita.
- Posee los líquidos y electrolitos en cantidad suficiente para su hidratación. Los

minerales como el calcio, hierro magnesio y zinc son de mejor biodisponibilidad y en general es de fácil digestión.

- Favorece el desarrollo emocional, creando fuertes lazos afectivos entre el niño/a y la madre. También favorece el desarrollo intelectual, ofreciéndole mejores oportunidades educativas y económicas en la vida futura.
- Reduce el riesgo de desarrollar en el futuro enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, obesidad, hipercolesterolemia entre otras.
- Previene la caries dental; así como también disminuye el riesgo de malformaciones dentales y evitando a futuro tratamientos de ortodoncia.

6.5.2 Beneficios para la madre

- Contribuye en la pronta recuperación post-parto, la pérdida de peso, disminuye el riesgo de sangrado post parto y el desarrollo de anemia; así como también previene en cáncer de mama y ovario, la osteoporosis y la depresión post-parto.
- Afianza los lazos afectivos entre la madre y el hijo, favoreciendo al desarrollo de la autoestima, la personalidad y nivel intelectual.

6.5.3 Beneficios para la Familia

- Disponibilidad del alimento en cualquier momento, no se necesita comprar, preparación o almacenamiento; se encuentra a la temperatura ideal, en buenas condiciones higiénicas y es económica.
- Representa un ahorro familiar, al no tener que gastar en formulas artificiales, biberones,

chupones y otros utensilios necesarios para la preparación.

- Reduce gastos en atención de problemas de salud, ya que es menos propenso a las enfermedades.

6.5.4 Beneficios para la Colectividad

- La lactancia materna es una forma de invertir en el capital humano del país, en virtud de que su práctica aumenta las posibilidades de contar con población más saludable, con mejor desempeño escolar que garantiza la continuidad en su formación profesional; consecuentemente con mejores oportunidades laborales, que a futuro apoyan a romper el ciclo de la pobreza e incremento del desarrollo económico del país.
- Es una práctica amigable con el medio ambiente, porque disminuye el consumo de papel, aluminio, plástico u otros materiales que se utiliza para la preparación, o transporte de la leche artificial.
- Al prevenir y reducir las enfermedades prevalentes de la infancia, reduce el gasto de bolsillo en salud.

6.6 Definición de la alimentación complementaria

Se define como la introducción de alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche (a excepción de medicamentos en gotas o jarabes) durante el tiempo que el niño/a está recibiendo leche materna o artificial.

6.7 Consideraciones fisiológicas en la alimentación complementaria

Los/as niño/as para metabolizar correctamente los alimentos no lácteos, la maduración de las funciones gastrointestinales, de los riñones y neurológicas es muy importante. Estudios científicos manifiestan que estas funciones están competentemente desarrolladas a partir de los 6 meses de edad, edad en la cual ya están en capacidad de metabolizar nutrientes complementarios.

“Los riñones del lactante a los 6 meses de edad, tienen la capacidad funcional de filtrar y manejar de manera adecuada la carga de solutos de la alimentación complementaria. La función renal a los 12 meses de edad de un/a niño/a, representa cerca del 80% de la función renal de una persona adulta.

Con respecto al sistema gastrointestinal, el inicio de la alimentación complementaria genera cambios en la microbiota intestinal (principalmente especies protectoras lactobacilos y bifidobacterias) los cuales aportan efectos positivos en el sistema inmunológico. Así como también la exposición a sólidos y la transición al consumo de grasas, generan respuestas hormonales (insulina, hormonas adrenales).

En el desarrollo neurológico existen algunos hitos de maduración, concernientes a la capacidad para ingerir alimentos, un niño sano cuando nace, ha desarrollado completamente los reflejos de succión y de deglución; a los 4 meses de vida desarrolla el reflejo de extrusión, que consiste en expulsar de la boca o con su lengua, alimentos que se acercan a sus labios; a los 6 meses de edad, los/as niños/as en la mayoría logran sujetar con el labio superior el contenido de alimento que se brinda una cuchara, aspirara y degluten los alimentos. A la edad

de 8 meses han mejorado la flexibilidad de la lengua, lo que le permite realizar movimientos de masticación, y ya puede deglutir alimentos de consistencia espesa. Al año de edad el/a niño/a debe formar parte de mesa familiar y consiga alimentarse por sí mismo, puede sujetar con las dos manos un recipiente para tomar preparaciones líquidas. Cabe señalar la importancia de introducir en la dieta alimentos de consistencia grumosa antes de los 10 meses de edad, ya que esto permitirá reducir en lo posterior, el riesgo de dificultades en el proceso de la alimentación.

El desarrollo del sentido del gusto, es determinante en la preferencia de los alimentos. Exponer a nuevos alimentos de diferente sabor y textura al inicio y durante la alimentación complementaria, incentiva al niño/a gradualmente a preferir alimentos sólidos. Generalmente existe predisposición en los/as niños/as a elegir alimentos densamente energéticos y al rechazo de nuevos alimentos. En virtud de ello se recomienda a los padres o cuidadores brindar alimentos o preparaciones que contengan baja cantidad de azúcar o sal, estas prácticas aportan a centrar las preferencias alimentarias en el futuro”. (21)

6.8 ¿Por qué es importante iniciar la alimentación complementaria en los/as niños/as?

“Durante la etapa de crecimiento y desarrollo, los requerimientos energéticos y nutricionales cambian de acuerdo a la edad, a partir de los seis meses de edad la alimentación con leche materna o artificial, ya no son suficientes para cubrir las necesidades nutricionales que el/a niño/a demanda, siendo necesario introducir nuevos alimentos o alimentación complementaria que aporten calorías y nutrientes (macro y micronutrientes), que garanticen su crecimiento y desarrollo. La alimentación complementaria, permite enseñar al niño a distinguir sabores, olores colores, texturas y diferentes temperaturas. Así como a desarrollar hábitos de alimentación saludable. Su importancia radica también en el aporte al desarrollo cognitivo,

neurológico, del sistema digestivo y neuromuscular. La integración a la mesa y dieta familiar, contribuye en el desarrollo psicosocial y la interrelación entre padres e hijos”. (22)

6.9 Inicio temprano de la alimentación complementarias y sus riesgos

“La introducción precoz de nuevos alimentos en el niño/a, disminuye la cantidad de leche materna que debe recibir el niño/a, provocando un déficit de nutrientes en relación a su requerimiento, principalmente cuando las preparaciones brindadas son de bajo contenido nutricional, que puede ocasionar desnutrición infantil. Al reducir la ingesta de leche materna, se reduce también el aporte de factores protectores que el niño recibe a través de la leche materna, aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades diarreicas, ante la presencia de posibles agentes patológicos que se encuentren en los alimentos o biberones, si no se tomaron las debidas medidas higiénicas. Aumenta el riesgo de alergias, por la inmadurez inmunológica y mayor permeabilidad de la mucosa intestinal”. (22)

6.10 Riesgos del inicio tardío de la alimentación complementaria

- Incrementa el riesgo de sufrir desnutrición
- Deficiencias de vitaminas y minerales
- Disminuye la velocidad del crecimiento.
- Afecta en la definición de las preferencias alimentarias y desarrollo psicomotriz. (23)

6.11 Recomendaciones para el inicio de la alimentación complementaria:

- La alimentación complementaria debe ser: oportuna ni antes ni después de los 6 meses; adecuada en la cantidad y calidad (energía, proteínas, grasas, carbohidratos y vitaminas y minerales) para cubrir las necesidades nutricionales que el niño/a requiere; inocua al garantizar que no causará daño al niño/a. por lo que es fundamental las medidas higiénicas en la preparación, conservación y almacenamiento.
- Considerar el número de comidas que se deben proporcionar diariamente al/a niño/a en relación a la edad, señales de apetito y de saciedad, permitir utilización de sus manos o una cuchara para la alimentación por sí mismo.
- Se debe animar permanentemente al niño/a comer, aún si se encuentra enfermo/a, pero sin forzarlos
- Es fundamental recordar, que la alimentación es un proceso de continuo aprendizaje, por lo que es necesario que los/as madres, padres o cuidadores, deben ser pacientes, demuestren afecto hacia el niño/a, lo alimenten despacio, en un ambiente agradable, libre de tensiones o distractores y mantener el contacto visual (alimentación perceptiva).
- De existir alimentos que el niño/a rechace, se debe probar con otras alternativas de preparación sin descuidar la calidad nutricional en las combinaciones alimentarias, utilizando nuevas, texturas, sabores y métodos para animarlos alimentarse. (24)

7. Hipótesis y variables.

7.1 Hipótesis:

En la parroquia de Angochagua las madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad con desnutrición crónica, tienen menor conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria, que las madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico nutricional normal.

7.2 Variables principales de investigación

7.2.1 Dependientes

- Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

7.2.2 Independientes

- Edad
- Etnia
- Nivel de instrucción
- Número de hijos
- Estado civil
- Ocupación
- Ingresos
- Diagnóstico de desnutrición crónica (niño/a)

8. Metodología y diseño de la investigación:

8.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, analítico y de corte transversal (casos y controles)

8.2 Área de estudio

El estudio se realiza en la provincia de Imbabura, cantón Ibarra, parroquia Angochagua, Unidad de Salud tipo A Zuleta.

8.3 Periodo de estudio.

El periodo de estudio es de octubre del 2021 a junio del año 2022.

8.4 Universo

Está compuesto por 81 madres de niños/as menores de 2 años de edad, que acuden al control de niño sano en el establecimiento de salud Zuleta; de las cuales 23 madres tienen niños/as con diagnóstico de desnutrición crónica y 58 madres tienen niños/as con diagnóstico de estado nutricional normal

8.4.1 Muestra:

Una vez que se aplica en la población objetivo, los criterios de inclusión y exclusión, se obtiene una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 18 casos (madres con niños/as de

diagnóstico de desnutrición crónica) y 44 controles (madres con niños/as con estado nutricional normal), total 62 madres que participan en la investigación.

8.5 Cálculo de la muestra

Por fines académicos, se describe la fórmula estadística para el cálculo del tamaño de la muestra en diseños de casos y controles no pareados

Donde:

$$nc = \frac{(p1 \cdot q1 + p2 \cdot q2) \cdot (Z\alpha + Z\beta)^2}{(p1 - p2)^2}$$

Remplazando la fórmula:

nc= Número de casos y número de controles sin ajuste

p1= Proporción esperada del factor en casos

q1= 1-p1

p2= Proporción esperada del factor en controles

q2= 1-p2

Se debe considerar que, si existe una relación desigual entre casos y controles, sea el caso que la razón de controles/casos sea diferente a 1, al resultado de nc, es necesario realizar un ajuste:

Donde

$$na = \frac{nc \cdot (1 + c)}{2c}$$

Remplazando la fórmula:

na= número de controles ajustado

nc= número de controles sin ajuste

c= cociente de dividir los controles entre los casos

8.6 Criterios de inclusión para los casos:

- Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de desnutrición crónica.
- Madres que firmen el consentimiento informado
- Madres que acuden a los controles de salud al centro de salud Zuleta y residan en la parroquia.

8.7 Criterios de inclusión para controles:

- Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad con estado nutricional normal.
- Madres que firmen el consentimiento informado
- Madres que acuden a los controles de salud al centro de salud Zuleta y residan en la parroquia.

8.8 Criterios de exclusión para casos:

- Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad con estado nutricional normal
- Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad que acudan a los controles al centro de salud Zuleta y no firmen el consentimiento informado o no residan en la parroquia.
- Madres con niños/as de 0 a 5 meses de edad con diagnóstico de desnutrición crónica, por no ser factible evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación complementaria.

8.9 Criterios de exclusión para controles:

- Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de desnutrición crónica.
- Madres que acudan al centro de salud Zuleta con niños/as de 6 a 24 meses de edad con estado nutricional normal y no firmen el consentimiento informado, o no residan en la parroquia.

- Madres con niños/as de 0 a 5 meses de edad con estado nutricional normal que acudan a los controles al centro de salud Zuleta, por no ser factible evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación complementaria.

8.10 Operacionalización de variables:

Objetivo #1: Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en Lactancia Materna que tienen las madres con niños/as menores de 2 años de edad.

Tabla 1: Operacionalización de variables para el objetivo 1.

Categoría	Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Conocimientos sobre lactancia materna	Que es el calostro	El calostro es un líquido denso de color amarillento que se produce por 3 o 4 días después del parto, aproximadamente el volumen es de 2 a 20 ml por toma, que es la cantidad suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido.	Conocimiento sobre la definición del calostro.	La primera leche que se produce (3 a 4 días) después del parto. La leche después de un mes del nacimiento. Toda leche es calostro Otro No sabe
	Inicio en la primera hora de la lactancia materna	El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, está asociada con la duración prolongada de la lactancia materna (OMS-OPS)	Conocimiento sobre cuándo se debe iniciar la lactancia materna después del nacimiento.	En 1 primera hora después del parto 1 -5 horas después del parto Más de 8 horas después del parto No sabe
	La bajada de la leche materna.	Se produce, entre el tercer y cuarto día después del nacimiento del niño/a. Existe	Conocimiento del tiempo en que demora la bajada de la leche materna	Verdadero Falso No sabe

		madres que demoran más de las primeras 72 horas.		
	Lactancia materna exclusiva.	Alimentación con leche materna exclusivamente en los primeros seis meses de edad a excepción de vitaminas, minerales o medicamentos.	Conocimiento correcto sobre la definición de lactancia materna exclusiva	2 mese 4 meses 6 meses No sabe
	Beneficios la lactancia materna	La leche materna se considera el mejor alimento para el niño/a, proporciona defensas, es económica, está a la temperatura adecuada, es higiénica y fortalece los lazos afectivos madre e hijo.	Conocimiento correcto sobre los beneficios de la lactancia materna	Si No No sabe
	Lactancia a libre demanda.	Significa, amamantar al niño con la frecuencia que el/a niño/a desee durante el día o noche	Conocimiento sobre la frecuencia para amamantar al niño/a.	Cada 2 horas Cada 3 horas Las veces que él o ella quiera No sabe
	Lactancia materna continuada	La OMS recomienda continuar con la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más.	Conocimiento sobre la edad recomendada para amamantar al niño/a	1 año de edad 1 año y medio de edad 2 años de edad No sabe
Actitudes sobre lactancia materna	Está de acuerdo que la leche materna es el único alimento que su hijo necesita. Durante los primeros 6 meses de edad	La leche materna es el único alimento que el niño debe recibir durante los seis primeros meses de vida salvo algunas excepciones.	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	¿Si la bajada de la leche materna tarda 2 a 3 días	La bajada de la leche se produce al tercer o cuarto día después del parto.	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo

	después del parto, se debe iniciar la alimentación del/a niño/a con leche de tarro?			
	¿Es fácil mantener hasta los 2 años de edad la lactancia materna?	Se recomienda mantener la LM hasta los 2 años de edad, en caso de que la madre estudie o trabaje existen opciones como los bancos de leche en casa para continuar con la lactancia materna.	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	¿Es causa de abandonar la lactancia materna, si al dar de lactar su pezón se lastima ligeramente.?	Si el pezón se encuentra lastimado ligeramente y no hay presencia de pus, la madre puede continuar con la lactancia materna	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	¿Cree usted que todas mujeres, a excepción de las que tienen problemas graves de salud, pueden dar de lactar a su hijo/a satisfactoriam ente?	Todas las madres tienen la misma capacidad de amamantar satisfactoriamente a su hijo/a. Sin embargo existen patologías en la madre o niño/a, en las que no se recomienda la lactancia materna	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	¿Los/as niño/as alimentados con leche materna con más inteligentes que los que se alimentan con formula artificial?	Se ha demostrado que los/as niños/as que reciben lactancia materna exclusiva poseen un coeficiente intelectual mayor a los que no recibieron LME.	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	¿Inició la	Iniciar la lactancia	La respuesta	Si

Prácticas en lactancia materna	lactancia materna en la primera hora después del parto?	materna en la primera hora después del parto aporta factores protectores y favorece es sistema inmunológico	emitida por la madre.	No No recuerda
	Alimentación con fórmula artificial.	La fórmula artificial se debería utilizar como alternativa de alimentación de los niños/as solo en casos excepcionales y por prescripción médica.	La respuesta emitida por la madre.	Si No
	Actual amamantamiento a los hijos/as	Verificar si en la actualidad la madre cumple con la práctica de amamantar a su hijo/a	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	Lactancia a libre demanda	Amamantar al niño/as a libre demanda garantiza la producción de leche materna ya que existe mayor estímulo de succión	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	Vaciamiento de los pechos	Durante la lactancia se recomienda dar de lactar primero un pecho hasta que se vacíe para continuar con el otro, su sustento es porque la grasa se acumula al final y empieza a salir conforme se vacía el pecho.	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	¿Deja de amamantar a su hijo/a, si tiene dolor de los senos?	Práctica de la lactancia materna ante problemas frecuentes en los senos.	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	Si usted trabaja o estudia, se extrae su leche para que le ayuden	Práctica para mantener la lactancia materna por situaciones de trabajo o estudio.	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones N/A

	alimentar a su hijo/a			
	Utilización de recipiente adecuado para guardar la leche materna	Práctica adecuada para recolección y almacenamiento de leche materna.	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	Cuando extrae su leche, guarda en varios frascos la cantidad necesaria para una sola toma de su hijo/a	Práctica adecuada para recolección de cantidad necesaria por toma para el niño/a	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	Forma correcta de calentar la leche materna	La práctica adecuada para calentar la leche materna es en el mismo frasco y a baño María.	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones

Objetivo #2: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en Alimentación Complementaria que tienen las madres con niños/as menores de 2 años de edad.

Tabla 2 Operacionalización de variables para el objetivo 2.

Categoría	Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Conocimientos sobre Alimentación Complementaria	Definición de Alimentación complementaria	Transición de la lactancia materna exclusiva a la introducción de nuevos alimentos adicionales a la leche materna o fórmula artificial.	Conocimiento correcto o incorrecto sobre la definición de alimentación complementaria	Destete. Alimentación complementaria Alimentación nutritiva No sabe
	Edad de inicio de la alimentación complementaria	Se recomienda iniciar la alimentación complementaria a partir del 6to	Conocimiento correcto o incorrecto la edad de inicio de la	Tres meses Cuatro meses Seis meses No sabe

		mes de edad.	alimentación complementaria	
	Consistencia de las preparaciones	La consistencia de las preparaciones debe ser alimentos semisólidos en forma de papilla o purés	Conocimiento correcto o incorrecto sobre la consistencia de las preparaciones.	Líquidos como caldos o jugos Papillas o purés espesos No sabe
	Frecuencia de la alimentación complementaria	Se recomienda: de seis a ocho meses dos o tres comidas durante el día. A los 9 a 24 meses tres o cuatro comidas diarias más lactancia materna.	Presenta o no el conocimiento sobre la frecuencia diaria de la AC.	1 vez al día 2 veces al día Dependiendo de la edad (6 a 8 meses 2 o 3 v/d; 9 meses en adelante 3 o 4 v/d) No sabe
Actitudes sobre la alimentación complementaria	Importancia de introducir nuevos alimentos a partir del sexto mes de edad.	A partir del sexto mes de edad la leche materna ya no cubre los requerimientos energéticos del niño/as, por lo que es necesario complementar la lactancia materna.	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	Para mayor facilidad de alimentar al niño/a se debe utilizar biberón	Actitud de las madres ante riesgo de dar biberón.	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	Paso a paso y de acuerdo a la edad, se debe agregar en la alimentación del/a niño/a diferentes tipos de alimentos	Actitud de las madres en proporcionar una alimentación complementaria nutritiva y variada.	La respuesta emitida por la madre.	De acuerdo Desacuerdo
	Lava sus manos,	La higiene de	La respuesta	Si

Práctica sobre Alimentación Complementaria	los alimentos y utensilios antes de preparar la alimentación para su hijo/a	los alimentos, personal y de los utensilios es fundamental para evitar enfermedades en los niños/as.	emitida por la madre.	No En ocasiones
	Alimenta a su hijo/a en su propia vajilla (vaso, plato y cuchara)	Alimentar al niño/a en su propia vajilla permite medir la cantidad de alimento que consume y de ser necesario aumentar la cantidad de acuerdo a sus requerimientos nutricionales	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	Coloca los alimentos en la parte media de la lengua de su hijo	Colocar el alimento en la mitad de la lengua en una práctica que garantiza que el niño/a trague el alimento y no lo expulse .	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones
	Alimenta a su hijo en un ambiente tranquilo y seguro	Prácticas de las madres para crear un entorno apropiado durante la alimentación.	La respuesta emitida por la madre.	Si No En ocasiones

Objetivo #3: Caracterizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres con niños menores de 2 años de edad y su relación con la desnutrición crónica y las variables de determinación social (edad, étnica, nivel de instrucción, ingresos, ocupación, estado civil, número de hijos)

Tabla 3 Operacionalización de variables para el objetivo 3.

Categoría	Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Variables de determinación social	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento específico.	Número de años cumplidos	15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años > 40 años
	Grupo Étnico	Comunidad integrada por personas con características similares como afinidades culturales o lingüísticas,	Auto identificación de la madre encuestada	Indígena Mestiza Blanca Negros Montubios Otros
	Nivel de instrucción	Grado más alto de estudios alcanzado a nivel básico, bachillerato o superior.	Grado académico cursado en el momento del levantamiento de la información	Ninguna Primaria inc. Primaria com. Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad Otro Primaria
	Estado civil	Es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene pareja y su situación legal.	Estado civil actual	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
	Número de hijos/as	Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluido los fallecidos	Número de hijos vivos	1 2 Más de 2
	Ocupación de la madre	Hace referencia a la actividades que se dedica; trabajo, empleo, actividad profesional, entre otros.	Actividad actual	Ama de casa Comerciante Profesional Otro
	Ingresos	Es el ingreso económico que se percibe por la	Cantidad	Menos de un salario básico Un salario

		venta de un bien o servicio.		básico Dos salarios básicos Más de dos salarios básicos.
	Eda del/a niño/a	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento específico.	Meses cumplidos	6 a 8 meses 9 a 12 meses 13 a 24 meses
	Estado nutricional	Condición del cuerpo humano que resulta de la relación entre la ingesta y los requerimientos nutricionales.	Talla/ edad	Normal Desnutrición crónica No sabe

8.11 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

El presente estudio se inicia solicitando autorización mediante quipux, a la máxima autoridad de la Coordinación Zonal 1 Salud, para hacer uso de indicadores nutricionales, revisar sistemas informáticos del MSP (SIVAN, RDACCA, PRAS- SISEN- Salud) y aplicar encuestas CAP en el Establecimiento de Salud Zuleta. Una vez autorizada la intervención, se revisa los sistemas informáticos antes citados para obtener información estadística sobre la prevalencia de DCI a nivel cantonal y parroquial, población menor de 24 meses atendida en el establecimiento de salud Zuleta y base de datos del seguimiento nominal de los/as niños/as menores de 24 meses de edad de la que se obtiene información general de identificación, dirección, contactos y estado nutricional de cada niño/a.

8.12 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Previa revisión de estudios científicos publicados en temas similares, se toma como

base los instrumentos ya elaborados, a los cuales se modifica algunas preguntas, con la finalidad de obtener un instrumento de recolección de información ajustado al interés investigativo y realidad local del área de este estudio. Una vez elaborado el instrumento (encuesta CAP sobre lactancia materna y alimentación complementaria) se valida con 12 madres de familia de niños/as de 0 a 24 meses edad en diferentes espacios; centro de salud, madres participantes de las modalidades de atención del MIES - CNH y CDI y comunidad en general, de la Parroquia La Esperanza, que tiene similares características socioeconómicas a la de parroquia Angochagua.

Luego de la validación en campo, el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas queda estructurado de 4 secciones:

- a) Consentimiento informado.
- b) Variables de determinación social: 8 preguntas de opción múltiple
- c) Lactancia Materna: 9 preguntas de base estructurada sobre conocimientos; 6 preguntas de actitudes utilizando la escala de Likert (de acuerdo o desacuerdo); y 10 preguntas cerradas (si o no) sobre de prácticas.
- d) Alimentación complementaria: 4 preguntas de base estructurada sobre conocimientos; 3 preguntas de actitudes utilizando la escala de Likert (de acuerdo o desacuerdo); y 4 preguntas cerradas (si o no) sobre de prácticas.

Utilizando la plataforma Google Forms se elabora la encuesta digital para aplicación en el área de estudio y población definida. Esta herramienta permite recolectar la información de cuestionarios y visualizar las respuestas en una hoja Excel en tiempo real.

Link de encuesta: <https://forms.gle/LMqHUXyHZomiG9wTA>

8.13 Plan de tabulación y análisis de datos

La tabulación y sistematización de las respuestas de las encuestas aplicadas, se realiza mediante el uso de programa estadístico para análisis de datos EPI-INFO, se utilizan las herramientas Excel para elaborar los gráficos y Word para la redacción del texto de toda la estructura del trabajo investigativo. Para analizar los datos se utilizó frecuencias, porcentajes, intervalos de confianza del 95% y margen de error del 5%, la determinación del OR y el valor de P. Fuentes de información: primarias (encuestas) y secundarias (revisión bibliográfica).

9. Análisis de resultados:

9.1 Variables sociodemográficas:

Con respecto al resultado de las variables sociodemográficas se observó que de la población de estudio (n=62) el 29% corresponde a los casos, es decir que presentan desnutrición crónica infantil- DCI; y el 71% pertenece a los controles, (sin desnutrición crónica infantil). En los casos el 89% pertenecen a la etnia indígena y el 11% mestiza, en los controles el 96% son indígenas y únicamente el 4% mestiza.

En referencia a la edad de la madre, en los casos el 50% se ubica en el intervalo de 15 a 24 años y el otro 50% en el intervalo de mayores de 25 años; a diferencia de los controles que el 27% se encuentra en el intervalo de 15 a 24 años y el 73% en el intervalo mayor de 25 años.

En cuanto al nivel de instrucción educativa, el 72% de los casos no han terminado el colegio, sino que poseen únicamente la primaria (completa e incompleta), la secundaria (completa e incompleta) y hasta ninguno, el 22% terminaron el colegio y el 6% tiene educación de tercer nivel (estudios superiores); mientras que en los controles el 57% no ha terminado el colegio, 29% si ha terminado y el 14% se encuentra estudiando la Universidad o ya ha terminado.

Relacionado al estado civil, en los casos el 67% son casadas o en unión libre y un 33% son solteras; en los controles el 71% son casadas o unión libre, el 25% solteras y el 4% divorciadas.

Con respecto a la ocupación actual, en los casos el 78% son amas de casa, el 11% trabajan, el 11% estudian; en los controles el 80% son amas de casa, el 13% trabajan y el 7% estudia.

En cuanto a los ingresos mensuales, en los casos el 83% gana menos del salario básico (425 dólares) y el 17% gana más del salario básico; en los controles el 64% el ingreso es menor a un salario básico y el 36% el ingreso es mayor a un salario básico.

Con respecto al número de hijos, el 50% de los controles tiene un hijo y el otro 50% tienen de 2 a más hijos/as; en los controles el 46% tiene un hijo/a y el 54% de dos a más hijos/as.

En cuanto a la edad del niño/a, en los controles el 33% son menores de 12 meses y el 67% mayor a 12 meses de edad; mientras que en los controles el 50% corresponde a < de 12 meses de edad y el otro 50% > de 12 meses de edad.

En respuesta a la pregunta referente a que si en el establecimiento de salud, le informaron si el niño/a tiene retardo en talla, el 78% de los casos responde que si le informaron y el 22% no le informaron o no recuerda; mientras que en los controles el 98% responde que, si le informaron, y el 2% no o no recuerda.

9.2 Análisis de las variables de estudio (caso-control)

Tabla 4: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Significado del Calostro.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	5	5
NoEx >62	18	39	57
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,430000	0,126	0,760
P value	0,065		

La tabla 4 indica que el conocimiento correcto de los controles sobre el significado del calostro es 43% mayor que el de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,126 a 0,760. En referencia con el p value (0,065) no es estadísticamente significativo.

Tabla 5: Casos de la Desnutrición Crónica Infantil vs Inicio de la Lactancia Materna

	Casos	Controles	Total
Ex <62	2	5	7
NoEx >62	16	39	55
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,980000	0,460	0,990
P value	0,51		

La tabla 5 indica que: el conocimiento correcto de los controles sobre el inicio de la lactancia materna es 98% mayor que el de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,460 a 0,990. Esta diferencia de conocimientos en referencia con p value (0,51) no es

estadísticamente significativo.

Tabla 6: Casos Desnutrición Crónica Infantil vs Baja de leche materna.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	13	32	45
NoEx >62	5	12	17
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,980000	0,950	1,0400
P value	0,403		

La tabla 6 indica que: el conocimiento correcto de los controles sobre a los cuantos días después del parto se produce la bajada es de 98% mayor que los casos, cuyo intervalo va desde 0,950 a 1,0400. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,403) no es estadísticamente significativo.

Tabla 7: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Lactancia Materna Exclusiva.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	1	3	4
NoEx >62	17	41	58
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,800000	0,7900	0,9350
P value	0,177		

La tabla 7 indica que: el conocimiento correcto de los controles sobre lactancia materna exclusiva es 80% mayor que el de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,7900 a 0,9350. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,177) no es estadísticamente significativo.

Tabla 8: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs leche materna mejor alimento para los niños.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	0	0
NoEx >62	18	44	62
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,440000	1,3920	2,6410
P value	0,065		

En la tabla 8 indica que: el conocimiento correcto de los casos en referencia si la leche materna es el mejor alimento para los niños/as es 244% mayor que de los controles, cuyo intervalo va desde 1,3920 a 2,6410. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,065) no es estadísticamente significativo.

Tabla 9: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Leche materna proporciona defensas a sus hijos.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	1	1
NoEx >62	18	43	61
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,390000	1,3700	2,6240
P value	0,368		

La tabla 9 indica que: el conocimiento correcto de los casos sobre si la leche materna proporciona defensas a sus hijos es 239% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,3700 a 2,6240. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,368) no es estadísticamente significativo.

Tabla 10 Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs la relación afectiva entre el hijo y la madre.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	0	0
NoEx >62	18	44	62
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,440000	1,9250	2,4600
P value	0,113		

La tabla 10 indica que: el conocimiento correcto de los casos sobre si la lactancia materna crea una relación más afectiva entre el hijo/a y la madre es 244% mayor que de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,9250 a 2,4600. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,113) no es estadísticamente significativo.

Tabla 11: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Tiempo de lactancia del niño.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	2	5	7
NoEx >62	16	39	55
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,980000	0,3400	1,0000
P value	0,051000		

La tabla 11 indica que: el conocimiento correcto de los controles sobre cada que tiempo se debe dar de lactar al niño es 98% mayor que el de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,3400 a 1,0000. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,051) no es estadísticamente significativo.

Tabla 12: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Continuar la lactancia materna.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	10	22	32
NoEx >62	8	22	30
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,250000	0,9530	1,3000
P value	0,94400		

La tabla 12 indica que: el conocimiento correcto de los casos sobre hasta qué edad se debe continuar con la lactancia materna es 125% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 0,9530 a 1,3000. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,994) no es estadísticamente significativo.

Tabla 13: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Consumo de LME durante los 6 meses de edad.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	0	0
NoEx >62	18	44	62
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,440000	1,4000	2,8780
P value	0,06500		

La tabla 13 indica que: el conocimiento correcto de los casos sobre si la leche materna es el único alimento que el niño necesita hasta los 6 meses de edad es 244% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,4000 a 2,8780. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,06500) no es estadísticamente significativo.

Tabla 14: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Inicio de alimentación con leche de tarro.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	13	24	37
NoEx >62	5	20	25
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,170000	1,3650	2,2000
P value	0,62900		

La tabla 14 indica que la actitud correcta de los casos sobre si la bajada de la leche materna tarda 2 a 3 días después del parto, se debe iniciar la alimentación del/a niño/a con leche de tarro es 217% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,3650 a 2,2000. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,62900) no es estadísticamente significativo.

Tabla 15: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Mantener la lactancia materna hasta los 2 años.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	4	6	10
NoEx >62	14	38	52
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,810000	1,3280	1,8500
P value	0,161		

La tabla 15 indica que la actitud correcta de los casos sobre mantener la lactancia materna hasta los 2 años es 181% mayor que el de los controles, cuyo intervalo va desde 1,3280 a 1,8500. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,161) no es estadísticamente significativo.

Tabla 16: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Abandonar la lactancia materna.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	9	19	28
NoEx >62	9	25	34
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,3200000	1,2200	1,7440
P value	0,58100		

La tabla 16 indica que la actitud correcta de los casos sobre abandonar la lactancia materna si al dar de lactar su pezón se lastima ligeramente es 123% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,2200 a 1,7440. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,58100) no es estadísticamente significativo.

Tabla 17: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Lactancia materna en problemas graves de salud.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	2	7	9
NoEx >62	16	37	53
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,6600000	0,3050	0,6870
P value	0,72600		

La tabla 17 indica que la actitud correcta de los controles sobre la capacidad de las madres de amamantar satisfactoriamente excepto si hay problemas graves de salud es 66% mayor que el de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,3050 a 0,6870. Esta diferencia de conocimientos en relación con la p value (0,726) no es estadísticamente significativo.

Tabla 18: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Alimentación con LM hace niños más inteligentes.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	12	17	29
NoEx >62	6	27	33
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	3,180000	2,3200	3,8110
P value	0,79400		

La tabla 18 indica que la actitud correcta de los casos sobre si los/as niños/as alimentados con leche materna, son más inteligentes que los niños/as que no recibieron leche materna es 318% mayor que el de los controles, cuyo intervalo va desde 2,3200 a 2,8110. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,79400) no es estadísticamente significativo.

Tabla 19: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Inicio de la lactancia materna en la 1era hora de nacido.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	2	6	8
NoEx >62	16	38	54
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,790000	0,6050	0,9500
P value	0,83900		

La tabla 19 indica que la práctica correcta de los controles de iniciar la lactancia materna en la 1era hora de nacido es 79% mayor que la de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,6050 a 0,9500. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,83900) no es estadísticamente significativo.

Tabla 20: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Alimentación leche de tarro antes de los 6 meses.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	6	11	17
NoEx >62	12	33	45
Total	18	44	62

	Estimación	IC (95,0%)	
Odds ratio	1,500000	0,6070	1,5200
P value	0,22600		

La tabla 20 indica que la práctica correcta de los casos sobre no alimentar con leche de tarro antes de los 6 meses es 150% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 0,6070 a 1,5200. Esta diferencia de conocimientos en relación con p value (0,22600) no es estadísticamente significativo.

Tabla 21: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Actualmente alimenta a su hijo con leche materna.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	6	7	13
NoEx >62	12	37	49
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,640000	1,2330	2,6800
P value	0,11300		

La tabla 21 indica la práctica correcta de los casos de alimentar actualmente a su hijo con leche materna es 264% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,2330 a 2,6800. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,11300) no es estadísticamente significativo.

Tabla 22: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Amamantar a su hijo cuando él lo desea.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	3	5	8
NoEx >62	15	39	54
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,560000	1,0570	1,5630
P value	0,12900		

La tabla 22 indica que la práctica correcta de los casos de amamantar a su hijo cuando él lo desea es 156% mayor que el de los controles, cuyo intervalo va desde 1,0570 a 1,5630. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,12900) no es estadísticamente significativo.

Tabla 23 Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Vaciar completamente el seno.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	7	16	23
NoEx >62	11	28	39
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,110000	0,5660	1,2000
P value	0,82300		

La tabla 23 indica que la práctica correcta de los casos sobre vaciar completamente el seno antes de dar el otro es 111% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 0,5660 a 1,2000. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,82300) no es estadísticamente significativo.

Tabla 24: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Dolor de senos.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	6	8	14
NoEx >62	12	36	48
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,250000	1,4020	2,9840
P value	0,523000		

La tabla 24 indica que la práctica correcta de los casos sobre continuar con la lactancia si tiene dolor de senos es 225% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,4020 a 2,9840. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,52300) no es estadísticamente significativo.

Tabla 25: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Extraer leche para ayudar a alimentar a su hijo.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	16	39	55
NoEx >62	2	5	7
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,030000	0,9530	1,0500
P value	0,1000000		

La tabla 25 indica que la práctica correcta de los casos sobre extraer leche para ayudar alimentar a su hijo es 103% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 0,9530 a 1,0500. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,10000) no es estadísticamente significativo.

Tabla 26: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Guardar la leche materna en un recipiente limpio de vidrio.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	17	40	57
NoEx >62	1	4	5
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,700000	1,5100	1,9530
P value	0,474000		

En la tabla 26 indica que: la práctica correcta de los casos sobre guardar en un recipiente limpio de vidrio la leche materna extraída es 170% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,5100 a 1,9530. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,47400) no es estadísticamente significativo.

Tabla 27: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs la Cantidad necesaria para una sola toma.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	17	41	58
NoEx >62	1	3	4
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,240000	1,2300	1,5300
P value	0,095000		

La tabla 27 indica que la práctica correcta de los casos sobre guardar en varios frascos la cantidad necesaria de leche para una sola toma es 124% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,2300 a 1,5300. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,095000) no es estadísticamente significativo.

Tabla 28: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Calentar la leche en baño María.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	17	40	57
NoEx >62	1	4	5
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,700000	1,2300	1,7200
P value	0,097000		

La tabla 28 indica que la práctica correcta de los casos referente a calentar la leche materna a baño María 170% mayor que los controles, cuyo intervalo de confianza va desde el 1,2300 a 1,7200. Esta diferencia de conocimientos en relación de p value (0,09700) no es estadísticamente significativo.

Tabla 29: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Significado de alimentación complementaria.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	5	10	15
NoEx >62	13	34	47
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,310000	1,30700	1,54300
P value	0,710000		

La tabla 29 indica que el conocimiento correcto de los casos sobre el significado de alimentación complementaria es 131% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1.30700 a 1,54300. Esta diferencia de conocimientos en relación con la p value (0,71000) no es estadísticamente significativo.

Tabla 30: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Edad de introducir nuevos alimentos en la alimentación.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	3	3
NoEx >62	18	41	59
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,760000	0,4390	0,8080
P value	0,694000		

La tabla 30 indica que el conocimiento correcto de los controles sobre la edad de introducir nuevos alimentos en la alimentación del niño es de 76% mayor que el de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,4390 a 0,8080. Esta diferencia de conocimientos en relación con la p value (0,694000) no es estadísticamente significativo.

Tabla 31: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Consistencia de los alimentos.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	2	2	4
NoEx >62	16	42	58
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,630000	1,1770	2,7030
P value	0,290000		

La tabla 31 indica que el conocimiento correcto de los casos sobre la consistencia de los alimentos para iniciar la alimentación complementaria es 263% mayor que de los controles, cuyo intervalo va desde 1,1770 a 2,7030. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,290000) no es estadísticamente significativo

Tabla 32: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Número de comidas en el día, sin contar con leche materna

	Casos	Controles	Total
Ex <62	1	4	5
NoEx >62	17	40	57
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	0,590000	0,5600	0,9780
P value	0,774000		

La tabla 32 indica el conocimiento correcto de los controles sobre el número de comidas que debe recibir el/a niño/a a partir de los 6 meses de edad, sin contabilizar la lactancia materna es 59% mayor que el de los casos, cuyo intervalo de confianza va desde 0,5600 a 0,9780.

Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,774000) no es estadísticamente significativo.

Tabla 33: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Importancia de introducir gradualmente nuevos alimentos.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	1	1
NoEx >62	18	43	61
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,390000	1,3590	2,6080
P value	0,484000		

La tabla 33 indica que el conocimiento correcto de los casos sobre la importancia de introducir gradualmente nuevos alimentos en la alimentación complementaria es 239% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,3590 a 2,6080. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,48400) no es estadísticamente significativo.

Tabla 34: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Biberón facilita de alimentación al niño.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	3	4	7
NoEx >62	15	40	55
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,000000	1,3590	2,6080
P value	0,484000		

La tabla 34 indica que la actitud correcta de los casos sobre si para mayor facilidad de alimentar al niño/a, se debe utilizar biberón es 200% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,3590 a 2,6080. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,48400) no es estadísticamente significativo.

Tabla 35: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Introducción de nuevos alimentos de acuerdo a la edad.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	1	1
NoEx >62	18	43	61
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,390000	2,2130	2,5450
P value	0,726000		

La tabla 35 indica que la actitud correcta de los casos sobre si se debe introducir nuevos alimentos acuerdo a la edad del niño es 239% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 2,2130 a 2,5450. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,72600) no es estadísticamente significativo.

Tabla 36: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Prácticas higiénicas para preparar la alimentación.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	0	0
NoEx >62	18	44	62
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,440000	2,3350	2,9950
P value	1,000000		

La tabla 36 indica que la práctica correcta de los casos sobre las medidas higiénicas para preparar la alimentación es 244% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 2,3350 a 2,9950. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (1,00000) no es estadísticamente significativo.

Tabla 37: Casos de Desnutrición Crónica Infantil vs Alimentación del niño en su propia vajilla.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	5	10	15
NoEx >62	13	34	47
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	1,310000	0,5350	1,9535
P value	1,000000		

La tabla 37 indica que la práctica correcta de los casos sobre alimentar al niño en su propia vajilla es 131% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 0,5350 a 1,9535. Esta diferencia de conocimientos en relación al p value (1,00000) no es estadísticamente significativo.

Tabla 38: Casos de la Desnutrición Crónica Infantil vs Colocar la comida en la mitad de la lengua.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	12	21	33
NoEx >62	6	23	29
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,190000	1,3080	2,5060
P value	0,789000		

La tabla 38 indica que la práctica correcta de los casos sobre colocar la comida en la mitad de la lengua del niño es 219% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,3080 a 2,5060. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (0,78900) no es estadísticamente significativo.

Tabla 39: Caso de Desnutrición Crónica Infantil vs Ambiente tranquilo y seguro.

	Casos	Controles	Total
Ex <62	0	1	1
NoEx >62	18	43	61
Total	18	44	62

	Estimación	IC(95,0%)	
Odds ratio	2,390000	1,4120	2,9530
P value	1,000000		

La tabla 39 indica que el conocimiento correcto de los casos sobre alimentar al niño en un ambiente tranquilo y seguro es 239% mayor que el de los controles, cuyo intervalo de confianza va desde 1,4120 a 2,9530. Esta diferencia de conocimientos en relación con el p value (1,000000) no es estadísticamente significativo.

10. Discusión de Resultados

“En el 2018 en el Ecuador se realizó una investigación referente a la desnutrición crónica infantil en el establecimiento de salud Zuleta en la provincia de Imbabura, en cuanto a la edad de la madre un 73% de la población de estudio correspondía al intervalo mayor de 40 años, es decir que las madres que colaboraron para este estudio fueron las adultas , en referencia al tiempo recomendado para la lactancia materna exclusiva, el 66,66% da de lactar menos tiempo a su niño de lo recomendado, ya que introducen a partir del cuarto mes de edad coladas en la alimentación del niño/a y el 77.33% de mamás inician la alimentación complementaria a partir de 6to mes, cumpliendo con la recomendación der la OMS y MPS”. (25). A diferencia de que en la presente investigación que los resultados en referencia a la edad de la madre fue el 50% de entre 15 a 24 años de edad y el otro 50% en el rango mayor de 25 años. En cuanto a la edad de la madre en los casos el 50% se encuentra entre los 15 a 24 años y el otro 50% son mayores de 25 años; mientras que, en los controles el 27% tienen entre 15 a 24 años y el 73% más de 25 años. En referencia a la lactancia materna exclusiva se obtuvo un 244% de conocimiento correcto mayor en los casos que en los controles, esto indica que mayor parte de las madres conocen sobre lo importante que es, no introducir otros alimentos durante los 6 primeros meses de edad de los niños/as. Finalmente, el inicio de alimentación complementaria el 131% con un conocimiento correcto mayor en los casos que en los controles, lo que significa que de la misma manera que en la lactancia materna exclusiva, las madres de los niños tienen un alto conocimiento sobre la edad a la que se debe iniciar la alimentación complementaria en los niños/as.

Estudios recientes realizados a nivel Nacional sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria en niños

menores de dos años de edad”, establecen que el 60% de las madres de niños menores de 24 meses de edad han recibido información con referente a lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, de la misma manera sucede que en las variables de conocimientos, actitudes y prácticas los casos poseen un conocimiento correcto mayor que los controles en cuestión de una adecuada nutrición para el niño (26), en el caso de este trabajo de investigación sucede algo similar tanto en las variables de conocimientos, actitudes y prácticas de LME y AC los casos tienen un conocimiento correcto mayor que los controles, con excepción de la pregunta sobre si el mejor alimento para el niños es la leche materna; si proporciona defensas para sus hijos/as; si la leche materna crea una relación más afectiva entre la mamá y en hijo/a; hasta que edad el niño debe continuar con la lactancia materna, las madres que tiene problemas graves de salud son incapaces de dar de lactar a su hijo/a, las veces que el niño/ a debe ser alimentado al día entre los 6 meses a los 2 años de edad y a partir de qué edad se debe introducir alimentos en la alimentación del niño que los controles tienen un mayor conocimiento correcto que los casos.

“En el 2015 en Nicaragua se realiza una investigación sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva en las madres menores de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Departamento de Estelí”. Menciona las madres encuestadas en este estudio requieren conocer que el amamantar tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también es necesario de un aprendizaje de la técnica correcta para dar de lactar y evitar la Desnutrición Crónica infantil, con una adecuada alimentación, por lo que menciona que en el período del embarazo la mujer está muy receptiva para aprender sobre todos aquellos aspectos que le permiten entregar una óptima atención al niño (27)”. En cuanto a este estudio los conocimientos actitudes y prácticas sobre la manera correcta de amantar al niño/a se obtuvo el 111% de conocimiento correcto mayor en los casos

que en los controles, lo que muestra que las madres que asisten al control de salud al establecimiento de salud Zuleta en su mayoría tienen conocimientos correctos sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

11. Conclusiones

- De manera general las madres de los niños/as menores de 24 meses de edad que participaron en el estudio realizado en la parroquia de Angochagua en la unidad de salud Zuleta, presentan un alto conocimiento sobre la lactancia materna; sin embargo, de las 9 variables utilizadas para medir conocimientos en lactancia materna los controles poseen un mayor conocimiento correcto que los casos ($OR < 1$).

- En referencia a la actitud de las madres sobre la lactancia materna la lactancia materna, se concluye que los casos que poseen un mayor conocimiento correcto que de los controles ($OR > 1$), únicamente en la variable que investiga si todas las madres tienen la misma capacidad de amamantar excepto si tiene problemas graves de salud, los controles poseen un mayor conocimiento correcto que los casos ($OR < 1$). Sin embargo, de acuerdo al valor de p, ninguna variable es estadísticamente significativa.

- De la misma manera de las 10 variables utilizadas para identificar las prácticas sobre la lactancia materna, los casos tienen mayores prácticas correctas que los controles ($OR > 1$), únicamente en la variable sobre si inició la lactancia materna a la primera hora de nacido, los controles poseen un mayor conocimiento o cumplieron con la práctica que los casos ($OR < 1$). Sin embargo, de acuerdo al valor de p ninguna de las variables es estadísticamente significativa.

- En referencia a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria, se concluye que las madres de los niños/as de 6 a 24 meses de edad tienen altos conocimientos; sin embargo, de las 11 variables utilizadas para evaluar

conocimientos, actitudes y prácticas, los casos poseen un mayor conocimiento correcto que el de los controles en 9 variables ($OR > 1$); y en las otras 2 variables los controles poseen un mayor conocimiento correcto que el de los casos ($OR < 1$). De acuerdo al valor de p estadísticamente de no es significativa.

- La prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 24 meses de edad que asisten al establecimiento de salud Zuleta de la parroquia Angochagua es de 29,03%, ligeramente por arriba de la prevalencia registrada a nivel nacional que es del 27,2%

- De acuerdo a los resultados obtenidos de las variables sociodemográficas, los casos tienen mayor exposición que los controles a determinantes de la desnutrición crónica infantil como: la edad de la madre, nivel de instrucción, ingresos económicos, número de hijos, ocupación y estado civil.

- El 67% de los casos, se presenta en niños/as mayores de doce meses de edad, esto se podría atribuir a que la lactancia materna continuada, no se cumple de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (dos años o más), las madres en su mayoría respondieron amamantar a sus hijos/as hasta los 18 meses; o también a que la alimentación complementaria no cumple con los requisitos de: oportuna, adecuada, inocua y suficiente, que garantizaría cubrir las necesidades nutricionales para que el niño/a crezca y se desarrolle adecuadamente.

- El 98% de los controles manifiesta que en el establecimiento de salud Zuleta, si le informaron sobre la presencia o no, de retardo en talla en su hijo/a, frente al 78% de los controles que responde positivamente y el 22% de forma negativa o no recuerda. Ante este

resultado surgen hipótesis como: a) las madres no consideran o desconocen que la desnutrición crónica infantil es una enfermedad que trae graves consecuencias en la salud presente y futura de su hijo/a; b) el establecimiento de salud no proporciona a las madres información de forma clara y sencilla la sobre el estado nutricional de su hijo/a; c) no se cumple con la normativa de los controles de salud (de 12 a 24 meses de edad un control cada tres meses) en los cuales se abordaría con la madre la situación integral de salud del niño/a.

12. Recomendaciones

- El establecimiento de salud donde se realizó la presente investigación debe mantener el nivel de información a las usuarias que se pudo determinar con la aplicación de las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, de ser factible realizar una evaluación anual para identificar si los mensajes transmitidos en la consejería llegan a la población objetivo, así como también se recomienda utilizar estrategias educacionales para el fomento, protección y promoción de la LM y AC.

- En lactancia materna se recomienda reforzar los conocimientos que las madres con mayor frecuencia respondieron de forma incorrecta sobre el número de días que tarda la bajada de la leche materna, ya el solo hecho de saber que la bajada de la leche puede tardar 3 a 4 días, se evitaría que las madres o cuidadores caigan en desesperación psicológica asumiendo que no producen leche, e introduzcan precozmente alimentos en el niño/a y consecuentemente no se cumpla con la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida.

- Es importante conocer las condiciones sociodemográficas en la que cada madre se encuentra, con la finalidad de articular acciones intersectoriales para incidir en los determinantes sociales de la DCI (Desnutrición Crónica Infantil) en el Centro de Salud Zuleta.

- Mayor difusión y seguimiento en la implementación de las políticas públicas de prevención del embarazo en niñas y adolescentes, los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan que el 8,1% de madres son adolescentes (15 a 19 años). Así como también

es necesario mayor difusión, seguimiento y evaluación de las estrategias que se implementan a nivel país sobre salud sexual y reproductiva, ya que el estudio también refleja que el 22% de las madres de niños con DCI se encuentran en la edad de 15 a 24 años y ya tienen dos o más hijos/as.

- Este estudio determina que el 61% de las madres encuestadas no terminó la educación básica o bachillerato, por lo que se recomienda que la institución rectora de la educación en articulación interinstitucional de seguimiento a los motivos de la deserción escolar durante el embarazo en adolescentes , con la finalidad de crear o fortalecer las políticas públicas y les permita concluir con los estudios de nivel superior, que a futuro se reflejará en mejores ofertas laborales, mayores ingresos económicos y consecuentemente contribuirán al desarrollo del país.

13. Bibliografía

1. Urquizo Aréstegui Raúl. Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Abr [citado 2021 Nov 24]; 60(2): 171-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011&lng=es.
2. UNICEF. Guía familiar de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. Publicación del Ministerio de Salud a través de la Comisión Nacional para el Fomento de la Lactancia Materna. [Internet]. 2014 Abr [citado 2021 Nov 24]. Disponible en <https://www.unicef.org/panama/media/2636/file/LACTANCIA%20MATERNA%20GU%C3%8DA%20.pdf>
- 3.-Organización Mundial de la Salud Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. [citado 2021 Nov 24]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- 4.- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. [Internet]. 2021. [citado 28 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Principales resultados. [Internet]. 2018. [citado 01 de Octubre 2021] Disponible en: https://www.planv.com.ec/sites/default/files/principales_resultados_ensanut_2018.pdf
6. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural De Angochagua. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. 2020.
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Compendio de resultados. Encuesta condiciones de vida ECV. Sexta Ronda 2015 - [Lugar de publicación no identificado].

8. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador
9. Chávez Cartagena PP. Actitudes y prácticas de las madres indígenas sobre la lactancia materna en la parroquia de Angochagua de la provincia de Imbabura 2018 [Tesis de pregrado en Internet].; 2018 [cited 15 May 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8635>
10. Andrango Guaña VG. Actitudes y prácticas de las madres indígenas en el fomento de la lactancia materna en el cantón Otavalo 2018 [Tesis de pregrado en Internet].; 2018 [cited 15 May 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8636>
11. Guerra D. Impacto de estrategia educativa sobre lactancia. Revista Médica Multimed. 2017 enero 16; 21(2): p. 28-43. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72882>
12. Guerra-Domínguez E, Cueto-Montoya J, Machado-Solano A, Sánchez-Hidalgo M, Valdés-Madrigal I. Factores maternos asociados a prácticas alimentarias con lactancia materna exclusiva. MULTIMED [revista en Internet]. 2020 [citado 15 May 2022]; 24 (3) Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1950>
13. Pino L, López, Medel, Ortega AO. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Revista chilena de nutrición. 2013 marzo; 40(1): p. 48-54.
14. de Caballero Eira, Sinisterra Odalis, Lagrutta Francisco, Atalah S Eduardo. Evaluación del impacto nutricional del programa de alimentación complementaria de Panamá en niños menores de 5 años. ALAN [Internet]. 2004 Mar [citado 2022 Ago 17]; 54(1): 66-71.

Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222004000100010&lng=es.

15. XA Jácome Viera · 2013. QUITO, septiembre 2013.

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5964/T-PUCE-6238.pdf?sequence=1>

16. Maldonado Dávila, Fernando Xavier. 2020. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20995>

17. Organización Mundial de la Salud. [revista en Internet]. 2020 [citado 15 May 2022];

Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_

18. UNICEF/OMS Promoción y Apoyo a la Lactancia en un Hospital Amigo del

Niño – Curso de 20 horas. 2009 la embarazada y con madres primerizas.

<http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/IHAN-MODULO-3.pdf>

19. UNICEF. La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida. [citado 15 May 2022]; Disponible en

<https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

20. Navas Traña, Jessy (2018) Conocimientos actitudes y prácticas de Lactancia de Materna de madres con recién nacidos ingresados en el HAN en el periodo comprendido en febrero a

marzo 2018. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua [citado 15

May 2022]; Disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/9120/>

21. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. Disponible en

<http://pedia-gess.com/index.php/complementaria-lactante/167-alimentacion-complementaria>

22. Cuadros-Mendoza, CA, Vichido-Luna, MA, Montijo-Barrios, E, Zárate-Mondragón, F, Cadena-León, JF, Cervantes-Bustamante, R, Toro-Monjárez, E, & Ramírez-Mayans, JA.

(2017). Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátrica de México, 38(3),

182-201. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>

23. Noguera Brizuela Dalmacia, Márquez Julio César, Campos Cavada Isabel, Santiago

Rafael. Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. Arch Venez Puer

Ped [Internet]. 2013 Sep [citado 2022 Ago 17]; 76(3): 126-135. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000300008&lng=es.

24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años, 2013 [citado 2022 Abril 14]. Disponible en

[www.salud.gob.ec/wp-](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/4_alimentacion_ni%C3%B1o_menor_2a%C3%B1os.pdf)

[content/uploads/2019/07/4_alimentacion_ni%C3%B1o_menor_2a%C3%B1os.pdf](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/4_alimentacion_ni%C3%B1o_menor_2a%C3%B1os.pdf)

25. Facultad C, De LA, Pilar P, Cartagena C, Maritza M, Moreno MÁ. UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE [Internet]. Edu.ec. [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en :

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8635/4/06%20ENF%20983%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

26. Matabay T, María A, Maldonado Dávila FX. UNIVERSIDAD CENTRAL DELECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CONSEJO DE POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA [Internet]. Edu.ec. [citado el 31 de agosto de

2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20995/1/T-UCE-0006-CME-199-P.pdf>

27. De F, Médicas C, Yadira L, Moncada M. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA [Internet]. Core.ac.uk. [citado el 31 de agosto de 2022]. Disponible en:

<https://core.ac.uk/download/pdf/80117856.pdf>

13 ANEXOS

Anexo 1 Encuesta realizada a población de estudio.

Instrumento de recolección de información (encuesta)

Universidad Internacional del Ecuador - UIDE
Facultad Ciencias Médicas de la Salud y Vida
Maestría de Salud Pública

La presente encuesta, es parte del proceso de investigación para la elaboración del trabajo final de titulación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Internacional del Ecuador - UIDE.

Tema: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria, de las madres con niños/as menores de 2 años de edad que asisten al Centro de Salud Zuleta de la parroquia Angochagua, y su relación con la desnutrición crónica infantil”.

Finalidad:

La investigación, pretende determinar si en la parroquia de Angochagua, los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres de niños menores de 2 años de edad, están directamente relacionados con la desnutrición crónica infantil. El resultado de la investigación será socializado con el ente rector de la salud, como aporte en la búsqueda de estrategias colectivas, para incidir en los determinantes sociales de uno de los problemas de salud pública de nuestro país, que es la desnutrición crónica infantil.

Consentimiento Informado:

Señora o señorita madre de familia, si usted está de acuerdo, le invito a participar en este estudio de investigación respondiendo el siguiente cuestionario, que no le llevará mucho tiempo, la información es confidencial y anónima, no hay respuestas correctas ni incorrectas; es fundamental que sus respuestas sean con la mayor sinceridad posible.

I. Datos generales (variables de determinación social).

¿Cuál es su edad, en años cumplidos?

1. 15 – 19 años
2. 20 – 24 años
3. 25 – 29 años
4. 30 – 34 años
5. 35 – 39 años
6. Más de 40 años

¿Cómo se considera usted?

1. Indígena
2. Mestiza
3. Blanca
4. Negra

5. Montubia
6. Otros:

¿Cuál es su nivel de estudios?

1. Ninguna
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Universidad
7. Otro

¿Cuál su estado civil?

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Viuda

¿Cuántos hijos vivos tiene?

1. 1
2. 2
3. Más de 2

¿A qué se dedica?

1. Ama de casa
2. Trabaja
3. Estudia
4. Otro:

¿Cuál es el ingreso económico mensual en su familia? (salario básico 425 USD)

1. < de 1 salario básico
2. 1 salario básico
3. Más de 1 salario básico
4. 2 salarios básicos
5. Más de 2 salarios básicos

¿Qué edad tiene su hijo/a?

1. 6 a 8 meses
2. 9 a 12 meses
3. 13 a 24 meses

¿Le informaron en el establecimiento de salud, si la talla de su hijo/a es adecuada para la edad que tiene?

1. Si
2. No
3. No recuerda

¿Cómo está la talla de su hijo/a para la edad que tiene? Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, deje en blanco.

1. Normal
2. Baja talla (desnutrición crónica)

3. No sabe

II. Conocimientos sobre lactancia materna.

¿Qué es el Calostro?

1. La primera leche que se produce (3 a 4 días) después del parto.
2. Leche después de un mes de nacido
3. Toda la leche es calostro
4. No sabe
5. Otro. Especifique cual: _____

¿Después de que tiempo del nacimiento del niño/a, se debe iniciar la Lactancia materna?

1. En la primera hora inmediatamente después del parto
2. De 1 – 5 horas después del parto
3. Más de 8 horas después del parto
4. No sabe

¿A los cuantos días después del parto se produce la bajada de la leche materna?

1. Al primer día después del parto
2. Entre el tercer y cuarto día después del parto
3. A la semana después del parto
4. No sabe

¿Sabe hasta qué edad del niño/a, se recomienda alimentar únicamente con leche materna? (lactancia materna exclusiva)

1. Hasta los 2 meses de edad
2. Hasta los 4 meses de edad
3. Hasta los 6 meses de edad
4. No sabe

¿Cree usted que la leche materna es el mejor alimento para su hijo/a?

1. Si
2. No
3. No sabe

¿Cree usted que la leche materna proporciona defensas a su hijo/a, que le protegen de enfermedades?

1. Si
2. No
3. No sabe

¿Cree usted que la lactancia materna crea una relación más afectiva entre la madre y el hijo/a?

1. Si
2. No
3. No sabe

¿Cada que tiempo debe dar lactar a su hijo/a?

1. Cada 2 horas
2. Cada 3 horas
3. Las veces él o ella pida
4. No sabe

¿Hasta qué edad se recomienda continuar con la lactancia materna en los niños/as?

1. Hasta año de edad
2. Hasta el año y medio de edad
3. Hasta los dos años de edad o más.
4. No sabe

III. Actitudes sobre lactancia materna.

¿Está de acuerdo en que la leche materna es el único alimento que su hijo/a necesita durante los 6 primeros meses de vida?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

¿Si la bajada de la leche materna tarda 2 a 3 días después del parto, se debe iniciar la alimentación del/a niño/a con leche de tarro?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

¿Es fácil mantener la lactancia materna hasta los 2 años de vida del niño/a?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

¿Es causa de abandonar la lactancia materna, si al dar de lactar su pezón se lastima ligeramente?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

¿Cree usted que todas mujeres, a excepción de las que tienen problemas graves de salud, pueden dar de lactar a su hijo/a satisfactoriamente?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

¿Los/as niños/as alimentados con leche materna, son más inteligentes que los niños/as que no recibieron leche materna?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo
3. No sabe

IV. Prácticas sobre lactancia materna.

¿Usted inició la lactancia materna a con su hijo/a dentro de la 1ra hora de nacido?

1. Si
2. No
3. No recuerda

¿Usted alimentó con leche de tarro a su hijo/a antes de los 6 meses de edad?

1. Si
2. No

¿Actualmente está alimentando con leche materna a su hijo/a?

1. Si
2. No

¿Amamanta a su hijo/a cada que él o ella lo desea?

1. Si
2. No
3. En ocasiones

¿Al dar de lactar a su hijo/a, espera que se vacíe completamente un seno, para continuar la lactancia con el otro seno?

1. Si
2. No
3. En ocasiones

¿Usted deja de amamantar a su hijo/a, si tiene dolor de los senos?

1. Si
2. No
3. En ocasiones

¿Si usted trabaja o estudia, se extrae su leche para que le ayuden alimentar a su hijo/a?

1. Si
2. No
3. En ocasiones
4. N/A

¿Cuándo extrae su leche, guarda en un recipiente de vidrio limpio con tapa?

1. Si
2. No
3. N/A

¿Cuándo extrae su leche, guarda en varios frascos la cantidad necesaria para una sola toma de su hijo/a?

1. Si
2. No
3. N/A

¿Calienta la leche materna a baño María, en el mismo frasco que guardó?

1. Si
2. No
3. N/A

V. Conocimientos sobre Alimentación Complementaria.

¿L a introducción de nuevos alimentos adicionales a la leche materna se llama?

1. Destete.

2. Alimentación complementaria
3. Alimentación nutritiva
4. No sabe

¿A partir de qué edad se recomienda introducir nuevos alimentos en la alimentación del/a niño/a lactante?

1. 3 meses
2. 4 meses
3. 6 meses
4. No sabe

¿Cuál es la consistencia de los alimentos recomendada, para iniciar la alimentación de los niños/as mayores de 6 meses de edad?

1. Solo líquidos como caldos, coladas o jugos
2. Papillas o purés espesos
3. No sabe

¿Cuántas veces en el día, deben comer los/as niños/as de 6 meses a 2 años de edad? (sin tomar en cuenta la leche materna)

1. 1 vez al día
2. 2 veces al día
3. Dependiendo de la edad (6 a 8 meses 2 o 3 veces al día; 9 meses en adelante 3 o 4 veces al día)
4. No sabe

VI. Actitudes sobre Alimentación Complementaria.

¿Cree usted que es importante iniciar con la introducción de nuevos alimentos a partir de los 6 meses de edad del niño/a?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

¿Cree usted que para mayor facilidad de alimentar al niño/a, se debe utilizar biberón?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

¿Cree usted que paso a paso y de acuerdo a la edad, se debe agregar en la alimentación del/a niño/a diferentes tipos de alimentos?

1. De acuerdo
2. Desacuerdo

VII. Prácticas sobre Alimentación Complementaria.

¿Lava sus manos, los alimentos y utensilios antes de preparar la alimentación para su hijo/a?

1. Si
2. No
3. En ocasiones

¿Alimenta a su hijo/a en su propia vajilla (vaso, plato y cuchara)?

1. Si
2. No
3. En ocasiones

¿Cuándo inició con la introducción de nuevos alimentos, coloca o colocó la comida en la parte media de la lengua de su hijo/a?

1. Si
2. No
3. En ocasiones

¿Alimenta a su hijo en un ambiente tranquilo y seguro?

1. Si
2. No
3. En ocasiones

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 2 Variables sociodemográficas.

Variables de determinación social general

