

Maestría en

**MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN ENFERMEDADES
METABÓLICAS, OBESIDAD Y DIABETES**

**Tesis previa a la obtención de título de Magíster en
Nutrición y Dietética con Mención en Enfermedades
Metabólicas, Obesidad y Diabetes**

AUTOR: Jenny Maricela Cusco Quiroz

TUTOR: Dra. María Gabriela Loza Campaña

**Destete Precoz en Pacientes con Desnutrición Crónica
Infantil que acuden al Centro de Salud Colta.**

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Jenny Maricela Cusco Quiroz declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, Reglamento y Leyes.

FIRMA AUTOR

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo María Gabriela Loza Campaña, certifico que conozco a la autora del presente trabajo de titulación “Destete precoz y desnutrición crónica en niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Colta, Provincia de Chimborazo en el período enero 2023 – diciembre 2024”, Jenny Maricela Cusco Quiroz, siendo la responsable exclusiva tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

.....

María Gabriela Loza Campaña

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes con su carácter, disciplina y afecto han contribuido a formar en mí una mujer sabia, inteligente, valiente y perseverante. Especialmente a mi madre quien con actitud positiva y determinación cuida con amor cada detalle de nuestra vida desde los pequeños gestos diarios que sostienen la familia, hasta los momentos más trascendentales como un logro académico, que Dios le conceda felicidad y larga vida para compartirla con nosotros.

AGRADECIMIENTOS

Me encuentro en una etapa especialmente bendecida de mi vida en la cual me invade un profundo sentimiento de gratitud. En esta ocasión deseo expresar mi agradecimiento al amor, ese sentimiento poderoso y transformador, capaz de dar sentido y dirección a la vida. Al amor de Dios al concedernos los deseos de nuestro corazón y cuidar de nosotros, al amor de la familia, de los padres, de los hermanos, de los tíos más cariñosos del mundo, al amor de pareja; ese amor de personas especiales que brinda seguridad emocional, que anima a crecer y que celebra mis logros.

INDICE GENERAL

Certificación de autoría.....	1
Aprobación del tutor	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Índice general.....	5
Índice de tablas.....	7
Listado de abreviaturas.....	8
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción.....	11
Justificación.....	12
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Lactancia materna.....	13
1.2 Destete precoz.....	18
1.3 Desnutrición infantil.....	19
1.4 Evaluación del estado nutricional.....	22
1.5 Destete precoz y desnutrición crónica infantil.....	24
Planteamiento del problema.....	26
Objetivo general.....	27
Objetivos específicos.....	27
Hipótesis.....	27
Metodología.....	28
Resultados.....	31

Discusión.....	42
Conclusiones.....	44
Limitaciones.....	45
Recomendaciones.....	45
Bibliografía.....	46
Anexos.....	56

INDICE DE TABLAS

Tabla N. 1 Criterios para estimar la desnutrición.....	19
Tabla N. 2 Clasificación de los estándares de crecimiento infantil de la OMS	24
Tabla N. 3 Caracterización de la población.....	31
Tabla N. 4 Prevalencia, características demográficas y clínicas del destete precoz.....	33
Tabla N. 5 Lactancia materna exclusiva en meses.....	34
Tabla N. 6 Edad hasta la cual los niños se alimentaron con leche materna.....	35
Tabla N.7 Prevalencia, características demográficas y clínicas de la desnutrición crónica infantil.....	35
Tabla N. 8 Relación de lactancia dentro de la primera hora con desnutrición crónica infantil (DCI).....	36
Tabla N. 9 Distribución del destete precoz y severidad de la desnutrición crónica infantil según z-score.....	38
Tabla N. 10 Relación de lactancia materna exclusiva en meses con desnutrición crónica infantil.....	38
Tabla N. 11 Relación de la lactancia materna complementaria con desnutrición crónica infantil.....	40

LISTADO DE ABREVIATURAS

DCI: Desnutrición crónica infantil

REDNI: Red para la Nutrición Infantil

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

OMS: Organización Mundial de la Salud

IgA: Inmunoglobulina A

IgG: Inmunoglobulina G

FGF21: Factor de crecimiento de fibroblastos 21

CRISFE: Organización privada sin fines de lucro en Ecuador.

LME: Lactancia materna exclusiva

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

GAD: Gobierno Autónomo Descentralizado

ESAMyN: Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño.

mPINC: Herramienta de prácticas de maternidad en nutrición y cuidado infantil.

CDC: Centros para la prevención y control de enfermedades de Estados Unidos.

DHS: Encuestas demográficas y de salud.

MICS: Encuestas de múltiples indicadores por conglomerados.

SPSS: Paquete estadístico para las ciencias sociales.

RESUMEN

Introducción: En Ecuador la desnutrición crónica infantil es un problema de salud pública significativo que afecta al 27% de niños menores de 2 años y al 39% de niños indígenas, reflejando profundas desigualdades. Esta condición impacta de forma negativa el desarrollo físico y cognitivo de los niños. Uno de sus principales determinantes es el destete precoz, en nuestro país solamente el 46.4% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Objetivo: Estudiar la relación entre destete precoz y desnutrición crónica en menores de 5 años en el Centro de Salud Colta, Chimborazo, período enero 2023 - diciembre 2024.

Métodología: Se realizó un estudio observacional de prevalencia en población pediátrica, la información fue levantada mediante un instrumento basado en formularios validados del INEC, OMS, y herramientas internacionales como mPINC (CDC), DHS y MICS. El registro y codificación de datos se realizó en Excel. El análisis estadístico mediante el software SPSS versión 26, se realizó un análisis bivariado mediante pruebas de chi cuadrado y análisis de estadísticos de comparación de grupos independientes mediante t de Student.

Resultados: La desnutrición crónica infantil afectó principalmente a niños menores de dos años, con predominio del sexo masculino. El 83.1% de los niños presentó DCI moderada y el 26.9% DCI severa. El 78.9% de las madres se autoidentificaron como indígenas. Solamente el 52.1% de los niños iniciaron la lactancia materna en la primera hora tras el nacimiento. No se encontró evidencia estadística que indique que la duración de la lactancia materna exclusiva difiera entre niños con desnutrición crónica moderada y severa, pero si se evidenció una tendencia hacia una mayor duración de la lactancia materna complementaria en los niños con desnutrición crónica infantil moderada.

Conclusiones: La desnutrición crónica infantil sigue siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a menores de dos años en la población indígena. Si bien no se hallaron diferencias significativas en la duración de la lactancia materna exclusiva según la severidad, el inicio tardío y una menor duración de la lactancia complementaria mostraron una tendencia asociada a mayor gravedad de la DCI.

Palabras claves: Destete precoz, desnutrición crónica infantil, lactancia materna, etapa clave, factores determinantes.

ABSTRACT

Introduction: In Ecuador, chronic child malnutrition remains a significant public health problem, affecting 27% of children under two years and 39% of indigenous children, reflecting profound social inequalities. This condition negatively impacts children's physical and cognitive development. One of its main determinants is early weaning; nationally only 46.4% of infants receive exclusive breastfeeding up to six months of age.

Objective: To examine the relationship between early weaning and chronic child malnutrition in children under five years at Centro de Salud Colta, Chimborazo, from January 2023 to December 2024.

Methodology: An observational prevalence study was conducted in a pediatric population. Data were collected using an instrument based on validated forms from the National Institute of Statistics and Census (INEC), World Health Organization (WHO), and international tools such as mPINC (CDC), DHS, and MICS. Data entry and coding were performed using Excel. Statistical analysis was conducted with SPSS software version 26, including bivariate analysis using chi-square tests and comparison of independent group means using Student's t-test.

Results: Chronic child malnutrition predominantly affected children under two years, with a higher prevalence among males, 83.1% showed moderate chronic malnutrition and 26.9% severe chronic malnutrition, 78.9% of the mothers self-identified as indigenous. Only 52.1% of children began breastfeeding within the first hour after birth. No statistically significant differences were found in the duration of exclusive breastfeeding between children with moderate and severe chronic malnutrition. However, a trend toward longer complementary breastfeeding duration was observed among children with moderate chronic malnutrition.

Conclusions: Chronic child malnutrition remains a public health concern, primarily affecting children under two years of age within indigenous populations. Although no significant differences were found in the duration of exclusive breastfeeding according to malnutrition severity, delayed initiation and shorter duration of complementary breastfeeding showed a tendency toward greater severity of chronic child malnutrition.

Keywords: Early weaning, chronic child malnutrition, breastfeeding, critical period, determinants.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil (DCI) es un problema de salud pública significativo en Ecuador, afecta al 27% de niños menores de 2 años (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2020) y al 39% de niños indígenas, datos que reflejan profundas desigualdades en el acceso a los servicios de salud, educación y seguridad alimentaria (Machado, 2025). Esta condición se caracteriza por un retraso en el crecimiento físico, debido a una ingesta insuficiente de nutrientes durante los primeros años de vida, con graves consecuencias en el desarrollo cognitivo y físico del niño (REDNI, 2022).

Uno de los factores determinantes en la aparición de DCI es el destete precoz, definido como la interrupción de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de edad (Montero y col., 2021). La lactancia materna es esencial en los primeros 1.000 días de vida, ya que proporciona nutrientes fundamentales y fortalece el sistema inmunológico del niño (Moreno y col., 2021). A nivel mundial solamente el 44% de los bebés son amamantados de forma exclusiva hasta los 6 meses, cifras similares en Ecuador con el 46.4% (Melo, 2022).

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia del destete precoz y su relación con la DCI en niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Tipo A Colta en la provincia de Chimborazo. Se propone un estudio observacional, cuantitativo y descriptivo, que identifique los factores asociados y proporcione evidencia para la implementación de políticas públicas dirigidas a mejorar las prácticas de alimentación infantil y reducir la desnutrición crónica.

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición infantil ha persistido en el tiempo como un problema de salud pública en donde factores socioeconómicos juegan un rol significativo (Okutse y Athiany 2025). A nivel mundial 40% de las muertes de niños menores a dos años son atribuibles a prácticas inapropiadas de alimentación. (Darcho y col., 2025).

En América Latina, Ecuador ocupa el segundo lugar en desnutrición crónica en menores de 5 años (Albuja, 2022). Según UNICEF esta afecta al 27% de niños menores de 2 años y al 39% de niños indígenas. Las provincias con mayor índice son Chimborazo 48.8%, Bolívar 40.8% y Santa Elena 37.3% (Bonilla y Noriega, 2023).

Un factor asociado a desnutrición crónica es la lactancia materna inadecuada. La OMS señala que, si los niños de 0-23 meses fueran amamantados de forma óptima, cada año se podría salvar la vida de 820.000 (Reyes, 2024).

La desnutrición crónica infantil continúa siendo un desafío no resuelto, posiblemente debido a que su abordaje ha sido enfocado desde una perspectiva inadecuada o limitada, por ello, el presente estudio plantea la necesidad de realizar un análisis profundo de esta interrelación que permita definir de forma clara cuales son las causas de una lactancia materna inadecuada y su impacto en la salud del niño.

Las conclusiones de esta investigación permitirán establecer un plan de acción que esté orientado a disminuir los índices de desnutrición crónica infantil a través de la atención integral a la mujer en período de gestación y de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la alimentación del niño con leche humana, considerada ideal debido a que se adapta a las características digestivas, a las necesidades nutritivas y de crecimiento del lactante (Gil y col., 2017). Es una medida de salud pública accesible y de bajo costo (Escofet y col., 2022).

La Organización Mundial de la salud - OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF recomiendan iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida, mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y continuar la lactancia materna hasta los dos años o más con alimentación complementaria (García y col., 2022).

Leche Materna, el alimento ideal

El ***calostro*** es la leche que se produce los primeros 4-6 días, tiene un contenido más elevado de glóbulos blancos, inmunoglobulina A y lactoferrina, oligosacáridos, minerales, colesterol, ácidos grasos esenciales, vitaminas A, E y K y factores de crecimiento intestinal. La ***leche de transición*** se produce entre el día 6-15, con respecto al calostro la cantidad de inmunoglobulinas tiende a descender y aumenta la lactosa, la grasa y las vitaminas. La ***leche madura*** se produce desde el 15 día (Gil y col., 2017) y se caracteriza por el menor contenido de proteínas con relación al calostro y la leche de transición y mayor contenido de carbohidratos y grasa (López y col., 2020).

Lactancia materna inmediata y contacto piel a piel

La OMS recomienda que los recién nacidos sean colocados al seno durante la primera hora de vida (Rodríguez, 2021). Convirtiéndose esta práctica en un indicador de excelencia (Reyes y col., 2021). El contacto temprano piel a piel y la lactancia durante la primera hora de vida incrementan la frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva y reducen la mortalidad infantil (Moreira y col., 2025).

Los recién nacidos sanos poseen conductas instintivas que les permite lactar alcanzando por sí mismos el pecho de la madre y acoplarse sin asistencia mientras se encuentran piel a piel (Soto, 2018).

El contacto piel a piel inicia inmediatamente luego del nacimiento, se coloca al recién nacido desnudo en contacto con el pecho descubierto de la madre, liberándose oxitocina en respuesta al estímulo táctil, lo que fortalece el vínculo materno infantil, reduce el estrés, ansiedad, y promueve calma y bienestar en la madre. La oxitocina regula el latido cardíaco y la temperatura del niño, mejora la digestión, promueve la salida de leche y reduce los niveles de cortisol de la madre. (Schlesinger y Col., 2024).

Los niños que permanecieron en contacto piel a piel al menos una hora sin interrupciones mostraron al año de vida mejor capacidad para manejar la frustración y la ansiedad ante la separación (Soto, 2018). La “hora dorada” como algunos la citan, tiene además un impacto favorable en la supervivencia y disminución de la morbilidad en recién nacidos prematuros y a término de alto riesgo (Fontella y Col., 2023).

Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses (LME)

Consiste en la alimentación del bebe con leche materna solamente sin ningún otro alimento solido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos (UNICEF, 2018). A nivel mundial solamente el 44% de los bebés son amamantados de forma exclusiva hasta los 6 meses, en Ecuador la tasa es de 46.4% (Melo, 2022).

La lactancia materna exclusiva es la medida más efectiva en la reducción de la mortalidad y desnutrición infantil. Su mantenimiento puede verse afectado por factores como el retorno laboral, la percepción de insuficiente cantidad de leche y el uso de chupones (Malaver y col., 2025). Factores determinantes del éxito de la lactancia materna exclusiva incluyen el nivel educativo (educación universitaria) y la existencia de entornos favorables en el ámbito familiar, sanitario y laboral (Edema y Patrick, 2026).

La práctica persistente de promocionar fórmulas artificiales continúa interfiriendo de forma negativa en la lactancia materna exclusiva (Matta, 2025).

Lactancia materna hasta los 2 años

La OMS recomienda continuar la lactancia materna hasta los dos años (Rodríguez, 2022). A partir de los 6 meses las necesidades del lactante incrementan, por lo que se recomienda continuar con la lactancia materna a libre demanda hasta los 2 años o más (Lorenzo y col., 2025). No existe un límite superior establecido para finalizar la lactancia (Alares y col., 2024).

Después de los 12 meses, el volumen de leche materna disminuye, sin embargo, incrementa la concentración de proteínas y lípidos, y se mantiene la transferencia de inmunidad lo que reduce la incidencia de infecciones (Lorenzo y Col., 2025). Estimula el neurodesarrollo potenciando sus capacidades lingüísticas, la memoria y la inteligencia (Quizhpi, 2024).

La lactancia materna hasta los 2 años mantiene la adaptabilidad de las necesidades del niño e incrementa la densidad energética y la inmunidad transferida de madre a hijo por el aumento de IgA, IgG y lactoferrina (Lorenzo y Col., 2025). Previene en el niño sobrepeso y obesidad. (Lorenzo y Col., 2025). Aumenta la producción hepática de FGF21 que actúa en el hipotálamo lateral, activa la termogénesis y reduce el peso corporal (Pérez, 2025).

La Academia Americana de Pediatría apoya también la continuación de la lactancia materna hasta los dos años o hasta que la madre y el niño manifiesten la voluntad de mantenerla (Younger y Noble, 2022).

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria consiste en proporcionar alimentos diferentes a la leche materna e inicia a los 6 meses de edad, este período es clave en la instauración de patrones alimentarios saludables en el niño (Fernández y Col., 2024), en el desarrollo motor y psicológico del lactante con un mayor riesgo de deficiencias nutricionales y de retraso del crecimiento (Almazán y Col., 2024) por lo que es indispensable una alimentación adecuada para cubrir los requerimientos derivados de la alta velocidad de crecimiento (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

Los alimentos de origen animal, frutas, verduras, frutos secos, legumbres y semillas constituyen componentes clave de la ingesta energética debido a su mayor densidad de nutrientes en comparación con los cereales. Evitar el consumo de alimentos con alto contenido en azúcar, sal, grasas trans y edulcorantes (OMS, 2023).

Se recomienda introducir alimentos de forma individual con intervalo de unos días para probar tolerancia y aceptación, respetando las señales de hambre y saciedad (Asociación Española de Pediatría, 2018).

Se deberá fomentar la alimentación del niño de forma autónoma y en respuesta a sus necesidades fisiológicas y del desarrollo, favoreciendo la autorregulación en la alimentación y apoyando el desarrollo cognitivo, emocional y social (OMS, 2023).

No se debe interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento, la exposición gradual y regular a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación a corto y largo plazo (Asociación Española de Pediatría, 2018).

Se recomienda que la alimentación complementaria en prematuros se inicie entre los 5 y 8 meses de edad cronológica considerando además el límite de 3 meses de edad corregida para asegurar que posee las habilidades motoras y de deglución (Baldassarre y Col., 2022).

El BABY-LED WEANING es la alimentación complementaria guiada por el bebé, una forma de ofrecer los alimentos en trozos de consistencia blanda, y el bebé se alimenta por sí mismo desde el inicio, primero con las manos y luego con cubiertos (Asociación Española de Pediatría, 2018).

Es relevante señalar que, el conocimiento influye directamente en la conducta materna, por lo que es fundamental fortalecer los programas educativos pre y postnatales, promover la participación familiar y crear políticas que garanticen la práctica de la lactancia materna (Matta, 2025).

Los primeros 1000 días

Los primeros 1000 días están comprendidos desde la concepción, el embarazo y los dos primeros años (Mejía y Col., 2022). Es una etapa clave para la salud a lo largo de la vida debido a los altos requerimientos nutricionales, derivados de las necesidades de rápido crecimiento (Moreno y Col., 2021). Tejidos y órganos se forman a un paso acelerado. Al

final de estos 1000 días gran parte de la sinaptogénesis de la corteza sensoriomotora (vías visuales, auditivas y sensoriales), la corteza de asociación parietal y temporal (lenguaje) y la corteza prefrontal (funciones cognitivas superiores) ya han ocurrido (Gil, Martínez y Maldonado, 2017).

Beneficios de la lactancia materna

Se conoce que la lactancia materna tiene beneficios a corto, mediano y largo plazo no solamente en países de ingresos bajos o medios sino además en países desarrollados: (Martin y col., 2024).

- La lactancia materna ayuda a disminuir la morbi-mortalidad del niño, lo protege contra enfermedades infecciosas y crónicas, fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, mejora la agudeza visual y se relaciona positivamente con el coeficiente intelectual (Guido y col., 2023).
- Reduce la incidencia del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (Lorenzo y col., 2025).
- El desarrollo infantil en las áreas de motricidad fina, gruesa, cognitiva y social fue superior en los niños con lactancia materna exclusiva (Domínguez y col., 2025).
- Estimula la liberación de oxitocina, fomentando la regulación emocional y los vínculos sociales (Saigh, 2025).
- Estimula el crecimiento craneo facial y previene mal oclusiones (Guido y col., 2023).
- Fortalece un vínculo emocional entre la madre y el niño (Saigh, 2025).
- Disminuye el riesgo de algunos tipos de cáncer (Vargas y Col. 2020).
- La lactancia materna disminuye de forma notable el riesgo de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida, y este beneficio se incrementa cuanto mayor es el tiempo de lactancia, pudiendo llegar a reducir el riesgo hasta en un 50 % (Silva y Huamán, 2024).
- La mayor duración y exclusividad de la leche materna está relacionada con menor riesgo de sobrepeso y diabetes, y posiblemente menor riesgo de leucemia (Victoria y col., 2021).
- La lactancia materna extendida promueve el ahorro económico (Saigh, 2025).

- Promueve el fortalecimiento del sistema inmunológico. Los oligosacáridos de la leche humana promueven el crecimiento de bífidobacterias y lactobacillus asociados con un buen desarrollo neurológico (Saigh, 2025).
- Su rol en el microbioma y epigenoma del lactante plantea beneficios adicionales (Victoria et al., 2021).

1.2 DESTETE PRECOZ

Es la introducción de alimentos en la dieta del lactante, además de la leche materna, antes de los seis meses de edad. Mientras más temprano ocurre el destete existe mayor riesgo de morbilidad y necesidad de hospitalización (Montero y Col., 2021).

La maternidad es una etapa compleja marcada por múltiples expectativas asociadas a la idea de ser una “buena” madre. La búsqueda de un embarazo natural, un parto natural y una forma natural de alimentar al lactante genera una presión implícita que puede desencadenar en emociones negativas cuando la lactancia no se logra, situación común en mujeres primíparas (Mahon y Dreyer, 2024).

Factores relacionados con el destete precoz

- El uso de biberones o chupones, la introducción de fórmulas infantiles en la maternidad y su continuidad al alta hospitalaria (Unfried y Col, 2024).
- La falta de conocimiento sobre lactancia materna (Domínguez y Montero, 2025). La red de apoyo a la madre, es decir, su familia, su pareja y las mujeres de la familia es fundamental para mantener la lactancia materna exclusiva (Toro y Col., 2022).
- Ciertas creencias culturales influyen en el destete precoz, se dice que la ira de la madre altera la leche materna o cuando lava la ropa le pasa el frío por la leche, para lo cual dan infusiones al lactante para prevenir cólicos y gases (Flores, Custodio y Llontop, 2022).
- Madres de menor edad con bajo nivel socioeconómico, aquellas con parto quirúrgico o instrumental influyen negativamente en la mantención de la lactancia materna (Toro, 2022). Además del bajo nivel educativo de la madre (Oblitas, Herrera y Flores, 2022).
- La sensación de baja producción de leche e incorporación laboral (Díaz y Col., 2016).

- Factores propios de la etnia, la ubicación geográfica, acceso a salud y redes de apoyo determinan la protección de la lactancia materna (Toro, 2022).
- El antecedente de destete precoz, la percepción de insuficiente producción de leche, la mastalgia y las fisuras en los pezones son factores relacionados con el abandono de la lactancia (Fernández y Col., 2022).

1.3 DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición infantil ocurre cuando los niños presentan un desequilibrio entre el requerimiento de nutrientes y su ingesta, que se manifiesta con un retraso en el crecimiento, desnutrición aguda y sobrepeso u obesidad (UNICEF, 2022).

Tipos de desnutrición

Los indicadores antropométricos reflejan el estado nutricional, así, peso/talla mide desnutrición aguda o emaciación, peso/edad desnutrición global o insuficiencia ponderal y talla/edad desnutrición crónica (Díez y Marrodan, 2018).

Tabla N. 1

Criterios para estimar la desnutrición

TIPO	DEFINICIÓN	GRADO	PUNTOS DE CORTE (DESVIACIÓN ESTÁNDAR)
Emaciación	Insuficiencia de peso respecto a la talla	Moderado	Menor o igual a -2 y mayor a -3 desviaciones estándar, o perímetro braquial inferior a 12,5 cm
		Severo	Menor o igual a -3 desviaciones estándar Perímetro braquial inferior a 11,5cm
Insuficiencia ponderal	Peso insuficiente respecto a la edad	Moderado	Menor o igual a -2 y mayor a -3 desviaciones estándar
		Severo	Menor o igual a -3 desviaciones estándar
DCI o retraso del crecimiento	Talla insuficiente respecto de la edad	Moderado	Menor o igual a -2 y mayor a -3 desviaciones estándar
		Severo	Menor o igual a -3 desviaciones estándar

Fuente: Fundación CRISFE (2022). Reporte de nutrición 2022. Desnutrición Crónica Infantil

Desnutrición crónica infantil (DCI)

La desnutrición crónica infantil es la disminución de la talla para la edad, del percentil y el z-score (Jiménez y col., 2021). Afecta gravemente el desarrollo físico e intelectual del niño (CRISFE, 2022), su crecimiento, su capacidad de aprendizaje y la resistencia a enfermedades (UNICEF, 2022). Además, limita los ingresos y la productividad a lo largo de la vida, reforzando el ciclo de pobreza (Betela y Col., 2025).

La desnutrición crónica es más grave si se presenta en edades tempranas; se asocia a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria y enfermedades infecciosas recurrentes (Torres y Col., 2025).

Determinantes de desnutrición crónica infantil

La naturaleza de la DCI es compleja y tiene múltiples factores determinantes afectando particularmente a niños de madres adolescentes y aquellos que viven en comunidades indígenas (CRISFE, 2022). Es mayor en condiciones socioeconómicas bajas y en hogares donde no existe seguridad alimentaria (Cuevas y col., 2019).

En Ecuador, la baja escolaridad, asistir a menos de cinco controles prenatales, la talla menor a 151 cm y el ser madre adolescente determina que el niño padezca DCI en un 48,16% (CRISFE, 2022). El conocimiento limitado sobre nutrición y prácticas de alimentación saludable, el sexo puede influir en la prevalencia de DCI siendo mayor en niños que en niñas (Aguaysa, 2023). Entre otros determinantes encontramos el nivel socioeconómico, identidad cultural, nivel educativo de la madre, bajo peso al nacer y resistencia a completar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (Chimborazo y Aguaiza, 2023).

La capacidad de la madre para tomar decisiones sobre ella o su familia disminuye la probabilidad de desnutrición crónica. (Chimborazo y Aguaiza, 2023). En tanto que, el difícil acceso a los servicios de salud para quienes viven en áreas alejadas es un factor determinante (Alulema y col., 2023).

Además de otros determinantes como: estado civil, edad y sexo del niño, inicio temprano de la lactancia materna.

Consecuencias de la Desnutrición Crónica Infantil

Retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor lo que condiciona un menor rendimiento cognitivo y académico (Cortez y Pérez, 2023). Trastornos del habla, dificultad para la pronunciación, alteración en la fluidez y la interacción comunicativa (Castillo, 2025). Un niño con DCI muestra un retraso de seis meses en el lenguaje (CRISFE, 2022).

La anemia por déficit de hierro es la principal carencia nutricional, se manifiesta con palidez, fatiga, disminución del apetito, taquicardia y en casos severos disnea (Cando y Hervas, 2025). Se evidencia déficit de vitaminas A, B12, D, además de hierro, zinc, ácido fólico y calcio (Mina y Col., 2024).

Es un factor de riesgo para el desarrollo de cardiopatías (Torres y Col., 2025). La desnutrición puede predisponer a enfermedades en la vida adulta, especialmente diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, este concepto es conocido como programación metabólica. Alteraciones en la secreción o señalización de adipocinas causadas por un desequilibrio nutricional en la primera etapa de la vida podrían conducir a enfermedades metabólicas en la edad adulta (Donato, 2023).

La desnutrición crónica compromete mayor riesgo de muerte por ciertas enfermedades como diarrea, neumonía, malaria y sarampión (CRISFE, 2022). Compromete también la integridad de la barrera epitelial intestinal facilitando la traslocación bacteriana y aumentando la susceptibilidad a infecciones entéricas (Solórzano y Toala 2024). Existe una estrecha relación entre la desnutrición infantil, la disfunción de la barrera y las infecciones gastrointestinales. Entre los patógenos encontrados con mayor frecuencia están *Shigella*, *E. coli* enterotoxigénica, *E. coli* enteroagregativa y *Cryptosporidium* (Da Cruz y col., 2025).

La inmunidad innata (macrófagos, neutrófilos, células natural killers) y la adaptativa (linfocitos T y B) pueden verse alteradas por la desnutrición (Morales y col., 2023).

Los macronutrientes participan en formación de componentes celulares, energía y síntesis protéica fundamentales para el crecimiento y la función inmune. Los micronutrientes

como zinc, hierro, vitamina A y vitamina D regulan la respuesta inmunológica. Es así como su déficit afecta la maduración inmunológica en la infancia (Van Neerven, 2025).

El crecimiento y función pulmonar están condicionados por el estado nutricional mismo que inicia con la nutrición materna prenatal (Tharumakunarah, 2024). La desnutrición crónica incrementa el riesgo de infecciones respiratorias como neumonía y bronquitis, debido a la disfunción de la función pulmonar y un sistema inmunológico debilitado (Solórzano y Toala 2024).

Deterioro de crecimiento neuronal y desarrollo deficiente de conexiones cerebrales (Rocha y Col., 2022).

Los niños que fueron diagnosticados con DCI, durante la adolescencia son más susceptibles a presentar depresión, ansiedad o baja autoestima. (CRISFE, 2022).

1.4 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Es un conjunto de métodos para describir el estado nutricional del niño, se basa en la historia clínica nutricional, en la exploración física con parámetros e índices antropométricos (Cando y Hervas, 2025):

Historia clínica nutricional. - Considerará antecedentes personales y familiares, el entorno familiar, la encuesta dietética y el análisis de composición de la dieta (Rosell y col., 2023). Permite identificar alteraciones nutricionales, factores de riesgo e intervenir de forma efectiva en el tratamiento del paciente (Carrillo, 2025).

La exploración física. - Dirigida a valorar de forma global la nutrición, evalúa de forma especial cabello, piel, uñas, ojos, encías, dientes, labios, lengua, esqueleto y músculo (Rosell y col., 2023).

Antropometría:

Peso: Se debe medir con la menor cantidad de ropa posible y sin zapatos, utilizar una balanza con decimales de hasta 0.1 Kg. (Trehan y Goday, 2025). Los niños menores a 2 años deben pesarse en una balanza para lactantes mientras los mayores deben utilizar una balanza vertical (Pinheiro y col., 2018).

Longitud: En niños menores de dos años se utiliza una tabla rígida con decimales hasta 0.1 cm. (Trehan y Goday, 2025).

Talla: Debe ser medida de pie, en posición recta y la cabeza erguida (Pinheiro y Col., 2018). Se considera talla baja cuando la relación talla/edad es $\leq - 2,0$ desviaciones estándar (Ministerio de Salud de Chile, 2016).

Circunferencia cefálica: Está relacionada con el crecimiento cerebral, es usada en menores de dos años. Se utiliza cinta métrica no extensible y se mide la circunferencia pasando por el occipucio y la región frontal supraciliar (Rosell y col., 2023).

Índices, indicadores y estándares

Índices antropométricos: Son herramientas utilizadas en la valoración nutricional, para evaluar crecimiento y alteraciones nutricionales. Entre los que encontramos peso/edad, talla/edad, peso/talla, edad/ perímetro cefálico (Pinheiro y col., 2018).

Indicadores antropométricos: El puntaje Z indica qué tan lejos y en qué dirección se desvía la medición antropométrica de un individuo con respecto a la mediana de la población de referencia, y se expresa en desviaciones estándar. Mientras, los percentiles indican en qué posición se encuentra la medición antropométrica de un individuo en relación con otras personas de la misma edad y sexo en la población de referencia (OMS y UNICEF, 2019).

Estándares de crecimiento: Son gráficos y tablas que evalúan el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años utilizando índices e indicadores antropométricos (OMS y UNICEF, 2019).

Clasificación de los estándares de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud

Tabla N. 2

Clasificación de los estándares de crecimiento infantil de la OMS

	Edad		Z-SCORE						
Indicador antropométrico y condición	0-23 meses	24-60 meses	< -3	≥ -3 to < -2	≥ -2 to < -1	≥-1 to ≤ +1	> +1 to ≤ +2	> +2 to ≤+3	> +3
Longitud-estatura/edad (retraso del crecimiento)	✓		Retraso grave del crecimiento	Retraso moderado del crecimiento	Normal				Talla extremadamente alta no suele ser un problema nutricional. Puede indicar un trastorno endocrino
Longitud-estatura/edad (retraso del crecimiento)		✓							
Peso/edad (bajo peso)	✓	✓	Bajo peso severo	Bajo peso moderado	Normal		No utilice el peso para la edad para determinar sobrepeso. El peso para la longitud/estatura (0–60 meses) y el IMC para la edad (todas las edades) son mejores para evaluar el sobrepeso en niños		
Peso/longitud (emaciación, sobrepeso/obesidad)	✓		Emaciación severa	Emaciación moderada	Normal		Posible riesgo de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad
Peso/estatura		✓			Normal				
IMC/edad	✓	✓	Emaciación severa	Emaciación moderada	Normal		Posible riesgo de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad
Circunferencia cefálica/edad	✓	✓	Circunferencia cefálica muy pequeña	Circunferencia cefálica pequeña	Normal			Macrocefalia (no está relacionada con el estado nutricional)	

Fuente: OMS 2008; CDC 2016, OMS 2026b

1.5 DESTETE PRECOZ Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

El destete es una etapa clave en el desarrollo del niño, el realizarlo de forma apropiada implica iniciar a los seis meses una alimentación complementaria de alta calidad con el objetivo de prevenir la malnutrición y el retraso del crecimiento (Maidartati y Col., 2024).

Las prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria son factores que contribuyen a la desnutrición (Wasihun y Col., 2024).

La lactancia materna exclusiva (LME) menor a 6 meses es un factor determinante de desnutrición crónica infantil (Alulema y col., 2023). Se asocia a un riesgo 3,58 veces mayor de desnutrición (Arshia y Col., 2024).

Los neonatos en los que no se inició la lactancia materna en la primera hora de vida, no fueron alimentados con calostro y diagnosticados de bajo peso al nacer presentaron una asociación significativa con el retraso del crecimiento (Pavani y Col., 2022).

Un estudio evidenció que el destete temprano, es decir, antes de los 6 meses incrementa el riesgo de retraso del crecimiento debido a la introducción temprana de alimentos a un sistemas digestivo e inmunológico que aún no ha alcanzado su madurez (Arshia y Col., 2024).

Con el objetivo de disminuir la introducción temprana de alimentos se sugiere incrementar en número de controles pre y post natales e instruir a las madres sobre el momento apropiado para introducir los alimentos (Wasihun y Col., 2024).

La adopción de políticas estrictas que regulen la comercialización y prescripción de fórmulas infantiles puede reducir el destete precoz y proteger a los lactantes de diferentes tipos de desnutrición (Asif y Col., 2022).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La leche materna, alimento ideal que se adapta a las necesidades nutritivas y de crecimiento del lactante (Gil, Martínez y Maldonado, 2017). Accesible y de bajo costo (Escofet y Col., 2022). Sin embargo, diferencias socioeconómicas y ciertas prácticas alimentarias son responsables de alteraciones nutricionales. (Shahid y col., 2025). La alimentación inadecuada en menores de 5 años está asociada a desnutrición (Darcho y col., 2025); la desnutrición crónica es de carácter multidimensional y tiene graves repercusiones en el desarrollo físico y cognitivo del niño (Albuja, 2022).

En 2020 la OMS señaló que, a nivel mundial 148 millones de menores de 5 años tenían retraso del crecimiento y solamente el 40% de lactantes de cero a seis meses se alimentó exclusivamente con leche materna. En Latinoamérica la lactancia materna no exclusiva hasta los seis meses se asoció con riesgo de desnutrición crónica (Calderón, 2024). Ecuador es el segundo país en esta región con el mayor nivel de incidencia de desnutrición crónica infantil (Chimborazo y Aguaiza, 2023).

La evidencia sugiere que, la lactancia materna constituye un determinante clave asociado a la prevalencia de desnutrición crónica infantil, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se relaciona el destete precoz con la desnutrición crónica en niños menores a 5 años, que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Colta en el período enero 2023 – diciembre 2024?

OBJETIVO GENERAL

Estudiar la relación entre destete precoz y desnutrición crónica en menores de 5 años, Centro de Salud Colta, Chimborazo, período enero 2023- diciembre de 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población por edad, sexo y etnia del niño; por edad, nivel de instrucción, número de controles prenatales y lugar de parto de la madre.
2. Identificar la prevalencia, características demográficas y clínicas del destete precoz.
3. Determinar la prevalencia, características demográficas y clínicas de la desnutrición crónica infantil.
4. Relacionar el porcentaje de niños destetados de forma precoz con diagnóstico de desnutrición crónica.
5. Presentar una propuesta médica con elementos estructurales y funcionales para prevenir la desnutrición crónica por destete precoz.

HIPÓTESIS

El destete precoz es un factor determinante de desnutrición crónica en niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Colta en el período enero 2023 - diciembre 2024.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Bajo el paradigma positivista, se realizó un estudio observacional de prevalencia, cuantitativo, descriptivo en población pediátrica.

Área de Estudio: En la provincia de Chimborazo se registra una población de 471.933 habitantes, el 52.4% vive en el área rural y el 47.6% en el área urbana (INEC, 2022). El cantón Colta, ubicado en la región noroccidental de la provincia de Chimborazo, tiene una población de 46. 249 habitantes, donde el 80% se identifica como indígena (GAD Colta, 2018); aquí la prevalencia de desnutrición crónica infantil continúa siendo un problema de salud pública que alcanza cifras alarmantes y se asocia a múltiples factores socioeconómicos y políticos (Lainez, 2024).

Universo: La población objeto de estudio estuvo conformada por todos los niños menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición crónica que acudieron a consulta externa del Centro de Salud Colta, provincia de Chimborazo en el período enero 2023 – diciembre 2024.

Criterios de inclusión:

- Niños, hombres y mujeres de 0 - 59 meses de edad.
- Diagnóstico de desnutrición crónica infantil, evaluados mediante indicadores clínicos y antropométricos.
- Niños con diagnóstico de otros tipos de desnutrición como emaciación o insuficiencia ponderal agregados a desnutrición crónica infantil.
- Consentimiento informado para participar en el estudio, por parte de sus padres o tutor legal.

Criterios de exclusión:

- Niños mayores a 59 meses.
- Niños con diagnóstico de otros tipos de desnutrición como emaciación o insuficiencia ponderal sin diagnóstico de desnutrición crónica.
- Niños que no cuenten con el consentimiento informado de su padre, madre o tutor legal para participar en el estudio.

Variables de estudio:

1. Edad del niño
2. Sexo del niño
3. Etnia del niño
4. Edad de la madre
5. Nivel de instrucción de la madre
6. Número de controles prenatales
7. Lugar del parto
8. Lactancia materna inmediata
9. Alojamiento conjunto
10. Lactancia materna exclusiva
11. Lactancia materna hasta los dos años
12. Destete precoz causas
13. Talla
14. Perímetro cefálico
15. Talla/edad
16. Plan educacional
17. Mejoramiento de la calidad de atención prenatal
18. Fortalecimiento del componente Parto y Postparto de la Normativa ESAMyN
19. Fortalecimiento del componente Lactancia Materna de la Normativa ESAMyN

Operacionalización de las variables (ver anexo 1).

Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información: Se desarrolló un instrumento de recolección de datos en base a formularios validados del INEC, recomendaciones de la OMS, herramienta mPINC de la CDC y cuestionarios DHS (Demographic and Health Surveys) y MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys (ver anexo 2). Este instrumento está compuesto por dos módulos distintos, el primero consiste en una encuesta estructurada a partir de la sistematización del problema y la operacionalización de las variables, a través de una entrevista dirigida al tutor legal del niño, la misma es un formulario organizado, validado, con elementos básicos como: título, instrucciones e identificación del paciente; su aplicación se realizó de forma

privada y confidencial, previo a la obtención del consentimiento informado. El segundo módulo procedió a revisar las historias clínicas para documentar sistemáticamente los parámetros antropométricos y el seguimiento de las curvas de crecimiento según los estándares de la Organización Mundial de la Salud. Se realizó la recolección de datos en campo, es decir la aplicación de la encuesta de forma privada y confidencial en el domicilio de cada participante. La revisión de la historia clínica se realizó accediendo a los datos mínimos indispensables para responder los objetivos de la investigación evitando revelar información que identifique al participante.

Plan de tabulación y análisis: Se realizó el registro y codificación de datos en el programa Excel para la organización de datos y la obtención de una base sólida, se asignaron códigos para cada una de las variables y se validaron la consistencia de las respuestas. Posteriormente se realizó el análisis estadístico mediante el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 26. Se desarrolló un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables categóricas como sexo o etnia y cálculo de medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas como edad y medidas antropométricas. Para variables categóricas se realizó un análisis bivariado mediante pruebas de chi-cuadrado, se evaluó la asociación entre lactancia materna y grado de desnutrición crónica infantil. Para variables cuantitativas se realizó estadísticos de comparación de grupos independientes mediante t de Student por lo que se revisó los supuestos mediante Test de Levene.

RESULTADOS

Objetivo 1: Caracterización de la población

Tabla N. 3

Caracterización de la población por edad y sexo del niño y, por edad, etnia, nivel de instrucción, número de controles prenatales y lugar de parto de la madre

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	43	60.6
	Femenino	28	39.4
	Total	71	100
Edad al momento del diagnóstico de desnutrición	0 – 11 meses	25	35.2
	12 – 23 meses	31	43.7
	24 – 35 meses	7	9.9
	36 – 47 meses	5	7
	48 – 59 meses	3	4.2
	Total	71	100
Edad de la madre al parto	10 – 18 años	6	8.5
	19 – 25 años	20	28.2
	26 – 35 años	35	49.3
	36 o más años	10	14.1
	Total	71	100
Autoidentificación étnica de la madre	Indígena	56	78.9
	Mestizo	15	21.1
	Total	71	100
Nivel de Instrucción de la madre	Alfabetización	1	1.4
	Educación básica	24	33.8
	Bachillerato	36	50.7
	Superior	8	11.3
	No asistió a ninguna escuela	2	2.8
	Total	71	100
Número de controles prenatales	Ninguno	3	4.2
	De 1 – 3	5	7
	De 4 – 5	12	16.9
	6 o más	51	71.8
	Total	71	100
Lugar del parto	En un establecimiento de salud	67	94.4
	Domicilio	4	5.6
	Total	71	100

Fuente: Elaborado por el autor

Con relación a la variable sexo del niño, se observa un predominio del sexo masculino con 43 niños (60,6%) y el sexo femenino con 28 niñas (39,4%). Esto evidencia que, dentro de la población de estudio la desnutrición crónica afectó más a los niños que a las niñas.

Respecto a la edad al momento del diagnóstico el grupo etario más afectado corresponde a niños de 12 a 23 meses, con 31 casos (43,7%), seguido del grupo de 0 a 11 meses con 25 casos (35,2%), lo que muestra que la desnutrición crónica se presenta con mayor frecuencia durante los primeros dos años de vida, una etapa crítica para el crecimiento y desarrollo infantil.

En lo referente a edad de la madre, 35 casos (49,3%) se encuentran en el rango de 26-35 años, mientras 20 casos (28,2%) están en el rango de 19- 25 años, lo que sugiere que la mayoría de los casos se concentran en madres en una edad reproductiva considerada óptima. Un porcentaje de 8,5% corresponde a madres adolescentes de 10 a 18 años.

En la autoidentificación étnica, 56 tutores (78,9%) se reconocen como indígenas, mientras que 15 (21,1%) como mestizos. Reflejando una mayor representación de la población indígena lo que responde a una combinación de factores sociales, económicos y culturales que históricamente han generado desigualdades en las condiciones de vida y en el acceso a servicios básicos.

Sobre el nivel de instrucción de la madre o tutor legal, 36 personas (50,7%) cuenta con bachillerato, seguido de 24 (33,8%) con educación básica. Un porcentaje menor alcanzó educación superior (11,3%), un grupo reducido no asistió a ninguna escuela (2,8%) o alcanzó solamente la alfabetización (1,4%).

Se observa que la mayoría de las madres 51 (71,8%) se realizó seis o más controles prenatales, convirtiéndose en un indicador positivo de acceso a los servicios de salud. No obstante, un porcentaje menor tuvo controles insuficientes o ninguno, lo que puede influir en el estado nutricional del niño.

Finalmente, 67 (94,4%) partos ocurrieron en un establecimiento de salud, en contraste con 4 (5,6%) que tuvieron lugar en el domicilio. Esto da cuenta de una alta cobertura de atención institucional del parto en este grupo poblacional.

Objetivo 2: Destete precoz

Tabla N. 4

Prevalencia, características demográficas y clínicas del destete precoz

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia dentro de la primera hora	Si, dentro de la primera hora	37	52.1
	No, pero dentro de las primeras 24 horas	25	35.2
	No se amamantó dentro de las primeras 24 horas	9	12.7
	Total	71	100
Alojamiento conjunto	Todo el tiempo	42	59.2
	La mayor parte del tiempo	15	21.1
	Solo a veces	5	7
	Nunca estuvo en la habitación	8	11.3
	No sabe/No recuerda	1	1.4
	Total	71	100
Causa de destete	Baja producción de leche / insatisfacción del niño	3	4.2
	Niño rechaza o no succiona el seno	7	9.9
	Retorno laboral o por estudio	8	11.3
	Condición clínica de la madre o del niño	6	8.5
	Deseo de no dar el pecho	4	5.6
	No sabe/No recuerda	1	1.4
	Otro	14	19.7
	No aplica	25	35.2
	NA	3	4.2
	Total	71	100

Fuente: Elaborado por el autor

El 52.1% de las madres señaló haber amamantado a su hijo dentro de la primera hora después del nacimiento, práctica que incrementa la frecuencia y duración de la lactancia materna y reduce la mortalidad infantil. Sin embargo, el 47.9% no lo hizo, lo que afecta al inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Un 59.2% de los recién nacidos permanecieron en alojamiento conjunto todo el tiempo, mientras un 21.1% permanecieron la mayor parte del tiempo. Es decir, un porcentaje

mayor a 80% cumple con esta práctica que favorece la lactancia y el vínculo afectivo madre e hijo.

En un 35.2% el destete no aplica, lo que significa que, al momento de realizar el estudio esas madres aún estaban en período de lactancia. Entre las madres que suspendieron la lactancia la categoría más común fue “otro”, los motivos referidos fueron: un nuevo embarazo, la preferencia del lactante por el seno materno sobre la alimentación complementaria, succión dolorosa o masticación del pezón, por creencias erróneas como que la leche materna pierde su valor nutritivo tras el primer año, o que los varones deben lactar por menos tiempo, o que la exposición materna al sol deteriora la calidad de la leche. Las causas claramente identificadas incluyeron retorno laboral o por estudio (11.3%), niño rechaza o no succiona el pecho (9.9%), condiciones clínicas de la madre o el niño (8.5%) y percepción de producción insuficiente de leche (4,2%).

Tabla N. 5

Lactancia materna exclusiva en meses

Estadísticos descriptivos							
		N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Lactancia materna exclusiva en meses		71	25,0	,0	25,0	4,937	3,5646
N válido (por lista)		71					

Fuente: Elaborado por el autor

Se analizaron 71 casos, el rango de 25 meses refleja que existe una gran dispersión en la duración de la lactancia materna exclusiva, algunos niños recibieron lactancia por períodos muy cortos (0 meses) y otros por períodos más largos (hasta 25 meses). El promedio (media) de duración de la lactancia materna exclusiva en este universo fue de aproximadamente 5 meses. La desviación estándar, es decir, la variación respecto a la media fue de 3.56 meses.

Tabla N. 6*Edad hasta la cual los niños se alimentaron con leche materna*

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
¿Hasta qué edad lactó en meses?	67	0,5	48,0	19,007	7,2752
N válido (por lista)	67				

Fuente: Elaborado por el autor

Se analizaron 67 casos, se excluyeron 4 por encontrarse en período de lactancia hasta la actualidad. Los niños en promedio (media) recibieron lactancia materna complementaria durante 19 meses, reflejando que en el grupo de estudio la lactancia se mantiene más allá del primer año de vida. La duración más corta que se registró fue de 0,5 meses (15 días) y la duración máxima fue de 48 meses, revelando una amplia variabilidad en el período de lactancia. La desviación estándar de 7.27 meses nos indica que la lactancia varía moderadamente alrededor de la media, mostrando que el 68% de los niños (entre 11,73 y 26,29 meses) recibieron lactancia materna entre casi 1 año y algo más de 2 años.

Objetivo 3: Desnutrición crónica infantil**Tabla N.7***Prevalencia, características demográficas y clínicas de la desnutrición crónica infantil*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición Crónica Infantil	Moderada	59	83.1
	Severa	12	16.9
	Total	71	100
Perímetro Cefálico	Macrocefalia	0	0
	Microcefalia	2	2.8
	Normal	53	74.6
	No aplica	16	22.5
	Total	71	100

Fuente: Elaborado por el autor

De la población de estudio constituida por 71 niños con diagnóstico de desnutrición crónica infantil, 59 niños (83.1%) corresponden a la variable categórica moderada, representando la mayoría de los casos, mientras que 12 niños (16.9%) corresponden a la variable severa, es decir, aproximadamente 1 de cada 6 niños presenta desnutrición crónica severa, hallazgo clínicamente relevante por su asociación con mayor morbilidad, retraso del desarrollo y complicaciones a largo plazo.

Se encontró además que, 53 niños (74.6%) presentó un perímetro cefálico dentro de rangos normales. Seguido de 16 niños (22,5%) que se incluyeron en la categoría “no aplica” por superar los dos años y no disponer de registro de esta medida antropométrica. Se observa una baja prevalencia de microcefalia con 2 niños (2,8%). No se registran casos de macrocefalia.

Objetivo general y específico 4. Relación entre destete precoz y desnutrición crónica infantil.

Tabla N. 8

Relación de lactancia dentro de la primera hora con desnutrición crónica infantil (DCI)

		Relación talla/edad (z-score)		
		DCI moderada	DCI severa	Total
Lactancia dentro de la primera hora	Si, dentro de a primera hora	33	4	37
	No, pero dentro de las primeras 24 horas	21	4	25
	No se amamantó dentro de las primeras 24 horas	5	4	9
Total		59	12	71

Fuente: Elaborado por el autor

Pruebas de chi cuadrado

	Valor	df	Significación asintomática (bilateral)
Chi-cuadrado de			
Pearson	5,853 ^a	2	,054
Razón de			
verosimilitud	4,816	2	,090
Asociación lineal			
por lineal	4,497	1	,034
N de caso válidos	71		

Fuente: Elaborado por el autor

En la tabla 7 se analiza la relación entre la **lactancia materna iniciada dentro de la primera hora de vida** y el grado de **desnutrición crónica infantil**, categorizada en moderada y severa. El análisis mediante la prueba de **chi-cuadrado de Pearson** no mostró una asociación estadísticamente significativa al nivel convencional del 5% ($\chi^2 = 5,85$; gl = 2; $p = 0,054$), aunque el valor observado se encuentra muy próximo al umbral de significación.

No obstante, la prueba de **asociación lineal por lineal** evidenció una relación estadísticamente significativa ($p = 0,034$), lo que sugiere la presencia de una **tendencia lineal**: a medida que se retrasa o se omite el inicio temprano de la lactancia, aumenta la proporción de casos de desnutrición crónica infantil severa. En particular, se observa que los niños que no fueron amamantados dentro de las primeras 24 horas presentan una mayor proporción de desnutrición severa en comparación con aquellos que sí iniciaron la lactancia de forma temprana.

Estos resultados indican que, si bien la asociación global no alcanza significación estadística estricta, existe evidencia de una **tendencia desfavorable** asociada al retraso en el inicio de la lactancia materna, lo que refuerza su importancia como práctica protectora frente a formas más severas de desnutrición crónica infantil.

Tabla N. 9

Distribución del destete precoz y severidad de la desnutrición crónica infantil (DCI) según z-score

Clasificación de DCI por z-score	Destete precoz						Total	%
	SI	%	NO	%	No recuerda	%		
DCI moderada	22	37.3	36	61	1	1.7	59	83.1
DCI severa	6	50	5	41.7	1	8.3	12	16.9
Total	28	39.4	41	57.7	2	2.8	71	100

Fuente: elaborado por el autor

De un total de 71 niños con diagnóstico de desnutrición crónica infantil, el 59 (83.1%) presentó DCI moderada, mientras 12 (16.9%) presentó DCI severa. En el grupo de niños con DCI moderada, 22 (37.3%) fueron destetados de forma precoz, mientras 36 (61%) mantuvieron la lactancia por un período igual o mayor a seis meses. En el grupo de niños con DCI severa, 6 (50%) fueron destetados de forma precoz, mientras 5 (41.7%) mantuvieron la lactancia por un período igual o mayor a seis meses. Se observó una mayor proporción de destete precoz en los participantes con DCI severa respecto a aquellos con DCI moderada.

Tabla N. 10

Relación de lactancia materna exclusiva en meses con desnutrición crónica infantil

	Relación talla/edad (z-score)	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Lactancia materna exclusiva en meses	Desnutrición crónica infantil moderada	59	4,822	2,5927	0,3375
	Desnutrición crónica infantil severa	12	5,5	6,7082	1,9365

Prueba de muestras independientes, prueba t para la igualdad de medias

95% de intervalo de confianza de las diferencias				
Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
0,552	-0,678	1,134	-2,9403	1,5844
0,736	-0,678	1,9657	-4,974	3,6181

Fuente: Elaborado por el autor

Se compara la duración promedio de la **lactancia materna exclusiva (en meses)** entre niños con **desnutrición crónica infantil (DCI) moderada** y **DCI severa**. Los resultados muestran que la media de lactancia materna exclusiva fue de **4,82 ± 2,59 meses** en el grupo con DCI moderada y de **5,50 ± 6,71 meses** en el grupo con DCI severa.

La prueba *t* de Student para muestras independientes no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t = -0,60$; $gl = 69$; $p = 0,552$). Este resultado se mantiene al considerar la corrección por varianzas desiguales ($p = 0,736$). Asimismo, el intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias incluye el valor nulo, lo que refuerza la ausencia de una diferencia significativa.

En consecuencia, no se encontró evidencia estadística que indique que la duración de la lactancia materna exclusiva difiera entre niños con desnutrición crónica moderada y severa en la población estudiada.

Tabla N. 11

Relación de la lactancia materna complementaria con desnutrición crónica infantil

Estadísticas de grupo						
	Relación talla/edad (z-score)	N	Media	Desv. Desviación	Desv. promedio	Error
¿Hasta qué edad lactó en meses?	Desnutrición crónica infantil moderada	56	19,723	7,0581	,9432	
	Desnutrición crónica infantil severa	11	15,364	7,6062	2,2934	

Prueba de muestras independientes, prueba t para la igualdad de medias

95% de intervalo de confianza de las diferencias				
Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
0,069	4,3596	2,3565	-0,3466	9,0658
0,101	4,3596	2,4797	-0,9737	9,6929

Fuente: Elaborado por el autor

Se analiza la relación entre la **edad hasta la cual se mantuvo la lactancia materna (en meses)** y el grado de **desnutrición crónica infantil (DCI)**. Los resultados muestran que los niños con DCI moderada presentaron una duración promedio de lactancia de **19,7 ± 7,1 meses**, mientras que aquellos con DCI severa registraron una media menor de **15,4 ± 7,6 meses**.

La prueba *t* de Student para muestras independientes no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t = 1,85$; $gl = 65$; $p = 0,069$). De forma consistente, el análisis bajo el supuesto de varianzas desiguales tampoco alcanzó significación estadística ($p = 0,101$). Además, el intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias incluyó el valor nulo, lo que respalda la ausencia de una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico.

No obstante, se observa una **tendencia** hacia una mayor duración de la lactancia materna en los niños con DCI moderada en comparación con aquellos con DCI severa, lo que podría sugerir un posible efecto protector de una lactancia más prolongada; sin embargo, esta tendencia no alcanza el nivel de significación convencional, por lo que debe interpretarse con cautela.

Objetivo 5. Presentar una propuesta médica con elementos estructurales y funcionales para prevenir la desnutrición crónica por destete precoz (ver anexo 3).

DISCUSIÓN

En esta investigación se incluyeron 71 niños con diagnóstico de desnutrición crónica infantil (DCI), predominó del sexo masculino con el 60.6% coincidiendo con los hallazgos de Thurstans y col. (2020) quienes reportan que la desnutrición en menores de cinco años afecta más a hombres que a mujeres. El grupo etario predominante fue el de 12 a 23 meses (43.7%), como señalan Moreno y col. (2021), los dos primeros años de vida es una etapa clave para la salud debido a los altos requerimientos nutricionales, derivados de las necesidades de rápido crecimiento.

El rango de edad más frecuente en las madres fue de 26 a 35 años (49.3%), mientras que el 8.5% fueron adolescentes. La mayoría de los participantes (78.9%) se autoidentificaron como indígenas, lo que se ajusta a lo citado por CRISFE (2022), donde se señala que la DCI afecta de forma particular a comunidades indígenas. Esta condición además revela profundas desigualdades en el acceso a los servicios de salud, educación y seguridad alimentaria (Machado, 2025).

El 71.8% de las madres señaló haber asistido a seis o más controles prenatales durante el embarazo y el 94.4% de los partos se dieron en un establecimiento de salud, lo que se interpreta como un indicador positivo y un factor protector frente a complicaciones de la madre y el niño. En realidad, el presente estudio contrasta con lo reportado por Alulema y col. (2023) quienes destacan que el difícil acceso a los servicios de salud en áreas alejadas es un factor determinante de DCI.

El 52.1% de los niños iniciaron la lactancia materna en la primera hora tras el nacimiento, mientras que, un porcentaje significativo de 47.9% no lo pudo realizar. La lactancia durante la primera hora de vida es un indicador de excelencia según Reyes y col. (2021), incrementa la frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva y reduce la mortalidad infantil (Moreira y col., 2025).

El 80% de niños pasaron todo el tiempo o la mayor parte del tiempo en alojamiento conjunto con su madre, esta práctica se alinea a lo referido por Schlesinger y col. (2024) quienes señalan que favorece el vínculo materno infantil. Entre las causas de destete precoz se identificaron factores relacionados con el trabajo, factores culturales, percepción de insuficiente producción de leche y rechazo del niño como lo señalan en sus estudios Flores y col., (2022) y Díaz y col., (2016).

La duración promedio de lactancia materna exclusiva fue de 4.9 meses, y de la lactancia complementaria fue de 19 meses, lo que evidencia que no se pudo alcanzar los objetivos, limitando los beneficios asociados a las prácticas óptimas de lactancia materna. Al respecto, la OMS y UNICEF recomiendan iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida, mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y continuar la lactancia materna hasta los dos años o más (García y col., 2022).

El 83.1% de los niños fue diagnosticado con DCI moderada y el 26.9% con DCI severa. El análisis de la relación lactancia materna iniciada dentro de la primera hora de vida y grado de DCI, evidenció una relación estadísticamente significativa ($p = 0,034$), es decir, a medida que se retrasa o se omite el inicio temprano de la lactancia, aumenta la proporción de casos de desnutrición crónica infantil severa. En base a lo anterior Wasihun y col. (2024) destacan que las prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria son factores que contribuyen a la desnutrición mientras que, Zahrotin y col. (2022) subrayan que la iniciación temprana de la lactancia materna puede disminuir la incidencia de desnutrición crónica infantil.

En el grupo de niños con DCI moderada, el 37.3% fueron destetados de forma precoz, mientras el 61% mantuvo la lactancia por un período igual o mayor a 6 meses. Mientras en el grupo de niños con DCI severa el 50% fue destetado de forma precoz y el 41.7% mantuvo la lactancia exclusiva. Se observa una mayor proporción de destete precoz en los participantes con DCI severa respecto a aquellos con DCI moderada. Sin embargo, no se encontró evidencia estadística ($p = 0,552$) que indique que la duración de la lactancia materna exclusiva difiera entre niños con desnutrición crónica moderada y severa en la población estudiada, este resultado difiere de lo planteado por Alulema y col., (2023) quienes afirman que la lactancia materna exclusiva menor a 6 meses es un factor determinante de desnutrición crónica infantil.

En el análisis de la relación lactancia complementaria y grado de desnutrición crónica infantil (DCI) mostró una tendencia hacia mayor duración en los niños con DCI moderada (19.7 meses vs 15.4 meses) lo que podría indicar un efecto protector de la lactancia prolongada, aunque sin alcanzar una significación estadística ($p = 0,069$), información que se ajusta a lo señalado por Lorenzo y col. (2025) quienes refieren que a partir de los seis meses, las necesidades de los lactantes se incrementan y recomiendan continuar la lactancia materna hasta los dos años o más.

CONCLUSIONES

1. La desnutrición crónica infantil afectó principalmente a niños menores de dos años, con predominio del sexo masculino, comprobando que esta etapa constituye un período crítico para el crecimiento y desarrollo.
2. La mayoría de las madres se encuentran en una edad reproductiva considerada óptima, han alcanzado una formación académica de nivel básico y de bachillerato, y se autoidentifican como indígenas, condición que refleja la influencia de determinantes sociales y culturales en el estado nutricional de los niños.
3. A pesar de la adecuada cobertura de controles prenatales y una elevada proporción de partos institucionales, persisten prácticas inadecuadas de lactancia materna, reflejadas en el inicio tardío y la duración insuficiente de la lactancia exclusiva y complementaria.
4. El inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida evidenció que a medida que se retrasa o se omite el inicio temprano de la lactancia aumenta los casos de desnutrición crónica infantil severa.
5. No se encontró evidencia estadística que indique que la duración de la lactancia materna exclusiva difiera entre niños con desnutrición crónica moderada y severa.
6. Se observa una tendencia hacia una mayor duración de la lactancia materna complementaria en los niños con desnutrición crónica infantil moderada, lo que podría sugerir un efecto protector de la lactancia materna prolongada.
7. Los hallazgos respaldan la necesidad de reforzar los servicios de salud, las estrategias educativas, comunitarias e interculturales para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada como medida de prevención de la desnutrición crónica infantil.

LIMITACIONES

- La base de datos incluyó inicialmente 84 niños con diagnóstico de desnutrición crónica. No obstante, 8 niños cambiaron su lugar de domicilio, mientras los tutores de 5 niños rechazaron participar en la investigación.
- Tamaño de la muestra relativamente reducido.
- Sesgo de memoria por información referida por las madres.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que, en lo posterior, se realicen estudios de casos y controles con muestras más grandes que permitan comparar no solamente las prácticas de lactancia materna sino además condiciones sociodemográficas y culturales entre niños con desnutrición crónica y niños sanos, lo que facilitará la determinación de asociaciones más consistentes entre estas dos variables.
- Fortalecer las estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en todas sus etapas y la iniciación de una alimentación complementaria adecuada.
- Focalizar los programas de lactancia materna y nutrición infantil en comunidades indígenas, considerando factores socioculturales y educativos.
- Ejecutar la propuesta para la prevención de desnutrición crónica infantil asociada a destete precoz.
- Diseñar estrategias que consideren el manejo integral de la mujer en período de gestación, con especial atención en su nutrición, ya que esta repercute directamente en la salud y desarrollo del niño.
- Impulsar prácticas familiares y comunitarias con enfoque de diversidad cultural con el objetivo de incrementar la aceptación y continuidad de las intervenciones en lactancia y nutrición.

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (2020). *Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil: Avances de la Política Pública Orientada al Abordaje de la Desnutrición Crónica Infantil*, 15. [BasePoliticaNov2023V16FINAL.pdf](#)
2. Machado, J. (2025). *Desnutrición crónica infantil golpea con fuerza a la niñez indígena en Ecuador*. Primicias. [El 39% de los niños indígenas menores de dos años sufre desnutrición](#)
3. REDNI (2022). *Desnutrición crónica infantil*, 1. [FICHA INFORMATIVA](#)
4. Montero, Y. Alonso, B. Ravel, J. Uría, R. González, A. e Isaac, E. (2021). *Morbilidad en infantes con destete precoz*. Revista Cubana de Pediatría, 93(4). [Morbilidad en lactantes con destete precoz](#)
5. Moreno, J. Collado, M. Larque, E. Leis-Trabazo, M. Sáenz, M. Moreno, L. (2021). *Los primeros 1000 días: una oportunidad para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles*, Scielo Madrid 36(1). <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02453>
6. Melo, L. (2022). *La lactancia materna es un factor determinante en la lucha contra la desnutrición crónica*. [La lactancia materna es un factor determinante en la lucha contra la desnutrición crónica | UNICEF](#)
7. Okutse, A. Athiany, H. (2025). *Socioeconomic disparities in child malnutrition: trends, determinants, and policy implications from Kenya demographic and health survey*, 25, (1), 295. [Socioeconomic disparities in child malnutrition: trends, determinants, and policy implications from the Kenya demographic and health survey \(2014 - 2022\) | BMC Public Health | Full Text](#)
8. Darcho, S. Bayisa, F. Nimani, T. (2025). *Prevalencia de Prácticas de Alimentación Apropiaada en Infantes y Niños entre 0- 23 meses que Asisten al Hospital Público de Harar, Este de Etiopía, 2024: Un Estudio Transversal Institucional*, 32. DOI <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.101937>
9. Albuja, W. (2022). *Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador*. Scielo México. 10(28) <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83314>

10. Bonilla, D. y Noriega, V. (2023). *Desnutrición en la primera infancia en el Ecuador*, *Revista Médica Pentaciencias*, 5 (4), 551-552. [\(PDF\) Desnutrición en la primera infancia en el Ecuador](#)
11. Reyes, A. (2024). *UNICEF: Uno de Cada Seis Niños Aún No Reciben Lactancia Materna Exclusiva en República Dominicana*. Comunicado de prensa. [UNICEF: “5 de cada 6 niños aún no reciben lactancia materna exclusiva en RD”](#)
12. Gil, M. Martínez, E. y Maldonado, J. (2017). *Tratado de Nutrición-Nutrición humana en el estado de salud*, (3 ed). Argentina: Editorial Médica Panamericana.
13. Escofet, M. Tremoleda, M. Ariza, C. (2022). *Lactancia materna*. Elsevier. 29(2), 84-89. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.013>
14. García, F. Silveira, A. Neto, A. Alvez, I. Lucchese, I. y Oliveira, N. (2022). *Factores interventores en la lactancia materna en la primera hora de vida en la maternidad*, 30, 1-2, <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.69838>
15. López, B. Toro, C. y Osorno, A. (2020). *Relación ente el consumo de ácidos grasos y su contenido en la leche materna madura de mujeres lactantes de la ciudad de Medellín, Colombia*. *Revista Chilena de Nutrición*. 47(6), 890. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000600889>
16. Rodríguez, P. (2022). *Fomento y apoyo al inicio, exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños*, 15(2), 4. [Fomento y apoyo al inicio, exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños](#)
17. Reyes, Y. Alonso, R. Rodríguez, B. Acosta, A. Santos, J. Castillo, E. (2021). *Morbilidad en lactantes con destete precoz*, 93(4). [Morbilidad en lactantes con destete precoz](#)
18. Moreira, A. Almeida, J. Resendes, M. Tavares, M. y Santos, A. (2025). *Percepción materna de los factores que dificultan la lactancia materna en la primera hora de vida*, *Millenium Journal of Education, Technologies and Health* 2(16), 2. <https://doi.org/10.29352/mill0216e.35020>
19. Soto, C. (2018). *Primera hora de vida: Una ventana de oro*, 3(3), 176. [2018-3_4.Articulo_especial.pdf](#)
20. Fontella, L. Dutra, L. Backes, D. Pestana, M. y Silva, S. (2023). *Documental sobre la hora dorada: Tecnología instruccional para la cualificación de la atención*

- materno infantil*, Millenium Journal of Education, Technologies and Health, 2(12), 1-8. <https://doi.org/10.29352/mill0212e.30842>
21. Schlesinger, E. Hatiel, K. Hod, N. Shinwell, E. (2024). *Longer skin to skin contact after birth enhances breastfeeding quality and duration: A cohort study*. Acta Pediátrica. <https://doi.org/10.1111/apa.17388>
 22. UNICEF (2018). *Lactancia materna: La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida*. [Lactancia materna | UNICEF](#)
 23. Malaver, D. Guerrero, R. y Malaver, R. (2025). *Determinantes de la lactancia materna exclusiva en el mundo y en Colombia: Revisión sistemática de literatura*, 38(2), 279-289. [Vista de Determinantes de la lactancia materna exclusiva en el mundo y en Colombia: revisión sistemática de la literatura](#)
 24. Edema, J. y Patrick, C. (2026). *Factores asociados con la lactancia materna exclusiva entre madres del sector formal: un estudio de métodos mixtos en Kampala, Uganda*, 21(2), 11. <https://doi.org/10.1186/s13006-025-00788-4>
 25. Almazán, M. García, M. Ruiz, E. Castell, M. Rodríguez, J. y Carbajo, A. (2024). *Análisis crítico de las nuevas directrices de la OMS sobre alimentación complementaria en el lactante de 6 a 23 meses de edad*, 26(103), [Análisis crítico de las nuevas directrices de la OMS sobre alimentación complementaria en el lactante de 6 a 23 meses de edad](#)
 26. Ministerio de Salud de Argentina. (2021). *Guía de práctica clínica sobre alimentación complementaria para los niños y niñas menores de 2 años*. [guia-alimentaria-nyn-2022.pdf](#)
 27. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Guía de alimentación complementaria para lactantes y niños pequeños de 6 a 23 meses de edad*. [WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age](#)
 28. Asociación Española de Pediatría. (2018). *Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria*. [recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final_0d83dbbd5a.pdf](#)
 29. Baldassarre, R. y Col. (2022). *Alimentación complementaria en lactantes prematuros: un documento de posición de las sociedades conjuntas italianas de neonatología, pediatría y gastroenterología pediátrica*. [s13052-022-01275-w.pdf](#)
 30. Matta, L. (2025). *Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden a un centro de atención primaria en Lima norte*, 5(1), 11-

18. [Vista de Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres que acudena un centro de atención primaria en Lima Este](#)
31. Rodríguez, P. (2022). *Fomento y apoyo al inicio, exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños*, Scielo, 15(2). [Fomento y apoyo al inicio, exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños](#)
32. Lorenzo, M. Gil, M. Jahan, N. Anishchenko, S. Doménech, G. y Sánchez, T. (2025). *Beneficios de una lactancia materna prolongada*, 31(2), 2-3. [RENC-D-24-0043. Manuscrito original.pdf](#)
33. Quizhpi, K. (2024). *Beneficios de la lactancia materna prolongada en la madre y el niño. Trabajo de grado, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador*. dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/561c3c61-dble-450f-997a-fe1e44149a84/content
34. Alares, A. Sánchez, C. Sáenz, M. Anicuta, M. y Piedrafita, A. (2024). *Beneficios de la lactancia materna prolongada*, 5(12). [Beneficios de la lactancia materna prolongada](#)
35. Pérez, R. (2025). *Identificación de nuevas dianas metabólicas de la lactancia prolongada*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, España. [Identificación de nuevas dianas metabólicas de la lactancia prolongada](#)
36. Younger, J. y Noble, L. (2022). *Declaración de política: Lactancia materna y el uso de leche humana*, 150(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
37. Fernández, V. García, M. Ruiz, E. Castell, M. Rodríguez, J. y Carabajo, A. (2024). *Análisis crítico de las nuevas directrices de la OMS sobre alimentación complementaria en el lactante de 6 a 23 meses de edad*, Scielo, 26(103). <https://dx.doi.org/10.60147/17e0ce48>
38. Mejía, A. Meneses, K. Armijos, L. Villar, M. Ocampo, M. (2022). *Reporte de nutrición 2022: La desnutrición crónica infantil en el Ecuador*. Quito: Fundación CRISFE. [CRISFE-final-WEB.pdf](#)
39. Martín, S. Domínguez, B. Sánchez, M. García, R. Bonet, A. y Solís, G. (2024). *Duración de la lactancia materna y condición nutricional de los lactantes en España. Estudio LAYDI. Anales de Pediatría*, 101(3), 172-182. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.06.003>

40. Guido, M. Orozco, M. Ibarra, M. Gómez, T. (2023). *Neurodesarrollo y lactancia materna* 1, 37-41. [Neuro desarrollo y lactancia materna](#)
41. Domínguez, N. Lezama, J. Sánchez, E. Méndez, S. Sánchez, C. Bello, I. y Retama, J. (2025). *Desarrollo infantil en niños con lactancia materna exclusiva*, 63(2), 7. [04435117-63-2-e6598.pdf](#)
42. Sigh, B. (2025). *Breastfeeding duration and neurodevelopment: Insights into autism spectrum disorders and weaning practices*. Journal of Health, Population and Nutrition, 44(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00784-8>
43. Vargas, M. Becerra, F. Balsero, S. y Meneses, Y. (2020). *Lactancia materna: mitos y verdades*. Scielo Bogotá, 68(4). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74647>
44. Silva, G. y Huamán, J. (2024). *La lactancia materna, peso adecuado y un estilo de vida saludable como factores preventivos para cáncer de mama y reconocimiento de algunos factores de riesgo*, 24(4), 196-202. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/6047>
45. Victora, C. Christian, P. Vidaletti, L. Domínguez, G. Menon, P. y Black, R. (2021). *Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda*. The lancet, 397(10282), 1388-1399. [Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda - The Lancet](#)
46. Mahon, J. y Dreyer, P. (2024). *Experiencias de mujeres primíparas ante la interrupción temprana no deseada de la lactancia materna: un estudio cualitativo*. Nordic Journal of Nursing, 44, 1-8 <https://doi.org/10.1177/20571585241276464>
47. Unfried, A. Paixao, G. De Sena, C. Oliveira, J. y Neto, J. (2024). *Factores neonatales asociados a destete precoz en un municipio de Bahía, Brasil: un estudio transversal*, Scielo Brasil, 58. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0091en>
48. Toro, M. Obando, A. y Alarcón, M. (2022). *Valoración social de la lactancia materna y dificultades que conlleva el destete precoz en lactantes menores*. Revista Chilena de Pediatría, 93(3), 380. [2452-6053-andesped-andespediatr-v93i3-3273.pdf](#)

49. Flores, J. Custodio, R. y Llontop, O. (2022). *Otras dificultades a la lactancia materna exclusiva, que conllevan al destete precoz en lactantes menores*, Revista Chilena Andes Pediátrica 93(6), 918-919.
<http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i6.4525>
50. Toro, M. (2022). *Otras dificultades de la lactancia materna exclusiva que conllevan al destete precoz en lactantes menores*, 93(6), 920-921.
<https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i6.4569>
51. Díaz, M. Ruzafa, M. Ares, S. Espiga, I. y De Alba, C. (2016). *Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas con relación a la lactancia materna*. Revista española de salud pública, 90(8), 1-8. [MOTIVACIONES Y BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA \(*\)](#)
52. Oblitas, A. Herrera, J. y Flores, Y. (2022). *Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: una revisión sistemática*, Scielo Bolivia, 5(15), 874-888.
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.195>
53. Fernández, P. Hierrezuelo, N. y Blanch, M. (2022). *Factores de riesgo relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva*, 26(5). [Factores de riesgo relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva](#)
54. Domínguez, L. y Montero, D. (2025). *Influencia del conocimiento sobre lactancia materna y técnicas de amamantamiento en el destete precoz de púerperas shuar: Caso San Juan Bosco, Huamboya*, 3(2).
<https://doi.org/10.70577/innovascit.v3i2.53>
55. UNICEF (2022). *Desnutrición infantil*.
<https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
56. Díez, A. y Marrodán M. (2018). *La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico*, (1). Madrid: Edición Punto Didot.
[Desnutrición infantil e indicadores antropométricos para su diagnóstico](#)
57. Fundación CRISFE (2022). *Reporte de nutrición 2022. Desnutrición Crónica Infantil*, 7, [CRISFE-final-WEB Nutricion.pdf](#)
58. Jiménez, A. Martínez, A. Salas, M. Martínez, R. y González, L. (2021). *Evaluando la desnutrición en pediatría, un reto vigente*. Scielo Madrid, 38(2).
[Evaluando la desnutrición en pediatría, un reto vigente](#)

59. Betela, B. Bitew, D. y Geng, D. (2025). *Determinantes de malnutrición crónica en niños menores de cinco años en Etiopía mediante regresión cuantílica simultánea*, 15. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-20884-z>
60. Torres, L. Troche, I. y Andrade, B. (2025). *Caracterización y factores asociados a la malnutrición en menores de 5 años en el municipio de Neiva, Colombia*, 32(4), 33-42. [Caracterización y factores asociados a la malnutrición en menores de 5 años en el municipio de Neiva, Colombia](#)
61. Chimborazo, M. y Aguaiza, E. (2023). *Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en el Ecuador: Una revisión sistemática*. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 4(1), 269-288. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.244>
62. Aguaysa, M. (2023). *Desnutrición crónica infantil en Ecuador. Revisión bibliográfica sistemática*. Trabajo de título para magíster, Universidad de las Américas, Quito. [Repositorio Digital Universidad De Las Américas: Desnutrición crónica infantil en ecuador. Revisión bibliográfica sistemática](#)
63. Cuevas, L. Gaona, E. Rodríguez, S. Morales, M. González, L. García, R. Gómez, L. Ávila, M. Shamah, T. y Rivera, J. (2019). *Desnutrición crónica en población infantil de localidades con menos de 100000 habitantes en México*. Salud Pública de México, 61(6), 833-840. <https://doi.org/10.21149/>
64. Trehan, I. y Goday, P. (2025). *Malnutrition in children in resource-limited settings: Clinical assessment*. <https://031031z6l-y-https-www-uptodate-com.proxy.uide.edu.ec/contents/malnutrition-in-children-in-resource-limited-settings-clinical-assessment/print?search=chronic%>
65. Alulema, A. Vacas, K. Rivadeneira, M. y Moncayo, A. (2023). *Incidencia de desnutrición crónica y factores asociados en una cohorte de niños menores de 5 años: Un estudio observacional multicéntrico*, 24(1), 79-89 <https://doi.org/10.52011/206>
66. Cortez, D. y Pérez, M. (2023). *Desnutrición crónica infantil y sus efectos en el crecimiento y desarrollo*. RECIAMUC, 7(2), 677-686. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.677-686](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.677-686)
67. Castillo, A. (2025). *Comunicación verbal afectiva y expresiva asociada a la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años en Perú, 2021-2022*. Trabajo de grado, Universidad Ricardo Palma, Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/8938>

68. Cando, D. y Hervas, A. (2025). *Factores de riesgo y complicaciones de la desnutrición crónica en pacientes pediátricos de 0-5 años*. Trabajo de grado, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba. [Cando C., Deysi J.; Hervas T., Ana V. \(2025\) Factores de riesgo y complicaciones de la desnutrición crónica en pacientes pediátricos de 0 a 5 años..pdf](#)
69. Mina, J. Cevallos, J. Reyes, G. y Tayupanda, E. (2024). *Déficits nutricionales asociados a desnutrición crónica en niños escolares*, *4*(1), 177-192. [Déficits nutricionales asociados a desnutrición crónica en niños escolares | Revista Científica de Salud BIOSANA](#)
70. Donato, J. (2023). *Programación del metabolismo por adipocinas durante el desarrollo*, *19*(7), 385-397. <https://doi.org/10.1038/s41574-023-00828-1>
71. Solórzano, J. y Toala, J. (2024). *Desnutrición, sistema inmunológico y susceptibilidad a enfermedades infecciosas en niños menores de 5 años*, *8*(3), <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.3.2024.5238-5259>
72. Da Cruz, M. Albuquerque, S. De Sousa, L. Moreira, A. y Lima, B. (2025). *Desnutrición e infecciones intestinales en niños: Una revisión narrativa*, *17*(9). <https://www.mdpi.com/2072-6643/17/9/1479>
73. Morales, F. Montserrat, S. León, M. y Rivero, F. (2023). *Efectos de la malnutrición sobre el sistema inmunológico y las infecciones, y el papel de las estrategias nutricionales en la mejora del estado de salud infantil: una revisión de la literatura*, *16*(1). https://doi.org/10.3390/nu16010001?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle
74. Van Neerven, R. (2025). *Macronutrientes, micronutrientes y malnutrición: Efectos de la nutrición sobre la función inmunológica en lactantes y niños pequeños*, *17*(9), 1469 <https://doi.org/10.3390/nu17091469>
75. Tharumakunarah, R. y Col. (2024). *El impacto de la desnutrición en el desarrollo y la salud pulmonares a largo plazo: una revisión narrativa de la literatura mundial*, *10*, 155-170. <https://doi.org/10.1007/s41030-024-00257-z>
76. Rocha, H. y Col. (2022). *Desnutrición y duración corta de la lactancia materna: asociación con el desarrollo infantil: un estudio poblacional*, *98*(3), 316-322. <https://doi.org/10.1111/jnu.12799>
77. Carrillo, L. (2025). *Cómo realizar una historia clínica nutricional*, *32*(4), 160-163. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2024.03.006>

78. Ministerio de Salud de Chile. (2016). *Norma para la evaluación nutricional de niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años*, 20. [CHL-CH-38-02-GUIDELINE-2010-esp-NORMA-EVALUACION-NUTRICIONAL-NIÑOS.pdf](#)
79. Rosell, A. Riera, J. y Galera, R. (2023). *Valoración del estado nutricional*, 1, 389-399. *Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. [31_valor_estado_nutr.pdf](#)
80. Pinheiro, A. Quintiliano, D. y Masferrer, D. (2018). *Manual de evaluación nutricional: Ecuaciones, fórmulas, parámetros de referencia y criterios para la realización del diagnóstico nutricional en distintas situaciones*. Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. [ManualdeEvaluacinNutricional-VERSIONFINAL.pdf](#)
81. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2019). *Recomendaciones para la recolección, análisis e informe de los indicadores antropométricos en niños menores de 5 años*.
82. Maidartati, M. Iklima, N. Irawan, E. Puspita, P. y Putri, A. *El impacto del destete precoz en el estado nutricional de niños de 6 a 24 meses en Cinambo*, 3(1). <https://doi.org/10.37034/medinftech.v3i1.69>
83. Wasihun, Y. Addissie, G. Yigezu, M. y Kebede, M. (2024). *Práctica de inicio temprano de la alimentación complementaria y sus factores asociados en niños 6 a 24 meses en el noreste de Etiopía*, 43(67). <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00554-y>
84. Arshia, M. Sabahat, A. Muhammada, A. Shazia, B. Kaleem, R. y Jan, M. (2024). *Efecto del tipo y la edad de introducción del destete sobre el estado nutricional de niños menores de 5 años: un estudio de casos y controles*, 32(4), 334-338. [Scopus - Document Details](#)
85. Pavani, V. Anu, M. Satya, P. Neeta, M. Nagalla, B. y Snigdha, P. (2022). *Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño en relación con la prevalencia de desnutrición en Sharmipet Mandal, Hyderabad, India*, 7(4), 195-202. [Scopus - Document Details](#)
86. Asif, K. Darren, W. Yvette, M. y Smita, N. (2022). *Asociación entre los indicadores y prácticas de alimentación infantil con las formas coexistentes de malnutrición en niños menores de seis meses de edad*, 14(20), DOI 10.3390/nu14204242

87. Shahid, S. Hamid, S. Ghouri, N. Memon, S. y Jabbar, R. (2025). *Comparación de las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños y de las características demográficas entre niños sanos y desnutridos de 0-23 meses de edad en Pakistán*, *41*(2), 505-511. <https://doi.org/10.12669/pjms.41.2.10243>
88. Calderón, S. (2024). *Prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria en la desnutrición crónica de lactantes*. Trabajo de maestría, Universidad de las Américas, Quito. [UDLA-EC-TMND-2024-43.pdf](#)
89. INEC (2022). *Ecuador VIII censo de población y VII de vivienda*. [Registro Estadístico Base de Población del Ecuador |](#)
90. Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Colta. (2018). <https://www.gadcolta.gob.ec/gadcolta/index.php/turismo/patrimonio/historico/9-colta#colta#>
91. Lainez, C. (2024). *Estrategias de promoción de la salud para reducir la desnutrición infantil en menores de 5 años en la comunidad de Colta de la sierra ecuatoriana*. Trabajo de maestría, Universidad de las Américas, Quito. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17046>
92. Thurstans, S. y col., (2020). *Los niños tienen más probabilidades de padecer desnutrición que las niñas: una revisión sistemática y metaanálisis de las diferencias de sexo en la desnutrición*, *5*(12). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004030>
93. Zahrotin, T. Adriani, R. y Murti, B. (2022). *Efecto de la iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva y la desnutrición crónica infantil: un metaanálisis*, *7*(6). <https://doi.org/10.26911/thejmch.2022.07.06.07>

ANEXOS

Anexo N. 1 Operacionalización de las variables

Variable conceptual	Dependiente/Independiente	Variable real Dimensiones	Variable operacional Indicadores	Escala
Edad del niño	Independiente	Tiempo cronológico del niño desde su nacimiento hasta el momento actual	Meses	0-11 meses 12-23 meses 24-35 meses 36-47 meses 48-59 meses
Sexo	Independiente	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombre y mujer	Cualitativo dicotómico	Masculino Femenino Otro (especificar)
Etnia	Independiente	Grupo social, donde sus integrantes se identifican entre sí en base a un origen común y ciertos rasgos compartidos	Auto denominación étnica	Indígena Mestizo Afroecuatoriano Blanco Montubio Mulato No sabe/no responde Otros
Edad de la madre	Independiente	Tiempo cronológico de la madre desde su nacimiento hasta el momento actual	Años	Menor de 10 años 10-18 años 19-25 años 26-35 años 36 o más
Nivel de instrucción de la madre	Independiente	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Grado de escolaridad	Alfabetización Educación básica Bachillerato Superior Cuarto nivel

				No asistió a ninguna escuela No sabe/no recuerda
Controles prenatales	Independiente	Conjunto de actividades y procedimientos que se brinda a la madre y al feto durante el embarazo para garantizar su bienestar antes, durante y después del parto.	Cuantitativo continuo	Ninguno 1-3 4-5 6 o mas No sabe/ no recuerda
Lugar del parto	Independiente	Área física donde se da el proceso fisiológico único donde la mujer finaliza su período de gestación	Cualitativa politómica nominal	Institucional Domiciliario No sabe/no recuerda Otro
Lactancia materna inmediata	Independiente	Alimentación del niño con leche materna durante la primera hora de vida	Cualitativa politómica	Si, dentro de la primera hora No, pero dentro de las primeras 24 horas No se amamantó dentro de las primeras 24 horas No recuerda
Alojamiento conjunto	Independiente	Práctica hospitalaria en donde la madre y el recién nacido se mantienen en la misma habitación	Cualitativa politómica	Todo el tiempo La mayor parte de tiempo Solo a veces Nunca estuvo en la habitación

		después del parto		No sabe
Lactancia materna exclusiva	Independiente	Alimentación del niño solamente con leche materna, durante los primeros 6 meses, sin ningún otro tipo de alimento sólido o líquido	Cualitativa dicotómica	Sí No
Lactancia materna hasta los dos años	Independiente	Alimentación del niño con leche materna hasta los dos años además de alimentación complementaria	Cualitativa dicotómica	Sí No
Destete precoz	Independiente	Es la introducción de alimentos en la dieta del lactante, además de la leche materna, antes de los seis meses de edad.	Causas	* Complicaciones en las glándulas mamarias *Baja producción de leche/ Insatisfacción del niño *Falta de conocimiento sobre lactancia materna *Niño rechaza o no succiona el seno *Retorno laboral o por estudio *Condición clínica de la madre o el niño *Deseo de no

				dar el pecho *Otra * No sabe/ no recuerda
Talla	Dependiente	Estatura de una persona medida desde los pies hasta la coronilla	Cuantitativo continuo	Talla en centímetros
Perímetro cefálico	Dependiente	Circunferencia de la cabeza medida justo por encima de las cejas y las orejas	Cuantitativo continuo	Perímetro cefálico en centímetros
Talla/edad	Dependiente	Relación que permite determinar retraso en el crecimiento o desnutrición crónica en niños desde el nacimiento hasta los 5 años	Cuantitativo continuo	Z – Score
Plan educacional	Independiente	Instrumento de planificación que permite organizar y detallar un	Cuantitativo	Número de actividades realizadas/Número de actividades programadas

		proceso pedagógico		
Mejorar la calidad de la atención prenatal	Independiente	Es la capacidad de los servicios de salud de brindar atención adecuada y oportuna a la madre y el niño.	Cuantitativo	Número de actividades realizadas/Número de actividades programadas
Fortalecer el componente Parto y Posparto de la Normativa ESAMyN	Independiente	La Normativa ESAMyN (Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño) tiene el objetivo de disminuir la morbilidad materno - neonatal	Cuantitativo	Número de actividades realizadas/Número de actividades programadas
Fortalecer el componente Lactancia Materna de la Normativa ESAMyN	Independiente	La Normativa ESAMyN (Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño) tiene el objetivo de disminuir la morbilidad materno - neonatal	Cuantitativo	Número de actividades realizadas/Número de actividades programadas

**Instrumento de Recolección de Datos sobre Lactancia Materna, Prácticas
Perinatales y Estado Nutricional Infantil**

Instrucciones:

- El investigador principal completará cada apartado del formulario de forma objetiva.
- La fecha de nacimiento se registrará usando un documento como carné de salud o acta de nacimiento. Si no hay documento, se registrará la fecha según lo recuerda el cuidador y se especificará como "información autorreportada".
- En el sexo, se registrará el asignado al nacer (informado por los padres)
- En el nivel de instrucción se registrará el máximo nivel educativo completo alcanzado por la madre.
- En la sección 2 se verificarán y registrarán los parámetros antropométricos y datos de las curvas de crecimiento de la OMS anotados en la historia clínica en una visita determinada.

MÓDULO I Variables sociodemográficas, prácticas perinatales y de lactancia materna.

1. Fecha de aplicación de la encuesta

2. ¿Cuál es el nombre completo del niño?

3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento?

4. ¿Qué edad tiene el niño?

- ☐ 0 - 11 meses
- ☐ 12 - 23 meses
- ☐ 24 - 35 meses
- ☐ 36 - 47 meses
- ☐ 48 - 59 meses

5. ¿Cuál es el sexo del niño?
- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otro (especificar)
6. ¿Qué edad en años cumplidos tiene la madre o tutor legal?
- ☐ Menor de 10 años
- ☐ 10 - 18 años
- ☐ 19 - 25 años
- ☐ 26 - 35 años
- ☐ 36 años o más
7. ¿Cómo se autoidentifica la madre o tutor legal del niño?
- ☐ Indígena
- ☐ Mestizo
- ☐ Afroecuatoriano
- ☐ Blanco
- ☐ Montubio
- ☐ Mulato
- ☐ No sabe / no responde
- ☐ Otro: _____
8. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha completado?
- ☐ Alfabetización
- ☐ Educación básica
- ☐ Bachillerato
- ☐ Superior
- ☐ Cuarto nivel
- ☐ No asistió a ninguna escuela
- ☐ No sabe/ no recuerda

9. ¿Cuántas veces recibió control prenatal durante el embarazo?
- ☐ Ninguno
- ☐ 1 - 3
- ☐ 4 - 5
- ☐ 6 ó más
- ☐ No sabe/ no recuerda
10. ¿Dónde ocurrió el parto?
- ☐ En una casa de salud (centro de salud, hospital, clínica)
- ☐ Domicilio
- ☐ No sabe/ no recuerda
- ☐ Otro
- _____
11. ¿El bebé fue amamantado (antes de cualquier otro alimento o líquido) dentro de la primera hora después del nacimiento?
- ☐ Si, dentro de la primera hora
- ☐ No, pero dentro de las primeras 24 horas
- ☐ No se amamantó dentro de las primeras 24 horas
- ☐ No recuerda
12. ¿Cuánto tiempo el bebé permaneció en la misma habitación con su madre (sin que lo separaran por razones médicas)?
- ☐ Todo el tiempo
- ☐ La mayor parte del tiempo
- ☐ Solo a veces
- ☐ Nunca estuvo en la habitación
- ☐ No sabe/ no recuerda
13. ¿Hasta qué edad (en meses completos) fue alimentado exclusivamente con leche materna (sin fórmula ni otros líquidos/comidas)?
- _____

14. ¿Hasta qué edad (en meses completos) fue amamantado el niño?

15. ¿Cuál o cuáles fueron las principales razones por las que dejó de amamantar al niño antes de la edad recomendada? (Se puede registrar más de una opción)

- ☐ Complicaciones en las glándulas mamarias
- ☐ Baja producción de leche/ Insatisfacción del niño
- ☐ Falta de conocimiento sobre lactancia materna
- ☐ Niño rechaza o no succiona el seno
- ☐ Retorno laboral o por estudio
- ☐ Condición clínica de la madre o el niño
- ☐ Deseo de no dar el pecho
- ☐ No sabe/ no recuerda
- ☐ Otro:

MODULO II Revisión de la Historia Clínica, documentación de parámetros antropométricos y seguimiento de las curvas de crecimiento según los estándares de la Organización Mundial de la Salud

16. Talla o longitud del niño en centímetros

17. Edad en meses cuando se realizó la medición de parámetros antropométricos

18. Relación talla/edad (puntuación z-score, según tablas de referencia de la OMS)

- ☐ Retraso moderado en el crecimiento: Puntuación Z entre -2 y -3
- ☐ Retraso severo en el crecimiento: Puntuación Z menor a -3
- ☐ Observación:

19. Perímetro cefálico en centímetros

20. Relación perímetro cefálico/edad (puntuación z-score, según tablas de referencia de la OMS)

☐ Macrocefalia: Puntuación $Z > +2$

☐ Normal: Puntuación $Z -2 +2$

☐ Microcefalia: < -2

☐ Observación:

Anexo N. 3 Propuesta médica con elementos estructurales y funcionales para prevenir la desnutrición crónica por destete precoz

Propuesta para la prevención de desnutrición crónica infantil asociada a prácticas inadecuadas de lactancia materna

Justificación

Los hallazgos de la presente investigación señalan que, la desnutrición crónica afectó principalmente a niños menores de dos años. El 78.9% de las madres o tutores legales se autoidentificaron como indígenas. Persisten prácticas inadecuadas de lactancia materna que se reflejan en el inicio tardío y la duración insuficiente de la lactancia materna exclusiva y complementaria. Por lo cual se genera la necesidad de reforzar los servicios de salud, las estrategias educativas, comunitarias e interculturales para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna.

Objetivo general:

Prevenir la desnutrición crónica infantil mediante el fomento, apoyo y protección de la lactancia materna.

Objetivos específicos:

- Garantizar que el personal de salud cuente con el conocimiento, habilidades y actitudes para brindar una atención integral a la madre y al niño.
- Mejorar la comprensión y habilidades de las madres y/o cuidadores sobre prácticas de lactancia materna.
- Promover prácticas familiares y comunitarias con enfoque intercultural.

Población objeto: Madres que participaron en el estudio, madres en período de gestación y puerperas, cuidadores y personal de salud.

Estrategias de intervención:

Componente estructural

Promoción y vigilancia del cumplimiento de la normativa ESAMyN (Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño) y del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Componente funcional, promoción y educación:

- Talleres dirigidos al personal de salud donde se trate acerca de nutrición materna, lactancia materna durante la primera hora, lactancia materna exclusiva y complementaria, los 1000 días e introducción de alimentos después de los seis meses.
- Sesiones grupales con madres y/o cuidadores para tratar temas como: Alimentación durante el embarazo y lactancia, beneficios de la lactancia materna, riesgos del destete precoz, alimentación complementaria.
- Sesiones individualizadas para consejería.
- Fortalecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna para brindar orientación, motivación y acompañamiento a madres y cuidadores con un enfoque intercultural.

Para las actividades de promoción y educación se utilizará cuentos y recetarios interactivos, videos animados, tutoriales, demostraciones prácticas, y herramientas tecnológicas.

Indicadores

- Número de actividades programadas/ número de actividades ejecutadas
- Porcentaje de niños que reciben lactancia materna de forma adecuada.
- Número de madres y/o cuidadores capacitados.

Conclusión:

La correcta implementación de esta propuesta en el Centro de Salud Colta permitirá mejorar los índices de desnutrición crónica infantil relacionada a prácticas inadecuadas de lactancia materna.