



**Universidad de Concepción del Uruguay  
Facultad de Ciencias Médicas  
Centro Regional Santa Fe  
Licenciatura en Nutrición**

**CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y  
SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE  
6 A 24 MESES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN  
PRIMARIA DE LA SALUD “DR. TELMO E. ALBRECHT” DE LA  
LOCALIDAD DE FRANCK, DURANTE NOVIEMBRE – DICIEMBRE  
DEL AÑO 2018.**

**Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios de la Licenciatura  
en Nutrición.**

**ALUMNA  
PEREZ, FLORENCIA  
DNI 33.110.578**

**DIRECTORA  
TOSONE, ANTONELA  
LICENCIADA EN NUTRICIÓN  
DNI 34.466.386**

**SANTA FE- OCTUBRE DE 2019**

“Las opiniones expresadas por la autora de esta Tesina no representa necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”

## **AGRADECIMIENTOS**

Tras la finalización de mi estudio, quiero agradecer, en primer lugar, a mi directora, Antonela, por su paciencia y el tiempo dedicado para que pueda lograr uno de mis mayores sueños.

A los evaluadores por el tiempo dedicado para la corrección.

Al personal de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Santa Fe, que siempre brinda su ayuda para que podamos lograr nuestros objetivos.

Al Director del Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Telmo E. Albrecht” y a todo el equipo de salud de dicha institución, por facilitarme el ingreso a la institución para que pueda llevar a cabo a mi estudio de investigación.

A mi Familia, por estar en cada momento de mi carrera, sin la ayuda de ellos no lo hubiera logrado.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S) “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck.

El diseño de estudio fue descriptivo- transversal correlacional y el enfoque fue cuali-cuantitativo. Se trabajó con una muestra de 22 madres con niños de 6 a 24 meses, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Los datos sobre el conocimiento materno se recolectaron a través de una encuesta y los datos antropométricos se obtuvieron de las historias clínicas de los niños. Para el análisis y registro de los datos se aplicó un análisis mediante el software SPSS 21 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) y Microsoft Excel 2013.

Se obtuvo como resultado que, el 82%(n=18) de las madres no contaban con los conocimientos mínimos sobre cómo alimentar a sus hijos en esta etapa tan importante de sus vidas, y que sólo el 18% (n=4) si tenían dichos conocimientos.

En cuanto la relación entre los conocimientos maternos y el estado nutricional de los niños se observó que del grupo de las madres que, si tenían conocimientos (n=4), el 75% (n=3) de sus hijos presentaban peso y talla adecuada y el 25% (n=1) alto peso y talla adecuada.

Por otro lado, en el grupo de madres que no tenían conocimientos sobre prácticas alimentarias adecuadas(n=18) se determinó que el 67%(n=12) de sus niños presentaban peso y talla adecuado, el 17% (n=3) poseían peso alto y talla adecuada, el 11%(n=2) presentaban peso adecuado y baja talla y el 5 % (n=1) tenían peso y talla bajos.

Palabras claves: conocimiento materno, alimentación complementaria, estado nutricional.

## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	5
Alimentación.....	6
Alimentación Complementaria.....	7
Riesgos de iniciar la AC temprana o tardíamente.....	9
Requerimientos y recomendaciones nutricionales.....	10
Evaluación del estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses.....	18
Conocimiento: definición y clasificación.....	19
Prácticas Alimentarias.....	19
<b>Antecedentes</b> .....	21
Antecedentes internacionales.....	21
Antecedentes nacionales.....	22
<b>Planteamiento del Problema</b> .....	23
<b>Justificación</b> .....	23
<b>Hipótesis</b> .....	23
<b>Objetivo General</b> .....	23
<b>Objetivos Específicos</b> .....	23
<b>Diseño Metodológico</b> .....	24
<b>Plan de trabajo</b> .....	24
Tareas.....	24
<b>Materiales y métodos</b> .....	25
Población y muestra.....	25
Criterio de inclusión.....	26
Criterio de exclusión.....	26
Variables de estudio.....	26

Operacionalización de variables.....	26
Recursos materiales.....	29
Recursos humanos.....	29
<b>Resultados</b> .....	<b>30</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>59</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>60</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>61</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>62</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>65</b>
Anexo I: Nota de permiso de ingreso a la institución.....	65
Anexo II: Encuesta.....	66
Anexo III: Consentimiento informado y presentación.....	77
Anexo IV: Consideraciones éticas.....	78
Anexo V: Gráficas de crecimiento.....	80

## INTRODUCCIÓN

La alimentación es un proceso que se inicia al nacimiento, comenzando con la primera experiencia alimentaria y se va reforzando con cada alimentación subsecuente (Setton y Fernández, 2014). En el lactante y en el niño pequeño la alimentación es fundamental para mejorar la supervivencia y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Una nutrición óptima durante los primeros dos años de la vida del niño es importante para reducir la morbilidad y la mortalidad, el riesgo de enfermedades crónicas, y mejorar el desarrollo general (OMS, 2018).

La malnutrición es la causa del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, están relacionadas con las prácticas alimentarias inadecuadas. Tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida y la alimentación complementaria no suele comenzar en el momento oportuno y en muchos casos, los alimentos ofrecidos no son nutricionalmente los más adecuados (OMS, 2003).

En Argentina, existen dos grandes problemas relacionados con la malnutrición; por un lado, tenemos una alta tasa de desnutrición crónica, que se manifiesta por déficit de talla o retraso del crecimiento y en forma paralela, se observa un aumento de la incidencia de sobrepeso y obesidad infantil (San Esteban, 2017). Por esta razón, es esencial analizar si es que las personas encargadas del cuidado y la salud de los niños cuentan con orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños; detectando falencias y haciendo intervenciones tempranas y oportunas, para evitar las consecuencias en el futuro y promover el desarrollo de generaciones de adultos sanos.

El presente estudio de investigación titulado “Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asisten al C.A.P.S Dr. Telmo E. Albrecht de la localidad de Franck, durante Noviembre - Diciembre 2018” tuvo como objetivo general determinar la relación existente entre los conocimientos maternos sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional del niño entre 6 y 24 meses que asistieron al C.A.P.S de la localidad de Franck, durante dichos meses. La finalidad de este estudio fue brindar información actualizada y veraz sobre los conocimientos que poseían las madres sobre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de sus niños, para que, de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria, buscando que las madres adopten conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño.

## Alimentación

Según Torresani (2006), la alimentación de un niño se divide en tres períodos basados en sus necesidades nutritivas, su capacidad de ingestión, digestión y absorción, el metabolismo y la capacidad de eliminación renal.

1. Período lácteo.
2. Período de transición.
3. Período de maduración digestiva.

Los alimentos se van incorporando en cada uno de los períodos anteriormente mencionados, estableciendo tres etapas en la alimentación del niño:

### 1. Etapa de lactancia materna exclusiva

Esta etapa comprende los 6 primeros meses de vida, donde el lactante es capaz de succionar y deglutir, pero aún no ha desarrollado la capacidad de digerir ciertas proteínas o de soportar cargas osmolares excesivas a nivel renal; por estos motivos el niño debe ser alimentado exclusivamente con leche materna, y en su defecto fórmulas para lactantes. La leche materna es considerada el alimento ideal, tanto desde el punto de vista nutricional como inmunológico, además contribuye a reforzar el vínculo emocional entre el niño y su madre (Torresani ,2006).

Existen circunstancias donde la lactancia materna no puede llevarse a cabo por diferentes motivos, por consiguiente, se utilizan fórmulas lácteas con el fin de complementar o sustituir la lactancia materna (Lorenzo y col., 2007). Estas Fórmulas según Torresani (2006) se clasifican como:

- Fórmula de inicio: debe ser la más parecida posible a la lactancia materna y, cubrir por sí sola todas las necesidades nutricionales durante los 6 primeros meses de vida.
- Fórmula de continuación o de seguimiento: es para utilizar durante la 2ª y 3ª etapa de la alimentación del niño, donde el niño ya tiene una alimentación mixta, desde los 6 meses hasta los 2 años de edad.

Cualesquiera de estos dos tipos de fórmulas se pueden adaptar en el caso de que el niño presente alguna patología, por tal motivo existen fórmulas antireflujo, hipoalérgica, deslactosada; entre otras.

### 2. Etapa de transición o diversificación progresiva

Comienza aproximadamente al sexto mes y se prolonga hasta el año de edad. Durante esta etapa va aumentando progresivamente la maduración digestiva y la renal; por lo tanto, mejora la capacidad de digerir y absorber nutrientes y el niño es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua. Por otro lado, se pierde el reflejo de expulsión, el niño comienza a sentarse, desarrolla capacidades y movimientos de coordinación para reconocer una cuchara y prensarla con los labios,

puede deglutir alimentos sólidos y ya puede comenzar a diferenciar la variedad de colores y sabores de los alimentos. Debido a todos los cambios que va experimentando el niño se puede dar inicio a la alimentación complementaria (AC) (Torresani ,2006).

### 3. Etapa de adquisición de pautas familiares

Esta etapa comienza alrededor del año de vida y se prolonga hasta los 7 u 8 años de edad. A partir del año los mecanismos fisiológicos ya han alcanzado la maduración y la eficiencia del adulto (Torresani ,2006).

Es importante mencionar que es en el período de los 6 a 24 meses donde se establecen la mayor parte de los hábitos, preferencias y aversiones alimentarias que condicionarán en gran medida el tipo de alimentación futura. Dicha alimentación, va a estar influenciada por varios factores dentro de los que se pueden destacar:

- a) Formación del gusto alimentario, asociado a varios factores genéticos y ambientales.
- b) Transmisión genética, la respuesta de un niño frente a un alimento es adquirida, excepto por la preferencia innata por el dulce y la aversión al sabor amargo.
- c) Factores culturales, el entorno cultural puede reducir el número de alimentos que el niño pudiese incorporar en su alimentación
- d) Factores familiares, crear un ambiente alimentario positivo y afectivo.
- e) Imitación, la observación de hábitos alimentarios de adultos cercanos al niño, lo condicionará en mayor medida a comer lo que él ve que ellos comen.

(Castillo-Durán y col., 2013).

### **Alimentación Complementaria (AC)**

Se define como “el período durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño junto con la lactancia materna, sin desplazarla” (Lorenzo y col., 2007, p.111).

Una AC de buena calidad es aquella que, en forma concomitante con una lactancia materna exitosa, se inicia de manera oportuna y ofrece al niño los alimentos adecuados a su edad para satisfacer las demandas del crecimiento. Esta AC también hace hincapié en la introducción de los alimentos de forma progresiva y la adecuada digestibilidad y la biodisponibilidad de los nutrientes para la etapa biológica en que está el niño. Además, provee alimentos con variedad de sabores y texturas y además es segura desde el punto de vista bacteriológico y toxicológico y libre de contaminantes (Lorenzo y col., 2007).



Después de los primeros 6 meses, la lactancia materna no llega a cubrir las necesidades de energía, proteínas y de ciertos micronutrientes (zinc, hierro y algunas vitaminas). Por este motivo, es necesario ofrecer alimentos complementarios apropiados para cubrir los requerimientos a partir de esa edad (Lorenzo y col., 2007).

Además de las necesidades energéticas, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas, para considerar si el niño tiene la capacidad de iniciar con AC. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Maduración digestiva: la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (Hernández Aguilar, 2006).
- Maduración renal: a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún siguen limitadas entre los 6 y los 12 meses (Hernández Aguilar, 2006).
- Desarrollo psicomotor: a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y tomar alimentos con sus dedos (Hernández Aguilar, 2006).
- Maduración inmune: la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. En este momento, los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas (Hernández Aguilar, 2006).

Como lo indica La Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA, 2005) una alimentación complementaria debe ser:

- Oportuna: el momento apropiado para el niño o niña, evitando que se disminuya los beneficios del amamantamiento.
- Nutricionalmente adecuada: proveer la energía y nutrientes necesarios para lactantes mayores de 6 meses.
- Segura: ofrecida y preparada de una manera higiénica, evitando riesgos de contaminación.
- Perceptiva: brindada con afecto y empatía al lactante; dentro de un ambiente agradable para el mismo. La alimentación perceptiva cumple una función fundamental en la socialización y la construcción de significados sobre la vida y el mundo (Setton y Fernández, 2014).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), para practicar la alimentación perceptiva, se deben aplicar los siguientes principios de cuidado psico-social:

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- Alimentar despacio, pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- Recordar que los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor, para hablar con los niños y mantener el contacto visual.

### **Riesgos de iniciar la AC temprana o tardíamente**

#### **Inconvenientes de la introducción precoz de la AC:**

- Disminuir la lactancia materna y provocar que el niño no alcance sus requerimientos nutricionales, especialmente cuando los alimentos ofrecidos son de bajo contenido energético, lo cual conlleva a malnutrición por déficit y a precipitar o exacerbar la prevalencia de anemia.
- Incrementar el riesgo de enfermedades, debido a que se reduce el aporte de los factores protectores de la leche humana.
- Aumentar el riesgo de morbilidad por diarreas, debido a que los alimentos complementarios pueden ser vehículos de agentes infecciosos.
- Incrementar el riesgo de alergias, debido a la mayor permeabilidad de la mucosa intestinal e inmadurez inmunológica.

(Noguera Brizuela y col., 2013; Lorenzo y col., 2007)

#### **Inconvenientes de la introducción tardía de la AC:**

- Disminución de la velocidad de crecimiento.
- Deficiencias de vitaminas y minerales.
- Alteraciones en la conducta alimentaria; manifestadas por una mayor dificultad para incorporar nuevos sabores y texturas; y en el desarrollo psicomotor.
- Riesgo de sensibilización.

(Noguera Brizuela y col., 2013; Lorenzo y col., 2007)

### **Requerimientos y recomendaciones nutricionales**

“Durante los primeros años de vida, los niños requieren los nutrientes necesarios para alcanzar un crecimiento satisfactorio, evitar estados de deficiencia y tener reservas adecuadas para afrontar situaciones de estrés metabólico. Una nutrición adecuada permite al niño alcanzar su potencial de desarrollo físico y mental” (Setton y Fernández, 2014, p. 25).

- **Energía:** se calcula como la diferencia entre la energía requerida para la edad y la aportada por la leche materna, por lo tanto, depende de la edad y del consumo de leche materna. En el caso de niños no amamantados el aporte energético tendrá que ser cubierto, en su totalidad, por los alimentos complementarios (Lorenzo y col., 2007).

**Cuadro n°1:** Requerimientos energéticos y % calórico aportado por la lactancia materna y alimentos complementarios según la edad del niño.

<b>EDAD (meses)</b>	<b>REQUERIMIENTO (Kcal)</b>	<b>% CALÓRICO APORTADO POR LACTANCIA MATERNA</b>	<b>% CALÓRICO APORTADO POR ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS</b>
<b>6 - 8</b>	615	60-70	40-30
<b>9 - 11</b>	686	40-45	60-55
<b>12 - 23</b>	894	30	70

Fuente: elaboración propia en base a información obtenida de Lorenzo y col. (2007) y Torresani (2006).

- **Macronutrientes:**
  - **Hidratos de carbono:** constituyen el mayor aporte de energía en la dieta a partir de los 6 meses. Se recomienda priorizar el aporte de hidratos de carbono complejos (arroz, harina de maíz u otros cereales) y controlar las cantidades introducidas de hidratos de carbono simples (azúcar y dulces) ya que estos pueden inducir hábitos inadecuados relacionados con el gusto, así como al exceso de peso (Lorenzo y col., 2007; Guías Alimentarias para la Población Infantil, 2006).

- Proteínas: el aporte mínimo recomendable de proteínas es de 1,8 g/100 kcal; una ingesta proteica superior no provee beneficios extras, sino todo lo contrario; puede generar una sobrecarga renal de solutos, incrementando el filtrado glomerular y el tamaño de los riñones, como mecanismo de adaptación a dicho aumento. Además, un elevado consumo de proteínas ocasiona la presencia de altos niveles de aminoácidos en sangre, lo cual va a estimular la secreción de insulina (Lorenzo y col., 2007).
- Grasas: se sugiere que la cantidad de grasa ingerida se encuentre entre 30-45% de VCT. No se recomienda ofrecerles a los niños, productos descremados antes de los 2 años (Lorenzo y col., 2007).

▪ Micronutrientes:

La lactancia materna durante los primeros meses de vida del niño y luego la incorporación de una alimentación variada le proveen al niño todos los nutrientes necesarios para promover un crecimiento y desarrollo adecuado. No obstante, existen algunas situaciones puntuales es la que es necesario recomendar suplementación; los nutrientes que podrían requerir suplementación son:

- Vitamina A: es conveniente suplementarla cuando la dieta materna es baja en dicha vitamina.
- Vitamina D: su suplementación está indicada en los niños amamantados que tienen baja exposición solar.
- Vitamina B12: debe ser suplementada en niños alimentados a pecho cuando su madre es vegetariana estricta.
- Hierro: los niños deben ser suplementados con hierro medicamentoso; 7mg/día desde los 6 a 12 meses; y al mismo tiempo se debe fomentar el consumo de hierro hemínico (carne de vaca, pollo, pescado, hígado) y asociar la ingesta de hierro no hemínico (vegetales, legumbres) con alimentos que favorezcan su absorción como el ácido ascórbico y además evitar los bloqueantes de la absorción como son los taninos y xantinas presentes en el té, mate y café.  
(Lorenzo y col., 2007)

Existen algunos alimentos y nutrientes que debemos prestar atención cuando los incluimos en la dieta de los niños, entre los más importantes podemos destacar:

- Sal: el contenido de sodio natural de los alimentos es suficiente para satisfacer los requerimientos del niño. Por lo tanto, se desaconseja el agregado de sal en las comidas, así como la ingesta de alimentos con alta cantidad de sal tales como enlatados, embutidos, fiambres, productos de copetín, o los que contienen ciertos compuestos de sodio como conservadores tales como caldos en cubos y sopas deshidratadas. El consumo en exceso de sodio trae consigo consecuencias negativas para la salud del infante, tales como la sobrecarga renal de solutos y la instalación de un hábito no saludable para un futuro, que podría relacionarse con

hipertensión arterial en la edad adulta (Lorenzo y col., 2007; Guías Alimentarias para la Población Infantil, 2006).

- Fibra: su aporte no debe superar 1g/100g de alimento durante los 2 primeros años de vida. Cuando su ingesta supera el consumo recomendando aumenta el volumen de la dieta generando mayor saciedad, disminuye la densidad energética y puede interferir en la absorción de algunos minerales como el hierro, zinc y calcio (Lorenzo y col., 2007).
- Nitratos: presentes en las hortalizas, como la espinaca, remolacha, brócoli, zanahoria y coliflor. En los lactantes, las enterobacterias reductoras de nitratos crecen en la porción superior del tubo digestivo debido al alto pH, y reducen los nitratos a nitritos. Estos, al entrar en contacto con los glóbulos rojos, provocan la oxidación del grupo hemo y producen metahemoglobina, la cual es incapaz de captar oxígeno. Sumado a esto, los niños pequeños tienen gran cantidad de hemoglobina fetal, la que se convierte con gran facilidad en metahemoglobina, aumentando el riesgo de que se produzca hipoxemia o cianosis (Lorenzo y col., 2007).
- Cuerpos esféricos: tales como, arvejas, lentejas, garbanzos, porotos, maní, entre otros y pequeños trozos de alimentos de consistencia dura, no deben administrarse a menores de un año porque pueden bloquear la tráquea y por ende producir asfixia por aspiración (Lorenzo y col., 2007).
- Miel: debe evitarse hasta el año de vida porque puede ocasionar botulismo (Lorenzo y col., 2007).
- Azúcar: evitar el empleo de azúcar en las preparaciones y todos los productos que la contengan en alta concentración por su alto poder cariogénico y además porque puede inducir a hábitos inadecuados en el gusto y exceso de peso (Lorenzo y col., 2007).
- Picantes: se recomienda evitar las comidas muy condimentadas o picantes (Lorenzo y col., 2007).
- Leche de vaca: durante el primer año de vida no se recomienda el uso de leche de vaca. Según Lorenzo y col. (2007), su incorporación antes del año puede ocasionar los siguientes inconvenientes:
  - Deficiencia de hierro: produciendo anemia. Esto suele deberse al bajo contenido de hierro presente en la leche de vaca y su baja biodisponibilidad; presencia de inhibidores de la absorción del hierro y tendencia a generar microsangrado intestinal.

- Alergia e intolerancia a la proteína de la leche de vaca: se debe a la interacción de una o varias proteínas de la leche de vaca y uno o varios mecanismos inmunológicos en el caso de las alergias, y no inmunológicos en el caso de las intolerancias. Al momento del nacimiento, el tubo digestivo del lactante no está completamente maduro. A su vez, si el niño no es alimentado con leche materna que le brinda inmunoglobulinas A en altas concentraciones, la cual cubre la parte interna del tubo digestivo, puede quedar susceptible al paso de moléculas de tamaño significativo.

De las proteínas de la leche de vaca, la lactoglobulina y lactoalbúmina son las que poseen mayor potencial alergénico. Una vez que atraviesan la membrana del intestino, al exponer al organismo a un agente extraño generan manifestaciones y /o alteraciones respiratorias, digestivas, nerviosas, dérmicas como respuesta a dicha exposición. Entre los síntomas más frecuentes podemos encontrar: diarrea, sangre en materia fecal, vómitos, cólicos, dermatitis, urticaria, retraso en el crecimiento.

- Sobrecarga renal de solutos: la leche de vaca proporciona una carga renal de solutos tres veces mayor que la de la leche humana, motivo por el cual el niño deberá sobreexigir su inmadura actividad renal para poder excretar los solutos, lo cual le podría generar una deshidratación.
- Tetania por hipocalcemia: la leche de vaca posee más calcio que la materna pero la relación con el fósforo es lo que altera la biodisponibilidad de la primera. Además, la deficiente absorción de la grasa vacuna contribuye a la formación de jabones insolubles con el calcio, ocasionando una alteración en su absorción y un aumento de pérdida por materia fecal.
- Diarrea: su aparición se vincula con la falta de las adecuadas medidas higiénicas necesarias a tener en cuenta a la hora de preparar el biberón.
- Dermatitis amoniacal: se produce cuando el niño elimina por orina desechos nitrogenados, que en contacto con la piel producen irritación. Esta dermatitis puede ser provocada o exacerbada por la alergia a la proteína de la leche de vaca.

En aquellas situaciones en las que no se puede acceder a la compra de fórmulas infantiles y por alguna razón en especial, la mamá no puede darle el pecho a su bebé, se les podrá ofrecer leche de vaca adaptada de la siguiente manera:

- En niños de 6 meses a 1 año: Leche entera de vaca diluida 2/3 + 5% de azúcar.
  - En niños mayores de 1 año: Leche entera de vaca sin diluir.  
(Lorenzo, 2014).
- Frecuencia y densidad energética: el número apropiado de comidas va depender de la cantidad y de la densidad energética de los alimentos consumidos durante cada comida (Lorenzo y col., 2007).

- **Volumen:** es aconsejable comenzar con una o dos cucharadas del alimento que se va a incorporar a la dieta del niño e ir aumentando las cantidades en forma progresiva, teniendo en cuenta la demanda del niño. Todos los niños sanos son capaces de consumir al menos 30g de alimento/kg de peso en una sola comida (Lorenzo y col., 2007).
- **Consistencia:** a los 6 meses se recomienda iniciar la AC con papillas o puré. “Los alimentos no deben licuarse porque esto dificulta la adaptación de los niños a las nuevas texturas” (Lorenzo y col., 2007, p.132). A medida que el niño adquiere la habilidad para morder y tragar se pueden introducir alimentos con mayor consistencia. A los 8 meses, los niños pueden consumir alimentos que se comen con los dedos y a los 12 meses, la consistencia de los alimentos consumidos será la misma que el resto de la familia (Lorenzo y col., 2007).

**Cuadro n° 2:** Calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6 – 23 meses de edad que reciben lactancia materna a demanda.

EDAD (meses)	ENERGÍA/DÍA ADEMÁS DE LA LECHE MATERNA	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE USUALMENTE CONSUME EL NIÑO
6 a 8	200 kcal	Papillas espesas, alimentos bien pisados.	2 a 3 comidas	Comenzar con 2 o 3 cucharas por comida, incrementar a ½ vaso o taza de 250ml.
9 a 11	300 kcal	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano.	3 a 4 comidas	½ vaso o taza o plato de 250ml
12 a 23	550 kcal	Alimentos de la familia picados o si es necesario aplastados.	3 a 4 comidas	¾ a 1 vaso o taza o plato de 250ml.

Fuente: OMS, 2010 y OPS, 2003.

Las cantidades recomendadas de alimentos, que se incluyen en la tabla, consideran una densidad energética de aproximadamente 0.8 a 1.0 kcal/g. En aquellas situaciones en las que la densidad de energía de los alimentos es de aproximadamente 0.6 kcal/g de deberá tener en cuenta lo siguiente:

- En niños de 6 a 8 meses, incrementar gradualmente hasta dos tercios de vaso o taza.
- En niños de 9 a 11 meses, darle 3 cuartos de vaso o taza.
- En niños de 12 a 23 meses, darle un vaso o taza completo.

Si el lactante no recibe lactancia materna, además darle: 1–2 vasos o tazas de leche por día y 4 – 5 comidas diarias (OMS ,2010 y OPS, 2003).

- Viscosidad: se aconseja que la viscosidad no esté demasiado aumentada, ya que aumentaría la permanencia gástrica, y de esta forma también la saciedad, por lo que se sugiere que las papillas tengan una consistencia semisólida (Lorenzo y col., 2007).
- Variedad y monotonía: la dieta debe ser variada, para poder cubrir el requerimiento de los diferentes nutrientes y además para no producir un desinterés en el niño por consumir siempre los mismos alimentos (Lorenzo y col., 2007).
- Orden: si los alimentos sólidos se dan antes de la mamada disminuyen el volumen de ingesta de leche materna. Es importante ofrecer un alimento nuevo por vez, para probar tolerancia y la aceptación de los sabores, como así también para detectar posibles alergias a determinados alimentos (Lorenzo y col., 2007).
- Exposición: la aceptación de un alimento no se produce de manera inmediata, por tal motivo se aconseja introducir los alimentos nuevos de manera reiterada; entre 8 y 10 veces; hasta que sean aceptados por el niño (Lorenzo y col., 2007). “La neofobia o rechazo de los alimentos nuevos es normal y la repetición conduce a la aceptación de los mismos” (Lorenzo y col., 2007, p.132).

Lorenzo y col. (2007) afirma que la aceptabilidad de un alimento por parte del niño va a depender de las creencias y preferencias culturales de sus padres o cuidadores y de algunas características del alimento tales como:

- Sabor: la preferencia por lo dulce es innata y se mantiene hasta los dos años, pero en algunos casos suele modificarse. El sabor dulce beneficia la rápida aceptación de las frutas como parte de la AC. También es innato el rechazo de sabores ácidos o amargos, en cambio la preferencia por la sal se ha adquiere por medio del aprendizaje.
- Olor: la exposición del niño a determinados sabores y olores durante la lactancia materna determinarán sus preferencias en el futuro.
- Color: las papillas con colores claros suelen ser las preferidas.
- Textura: se debe evitar trozos grandes de alimentos, alimentos muy pegajosos o ásperos y aquellos alimentos que presentan espinas o semillas, ya que pueden causarle problemas al comer.



**Cuadro n°3:** Incorporación de alimentos.

Edad (meses)	Alimentos a incluir
<b>6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cereales (almidón de maíz, polenta, harina de arroz, arroz, trigo, avena, cebada, centeno, sémola) en papillas, amasados, relleno o derivados (fideos).</li> <li>▪ Vegetales amarillos (calabaza, zapallo, zanahoria) y blancos (papa y batata).</li> <li>▪ Condimentar con 1 cucharadita de aceite. No usar sal.</li> <li>▪ Se les puede agregar ricota o queso tipo untable a los purés.</li> <li>▪ Yema de huevo.</li> <li>▪ Frutas sin cáscara, manzana o banana.</li> <li>▪ Jugos de frutas cítricas bien colados y diluidos.</li> <li>▪ Sólo utilizar azúcar en las preparaciones que lo requieran (postres, leche de vaca), en pocas cantidades.</li> <li>▪ La bebida ideal es el agua.</li> <li>▪ Carne sin grasa de vaca o pollo.</li> </ul>
<b>7 y 8 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vegetales verdes triturados (zapallito, acelga, espinaca).</li> <li>▪ Legumbres bien cocidas, tamizadas y sin piel.</li> <li>▪ Postres con leche tales como flanes, cremas de maicena, arroz, polenta con leche y sémola con leche.</li> <li>▪ Pan ligeramente tostado; tostadas o galletitas simples sin rellenos; vainillas.</li> <li>▪ Queso cremoso o tipo fresco.</li> <li>▪ Durazno y damasco.</li> <li>▪ Yogur entero de vainilla, durazno o natural.</li> <li>▪ Pescado (*)</li> <li>▪ Huevo(*)</li> </ul>
<b>9 meses hacia el primer año</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todas las frutas frescas, bien lavadas y peladas, en trocitos.</li> <li>▪ Vegetales rojos: pulpa de tomates (sin piel y sin semillas), remolacha.</li> <li>▪ Choclo rallado.</li> <li>▪ Dulces de batata o membrillo.</li> <li>▪ Pastas rellenas con vegetales permitidos.</li> <li>▪ Miel (*)</li> <li>▪ Manteca.</li> <li>▪ Crema de leche.</li> </ul>

(\*) Existen diferencias en su incorporación según los diferentes autores mencionados, ya que en las guías alimentarias lo recomiendan después del año para evitar alergias alimentarias y enfermedades.  
 Fuente: elaboración propia en base a Las Guías Alimentarias para la población infantil (2006) Torresani (2006), Plata Rueda y Leal Quevedo (2006), Fewtrell y col. (2017).

Cuando se inicia la AC, los niños comienzan a estar expuestos a agentes patógenos transmitidos por los alimentos complementarios (Lorenzo y col., 2007). Por este motivo, Las Guías Alimentarias para la Población Infantil de Argentina (2006) y Lorenzo y col. (2007) describen aspectos importantes referidos a la higiene y conservación de los alimentos, tales como:

- Higiene personal: es importante atender a la higiene personal, tanto del niño como de su cuidador (cuerpo y vestimenta). Hay que tener presente que cuando las personas presentan una patología infecto-contagiosa, como gripe, faringitis, enfermedades intestinales o infecciones de la piel deben ser cuidadosas al preparar o servir los alimentos ya que cualquier infección puede contaminar los alimentos. Quienes elaboran los alimentos deben taparse con las manos al toser o estornudar y luego lavarse las manos adecuadamente, como así también antes de preparar o consumir la comida, y después de ir al baño.
- Higiene en la elaboración de alimentos: cuando el saneamiento ambiental es deficiente, el riesgo de infección y contaminación aumenta, como así también el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Es muy importante contar con agua potable ya sea para consumo, para utilizar en la reconstitución de fórmulas infantiles, o para lavar alimentos que se consuman crudos como así también utensilios de cocina y equipos que se utilizan en la elaboración. En caso de no disponer de agua potable, se recomienda su potabilización; hirviendo el agua durante 5 minutos y luego agregarle 2 gotas de lavandina por litro y dejarla reposar media hora en un recipiente tapado antes de utilizarla. Para prevenir enfermedades, las carnes deberán estar muy bien cocidas y es de gran importancia evitar el contacto de carnes crudas con otros alimentos.
- Higiene en la conservación de los alimentos: los alimentos deben ser conservados en lugares limpios, secos y frescos. Se recomienda evitar el contacto del alimento con roedores, moscas, insectos y animales domésticos; para ello se deberán tapar todos los envases.
- Higiene ambiental: el ambiente que rodea al acto alimentario puede afectar la salud. Por tal motivo es muy importante que exista una correcta eliminación de residuos y excretas.

## **Evaluación del estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses**

El crecimiento y el desarrollo son el resultado de la interacción entre factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Si las condiciones de vida; físicas, biológicas, nutricionales o psicosociales; son favorables, el potencial genético podrá expresarse en forma completa y el niño crecerá hacia su meta genéticamente programada. En caso contrario, si el niño vive bajo condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se verá limitado, dependiendo de la intensidad y la persistencia del agente agresor. Si bien ambos conceptos no pueden separarse por completo podemos definir al crecimiento como el aumento del tamaño corporal y nos referimos al desarrollo como los cambios funcionales, emocionales y sociales que experimenta el niño (Lorenzo y col, 2007).

El período entre el nacimiento y los dos años de edad, es una ventana crítica para la promoción del crecimiento, la salud y desarrollo óptimos. Después que el niño alcanza los 2 años es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. Por tal motivo es fundamental realizar una evaluación antropométrica durante la atención del niño para detectar y prevenir enfermedades, mediante la identificación de variaciones en los patrones normales de crecimiento y desarrollo (Lorenzo y col., 2007).

Según Lorenzo y col. (2007), la antropometría es la medición de segmentos corporales, que se comparan con patrones de referencia y nos permite:

- Diagnosticar el estado nutricional del niño.
- Determinar el plan alimentario más adecuado al estado del niño.
- Evaluar la velocidad de crecimiento del niño permitiendo detectar precozmente posibles alteraciones.
- Identificar los periodos de crecimiento del niño.

Las medidas corporales que debemos tener en cuenta para evaluar a niños desde su nacimiento hasta los 2 años son: peso, longitud corporal y perímetro cefálico (Ministerio de Salud, Gobierno de Santa Fe, 2017). Será necesario construir índices antropométricos a partir de las mediciones realizadas a los niños para poder interpretar los datos obtenidos, es decir, relacionar estas medidas con la edad y el sexo del niño y de esta manera compararlos con el rango que debería tener para su edad y sexo. Para valorar estos índices antropométricos se utiliza la puntuación Z, la cual consiste en especificar en qué medida un valor se aleja de la mediana (Setton y Fernández, 2014). Estas mediciones permiten determinar si existe algún tipo de malnutrición, la cual incluye no sólo las formas clínicas severas de desnutrición (marasmo y kwashiorkor) y formas leves, caracterizadas entre otros indicadores por déficits en uno o más de los índices antropométricos, y los excesos, es decir, el sobrepeso. Los déficits en el estado nutricional infantil están generalmente asociados a múltiples factores del ambiente en el que vive el niño desde su concepción (Calvo y col., 2009).

## **Conocimiento:**

Landeu (2007), define al conocimiento como un conjunto de información que posee el ser humano, tanto del escenario que lo rodea como de sí mismo, que obtiene a través de los sentidos y de la reflexión. Existen los siguientes tipos de conocimientos:

- **Cotidiano:** se adquiere a través de la experiencia y el contacto con la vida; es un conocimiento razonable.
- **Revelado o religioso:** proviene de las tradiciones y de las manifestaciones divinas, no admite dudas, ni tampoco se puede poner a prueba.
- **Filosófico:** se adquiere a través de la reflexión sistemática y metódica.
- **Científico:** proviene de la experimentación.

También se puede clasificar al conocimiento en 3 niveles; el primer nivel lo representa el nivel sensible, el cual se capta a través de los sentidos y se almacena en nuestra mente; formando nuestros recuerdos y experiencias, estructurando de esta forma nuestra realidad interna, privada o personal. El segundo nivel corresponde al nivel conceptual, que se basa en concepciones invisibles, inmateriales y a la vez universales y esenciales (Martínez y Ríos, 2006). En tercer lugar, tenemos el conocimiento holístico; también llamado intuitivo; intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad (Uzcátegu, 2009).

## **Prácticas alimentarias**

Se definen como el conjunto de acciones y relaciones sociales que se estructuran en torno a la ingesta de sustancias alimenticias que pueden o no estar relacionado a la perpetuación del organismo vivo (Marschoff, 2011).

La elección de los alimentos, que formarán parte de la alimentación complementaria va a estar a cargo principalmente de la madre del niño. Dicha selección de alimentos va a estar determinada no sólo por la disponibilidad estacional o económica sino también valores, creencias, costumbres, símbolos y representaciones sobre los alimentos, que se transmiten de generación en generación (Osorio y col.,2002).

Los patrones de alimentación, el tipo de comidas y bebidas consumidas, y cómo se ofrecen, basados en la cultura, van a influenciar en el estado nutricional y de salud, y van a brindar un marco social para el desarrollo de la conducta alimentaria del niño (Setton y Fernández, 2014).

La conducta alimentaria está fuertemente condicionada por el aprendizaje y las experiencias vividas. El desarrollo de los procesos de alimentación independiente y socialmente aceptados comienza desde el nacimiento y progresan durante los primeros años de vida. Este período es crítico en el desarrollo de preferencias y hábitos alimenticios. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que las buenas prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño son de las principales intervenciones que contribuyen a mejorar la salud de la infancia y prevenir enfermedades en la edad adulta (Machado, 2013).

## ANTECEDENTES

A continuación, se presentan algunos estudios relacionados con la investigación a realizar:

### **Antecedentes Internacionales**

- Calle y col. (2013) en su estudio titulado: “*Conocimiento Materno sobre Alimentación, Nutrición y su relación con el Estado Nutricional de Niños (as) menores de dos años que acuden al Sub Centro de Salud de San Pedro del Cebollar, durante Mayo – Julio 2013*”; realizado en Cuenca-Ecuador; cuyo objetivo fue: determinar el conocimiento materno sobre alimentación y nutrición y su relación con el estado nutricional de niños(as) menores de dos años que acuden al Sub Centro de Salud de San Pedro del Cebollar. De una muestra de 74 madres; obtuvieron los siguientes resultados: el 56% de niños tuvieron bajo peso y el 1% sobrepeso, relacionado con el déficit de conocimientos maternos y con el deterioro de la condición socioeconómica familiar. El 43% de niños tienen peso normal, dicho estado nutricional está ligado al conocimiento materno, así como a una mejor condición socioeconómica. Concluyendo que existe relación directa entre el grado de conocimiento materno, la condición socioeconómica y el estado nutricional.
- Castro (2016) realizó un estudio de investigación en Lima; titulado: “*Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015*”, el cual tenía como objetivo general determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis. Su población estuvo conformada por 50 madres. Entre sus conclusiones obtuvo que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo y que el estado nutricional de los niños en su mayoría se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.
- López Yaguapaz (2016) ejecutó un estudio titulado “*Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud Baeza 2016*”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses del centro de salud de Baeza 2016. En una muestra de 50 madres obtuvo los siguientes resultados, el 74, 5% de las madres inician la alimentación complementaria a la edad 6 meses con los conocimientos apropiados a cerca del tipo de alimentación que se debe brindar en dicha edad. El 94,7% de las madres responden que confían ellas mismas al momento de preparar

los alimentos de su hijo. El 82,4% de las madres se lavan las manos antes de administrar los alimentos a sus hijos.

### **Antecedentes Nacionales**

- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – ENNyS- (2009), estudio de corte transversal dirigido a la población materno infantil en localidades de más de 5000 habitantes. A partir de los datos recuperados se pudo apreciar que, el 50% de los niños de 6 a 23 meses de edad estaban siendo amamantados al momento de la encuesta. Se observó que el 73% de los niños de entre 6 y 12 meses consumió exclusivamente leche de vaca y el 22% tomó sólo leche fortificada. Mediante un recordatorio de 24hs se analizó el consumo de diferentes grupos de alimentos consumidos el día anterior, obteniendo los siguientes resultados:
  - El 46% de los niños consumió de bebidas; el 25% de los niños consumieron gaseosas y el resto amargos serranos, las bebidas a base de soja y jugos de frutas.
  - El 82% de los niños consumieron vegetales, el 43% consumió frutas y un 37% de los niños consumió ambos grupos de alimentos.
  - El 17% de los niños de 6 a 23 meses consumió golosinas.
  - El 18% de los niños de 6 a 23 meses consumió algún tipo de grasas (manteca o crema de leche), mientras que la proporción de niños que consumió aceites vegetales fue 69%.
  - El 26% de los niños recibió miel antes del año de vida.
  
- Rolandi (2014), realizó en Mar del Plata, un estudio titulado: “*Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses*”. En una muestra de 30 madres de niños de 6 a 24 meses, obtuvo los siguientes resultados: el estado nutricional del 84% de los niños se encontraba dentro de los parámetros de normalidad, 63% de los niños recibía lactancia materna al momento de la entrevista. Un 18% de los niños consumía bebidas azucaradas diariamente. El 58% inician la alimentación complementaria a los 6 meses. El enriquecimiento de las comidas con manteca o aceite fue una práctica frecuente. La diversidad alimentaria aumenta a medida que aumenta la edad y es en general adecuada. El 61% de las madres agregan sal a la comida de sus hijos. La mayoría de ellas piensan que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses y que es importante insistir con un mismo alimento frente a la neofobia. Concluyendo que el estado nutricional de la mayoría de los niños se encontraba dentro de los parámetros de normalidad y las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe relación entre el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional de niños de 6 a 24 meses que asisten al C.A.P.S (Centro de Atención Primaria de la Salud) “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck, durante Noviembre – Diciembre 2018?

## **JUSTIFICACIÓN**

Las organizaciones vinculadas a la nutrición materno-infantil, como son la OPS (Organización Panamericana de la Salud) o la OMS (Organización Mundial de la Salud) entre otras; recomiendan practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad y continuar con la lactancia materna hasta los 2 años o más; para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo y un óptimo estado de salud (OMS, 2018 y OPS,2003).Por esta razón, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños tengan los conocimientos básicos sobre la alimentación del niño; y es caso de no ser suficientes; reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima que los niños pequeños deben recibir.

## **HIPÓTESIS**

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al C.A.P.S de la localidad de Franck.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación existente entre el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S) “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer y analizar el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias.
- Identificar el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el C.A.P.S de la localidad de Franck.
- Relacionar el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el C.A.P.S de la localidad de Franck.



## DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio que se realizó fue transversal ya que se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Según el alcance de los resultados la investigación fue:

- **Descriptiva:** se buscó determinar “cómo era” o “cómo estaba” la situación de las variables que se estudiaron en la población. Permitió evaluar las características de las variables a analizar, su comportamiento y de esta forma valorar la magnitud del problema.
- **Correlacional:** se estudió la relación entre el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional de sus hijos.

El enfoque fue cuali-cuantitativo, ya que el estudio contempló un proceso de obtención y análisis de datos cualitativos y cuantitativos.

## PLAN DE TRABAJO

Las tareas contempladas en el presente trabajo de investigación fueron las siguientes:

**Objetivo n°1:** Reconocer y analizar los conocimientos maternos sobre prácticas alimentarias.

**Tarea 1.1:** Se presentó la nota de permiso al director del Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck (Anexo I). Se adjuntó a dicha nota la encuesta (Anexo II) a realizar a las madres, a fin de dar conocimiento a la institución respecto de su contenido.

**Tarea 1.2:** Se realizó la encuesta a aquellas madres que dieron su consentimiento (Anexo III); utilizando el cuestionario (Anexo II) extraído de la guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición, el cual está validado por Food and Agricultural Organization (FAO, 2014). Dicho cuestionario incluía un recordatorio de 24hs que se le realizó a la madre sobre la alimentación de su hijo.

**Tarea 1.3:** Se analizaron y registraron los datos obtenidos en las encuestas. Se aplicó un análisis mediante el software SPSS 21 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) y Microsoft Excel 2013. Las medidas estadísticas obtenidas se ven representadas en las tablas y gráficos.

**Objetivo n°2:** Identificar el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el C.A.P.S de la localidad de Franck.

**Tarea 2.1:** Se recolectaron, de las historias clínicas, los datos antropométricos de los niños cuyas madres decidieron participar en este trabajo de investigación.

**Tarea 2.2:** Se analizaron de los datos obtenidos de cada historia clínica.

**Tarea 2.3:** Se realizó el diagnóstico de la situación nutricional de cada niño mediante el empleo del programa Who Antro.

**Objetivo n°3:** Relacionar el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el C.A.P.S de la localidad de Franck.

**Tarea 3.1:** Se relacionó de forma estadística las dos variables investigadas, el conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses, empleando las funciones del software SPSS.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El estudio se realizó en el Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Telmo E. Albrecht “ de la localidad de Franck, durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2018. El establecimiento cuenta con los servicios de Medicina General, Pediatría, Obstetricia, Enfermería, Odontología, Asistente social y Farmacia; el horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a 13:00hs y de 16:00hs a 18:00hs. Su función primordial es prestar atención médica y realizar tareas de prevención dirigida a pacientes con recursos económicos medios o bajos que carecen de obra social y que viven en la Localidad de Franck o en zona rural aledaña (San José, Las Tunas).

### **Población y muestra**

La población estuvo conformada por los 25 niños de 6 a 24 meses y sus madres quienes asistieron al C.A.P.S durante los meses de Noviembre y Diciembre del año 2018.

La muestra fue constituida por 22 niños y sus madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión**

#### **Para la madre:**

- Madres que asistieron al C.A.P.S durante Noviembre – Diciembre del 2018
- Madres que aceptaron participar en el estudio.

#### **Para el niño:**

- Niños de 6 a 24 meses de edad.
- Niños nacidos a término.

### **Criterios de exclusión**

#### **Para la madre:**

- Madres que no desearon participar del estudio.

#### **Para el niño:**

- Niños menores a 6 meses y mayores a 24 meses de edad.
- Niños prematuros.
- Niños que sufrieron alguna enfermedad en los últimos 15 días.
- Niños que estaban cursando alguna enfermedad en el momento del estudio.

### **VARIABLES DE ESTUDIO**

Las variables seleccionadas para el trabajo fueron:

- Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias.
- Estado nutricional del niño.

### **Operacionalización de variables**

Para medir el conocimiento de las madres se utilizó como técnica la encuesta, y como instrumento el cuestionario constituido por preguntas abiertas y cerradas con respuestas múltiples. Cabe aclarar, que para el análisis de la encuesta se consideró que había desconocimiento materno cuando la madre respondía mal más del 70%; 3 preguntas o más; de las que tienen como análisis preliminar si la mamá conoce o no conoce sobre el tema en cuestión.

Para determinar el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses, se obtuvo de la historia clínica de cada niño las siguientes medidas:

- **Peso:** mide la masa corporal total. Esta medida indica la situación actual del niño, por lo tanto, no permite discriminar si la misma es el resultado de situaciones presentes o pasadas. Los niños deben colocarse en el centro de la bandeja de la balanza para lactante, sin ropa o en el caso de que esto no sea posible se descontará luego el peso de la prenda usada (Girolami, 2003).

- Longitud corporal: mide el crecimiento lineal del niño. La longitud es medida en decúbito supino, para lo cual se requiere colocar al niño sobre una superficie horizontal plana donde previamente se haya fijado una cinta métrica inextensible o una regla (Girolami, 2003).
- Perímetro cefálico: esta medida se usa en combinación con otras para detectar crecimiento inapropiado como son la macrocefalia o la microcefalia. Para su medición se utiliza una cinta metálica flexible e inextensible, la cual se pasa por alrededor de la cabeza del sujeto, buscando el perímetro máximo (Girolami, 2003).

Para la evaluación se utilizaron los Patrones internacionales de Crecimiento infantil de la OMS:

- Peso /Edad
- Longitud /Edad
- Perímetro cefálico /Edad

**Tabla n°1:** Peso para la edad.

PESO / EDAD (CURVAS OMS)		
CÓDIGO	DETALLE	DIAGNÓSTICO ANTROPOMÉTRICO
1	$\leq -3 Z$	MUY BAJO PESO
2	Entre $\leq -2 Z$ y $> -3 Z$	BAJO PESO
3	Entre $\leq -1,5 Z$ y $> -2 Z$	ALERTA BAJO PESO
4	Entre $> -1,5 Z$ y $< +2 Z$	PESO ADECUADO
5	$\geq +2 Z$	ALTO PESO

Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

**Tabla n°2:** Longitud para la edad.

LONGITUD / EDAD (CURVAS OMS)		
CÓDIGO	DETALLE	DIAGNÓSTICO ANTROPOMÉTRICO
1	$\leq -3 Z$	MUY BAJA TALLA
2	Entre $\leq -2 Z$ y $> -3 Z$	BAJA TALLA
3	Entre $\leq -1,5 Z$ y $> -2 Z$	ALERTA BAJA TALLA
4	Entre $> -1,5 Z$ y $< +2 Z$	TALLA ADECUADA
5	$\geq +2 Z$	ALTA TALLA

Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

**Tabla n°3:** Perímetro cefálico para la edad.

PERÍMETRO CEFÁLICO / EDAD (CURVAS OMS)		
CÓDIGO	DETALLE	DIAGNÓSTICO ANTROPOMÉTRICO
1	$\leq -2 Z$	DISMINUIDO
2	Entre $> -2 Z$ y $< +2 Z$	ADECUADO
3	$\geq +2 Z$	AUMENTADO

Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asistieron al Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck, durante los meses de Noviembre – Diciembre del año 2018.

**Tabla n°4:** Indicadores de crecimiento.

		INDICADORES DE CRECIMIENTO	
CÓD. NACER	PUNTUACIÓN Z	LONG/TALLA/EDAD	PESO/EDAD Menores de 2 años
1	$\leq -3 Z$	MUY BAJA TALLA	MUY BAJO PESO
2	Entre $\leq$ de $-2 Z$ y $> -3 Z$	BAJA TALLA	BAJO PESO
3	Entre $\leq -1,5 Z$ y $> -2 Z$	ALERTA BAJA TALLA	ALERTA BAJO PESO
4	Entre $> -1,5 Z$ y $< +2 Z$	TALLA ADECUADA	PESO ADECUADO
5	$\geq +2 Z$	ALTA TALLA	ALTO PESO

Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

#### **Recursos materiales necesarios para realizar la investigación**

- Historia clínica de los pacientes.
- Material de librería (hojas, tinta de impresora, artículos de librería, etc.), notebook e impresora para la elaboración de cartas y cuestionarios.
- Transporte.

#### **Recursos humanos necesarios**

- Alumna de la Carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Santa Fe.
- Asesoramiento personalizado a cargo Lic. en Nutrición Tosone Antonela quien se desempeñó como Directora.
- Pacientes de 6 a 24 meses de edad y sus madres; que asistan al C.A.P.S “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck.

## RESULTADOS

Durante los meses de Noviembre y Diciembre del año 2018 se realizaron las encuestas a un grupo de 22 madres de niños entre 6 y 24 meses, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados por la investigación. Del total de las madres encuestadas (n=22), el 41% (n=9) tenían hijos entre 12-24 meses de edad, el 36% (n=8) entre 9-11 meses y solo el 23% (n=5) entre 6-8 meses respectivamente. Tal como se puede observar en la tabla y el gráfico N° 1.

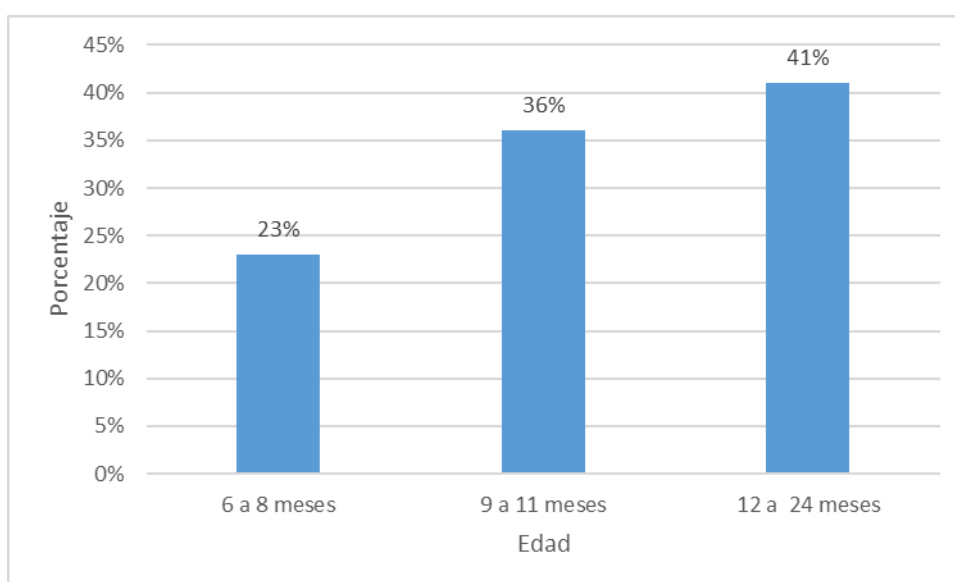
**Tabla N° I:** Distribución de la muestra según edades de los hijos de las madres encuestadas.

EDAD DEL NIÑO (meses)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 -8	5	23 %
9 -11	8	36%
12 – 24	9	41 %
<b>TOTAL</b>	22	100%

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 1:** Distribución de la muestra según edades de los hijos de las madres encuestadas.



Fuente: Elaboración propia.

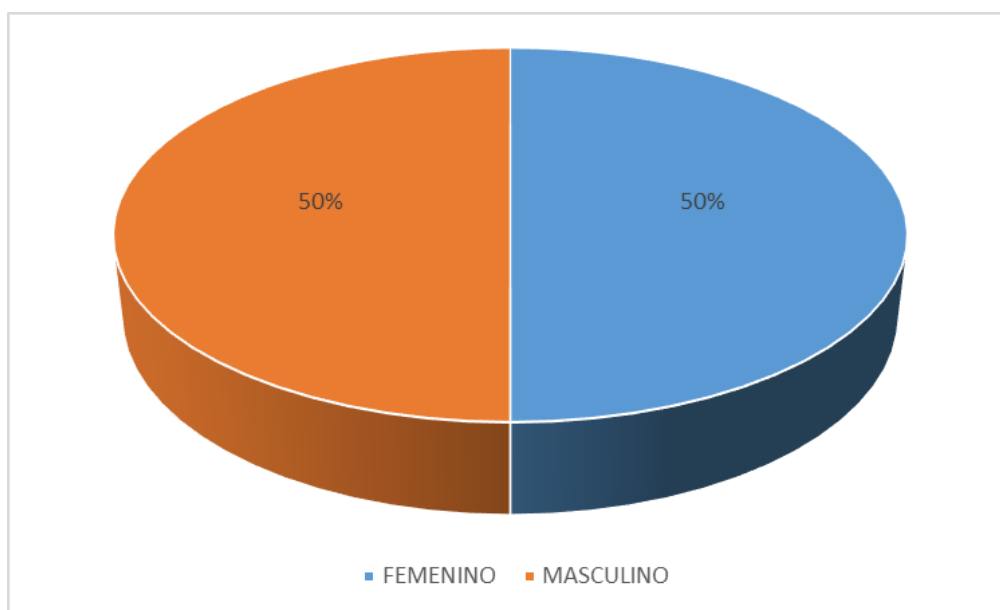
Con respecto a la distribución según sexo, resultó ser equitativa, es decir, el 50% (n=11) corresponde al sexo masculino y el 50% (n=11) al sexo femenino. (véase tabla y gráfico N°2).

**Tabla N° II:** Distribución según el sexo de los niños.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	11	50%
MASCULINO	11	50%
TOTAL	22	100%

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°2:** Distribución según el sexo de los niños.



Fuente: Elaboración propia.



Teniendo en cuenta la valoración antropométrica realizada a los niños, se pudo obtener que el 77% (n=17) de los mismos presentaba un peso adecuado, un 18% (n=4) un alto peso y sólo un 5% (n=1) bajo peso. Tal como se puede apreciar en la tabla y gráfico N°3.

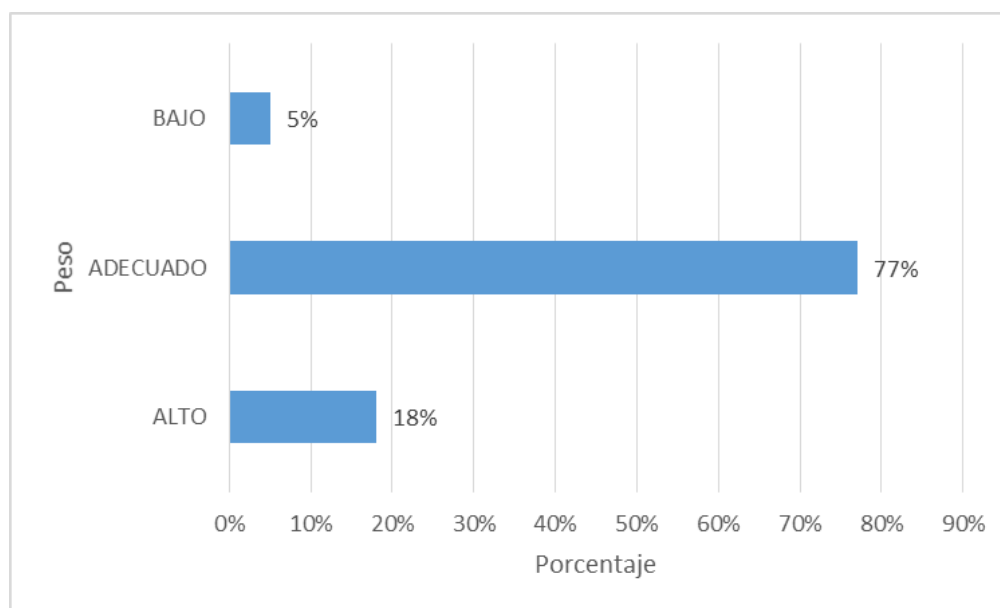
**Tabla N° III:** Distribución según el peso de los hijos de madres encuestadas.

<b>PESO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>BAJO</b>	1	5 %
<b>ADECUADO</b>	17	77 %
<b>ALTO</b>	4	18 %
<b>TOTAL</b>	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 3:** Distribución según el peso de los hijos de madres encuestadas.



Fuente: Elaboración propia.

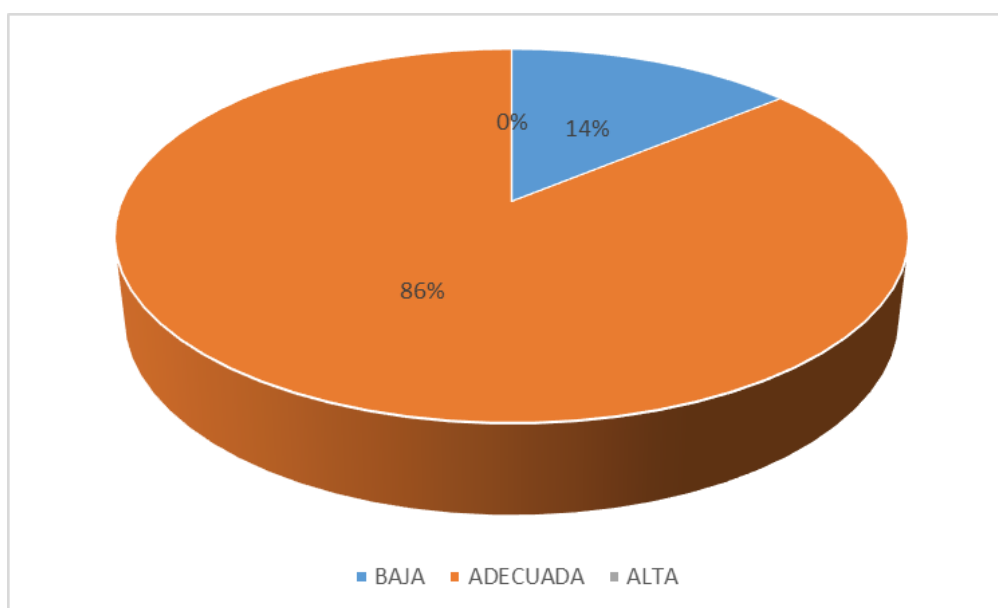
Con respecto a la talla se pudo determinar que el 86 % (n=19) de los mismos presentaba talla adecuada y el 14% (n=3) restante poseían baja talla. Como se detalla en la tabla y gráfico N° 4.

**Tabla N° IV:** Distribución según la talla de los niños.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	3	14 %
ADECUADA	19	86 %
ALTA	0	0 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 4:** Distribución según la talla de los niños.



Fuente: Elaboración propia.

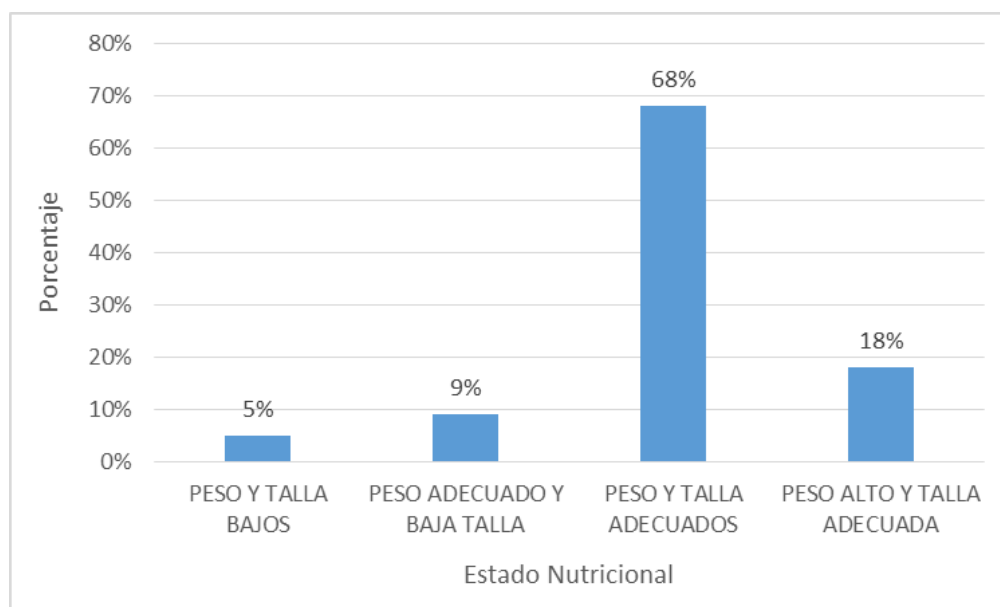
Una vez registrados los pesos y tallas de los niños, se procedió a establecer el estado nutricional, obteniéndose que el 68% (n=15) presentaba un peso y talla adecuado, un 18% (n=4) un alto peso y una talla adecuada, un 9% (n=2) registró un peso adecuado pero una talla baja y sólo un 5% (n=1) un peso y talla bajos. Dicha distribución se puede apreciar en la tabla y en el gráfico N°5.

**Tabla N° V:** Distribución según el estado nutricional de los niños.

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PESO Y TALLA BAJOS	1	5 %
PESO ADECUADO Y BAJA TALLA	2	9 %
PESO Y TALLA ADECUADOS	15	68 %
PESO ALTO Y TALLA ADECUADA	4	18 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 5:** Distribución según el estado nutricional de los niños.



Fuente: Elaboración propia.

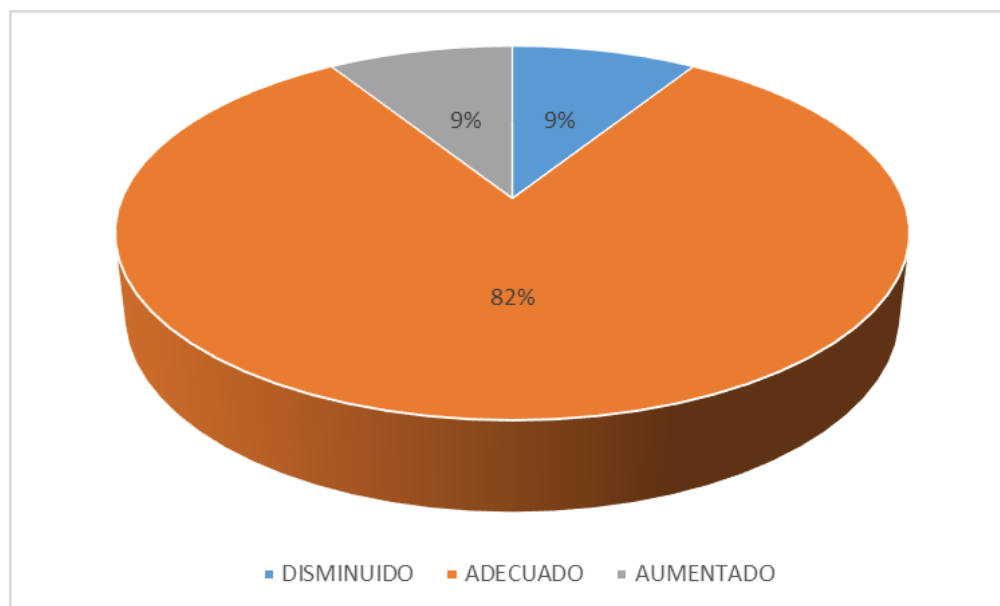
Con respecto al perímetro cefálico de los niños valorados, el 82% (n=18) se encontraba dentro de los parámetros adecuados, mientras que el porcentaje restante; 18% (n=4); se dividía de manera equitativa entre los niños que tenían un perímetro cefálico disminuido (9 %, n=2) y aumentado (9%, n=2). (véase tabla y gráfico N°6 respectivamente).

**Tabla N° VI:** Distribución según el perímetro cefálico (PC) de los hijos de madres encuestadas.

CLASIFICACIÓN DEL PC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISMINUIDO	2	9 %
ADECUADO	18	82 %
AUMENTADO	2	9 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°6:** Distribución según el perímetro cefálico (PC) de los hijos de madres encuestadas.



Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se procedió al análisis de las preguntas realizadas a las madres, de las cuales se obtuvieron los resultados que se mencionan a continuación.

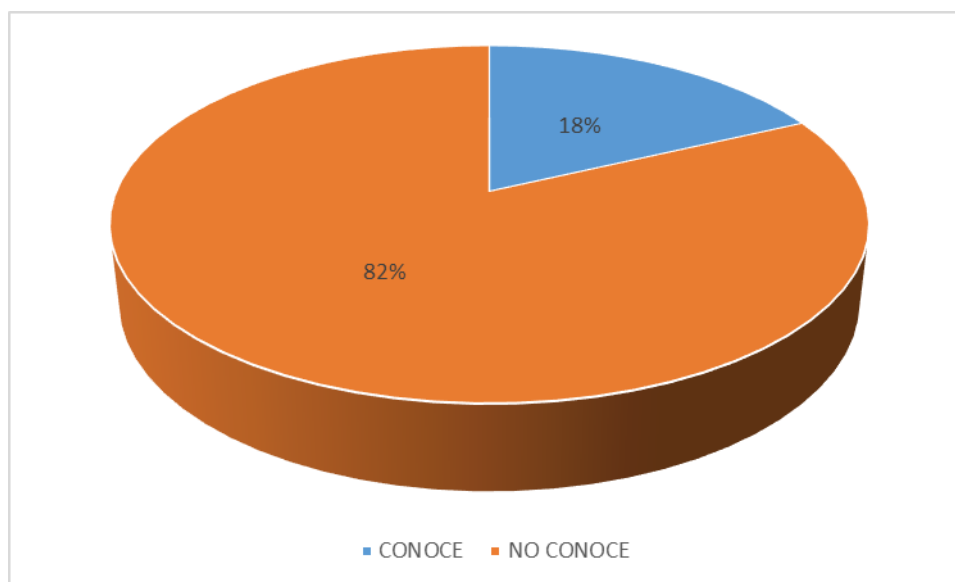
En cuanto al conocimiento materno sobre las prácticas alimentarias adecuadas, se registró que el 82% (n=18) de las mismas no contaban con los conocimientos mínimos sobre cómo alimentar a sus hijos en esta etapa tan importante de sus vidas, y que sólo el 18% (n=4), si tenían dichos conocimientos. (Distinguir en tabla y gráfico N°7).

**Tabla N° VII:** Conocimiento materno sobre Prácticas Alimentarias adecuadas.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONOCE	4	18 %
NO CONOCE	18	82 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°7:** Conocimiento materno sobre Prácticas Alimentarias adecuadas.



Fuente: Elaboración propia.

A partir de dichos datos, se procedió a corroborar si existe relación entre el estado nutricional de los niños y el conocimiento que tenían sus madres sobre las prácticas alimentarias adecuadas, y se observó que del grupo de las madres que, si tenían conocimientos, el 14% (n=3) de sus hijos presentaban peso y talla adecuada y el 4%(n=1) alto peso y talla adecuada.

Por otro lado, en el grupo de madres que no tenían conocimientos sobre prácticas alimentarias adecuadas se determinó que el 54% (n=12) de sus niños presentaban peso y talla adecuado, el 14% (n=3) poseían peso alto y talla adecuada, el 9% (n=2) presentaban peso adecuado y baja talla y el 5 % (n= 1) tenían peso y talla bajos. Tal como se puede observar en tabla y gráfico N°8.

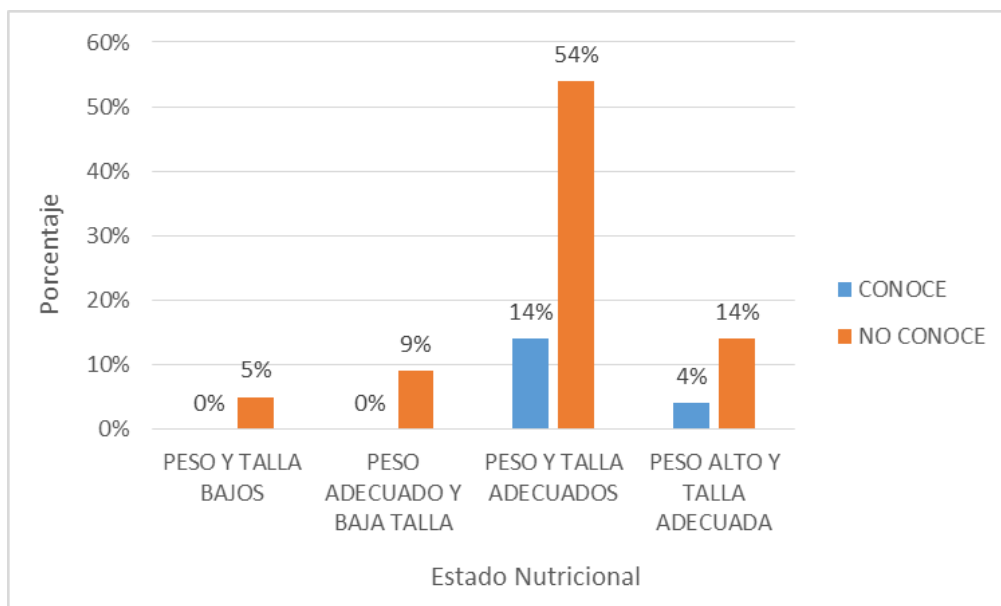
Con lo anteriormente concluido, podemos afirmar que los resultados obtenidos en mi estudio no coinciden con los esperados, es decir, que la hipótesis planteada resulta nula.

**Tabla N° VIII:** Relación entre el estado nutricional y conocimiento materno sobre las Prácticas Alimentarias adecuadas.

ESTADO NUTRICIONAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE				TOTAL FREC.	TOTAL %
	CONOCE		NO CONOCE			
	Frec.	%	Frec.	%		
PESO Y TALLA BAJOS	0	0 %	1	5 %	1	5 %
PESO ADECUADO Y BAJA TALLA	0	0 %	2	9 %	2	9 %
PESO Y TALLA ADECUADOS	3	14 %	12	54 %	15	68 %
PESO ALTO Y TALLA ADECUADA	1	4 %	3	14 %	4	18 %
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>18 %</b>	<b>18</b>	<b>82 %</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°8:** Relación entre el estado nutricional y el conocimiento materno sobre Prácticas Alimentarias adecuadas.



Fuente: Elaboración propia.

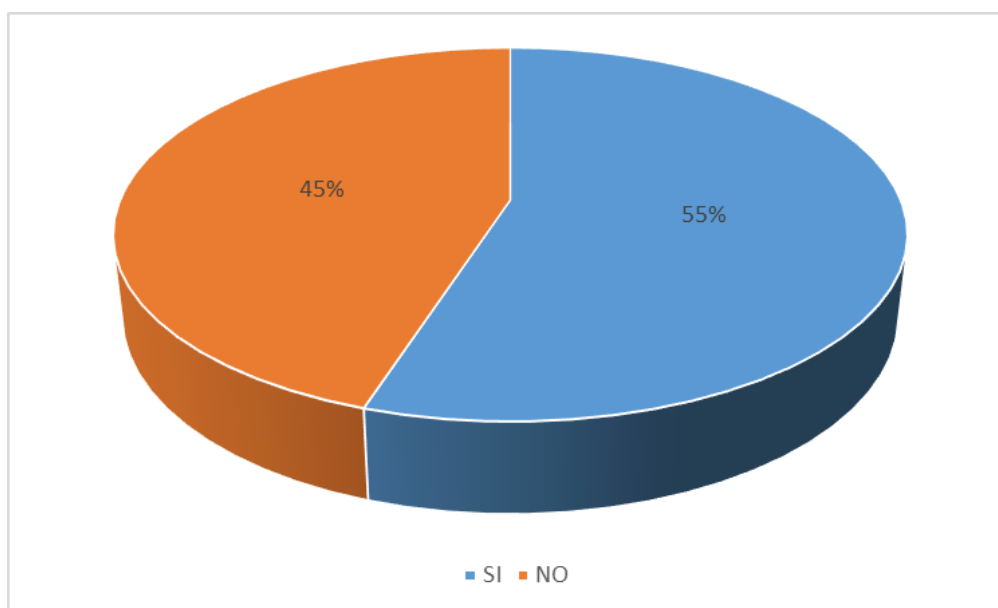
Continuando con las preguntas realizadas a las madres, se registró que el 55% (n=12) de los niños recibieron leche materna el día previo, mientras que el restante porcentaje; 45% (n=10); no la recibió. (Obsérvese en tabla y gráfico N°9).

**Tabla N° IX:** Niños que recibieron leche materna el día previo.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	12	55 %
<b>NO</b>	10	45 %
<b>TOTAL</b>	22	100%

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°9:** Niños que recibieron leche materna el día previo.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a si era bueno o no continuar con la lactancia materna después de los 6 meses de edad se identificó que el 95% (n=21) de las madres encuestadas coincidieron que era bueno mientras que el 5 % (n=1) restante expresó no estar segura sobre los beneficios de continuar con la lactancia materna. Tal como se puede ver en la tabla y gráfico N°10.

Además, se analizó la dificultad de continuar con la lactancia materna después de los 6 meses. De este análisis se obtuvo que, el 90% (n=20) de las madres expresaron que no les fue difícil continuar, el 5% (n=1) manifestó no estar seguras de que haya tenido dificultad para continuar y el otro 5% (n=1) expresó que le fue difícil seguir dando el pecho después de los 6 meses de edad, dando como motivo que su hijo le “lastimaba los pezones”. (Véase en la tabla y el gráfico N°11).

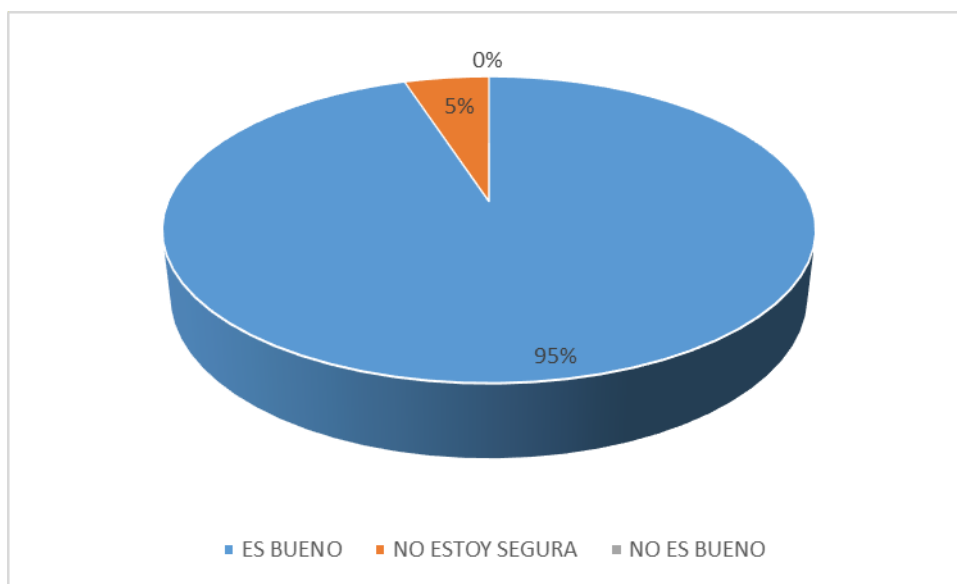
**Tabla N° X:** Creencias maternas sobre si es beneficioso continuar con la lactancia materna después de los 6 meses.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ES BUENO	21	95 %
NO ESTOY SEGURA	1	5 %
NO ES BUENO	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.



**Gráfico N° 10:** Creencias maternas sobre si es beneficioso continuar con la lactancia materna después de los 6 meses.



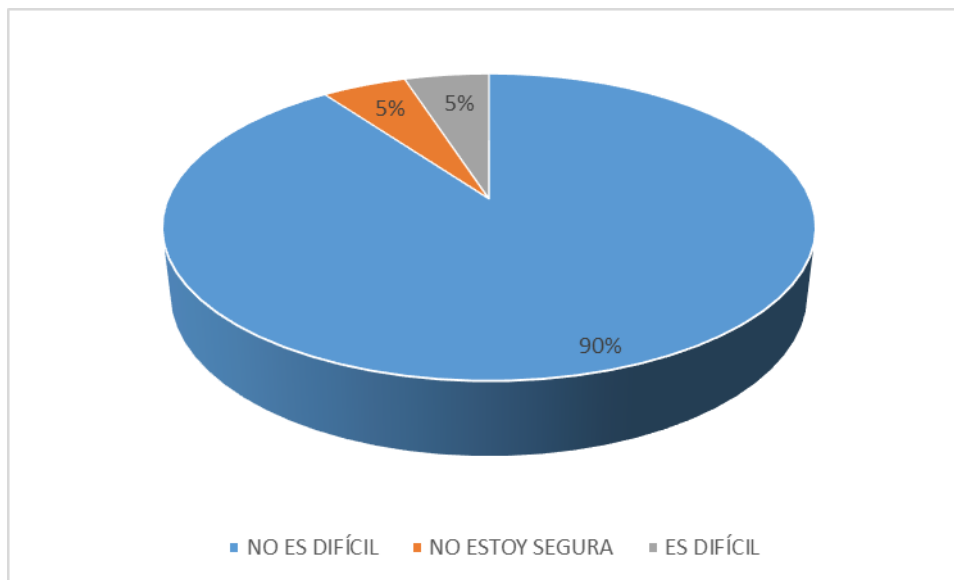
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N° XI:** Nivel de dificultad de continuar con la lactancia materna después de los 6 meses.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ES DIFÍCIL	20	90 %
NO ESTOY SEGURA	1	5 %
ES DIFÍCIL	1	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 11:** Nivel de dificultad de continuar con la lactancia materna después de los 6 meses.



Fuente: Elaboración propia.

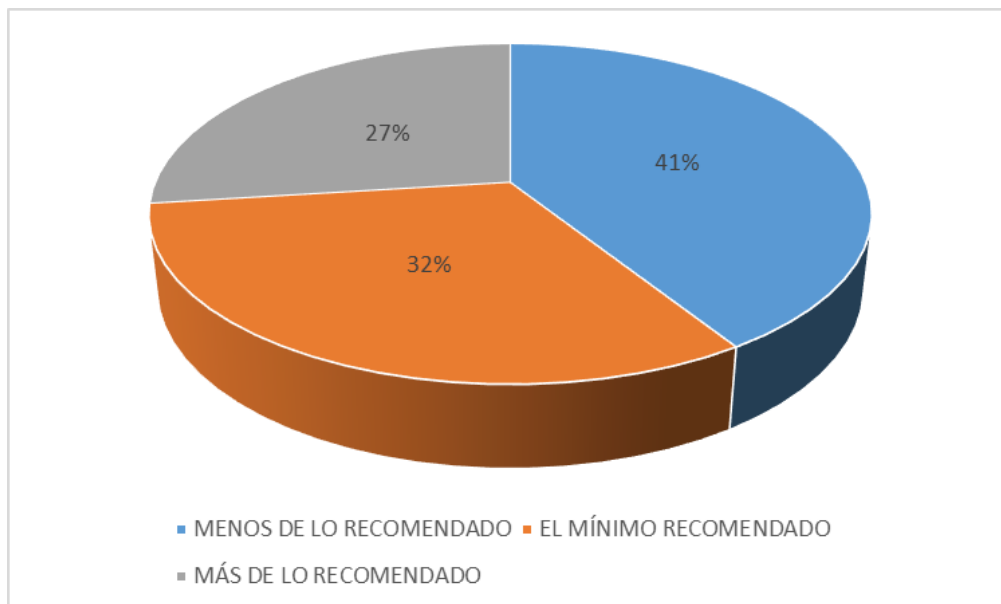
También, se les consultó a las madres sobre el número de comidas que realizaron sus hijos el día anterior y se obtuvo que, el 41% (n=9) de los niños realizaron menos comidas que lo recomendado por la OMS (2008), el 32% (n=7) consumió el número mínimo de comidas y el 27%(n=6) restante, realizó más comidas de lo recomendado. (véase tabla y gráfico N°12).

**Tabla N° XII:** Número de comidas realizadas por los niños el día anterior a la encuesta.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE LO RECOMENDADO	9	41 %
EL MÍNIMO RECOMENDADO	7	32 %
MÁS DE LO RECOMENDADO	6	27 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°12:** Número de comidas realizadas por los niños el día anterior a la encuesta.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la frecuencia alimentaria que recibían los niños se determinó que el 86% (n=19) de los niños eran alimentados de manera frecuente, el 9%(n=2) muy frecuente y el 5% (n=1) poco frecuente en base a la apreciación materna. Tal como se ve reflejado en la tabla y el gráfico N° 13.

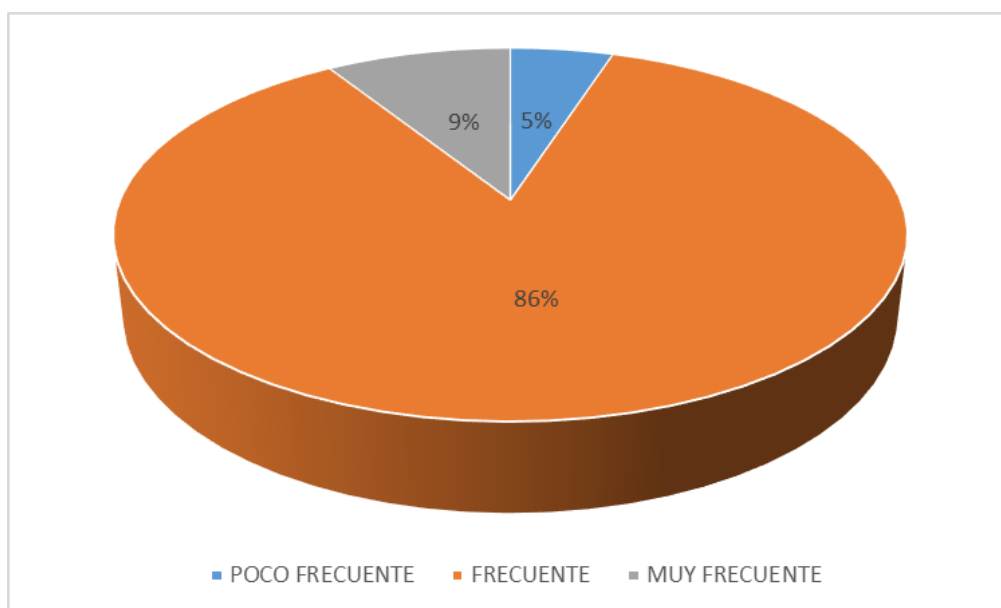
**Tabla N° XIII:** Nivel de frecuencia alimentaria que recibe su hijo diariamente.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POCO FRECUENTE	1	5 %
FRECUENTE	19	86 %
MUY FRECUENTE	2	9 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 13:** Nivel de frecuencia alimentaria que recibe su hijo diariamente.



Fuente: Elaboración propia.

Indagando con las madres sobre la dificultad de brindarle a sus hijos diferentes tipos de alimentos todos los días, se obtuvo que a el 59% (n=13) no les resultaba difícil cumplirlo, para 27%(n= 6) si era difícil, mientras que el 14%(n=3) de estas madres no estaban seguras si era difícil o no brindarles a sus hijos alimentos diferentes todos los días. Tal como puede observarse en la tabla y el gráfico N°14.

Las madres que expresaron que era difícil dieron algunas de las siguientes razones:

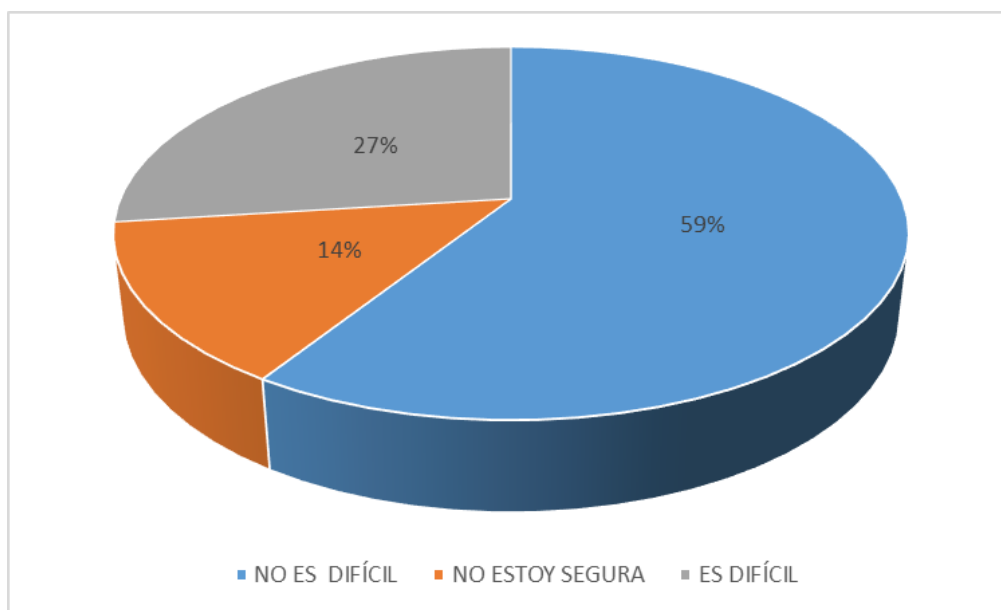
- “Mi hijo no quiere comer algunos alimentos”.
- “Hay días que le duele la panza y no quiere ni probar los alimentos que le doy”.
- “Por falta de recursos económicos”
- “Hay alimentos que no le gustan y me hace renegar para comerlos”.
- “Por falta de conocimiento sobre cómo preparar algunos alimentos”.

**Tabla N° XIV:** Dificultades maternas que surgen al momento de brindarle variedad de alimentos a sus hijos.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ES DIFÍCIL	13	59 %
NO ESTOY SEGURA	3	14 %
ES DIFÍCIL	6	27 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 14:** Dificultades maternas que surgen al momento de brindarle variedad de alimentos a sus hijos.



Fuente: Elaboración propia.

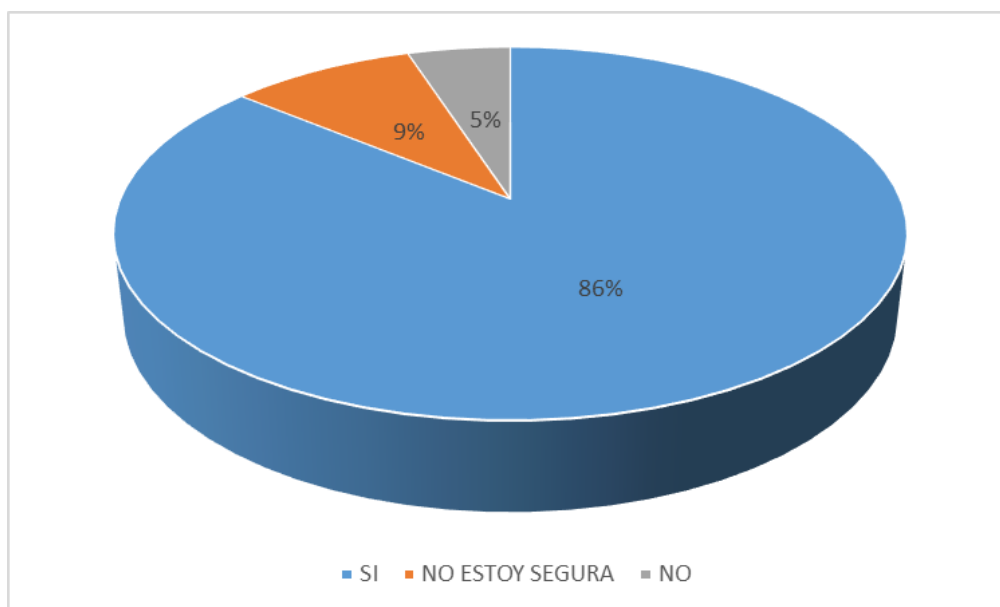
También, se indagó sobre las creencias maternas sobre la diversidad alimentaria, donde se observó que el 86% (n= 19) consideraban que era bueno brindarle diferentes tipos de alimentos, el 9% (n=2) no estaban seguras y el 5% (n=1) creían que no era bueno. (Obsérvese en la tabla y gráfico N°15).

**Tabla N° XV:** Creencias maternas sobre la diversidad de alimentos brindados a sus hijos.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	86 %
NO ESTOY SEGURA	2	9 %
NO	1	5 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 15:** Creencias maternas sobre la diversidad de alimentos brindados a sus hijos.



Fuente: Elaboración propia.

Cuando se les preguntó a las madres sobre lo beneficioso que era alimentar a sus hijos 3 o más veces al día, expresaron en 86% (n=19) que creían que era bueno alimentar a sus hijos 3 veces al día o más y el 14% (n=3) de ellas no estaban seguras que sea bueno alimentarlo con dicha frecuencia. (véase en la tabla N° XIV y gráfico N°16).

También se analizó las creencias maternas sobre si era difícil o no alimentar a su hijo 3 o más veces el día y se obtuvo que el 95 % (n=21) de las madres expresaron que no era difícil, mientras que sólo el 5 % (n=1) expresó que si le era difícil alimentar a su hijo 3 veces al día o más. (Obsérvese en la tabla y gráfico N° 17).

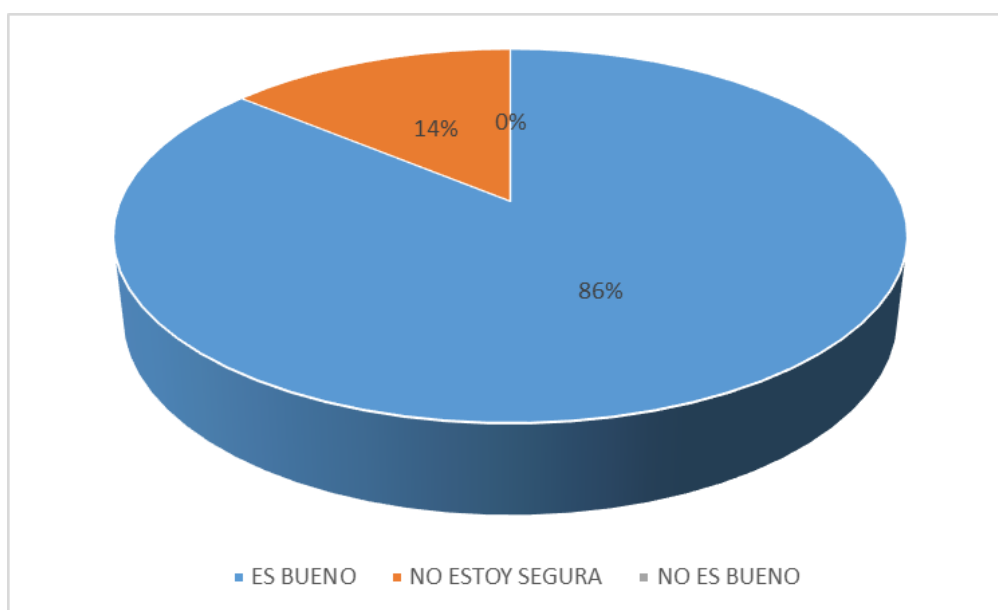
**Tabla N° XVI:** Creencias maternas sobre si es beneficioso alimentar a su hijo 3 o más veces al día.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ES BUENO	19	86 %
NO ESTOY SEGURA	3	14 %
NO ES BUENO	0	0 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 16:** Creencias maternas sobre si es beneficioso alimentar a su hijo 3 o más veces al día.



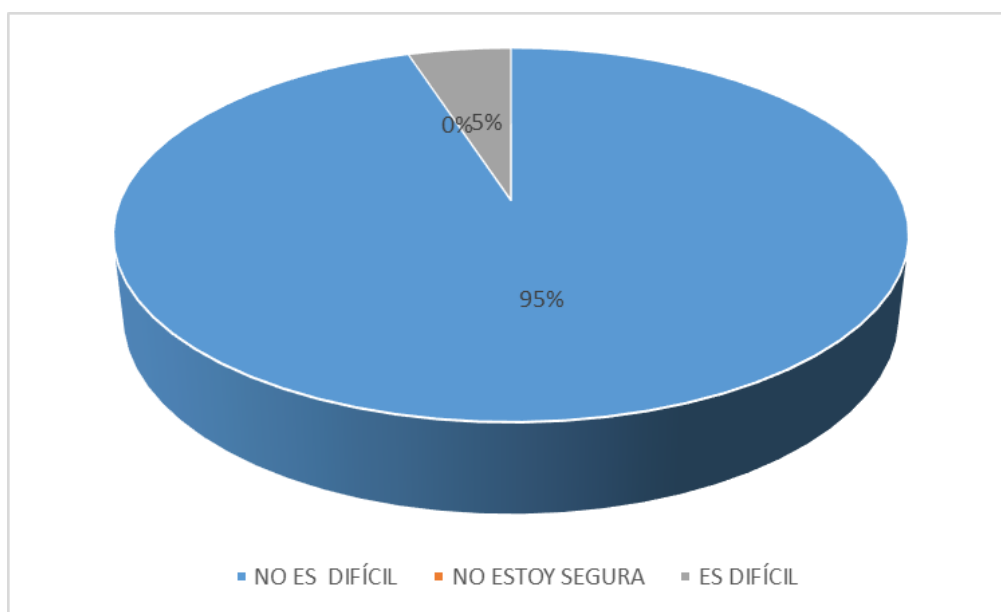
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla Nº XVII:** Creencias maternas sobre si es difícil alimentar a su hijo 3 o más veces al día.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ES DIFÍCIL	21	95 %
NO ESTOY SEGURA	0	0 %
ES DIFÍCIL	1	5 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico Nº 17:** Creencias maternas sobre si es difícil alimentar a sus hijos 3 o más veces al día.



Fuente: Elaboración propia.



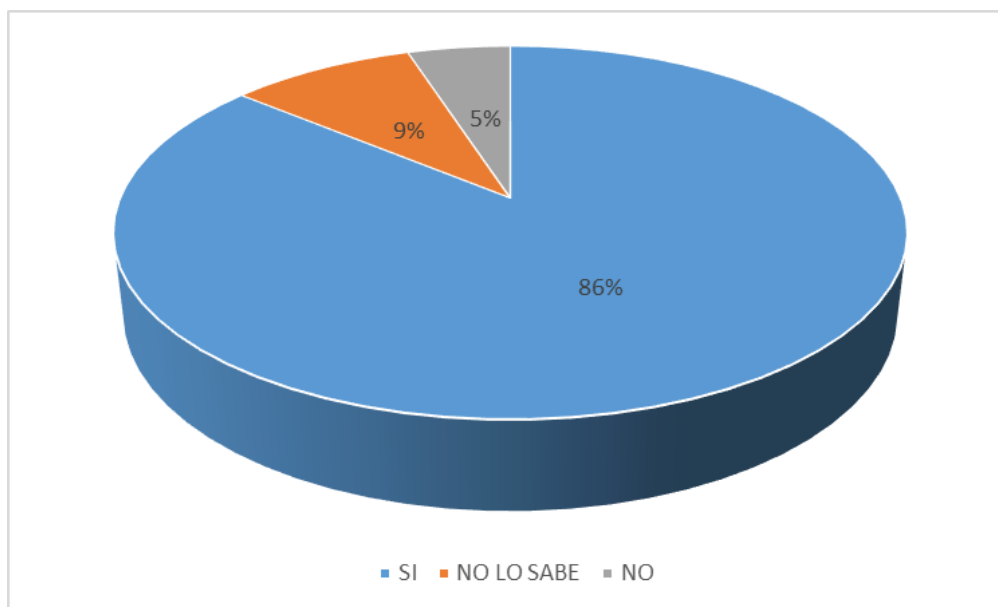
Cuando se les preguntó a las madres si sentían seguridad en el momento de preparar la comida de sus hijos el 86% (n=19) expresaron que sí, el 9 % (n=2) no lo saben y el 5% (n=1) expresó que no estaba segura. Como se percibe en la tabla y el grafico N° 18.

**Tabla N° XVIII:** Seguridad que sienten las madres en el momento de preparar la comida de sus hijos.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	86 %
NO LO SABE	2	9 %
NO	1	5 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 18:** Seguridad que sienten las madres en el momento de preparar la comida de sus hijos.



Fuente: Elaboración propia.

Mediante un recordatorio de 24hs se analizó el consumo de los niños y se determinó los alimentos inadecuados que consumían teniendo en cuenta su edad.

En el grupo de los niños de 6 meses de edad se registró que, de un total de 3 niños que pertenecían a este grupo, sólo uno consumía alimentos inadecuados para su edad como: yogurt, crema de leche y manteca. (Obsérvese en la tabla N°XIX).

**Tabla N° XIX:** Alimentos inadecuados consumidos por niños de 6 meses de edad.

NIÑOS	ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS			TOTAL DE ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS
	YOGURT	CREMA DE LECHE	SAL	
A.F				
G.M				
R.F	X	X	X	3
<b>TOTAL</b>	1	1	1	

(\*) Las letras que aparecen en la columna “niños” son las iniciales del nombre y apellido de cada niño que participó del trabajo de investigación.

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

Según los datos recolectados de los niños de 7 y 8 meses de edad, se determinó que, los 2 niños que pertenecen a este grupo etario consumieron alimentos inadecuados para su edad; uno de ellos consume 4 alimentos inadecuados y el otro 3.

Los alimentos inadecuados consumidos por estos niños fueron: tomate, leche de vaca en polvo, miel, sal y dulce compacto. En el caso de la leche de vaca si bien es un alimento inadecuado es consumido por los niños porque es la que le brindan en el CAPS, con sus indicaciones correspondientes. (Véase en la tabla N° XX).

**Tabla N° XX:** Alimentos inadecuados consumidos por niños 7 y 8 meses de edad.

NIÑOS	ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS					TOTAL DE ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS
	TOMATE	LECHE DE VACA EN POLVO	MIEL	SAL	DULCE COMPACTO	
<b>B.C</b>	X	X	X	X		4
<b>B.J</b>		X	X		X	3
<b>TOTAL</b>	1	2	2	1	1	

(\*) Las letras que aparecen en la columna “niños” son las iniciales del nombre y apellido de cada niño que participó del trabajo de investigación.

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

En el grupo de 9 a 12 meses de edad se registró que, de total de 8 niños, 3 consumieron 3 alimentos inadecuados y los 5 restantes consumieron sólo uno. Entre los alimentos más consumidos encontramos que todos los niños de este grupo etario consumieron sal, 3 de ellos leche de vaca en polvo y 3 golosinas. Lo cual se registra en la tabla N° XXV.

**Tabla N° XXI:** Alimentos inadecuados consumidos por niños de 9 a 12 meses de edad.

NIÑOS	ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS			TOTAL DE ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS
	LECHE DE VACA EN POLVO	SAL	GOLOSINAS	
M.T	X	X	X	3
D.A		X		1
B. D		X		
A.V		X		1
S.T	X	X	X	3
S.S	X	X	X	3
N.E		X		1
P.B		X		1
<b>TOTAL</b>	3	8	3	

(\*) Las letras que aparecen en la columna “niños” son las iniciales del nombre y apellido de cada niño que participó del trabajo de investigación.

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

Para finalizar con el análisis se evaluó el consumo de alimentos inadecuados por parte de los niños de 13 a 24 meses de edad, donde se determinó que, de los 9 niños ,4 consumieron 1 alimento no apto para su edad, otros 4 ingirieron 2 alimentos no aptos y solo 1 consumió 3 alimentos inadecuados. Dentro de los alimentos inadecuados encontramos: la sal; consumida por todos los niños, golosinas; consumidas por 5 niños; y gaseosas; consumida por solo 1 niño. Tal como se ve reflejado en la tabla N° XXII.

**Tabla N° XXII:** Alimentos inadecuados consumidos por niños de 13 a 24 meses de edad.

NIÑOS	ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS			TOTAL DE ALIMENTOS INADECUADOS CONSUMIDOS
	SAL	GOLOSINAS	GASEOSAS	
M.M	X			1
R.G	X			1
A.K	X	X	X	3
E.P	X	X		2
K.J	X	X		2
C.V	X			1
E.Q	X	X		2
B.D	X			1
T.T	X	X		2
<b>TOTAL</b>	9	5	1	

(\*) Las letras que aparecen en la columna “niños” son las iniciales del nombre y apellido de cada niño que participó del trabajo de investigación.

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).

Realizado por: Autora.

Además, se consideró importante determinar el porcentaje y la frecuencia de consumo de ciertos alimentos como vegetales, frutas, aceites y grasas (manteca y crema de leche). Del análisis de recabó que el consumo de verduras al igual que el de frutas era del 82% (n=18), mientras que el 73% (n=16) ingerían ambos grupos de alimentos. (Obsérvese en la tabla y gráfico N°23). En cuanto a la adición de aceites y/o grasas en las preparaciones, se observó que el 55%(n=12) de los niños consumieron aceite en sus comidas del día anterior, que el 27% (n=6) ingirieron grasas; mantaca o crema y que el 18% (n= 4) no ingirieron ninguno de los dos alimentos anteriormente mencionados. Tal como se puede observar en la tabla y el gráfico N°24.

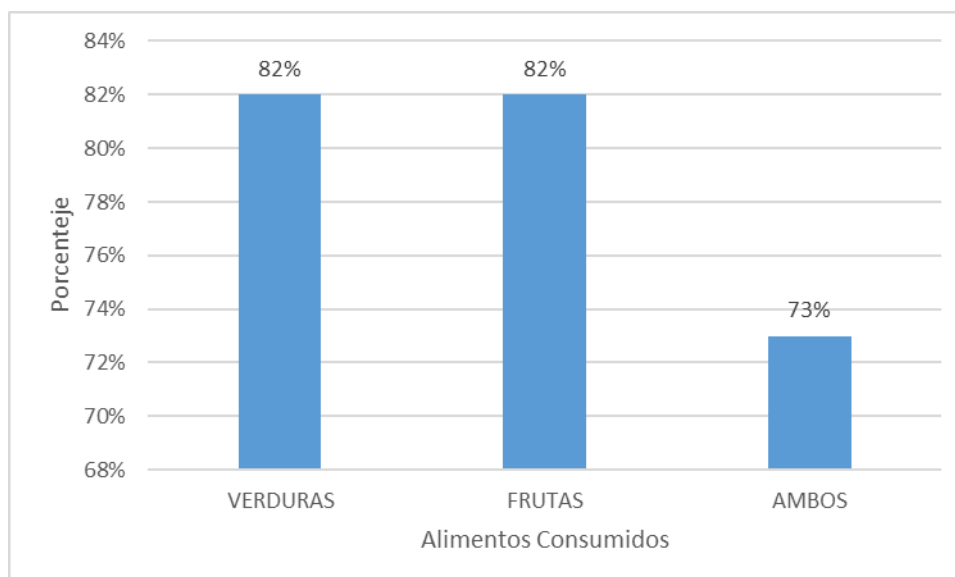
Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asistieron al Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck, durante los meses de Noviembre – Diciembre del año 2018.

**Tabla N°XXIII:** Consumo de Verduras y Frutas.

ALIMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDURAS	18	82%
FRUTAS	18	82%
AMBOS	16	73%

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°23:** Consumo de Verduras y Frutas.



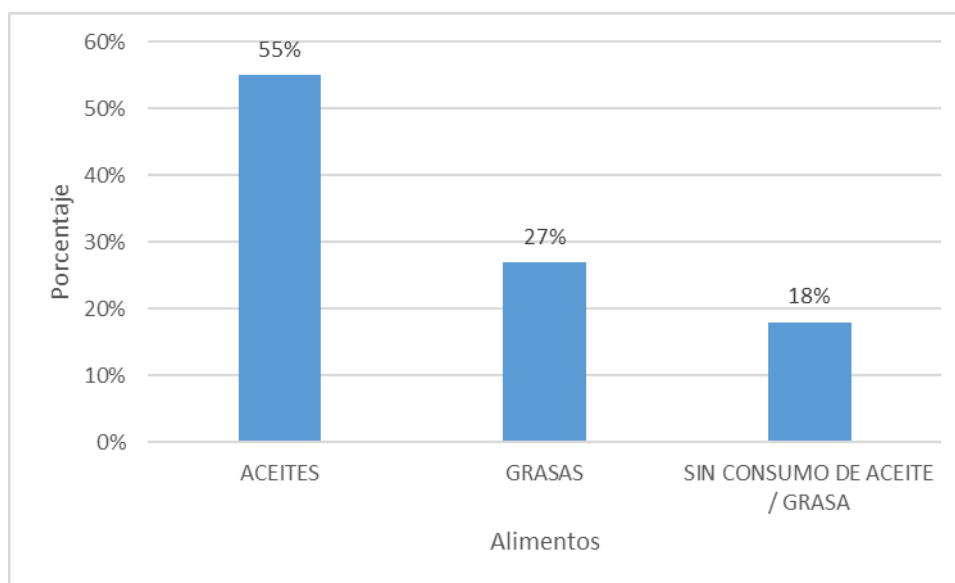
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N°XXIV:** Consumo de Aceites y Grasas.

ALIMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACEITES	12	55%
GRASAS	6	27 %
SIN CONSUMO DE ACEITE / GRASA	4	18%
TOTAL	22	100%

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°24:** Consumo de Aceites y Grasas.



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la higiene de manos se analizó la creencia materna sobre si era posible o no generar alguna enfermedad en sus hijos por falta de higiene. De los datos recolectados se obtuvo que el 77% (n=17) creían que era probable, mientras que el 23%(n=5) no estaban seguras. (Véase en tabla y grafico N°25).

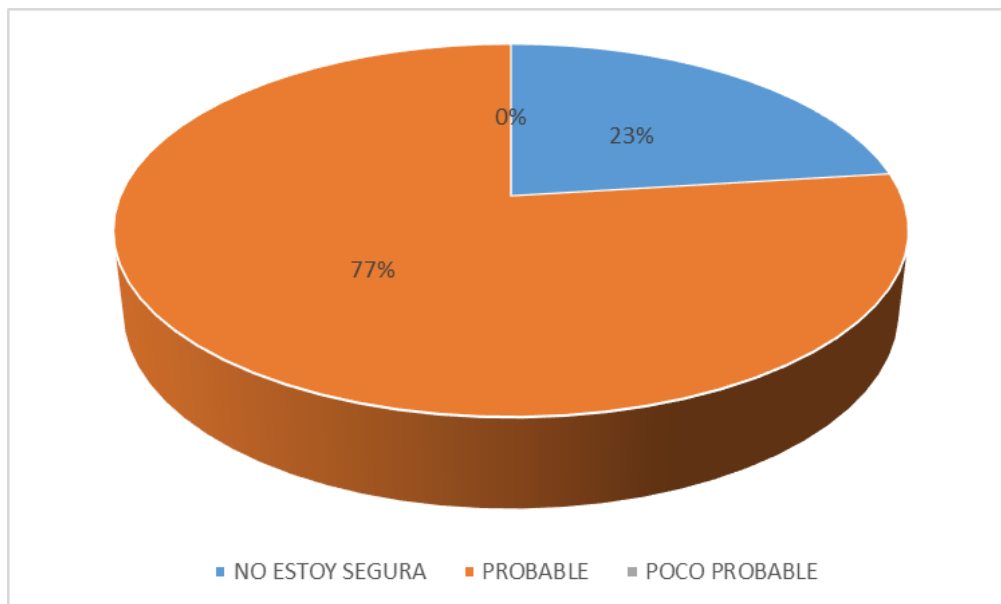
También se estudió las creencias maternas sobre la gravedad de las enfermedades ocasionadas por no lavarse las manos antes de darle de comer o de preparar la comida de sus hijos, donde se observó que el 73% (n=17) de las madres encuestadas creían que son graves las enfermedades ocasionadas por no lavarse las mismas y el 23 %(n=5) de estas madres no están seguras de que esto pueda ocurrir. (Notar en tabla y grafico N°26).

**Tabla N° XXV:** Creencia materna sobre la posibilidad de generarle alguna enfermedad a su hijo por falta de higiene de manos al preparar los alimentos.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ESTOY SEGURA	5	23 %
PROBABLE	17	77 %
POCO PROBABLE	0	0 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°25:** Creencia materna sobre la posibilidad de generarle alguna enfermedad a su hijo por falta de higiene de manos al preparar los alimentos.



Fuente: Elaboración propia.

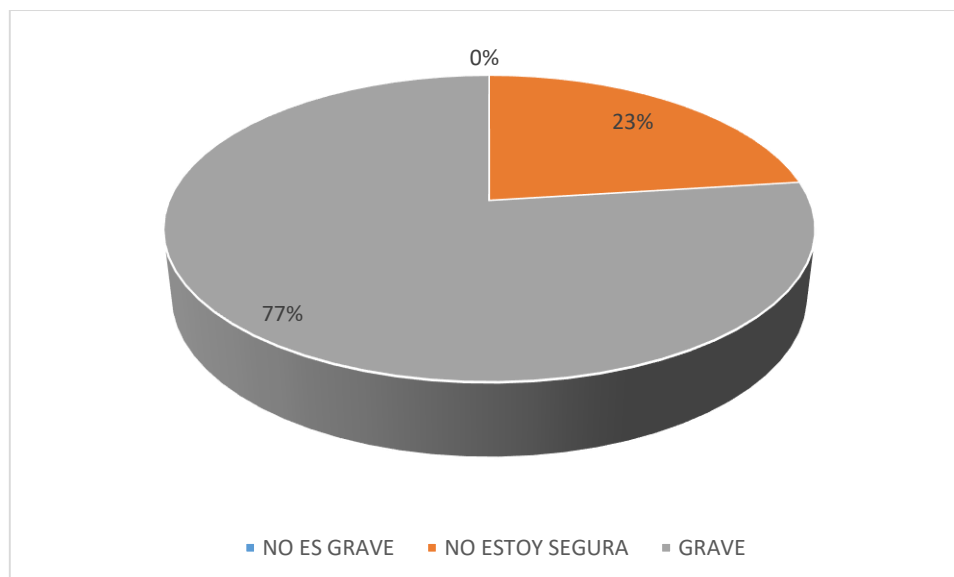
**Tabla N° XXVI:** Creencia materna sobre la gravedad de generarle alguna enfermedad a su hijo por falta de higiene de manos al preparar los alimentos.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ES GRAVE	0	0 %
NO ESTOY SEGURA	5	23 %
GRAVE	17	77 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.



**Gráfico N° 26:** Creencia materna sobre la gravedad de generarle alguna enfermedad a su hijo por falta de higiene de manos al preparar los alimentos.



Fuente: Elaboración propia.

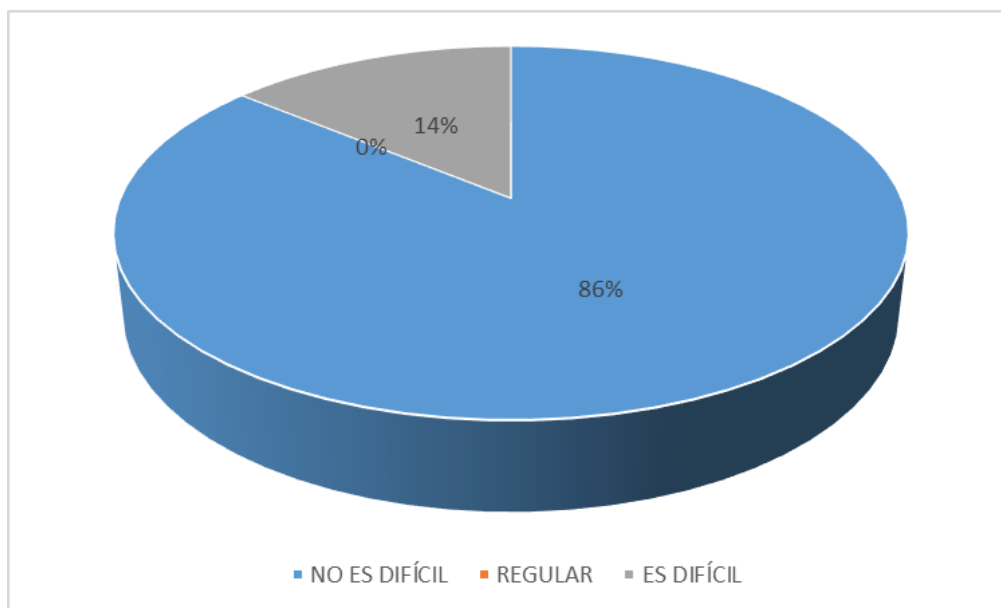
Una vez obtenidos estos datos, se les consulto acerca de la importancia que le atribuían al lavado de manos. Estas expresaron en su totalidad que es bueno y cuando se les preguntó sobre la dificultad de realizarlo el 86% (n=19) enunció que no era difícil, mientras que el 14% (n=3) restante manifestó que, si era difícil, dando como motivos “la falta de tiempo” o “el olvido”. (Véase en tabla y gráfico N°27).

**Tabla N° XXVII:** Dificultad materna para lavarse las manos antes de alimentar a sus hijos.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ES DIFÍCIL	19	86 %
REGULAR	0	0 %
ES DIFÍCIL	3	14 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N° 27:** Dificultad materna para lavarse las manos antes de alimentar a sus hijos.



Fuente: elaboración propia.

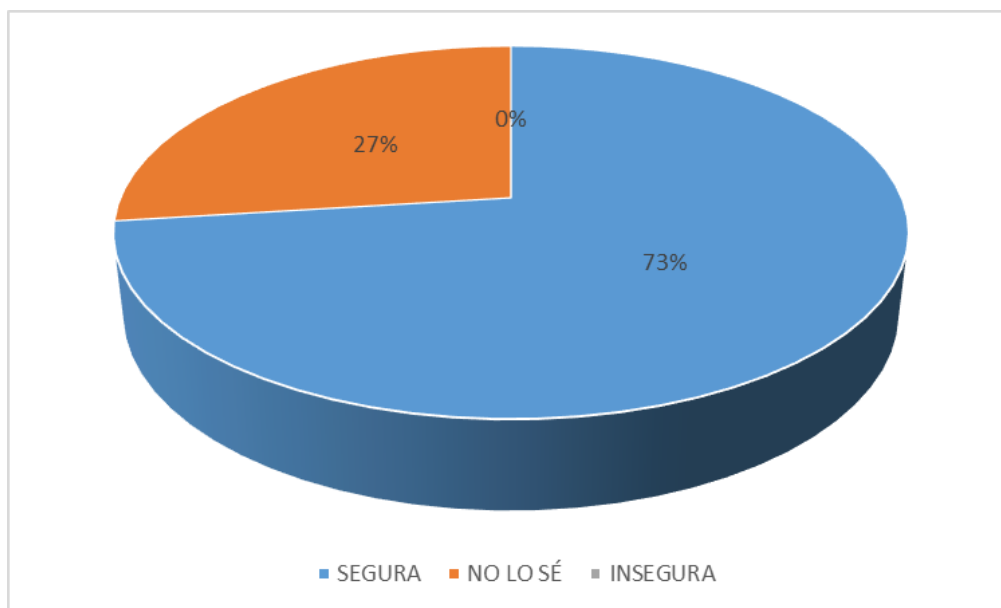
Continuando con la higiene de manos, se determinó que el 73% (n=16) de las madres estaban seguras que realizan el lavado de manos de manera correcta y el 27% (n=6) expresó no saber si lo realizan de la manera correcta. Tal como se refleja en la tabla y el gráfico N°28.

**Tabla N° XXVIII:** Confianza materna sobre el correcto lavado de manos.

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEGURA	16	73 %
NO LO SÉ	6	27 %
INSEGURA	0	0 %
TOTAL	22	100 %

Fuente: encuesta de recolección de datos (Franck, 2018).  
Realizado por: Autora.

**Gráfico N°28:** Confianza materna sobre el correcto lavado de manos.



Fuente: elaboración propia.

## DISCUSIÓN

En cuanto a la valoración nutricional, en el presente estudio se observó que el 77% de los niños evaluados se encontraban dentro de los parámetros normales de peso corporal, el 18% por encima y el 5% por debajo de dichos valores. En el estudio de Rolandi (2014) se obtuvo también un alto porcentaje; el 88% de los niños se localizaban dentro de los parámetros normales. En cambio, en el estudio de Calle y col. (2013) se registró el 43% de los niños con peso saludable, un 56% por debajo de los parámetros normales y sólo un 1% con exceso de peso.

Con respecto a los conocimientos maternos sobre AC, López Yaguapaz (2016) describió que el 74, 5% tenían los conocimientos apropiados a cerca del tipo de alimentación que se debe brindar en dicha edad, mientras que en mi estudio sólo el 18% contaba con los conocimientos mínimos para alimentar a sus hijos.

En cuanto a la relación entre ambas variables, se pudo corroborar que, a diferencia de los estudios de Calle y col. (2013), Castro (2016) y Rolandi (2014), donde existía asociación directa entre el conocimiento materno y el estado nutricional de los niños, en el presente estudio no se encontró dicha asociación. A su vez, en dichos estudios las madres que no poseían conocimientos adecuados tenían hijos con bajo o alto peso, mientras que en mi estudio presentaban un peso dentro de los parámetros normales.

Además, se puede comparar el porcentaje de niños que recibió lactancia materna, siendo un 66% en el estudio de Rolandi (2014), un 50% en las ENNyS (2009) y un 55% registrado por mi estudio.

Estimo oportuno comparar el análisis del consumo de leche de vaca, bebidas, miel, verduras, frutas, grasas, aceites y sal, obtenido de las ENNyS (2009) y mi estudio. Según las ENNyS (2009), la leche de vaca fue consumida por el 73% de los niños, las bebidas (gaseosas) por el 25%, la miel por el 26%, las verduras por el 82%, las frutas por el 43%, frutas y verduras por el 37%, las grasas (manteca y crema) por el 18% y la aceite por el 69%. Por otro lado, en mi estudio se pudo observar que, el 56% de los niños consumían leche de vaca, el 5% gaseosas, el 9 % miel, el 82% frutas y verduras, el 73% ambas el mismo día, el 23% grasas y el 55% aceite. Por último, en cuanto al consumo de sal en las comidas, el 82% de las madres manifestó incorporarla en la comida de sus hijos, mientras que en el estudio de Rolandi (2014) sólo fue del 61%.

Para finalizar el presente análisis, se puede confrontar la investigación de López Yaguapaz (2016) con mi estudio en cuanto a la seguridad que sentían las madres en el momento de preparar la comida de sus hijos, arrojando como resultados un 94,7% y un 86% respectivamente.

## CONCLUSIONES

- Los niños de 6 a 24 meses que asistieron al C.A.P.S Dr. Telmo E. Albrecht de la localidad de Franck durante los meses de Noviembre y Diciembre del año 2018, presentaban, en su gran mayoría, un peso y talla adecuado para su edad.
- Las madres no contaban con los conocimientos mínimos adecuados sobre prácticas alimentarias.
- No se ha encontrado relación entre el desconocimiento materno sobre prácticas alimentarias y el estado nutricional de sus hijos.
- La mayoría de los niños consumió leche de vaca, sal, frutas y verduras.
- La mitad de los niños recibían lactancia materna.
- Se observó un alto grado de desconocimiento por parte de las madres sobre la higiene de manos.

## RECOMENDACIONES

### A nivel de centro de salud:

- Es indispensable el fomento de talleres y charlas educativas para reforzar el tema de alimentación complementaria y las correctas normas higiénicas, haciendo hincapié en la higiene personal y de los alimentos. Al finalizar dichas charlas o talleres brindarle por escrito el material con algunos consejos útiles.
- Entregar a las madres folletos con recetas prácticas, sencillas, variadas y económicas, buscando de esta manera la incorporación de ciertos alimentos, que muchas veces no saben cómo prepararlos y por tal motivo; según me lo expresaron durante la encuesta; muchas veces sus hijos no lo consumen.
- Se debe incentivar, aún más una alimentación infantil adecuada en madres y cuidadores, disminuyendo de esta manera posibles problemas nutricionales que puedan aparecer en un futuro, tanto por carencia como por exceso de nutrientes.

### A nivel comunal:

- Incorporar profesionales idóneos en la materia para poder realizar los talleres correspondientes.

### A nivel de investigadores:

- Es necesario que se realicen investigaciones en diferentes áreas sobre la adecuada alimentación infantil y las normas de higiene personal.
- Continuar con la valoración nutricional de los niños.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almarza, A.L. y Martínez, B.M. (2010). Alimentación del lactante sano. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP*, 287-295.
- Calle Bravo, S., Morocho Nasquez, B. y Otavalo Cárdenas, J. (2013). *Conocimiento Materno sobre Alimentación, Nutrición y su relación con el Estado Nutricional de Niños (as) menores de dos años que acuden al Sub Centro de Salud de San Pedro del Cebollar, durante Mayo – Julio 2013* (Tesina). Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, Ecuador.
- Castillo Durán, C., Balboa, P., Torrejón, C., Bascuñán, K. y Uauy, R. (2013). Alimentación normal del niño menor de 2 años. *Revista chilena de pediatría*, 84 (5), 565-572.
- Calvo, E., Abeyá, E. O., Durán, P., Longo, E., y Mazza, C. (2009). *Evaluación de los estados nutricionales de niñas, niños y embarazados mediante antropometría*. (1ª ed.). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Castro Sullca, K. (2016). *Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S S.J.M 2015* (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P de Enfermería, Perú.
- De Helsinki, D. (1964). *Asociación médica mundial. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos*. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2006). *Guías Alimentarias para la Población Infantil*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000562cnt-guias-alimentarias-familia.pdf> .
- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. (2009). La alimentación de los niños menores de 2 años. Recuperado de: <http://www.oda-alc.org/documentos/1341933892.pdf>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F. y Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 64(1), 119-132.
- Food and Agriculture Organization. (2014). *KAP Manual: Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices*. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm> .
- Girolami, D. (2003). *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal* (1a ed.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Hernández Aguilar, M. T. (2006). *Alimentación complementaria*. Recuperado de [www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf) .

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación.
- La Alianza Mundial pro Lactancia Materna (2005). Lactancia materna y alimentación complementaria. Semana mundial de la Lactancia Materna. Recuperado de [http://worldbreastfeedingweek.net/support/2005/cal%2705\\_spa.pdf](http://worldbreastfeedingweek.net/support/2005/cal%2705_spa.pdf) .
- Landeu, R. (2007). *Elaboración de trabajos de investigación*. (1ª ed.). Venezuela: Alfa.
- López, L.B. y Suárez, M.M. (2010). *Fundamentos de Nutrición Normal*. (1ª ed.). Buenos Aires: El Ateneo.
- López Yaguapaz, K.L. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud "Baeza" 2016*. (Tesis). Universidad técnica del norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de enfermería, Ecuador.
- Lorenzo, J. (2014). *Alternativas de alimentación en menores de 1 año*. Recuperado de: [http://www.fmed.uba.ar/depto/alim\\_n\\_sano/FLAS%20Y%20LV%20%202014.pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/alim_n_sano/FLAS%20Y%20LV%20%202014.pdf) .
- Lorenzo, J., Guidoni, M.E., Díaz, M., Marenzi, M.S., Lestingi, M.E., Lasivita, J., Isely, M. B, Bozal, A. y Bondarczuck, B. (2007). *Nutrición del niño sano*. (1ª ed.). Rosario: Corpus Editorial y Distribuidora.
- Lupo, E., Mohr, P., Mülli, V. y Rodríguez, D. (2014). *Del nacimiento a los primeros pasos*. (1ª ed.). Barcelona : Nuevos Emprendimientos Editoriales SL.
- Machado, K. (2013). Alimentación complementaria: perceptiva y preventiva. *Revista Gastrohnutp*, 15 (2), 36-44.
- Marschoff, María (2011). *La cocina por asalto. Ciencia, cocina y género en la transición del siglo XIX*. Recuperado de <https://vdocuments.mx/cocina-por-asalto.html> .
- Martínez, A. y Ríos, F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (25).
- Ministerio de salud, gobierno de Santa Fe. (2017). *Patrones internacionales de crecimiento infantil de la OMS*. Santa fe: Autor
- Ministerio de Salud. (2009). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –Documento de Resultados*. Buenos Aires: Autor.
- Noguera Brizuela, D., Márquez, J. C., Campos Cavada, I., y Santiago, R. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 76(3), 126-135. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406492013000300008&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406492013000300008&script=sci_abstract) .
- Organización Mundial de la salud. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de [http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf) .



- . (2010). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/) .
- . (2018). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Recuperado de [http://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion\\_para\\_la\\_ac.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf) .
- Osorio, J., Weisstaub, G., y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29 (3).
- Plata Rueda, E. y Leal Quevedo, F. (2006). *Preguntas de madres y padres*. (5ª ed.). Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Rolandi, C. (2014). *Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses* (Tesis). Universidad FASTA, Facultad de Ciencias Médicas, Buenos Aires.
- San Esteban, A. (2017). La Malnutrición Infantil en Argentina. *Conclusión*. Recuperado de <http://www.conclusion.com.ar/info-general/la-malnutricion-infantil-en-argentina/04/2017/>.
- Setton, D. y Fernández, A. (2014). *Nutrición en pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos*. (1a ed.). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericano.
- Torresani, M. E. (2006). *Cuidado nutricional pediátrico*. (2a ed.) Buenos Aires: Eudeba.
- Uzcátegu, E. (2009). Teoría del Conocimiento. Recuperado de <http://ever-uzcategui.over-blog.es/article-28794739.html> .

## ANEXOS

### ANEXO I

#### NOTA DE PERMISO DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN

Franck,.... de..... del 2018

Sr. Director del C.A.P.S “Dr. Telmo E. Albrecht”  
Dr. Rubio, Dante.  
S / D

De mi mayor consideración:

Por la presente, quien suscribe Perez Florencia, alumna de 4° año de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle la debida autorización para llevar a cabo un trabajo de investigación en el C.A.P.S que Ud. dirige. Dicho trabajo será incluido en mi Tesina final, la cual es parte de los requisitos que la Universidad de Concepción del Uruguay tiene para obtener el título de grado

La temática a abordar en este trabajo será: “conocimientos maternos sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses”.

La investigación a realizar incluirá, observación de las historias clínicas de los niños para evaluar su estado nutricional y la realización de encuestas a sus madres para determinar el conocimiento que ellas tienen.

Una vez finalizada la tesina, procederé a hacerle llegar una copia de la misma.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, lo saludo muy atentamente.

Perez, Florencia.

DNI: 33.110.578

## **ANEXO II**

### **DATOS DEL NIÑO**

Apellido y Nombre del niño/a:.....

Fecha de nacimiento: ..... /..... /.....

Peso: ..... Talla: ..... Perímetro Cefálico: .....

Apellido y Nombre de la madre:.....

### **CUESTIONARIO**

1. ¿(Nombre del bebé) tomó pecho o leche materna ayer durante el día o la noche?

Si

No

No sabe / No contesta

2. Voy a preguntarle acerca de los alimentos que (*nombre del bebé*) comió ayer durante el día o por la noche. Por ejemplo, si (*nombre del bebé*) se comió una papilla de arroz con verduras, debe responder afirmativamente a algún alimento (arroz, tomate, zanahoria, etc.). No mencione los alimentos utilizados en poca cantidad para sazonar o condimentos (como especias), voy a preguntarle acerca de esos alimentos posteriormente. Ayer durante el día o por la noche (*nombre del bebé*) comió o bebió (Subrayar los alimentos consumidos en cada grupo):

**Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asistieron al Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Telmo E. Albrecht” de la localidad de Franck, durante los meses de Noviembre – Diciembre del año 2018.**

Grupo	Lista de Alimentos	No	Si
<b>Grupo 1:</b> Cereales	Arroz, avena, cebada, maíz, trigo o sus derivados: harinas y productos elaborados con ellas (pan, fideos, galletas, etc.).		
Legumbres	Arvejas, garbanzos, lentejas, porotos.		
<b>Grupo 2:</b> Verduras	Acelga, espinaca, calabaza, zapallo, zanahoria, papa, batata, zapallito, remolacha, tomate, choclo.		
Frutas	Manzana, banana, durazno, frutilla, naranja		
<b>Grupo 3:</b>			¿Cuántas veces?
Leche	Fórmula infantil como Sancor, Nutrilon Premiun, Vital, Crecer		¿Cuántas veces?
Yogur	Leche de vaca (en polvo o fluida)		¿Cuántas veces?
Quesos	Entero ,descremado		
	De pasta dura: Sardo, Parmesano, Reggianito		
	De pasta semidura: Gruyere, Danbo. De pasta blanda: Blanco untable, Cremoso, Port Salut		
<b>Grupo 4:</b>			
Carnes	Vacuna		
	Ave		
	Pescado		
	Cerdo		
Huevo	Huevo		
<b>Grupo 5 :</b> Aceites	Girasol, maíz, oliva.		
Grasas	Manteca, crema de leche		
<b>Grupo 6:</b> Azúcar	Azúcar		
Dulces	Compactos: membrillo, batata. Mermeladas: membrillo, frutilla, pera, ciruela, durazno. Miel		
<b>Otros Alimentos (No deben ser contados en el puntaje de diversidad alimentaria)</b>	Golosinas: caramelos, chocolates, alfajores. Gaseosas		
	Condimentos: especias (orégano, albahaca, laurel, tomillo, perejil, romero, nuez moscada, pimenta), Sal.		

No consume alimentos más que leche materna

Análisis preliminar:

Número de grupos de alimentos consumidos el día anterior \_\_\_\_/6

**3. ¿Cuántas veces (nombre del bebé) comió alimentos, es decir cuántas comidas, realizó ayer durante el día y la noche?**

Número de veces: \_\_\_\_\_

No sabe/ no contesta

**Análisis preliminar (realizar el análisis posterior a la aplicación de la encuesta)**

OMS (2008) recomendaciones para la frecuencia mínima de comidas:

**Para los niños alimentados con leche materna:**

2-3 veces para los bebés de 6 a 8 meses alimentados con leche materna

3-4 veces para lactantes de 9 a 23 meses alimentados con leche materna

**Para los niños no amamantados:**

4 veces para los niños de 6 a 24 meses que no son amamantados.

*Determinar si el niño recibió alimentos el número mínimo de veces según las recomendaciones de la OMS*

- Menos de lo recomendado  
 El mínimo número de veces (es decir que sigue la recomendación)  
 Más de lo recomendado

**4. ¿Hasta los cuantos meses cree usted que una mujer debe dar leche materna a su hijo?**

6 meses o menos

6 - 11 meses

12 - 23 meses

> 23 meses

Otros

No sabe

Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe

**5. ¿A qué edad los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna?**

A los 6 meses

Otros

No sabe

Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe

**6. ¿Por qué cree que es importante darle a su bebé otros alimentos a parte de la leche materna?**

La leche materna por sí sola no es suficiente / no puede proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento

Otros

No sabe

Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe

**7. Por favor, observe estas dos fotos de papillas. ¿Cuál cree usted que se debe dar a un niño pequeño?**

Muestra la papilla espesa

Muestra la aguada

No sabe

Foto n°1



Foto n° 2



Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe

**8. ¿Por qué eligió esa foto?**

Debido a que la primera es más espesa que la otra

Debido a que la primera es más nutritiva (o viceversa)

Otros

No sabe

Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe

**9. Para alimentar a sus hijos, muchas madres les dan papilla o purés; por favor, ¿me puede decir algunas maneras de hacer esos alimentos más nutritivos o mejor para la salud de su bebé? En otras palabras: ¿Qué alimentos o tipos de alimentos se puede añadir para hacerlos más nutritivos?**

Mediante la adición de....

Alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado, huevos, etc.)

Legumbres, frutos secos, semillas

Frutas y verduras ricas en Vitamina A (zanahoria, calabaza, melón, durazno)

Verduras de hoja verde (espinacas, acelga)

Alimentos muy energéticos: aceite, manteca

Otros

No sabe

Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe



**10. De qué manera se puede motivar a los niños a comer, por ejemplo cuando no quieren? En otras palabras: Si su hijo no quiere comer, ¿usted que hace para motivarlo?**

Brindarles atención durante sus comidas, hablar con ellos, hacer que los tiempos de comidas sean momentos felices:

- Aplaudir
- Hacer muecas/jugar/reír
- Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande
- Decir palabras alentadoras
- Llamar la atención del niño

Otros

No sabe

<p><u>Análisis preliminar:</u></p> <p>Conoce/ sabe <input type="checkbox"/></p> <p>No conoce/ no sabe <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**11. ¿Siente usted la confianza de preparar la comida de su hijo? En otras palabras: ¿Se siente usted segura preparando la comida de su hijo? ¿Siente que lo está haciendo bien?**

Si

Regular/No lo sé

No  ¿Me podría decir por qué razones?

---

---

**12. ¿Cree usted que brindarle diferentes tipos de alimentos a su hijo es bueno?**

Si

No lo sé/ No estoy seguro/a

No  ¿Me podría decir por qué razones no es bueno?

---

---

13. **¿Qué tan difícil es para usted darle diferentes tipos de alimentos a su hijo todos los días?**

No es difícil

Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a

Difícil  ¿Me podría decir por qué razones es difícil?

---

---

---

14. **¿Qué tan bueno cree que es alimentar a su hijo 3 veces al día o más?**

Es bueno

No lo sé/ No estoy seguro/a

No es bueno  ¿Me podría decir por qué razones no es bueno?

---

---

---

15. **¿Qué tan difícil es para usted alimentar a su hijo 3 veces al día o más?**

No es difícil

Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a

Difícil  ¿Me podría decir por qué razones es difícil?

---

---

---

16. **¿Qué tan bueno cree que es seguir dando leche materna después de los 6 meses?**

Es bueno

No lo sé/ No estoy seguro/a

No es bueno  ¿Me podría decir por qué razones no es bueno?

---

---

---

17. **¿Qué tan difícil cree que es seguir dando leche materna después de los 6 meses?**

No es difícil

Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a

Difícil  ¿Me podría decir por qué razones es difícil?

---

---

---

18. **¿Cree que su hijo está siendo alimentado de manera poco frecuente, suficiente, o muy frecuente?**

Poco frecuente

Suficiente/frecuente

Muy Frecuente

19. **En ocasiones, nos enfermamos por el contacto de los alimentos con heces (excremento). ¿Qué podemos hacer para evitar la contaminación de los alimentos con gérmenes del excremento de animales o humanos?**

Lavarse las manos (después de ir al baño y cambiar pañales)

Eliminar las heces de la casa y sus alrededores

Lavar y desinfectar los alimentos antes de consumirlos

Otro

No sabe

Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe

Número de respuestas correctas: \_\_\_\_\_

20. **¿Qué tan posible cree que su hijo puede padecer alguna enfermedad, por ejemplo diarrea, por no lavarse las manos antes de preparar su comida?**

No lo sé/ No estoy segura

Probable

Poco probable  ¿Me podría decir por qué razones es poco probable?

---

---

---

21. **Existen momentos indicados para lavarse las manos y prevenir que los gérmenes entren en contacto con los alimentos. ¿Cuáles son esos momentos? En otras palabras: ¿Sabe usted en que momentos debe lavarse las manos para evitar enfermedades?**

Después de ir al baño

Después de limpiar a un niño/cambiar el pañal

Antes de preparar/manipular alimentos

Antes de alimentar a un niño/alimentarse

Después de manipular alimentos crudos

Después de manipular basura o desechos

Otro

No sabe

Análisis preliminar:

Conoce/ sabe

No conoce/ no sabe

Número de respuestas correctas: \_\_\_\_\_

22. **¿Qué tan grave cree que sea enfermarse por no lavarse las manos antes de comer o preparar la comida?**

No es grave

No lo sé/ No estoy segura

Grave

---

**23. ¿Qué tan bueno considera que es lavarse las manos antes de alimentar a su niño?**

No lo sé/ No estoy seguro/a

Es bueno

No es bueno  ¿Me podría decir por qué razones no es bueno?

---

---

---

**24. ¿Qué tan difícil es para usted lavarse las manos antes de alimentar a su niño?**

No es difícil

Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a

Difícil  ¿Me podría decir por qué razones es difícil?

---

---

---

**25. ¿Se siente seguro lavándose las manos antes de alimentar a su niño ?En otras palabras: ¿Siente la confianza de que lo hace de la manera correcta?**

Si / Seguro

Regular/No lo sé

No / Inseguro  ¿Me podría decir por qué razones?

---

---

---

### **ANEXO III**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PRESENTACIÓN**

Franck,.... de..... del 2018

Estimada Sra.

Me dirijo a Ud. para invitarla a participar en el estudio de investigación que estoy realizando, denominando “Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses”.

Si usted acepta participar, se le realizará una encuesta con datos sobre la alimentación de su hijo(a) así como se obtendrán algunos datos antropométricos de la historia clínica de su hijo(a). La misma no provocará ningún efecto adverso hacia su persona, ni le implicará algún gasto económico.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted tiene derecho a negarse a participar y si decide participar, tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento.

La información que usted me proporcione durante las entrevistas que le realizaré es estrictamente confidencial. Los datos de su hijo aparecerán solo con las iniciales de su nombre.

Desde ya se agradece su colaboración.

En mi carácter de madre, habiendo sido informada y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la encuesta sobre “Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses”.

FIRMA:-----

ACLARACIÓN:-----

DNI:-----

## **ANEXO IV**

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki, como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, en la cual se basará este proyecto (de Helsinki, 1964). En este sentido, aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

En este sentido, en toda investigación realizada en seres humanos debe considerar principalmente tres principios éticos básicos:

- **Respeto por las personas:** incluye las siguientes dos consideraciones éticas fundamentales:
  - a) Respeto por la autonomía: hace referencia a que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones deben ser tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.
  - b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada: implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.
  
- **Beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, prohíbe causar daño deliberado a las personas (no maleficencia).
  
- **Justicia:** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. Este principio hace mención a la justicia distributiva, la cual establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término “vulnerabilidad” alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como por ejemplo la falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

En todas las investigaciones deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

Finalmente, la investigadora tiene obligación ética de publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público.

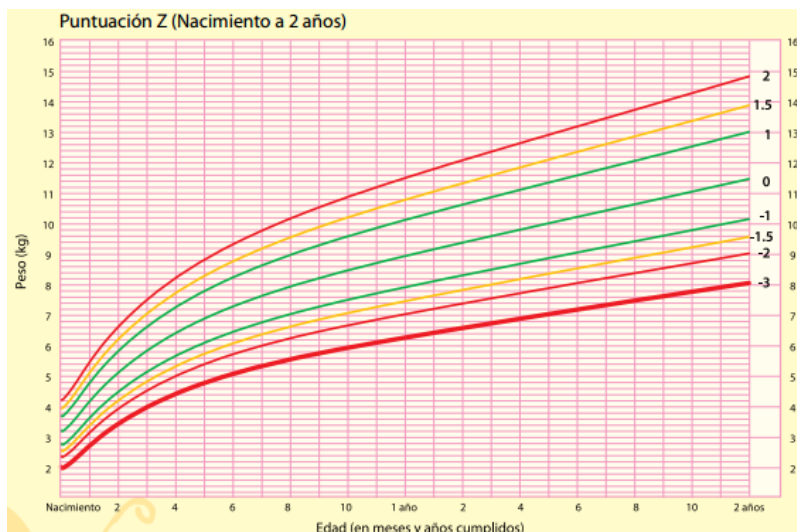


## **ANEXO V**

### **GRÁFICAS DE CRECIMIENTO**

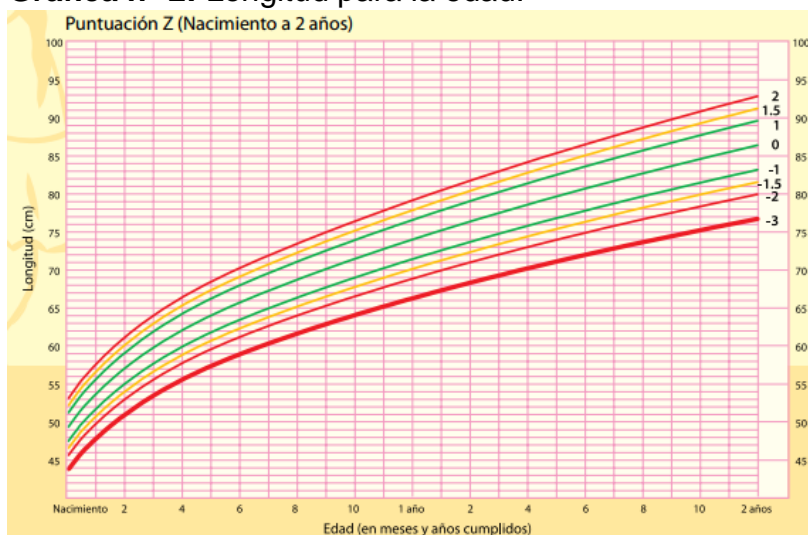
#### **NIÑAS**

**Gráfica n°1: Peso para la edad.**



Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

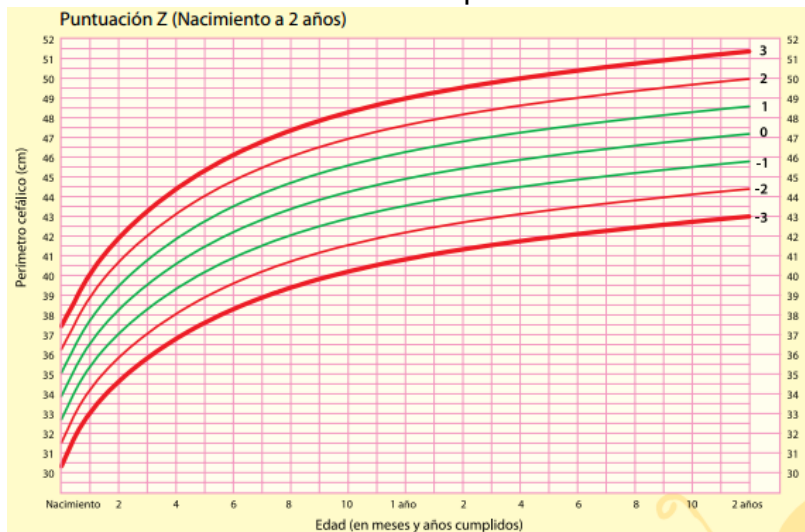
**Gráfica n° 2: Longitud para la edad.**



Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asistieron al Centro de Atención Primaria de la Salud "Dr. Telmo E. Albrecht" de la localidad de Franck, durante los meses de Noviembre – Diciembre del año 2018.

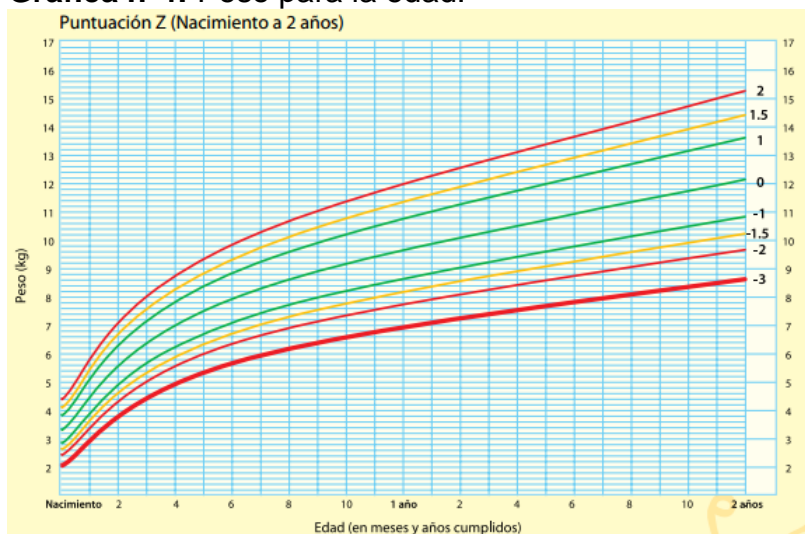
### Gráfica n°3: Perímetro cefálico para la edad



Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

## NIÑOS

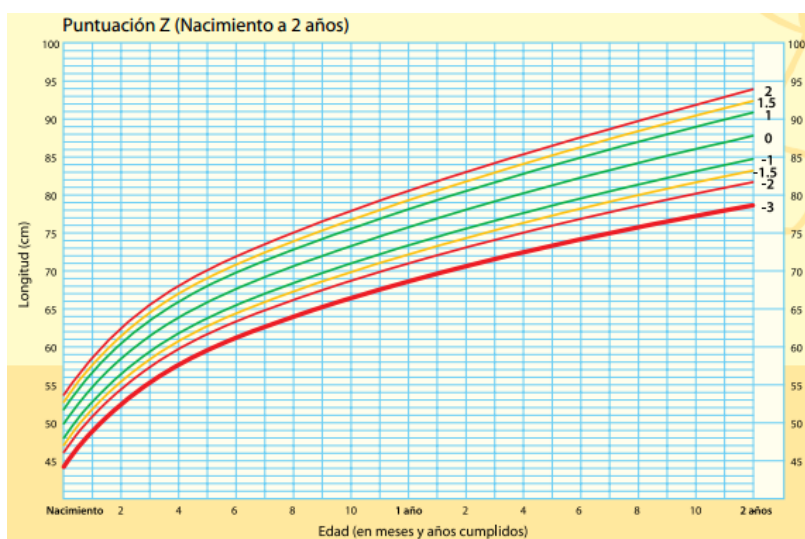
### Gráfica n°4: Peso para la edad.



Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

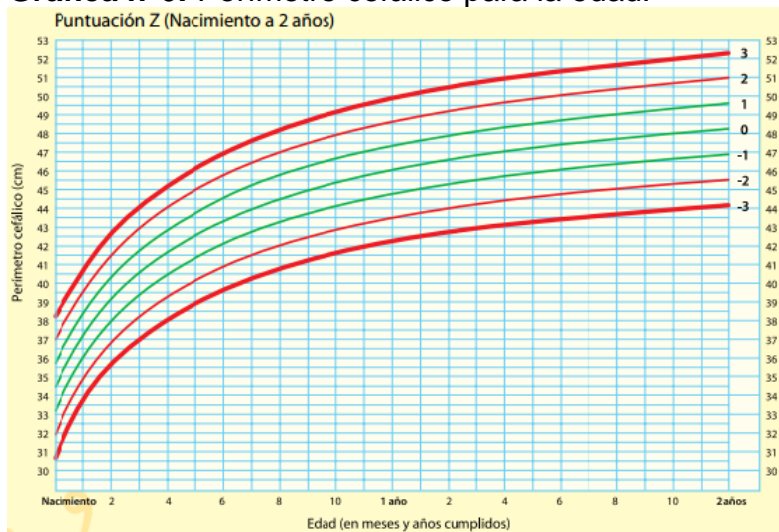
Conocimiento materno sobre prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que asistieron al Centro de Atención Primaria de la Salud "Dr. Telmo E. Albrecht" de la localidad de Franck, durante los meses de Noviembre – Diciembre del año 2018.

**Gráfica n°5:** Longitud para la edad



Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.

**Gráfica n°6:** Perímetro cefálico para la edad.



Fuente: Ministerio de Salud, gobierno de Santa Fe, 2017.