

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ABLACTACIÓN QUE PRESENTAN LOS PADRES DE
FAMILIA DE LA ESTANCIA CENDI MEXIQUENSE”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN NUTRICIÓN

PRESENTA:

P.L.N. LORENA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. ALEJANDRA DONAJÍ BENÍTEZ ARCINIEGA

REVISORES DE TESIS:

L. N. MARLEN GARCIA MEZA
L. N. MARÍA PACHECO GUTIERREZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ABLACTACIÓN QUE PRESENTAN LOS PADRES
DE FAMILIA DE LA ESTANCIA CENDI MEXIQUENSE

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme lograr un sueño más en mi vida y terminar una etapa de preparación académica, para continuar con fe y fortaleza la práctica de mi Licenciatura.

Gracias a mi hermana Sandra, por apoyarme incondicionalmente durante la Licenciatura, siendo un ejemplo a seguir de constante esfuerzo y superación.

Gracias a mis padres: José Guadalupe y Francisca, hermanos: Sandra, Arturo y Josue por estar conmigo en momentos difíciles de mi vida, compartiendo alegrías y tristezas, pero siempre apoyándonos.

Gracias a mi Directora de Tesis: Dra. Alejandra Donaji Benítez Arciniega, por orientarme en la elaboración de la presente Tesis.

Gracias a Jesús Rosas Hernández por demostrarme su apoyo incondicional, siempre encontrando las palabras adecuadas para seguir adelante con una sonrisa y con su amor ver la vida de otra manera.

Gracias a mis amigas Areli, Ursus, Isa, Cris y Jeanett que con su comprensión y amistad me han motivado a seguir cumpliendo mis sueños y disfrutar mis logros.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

I. Marco Teórico

1. Ablactación y Destete.....	1
1.2 Destete y estrategias para el destete.....	1
1.3 Ablactación.....	1
1.3.1 Recomendaciones para una correcta ablactación según la OMS y NOM-043-SSA2-2012.....	2
1.3.2 Requerimientos nutrimentales en lactantes.....	6
1.3.3 Requerimientos nutrimentales en niños prescolares.....	8
1.4 Consecuencias de una inadecuada ablactación.....	10
1.4.1 Alergias alimentarias.....	10
1.4.2 Desnutrición y deficiencias nutrimentales.....	11
1.4.3 Sobrepeso y obesidad.....	13
2. Medición del conocimiento.....	14
2.1 Elementos del conocimiento humano.....	14
2.2 Tipos de conocimiento.....	14
2.3 Niveles de conocimiento.....	15
2.4 Evaluación del conocimiento.....	15
3. Antecedentes del nivel de conocimientos sobre ablactación en Estancias infantiles de la ciudad de Toluca, México.....	16
3.1 Resultados de la Tesis “Conocimientos sobre alimentación que poseen las madres de los niños con desnutrición menores de 3 años afiliados a la UMF 224 del imss, durante el periodo de mayo a junio 2009, Zinacantepec, México.”.....	16
3.2 Resultados de la Tesis “Nivel de conocimiento alimentario en los padres de familia de niños de 6 a 12 meses de edad en las guarderías de SEDESOL en Metepec estado de México de agosto a diciembre de 2011. Toluca, estado de México, 2012.”.....	16

II Planteamiento del problema	17
III Justificación.....	19
IV Hipótesis	20
V Objetivos.....	21
VI Método.....	22
1. Diseño de estudio.....	22
2. Operacionalización de variables.....	23
3. Universo de trabajo y muestra.....	24
4. Instrumento de investigación	25
5. Desarrollo del proyecto	26
6. Límite de tiempo y espacio.....	27
7. Diseño de análisis.....	28
VII. Implicaciones éticas.....	29
VIII. Organización.....	30
IX. Resultados y análisis	31
X. Conclusiones.....	38
XI. Sugerencias.....	40
XII. Bibliografía.....	41
XIII. Anexos.....	45

RESUMEN

La correcta alimentación complementaria es un reto para el Nutriólogo y una oportunidad para la mejora en el desarrollo principalmente de los niños menores de 5 años; se debe tomar en cuenta la necesidad de vigilar los requerimientos nutrimentales que tienen en esta etapa ;debido a la transición radical que presenta la dieta del niño. Este tema ha sido controversial para diversos enfoques disciplinarios y países, siendo su comprensión una base indispensable para la Nutrición Pediátrica. Actualmente en México hay malnutrición en menores de 5 años, presentando desnutrición y obesidad. Esta situación es principalmente a causa de la introducción temprana de la alimentación complementaria y el patrón alimentario al que está expuesto el niño al integrarse en la dieta familiar. Así se destaca la importancia de considerar a los niños menores como población vulnerable, por su dependencia al momento de la práctica de la alimentación, la cual generalmente son responsables los padres de familia de los mismos.

Objetivo General: Evaluar el nivel de conocimientos de los padres de Familia de la Estancia CENDI Mexiquense, Toluca, Estado de México acerca de una adecuada ablactación.

Resultado: el 72% de los padres de familia presentó un nivel de conocimientos adecuado y el 28% un nivel de conocimientos escaso.

Conclusión: Con esta investigación se pudo comprobar que existe una relación entre el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia acerca de la alimentación complementaria con la práctica, por lo tanto es un factor de riesgo el nivel escaso de conocimientos alimentarios para una inadecuada práctica de alimentación complementaria.

ABSTRACT

The correct complementary feeding is a challenge for Nutritionist and an opportunity for improvement in the development mainly of children under 5; should take into account the need to monitor the nutritional requirements that are at this stage, due to the radical transition that has the child's diet. This issue has been controversial for various disciplinary approaches and countries, and its understanding an essential basis for Pediatric Nutrition. Currently in Mexico there is malnutrition in children under 5 years, presenting malnutrition and obesity. This situation is mainly due to the early introduction of complementary foods and eating patterns to which the child is exposed to integrate into the family diet. This highlights the importance of considering younger children as vulnerable, because of its dependence upon the practice of food, which are usually responsible parents thereof.

General Objective: To assess the level of knowledge of the parents of Family Stay CENDIMexiquense, Toluca, State of Mexico about proper weaning.

Result: 72% of parents provided an adequate level of knowledge and 28% low-level knowledge.

Conclusion: In this study it was found that a relationship exists between the level of knowledge with parents about complementary feeding practice, so it is a risk factor for the low level of food knowledge to an appropriate practice supplementary feeding.

INTRODUCCIÓN

Son conocidos ya los beneficios de la Lactancia Materna en la madre y el niño, en cuanto a aspectos biológicos, psicoafectivos, económicos y sociales. Los niños que son amamantados por madres sanas, pueden ser alimentados mediante lactancia exclusiva materna durante los primeros seis meses de vida, según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo diversos factores han ocasionado la disminución en cuanto a tiempo de lactancia materna, como el uso de formulas lácteas e introducción temprana de alimentos diferentes a la leche materna. La edad de introducción de alimentación complementaria en el lactante, tiene gran importancia en el desarrollo del niño, ya que la dieta experimenta un cambio radical en su composición nutrimental. Esta transición comprende requerimientos: nutrimentales, para su crecimiento, maduración fisiológica y desarrollo del lactante. El momento adecuado para la introducción de la alimentación complementaria ha sido controversial, para la presente investigación se considera la recomendación de la OMS: iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de vida, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad.¹ La mitad de los casos de destete precoz están asociados a decisiones o percepciones maternas que no necesariamente reflejan la realidad en cuanto a la alimentación del niño.²

I. MARCO TEORICO

1.-ABLACTACIÓN Y DESTETE

1.2 Destete y Recomendaciones para el destete

El destete se refiere al retiro gradual de la leche materna y se recomienda hacerlo cuando el niño tiene 2 años de edad.

Los tipos de destete son: destete natural: el niño voluntariamente suspende la lactancia materna; destete inducido: la madre reduce poco a poco la alimentación al pecho materno, hasta eliminarla por completo. Poco a poco se refiere a sustituir cada dos o tres semanas, una tetada al día por un vaso de leche hervida, fresca o pasteurizada, después dos tetadas por dos vasos de leche y así sucesivamente, hasta que se destete completamente al niño, en este tipo de destete la madre no reciente molestias por el llenado excesivo de los senos; destete brusco: manera menos indicada para destetar a un bebé, ya que se quita completamente de un día para otro la alimentación al seno materno y esto causa que afecte el estado emocional del niño, sintiéndose rechazado, de mal humor y que no quiera comer.

Como recomendaciones para el destete, se debe de tomar en cuenta: iniciar preferentemente el destete a los 2 años de edad; evitar suspender la alimentación con leche materna si el niño no acepta el cambio y se empeña en continuarla; orientar a la madre acerca del destete rápido o brusco, recordándole los problemas emocionales que le puede ocasionar al niño; utilizar para el destete leche que haya hervido durante 20 minutos si es fresca, si es en polvo o evaporada preparar con especial cuidado, utilizando la cantidad de leche recomendada, agua hervida y utensilio limpios; explicarle a la madre que se puede sustituir el amamantamiento nocturno, cuando el niño haya abandonado completamente las tetadas del día.³

1.3 Ablactación

Según la OMS la Alimentación Complementaria se define como el proceso que inicia cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir todas las necesidades nutrimentales del lactante y por lo tanto otros alimentos son necesarios para complementarla. La OMS y la UNICEF dejan de utilizar el término ablactación, antes utilizado para este proceso, ya que el latín *ab* significa sin y *lac*, leche, es decir sin leche. Este término daba a entender la eliminación completa de la leche materna al empezar la alimentación complementaria en el lactante. De acuerdo a la adecuada alimentación de la madre, las necesidades nutricionales de los niños sanos y a término generalmente son bien cubiertas por la leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

Sin embargo después de este periodo es poco probable que se sigan cubriendo las necesidades nutrimentales del niño solo con leche materna, haciendo énfasis en requerimientos de energía, proteínas, hierro, zinc y vitaminas liposolubles como A y D. ⁴

Desde la 55ª Asamblea Mundial de la Infancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño y continuarla con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad, siendo una estrategia de prevención, para favorecer el adecuado estado nutricional, óptimo crecimiento y desarrollo, así como la disminución de mortalidad en los lactantes y niños menores. ⁵

En México la Secretaría de Salud y la Asociación Mexicana de Pediatría A.S. concuerdan con la recomendación de la OMS con respecto a iniciar la alimentación complementaria a partir del sexto mes de vida del niño cuyo objetivos son: prevenir deficiencias de energía y proteínas, debido a una disociación entre la disponibilidad de estos nutrimentos en la leche materna y los requerimientos posteriores del niño en función de su crecimiento; prevenir deficiencias nutrimentales principalmente del hierro y zinc; fomentar el gusto por la diversidad de sabores y texturas de los alimentos; construir hábitos alimentarios correctos; desarrollar habilidades que permitan una transición entre la dependencia total que presenta el niño a sus padres para alimentarse, a la alimentación por sí mismo; y desarrollar la capacidad innata del niño para regular la cantidad de alimentos que consume. La importancia de iniciar en el momento oportuno la alimentación complementaria, no solo comprende la necesidad de cubrir los requerimientos nutrimentales del niño, sino también el hecho de aprovechar la oportunidad que ofrece este periodo para poder establecer las primeras bases de lo que en un futuro serán los patrones de hábitos alimentarios del individuo. La relevancia que tiene adquirir estos hábitos ha sido identificada hace varios años en la literatura científica, sin embargo, se realizaron recomendaciones más específicas, para que los profesionales de la salud las tomaran como herramientas prácticas para seguimiento y evaluación de la Alimentación Complementaria. ⁴

1.3.1 Recomendaciones para una correcta ablactación según la OMS y la NOM-043-SSA2-2012

La OMS⁴ y otras instituciones realizaron una investigación en niños menores de 1 año de edad, pertenecientes a 10 lugares del mundo, durante 5 años. El objetivo fue estudiar la diversidad de la dieta en relación con tres variables: consumo de alimentos altos en densidad de nutrimentos, frecuencia de consumo e ingestión total de energía.

Del estudio surgieron 7 recomendaciones puntuales: iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, continuar la lactancia materna hasta el año de edad,

introducción de alimentos sólidos a más tardar a los 9 meses de edad, consumo de una dieta diversa, frecuencia de consumo de alimentos suficientes y consumo de alimentos ricos en hierro; las primeras tres corresponden a lactancia materna, y particularmente para la alimentación complementaria son: **Introducción de alimentos sólidos a más tardar a los 9 meses de edad;** esta recomendación hace énfasis en la habilidad de masticar, ya que identifica que de no enfrentar al bebé a masticar en este período, es posible que se cierre esta oportunidad y con ello la construcción de hábitos relacionados con la masticación como: el gusto por los sabores, olores y texturas diversos, tiempo adecuado para el consumo de alimentos duros como: manzana, jícama y carne de res; **Consumo de una dieta diversa:** que incluya al menos cuatro de los siguientes alimentos: cereales o tubérculos, leguminosas u oleaginosas, derivados de leche: queso, yogurt o sucedáneos de la leche materna, alimentos de origen animal: carnes rojas, pescado, vísceras, huevo, frutas y verduras especialmente ricas en vitamina A. La introducción de los alimentos para conseguir una dieta diversa debe ser paulatina, introduciendo un alimento a la vez, preferentemente por la mañana para poder observar la respuesta del niño a dicho alimento durante el día, así la introducción de un segundo alimento se hace una vez que el niño haya aceptado satisfactoriamente el alimento anterior; **Frecuencia de consumo de alimentos:** se refiere a las frecuencias mínimas de consumo según la edad del lactante y el tipo de lactancia. Al menos dos veces al día en niños de seis a ocho meses de edad alimentados al seno materno, al menos tres veces al día en niños de nueve meses o más alimentados al seno materno, al cuatro tres veces al día en niños de seis a 23 meses de edad alimentados con sucedáneos de leche materna, cada ingestión de sucedáneo es un consumo. El objetivo es cubrir los requerimientos de energía del niño. La decisión de aumentar la frecuencia de consumo durante el día depende en gran medida de la densidad energética de la dieta y de las cantidades consumidas durante cada comida. A mayor densidad energética, menos frecuencia de consumo y viceversa. Es necesario relacionar la frecuencia de consumo de alimentos y densidad energética de los alimentos tomando en cuenta el patrón de consumo de leche materna: alto, moderado y bajo. El buen manejo de esta compleja relación se debe reflejar en un crecimiento lineal adecuado del niño. Para lo anterior mencionado, la OMS recomienda: aumentar la frecuencia de consumo de alimentos diferentes a la leche materna en la medida en que el niño aumente de peso corporal y talla; definir el número de comidas durante el día en base a: densidad energética de los alimentos, cantidad de comida consumida y frecuencia de la lactancia materna.

Consumo de alimentos ricos en hierro: es necesario que el alimento del niño incluya diariamente cualquiera de los siguientes grupos: alimentos de origen animal: carnes rojas, pescado, pollo, vísceras, alimentos comerciales fortificados con hierro y alimentos fortificados con hierro de manera casera: polvos y alimentos con hierro adicionado. El riesgo de padecer deficiencias de hierro durante los dos primeros años de vida aumenta, debido a que es una etapa de rápido crecimiento y desarrollo, en donde las reservas de hierro se agotan a partir del sexto mes de vida y cuando la ingestión alimentaria de este nutrimento es inadecuada debido a ciertas prácticas alimentarias, como la introducción tardía de alimentos de origen animal. La OMS afirma que los niños que no reciben suplementos o alimentos fortificados con hierro sino solamente papillas preparadas con verduras no logran cubrir los requerimientos de hierro y zinc. Aunque se alcanzan los requerimientos de zinc con los cereales fortificados con hierro, es más eficaz iniciar la alimentación complementaria con carnes. Determinar a las carnes como el primer grupo de alimentos con el que se inicie la alimentación complementaria tiene limitaciones económicas, culturales y religiosas. Para la OMS, el hecho de iniciar la alimentación complementaria con carnes sigue siendo un reto difícil, sin embargo poblaciones como China y Perú muestran resultados favorables con la introducción temprana de carnes.⁴

De acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012⁶, se destacan las siguientes medidas para llevar a cabo una correcta ablactación: a partir de los 6 meses iniciar la alimentación complementaria y continuar con la lactancia materna de ser posible hasta los 2 años de edad; alimentar a los lactantes directamente y asistir al niño o niña mayor cuando come por sí solo, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio y pacientemente y animar al niño o niña a comer, pero sin forzarlos; si el niño o niña rechaza varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones: sabores, texturas y métodos para animarlos a comer; promover el consumo de alimentos de acuerdo con el Plato del Bien Comer; evitar las distracciones durante las horas de comida si el niño o niña pierde interés rápidamente; recordar que los momentos de comer son periodos de enseñanza y aprendizaje mutuos entre los padres de familia y los hijos, hablar con los niños y mantener el contacto visual; lavarse las manos antes de preparar alimentos y lavar las manos de los niños antes de comer; servir los alimentos inmediatamente después de su preparación y guardarlos de forma segura si no son consumidos al momento; utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos. Deben emplearse utensilios adecuados, permitir que el niño intente comer solo, aunque se ensucie; utilizar tazas y tazones limpios al alimentar al niño o niña; evitar el uso de biberones; introducir un solo alimento a la vez. Ofrecerlo durante dos o tres días, lo que permitirá conocer su tolerancia; al inicio no se deben mezclar los alimentos al momento de servirlos o prepararlos para poder ofrecer uno a la vez, esto permitirá conocer los sabores y su tolerancia.

Iniciar con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño o niña, mientras se mantiene la lactancia materna; aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño o niña, adaptándose a sus requisitos y habilidades; a los 12 meses la mayoría de los niños o niñas pueden comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia, bajo una alimentación correcta. Aumentar el número de veces que el niño o niña consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida; para el niño o niña amamantado en promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño o niña debe recibir 3-4 comidas al día, además de colaciones (como una fruta, un pedazo de pan o galleta) ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño o niña. Las colaciones se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que el niño o niña consume por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar, si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño o niña ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes; a partir del 6o. mes se recomienda iniciar con el consumo de carnes y, a partir de los dos años de edad, se recomienda dar leche descremada; variar los alimentos para cubrir las necesidades nutricionales. Deben consumirse alimentos de origen animal lo más frecuentemente posible. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario; ofrecerse agua simple potable. Los jugos de fruta deben ofrecerse cuando el niño o niña pueda tomar líquidos en taza. De preferencia deben ser naturales sin la adición de edulcorantes. Antes de extraerlos, las frutas deben estar lavadas y sin cáscara. Preferir ofrecer agua simple potable para evitar remplazar o desplazar alimentos; si por alguna razón el niño o niña no es amamantado, se debe utilizar sucedáneos para lactantes recomendados por el pediatra.

Esquema de alimentación complementaria según la NOM-043-SSA2-201⁶

EDAD CUMPLIDA	ALIMENTOS A INTRODUCIR	FRECUENCIA	CONSISTENCIA
0- 6 meses	Lactancia materna exclusiva	A libre demanda	Líquidos
6-7 meses	Carne (ternera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado)*, verduras, frutas, Cereales (arroz, maíz, trigo, avena, centeno, amaranto, cebada, tortilla, pan, galletas, pastas, cereales infantiles precocidos adicionados)	2 a 3 veces al día	Purés, papillas
7-8 meses	Leguminosas (frijol, haba, garbanzo, lenteja, alubia)	3 veces al día	Purés, picados finos, alimentos machacados
8-12 meses	Derivados de leche (queso, yogurt y otros) Huevo y pescado**	3-4 veces al día	Picados finos, trocitos
>12 meses	Frutas cítricas, leche entera*** El niño o niña se incorpora a la dieta familiar	4-5 veces al día	Trocitos pequeños

* Excepto embutidos o carnes frías elaborados con cualquiera de estas carnes.

**Se deben introducir si no existen antecedentes familiares de alergia al alimento, si es así, introducirlo después de los 12 meses.

***La leche entera de vaca no se recomienda antes del primer año de la vida.

B1. Se recomienda introducir solo un alimento nuevo a la vez por dos o tres días, con el propósito de valorar su tolerancia y descartar alergia al mismo. Por ejemplo, si el lactante ha comido y tolerado manzana, pera y zanahoria, y se desea agregar calabacita a la dieta, se introducen estos cuatro alimentos durante tres o cuatro días, para después agregar uno nuevo más.

B2. Es conveniente garantizar el aporte de hierro y zinc por medio de la alimentación complementaria, por lo que se recomienda a partir de los seis meses de edad, el consumo diario de carne y otros alimentos de origen animal (1-2 onzas).

1.3.2 Requerimientos Nutrimientales en Lactantes

La Nutrición en el primer año de vida es de gran importancia, ya que debe satisfacer las necesidades del crecimiento, maduración de los tejidos y órganos, así como las posibles implicaciones que pueda tener en la morbilidad y mortalidad del adulto, previniendo enfermedades crónicas. Para permitir un óptimo crecimiento y desarrollo del lactante es fundamental aportar los elementos nutrimentales necesarios mediante una alimentación adaptada a sus funciones digestivas, metabólicas y renales. Además se deben tener en cuenta las características fisiológicas de la digestión en esta edad. ⁷

La nutrición del lactante presenta exigencias especiales debido a la velocidad de crecimiento, intenso metabolismo, falta de maduración tisular e inmadurez de los órganos implicados en la regulación endógena. El aparato digestivo del lactante está adaptado especialmente a la alimentación láctea en los primeros meses de vida, sin embargo a lo largo del primer año surge una maduración funcional, la cual permitirá la entrada progresiva de alimentos más complejos, logrando una alimentación completa y variada.

Requerimiento energético: Las necesidades energéticas se estiman en 100 kcal/kg y 98 kcal/kg durante el primero y segundo semestres de vida, respectivamente. Cifras aproximadamente tres veces mayores a las recomendaciones para el adulto.⁷

Requerimiento hídrico: Las necesidades diarias de agua son aproximadamente de 150 ml/kg/día, sin embargo varía ampliamente con la temperatura ambiental, fiebre, pérdidas anormales de líquidos (heces, orina) y carga de solutos de la alimentación.⁷

Requerimientos proteicos: Constituyen un 10-12% de la ingestión de energía y proporcionan nitrógeno, necesario para la renovación de los aminoácidos y síntesis de las diferentes proteínas del organismo. De acuerdo a los valores en lactantes, se recomiendan para lactantes de 1-3 meses, 2.2 g/kg/día y se disminuye hasta 1.6 g/kg/día para niños de 6 a 12 meses. Los requerimientos de aminoácidos descienden progresivamente con la edad, especialmente los aminoácidos esenciales. Además de los ocho aminoácidos esenciales: isoleucina, leucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptófano, valina; hay algunos que durante la infancia se deben considerar como esenciales, ya que las necesidades son mayores debido a la inmadurez de los sistemas enzimáticos. Es el caso de la cisteína en el recién nacido y de la histidina hasta los 6 meses de vida.⁷

Requerimientos lipídicos: Durante los primeros 4 meses de vida, los lípidos deben representar el 40-55%, del aporte energético y el 30-35% a partir de esa edad, representando el ácido linoleico el 4.5-10.8% del valor calórico total. Se recomienda que el aporte de ácido α -linolénico sea alrededor del 1% de la energía diaria. Con respecto a los ácidos grasos polinsaturados de cadena larga, se toma como referencia los niveles que se encuentran en la leche madura, que no exceda de 1% para los de serie omega-3 y 2% para serie omega-6, del total de ácidos grasos de una fórmula láctea. Después del sexto mes de vida, al producirse el cambio a dieta mixta, se recomienda un valor de ácidos grasos polinsaturados totales alrededor de 5-8% del aporte energético.⁷

Requerimientos de hidratos de carbono: Durante los primeros 4 meses de edad deben representar el 32-48% del aporte calórico total, porcentaje que se irá modificando durante el primer año de vida hasta representar el 55-60% al año de edad.⁷

La lactosa se sitúa como el hidrato de carbono predominante, para los lactantes de -0-4 meses: lactosa, dextrinomaltosa y almidón para 4-6 meses; y lactosa, dextrinomaltosa, almidón, fructosa y sacarosa para lactantes mayores de 6 meses. La sacarosa y fructosa deben restringirse en lo posible para evitar que el niño se acostumbre al sabor dulce.⁷

Requerimientos de nutrimentos inorgánicos: sodio y cloro: generalmente quedan cubiertos con un aporte de 2-3 mEq/100 kcal (1-2 mEq/kg/día), potasio 2 mEq/100 kcal (1 mEq/kg/día), calcio: 60-75 mg/100 kcal, fósforo: 30-50mg/100 kcal, magnesio: 6mg/100 kcal, hierro: a partir del tercer mes, 1mg/kg/día, yodo: 10 µg/dl, cinc: 4 meses: 225µ/kg y entre 4-6 meses 100µg/kg, hasta el año de vida: 93µg/kg, cobre: 27µg/kg/día.⁷

Requerimientos de vitaminas: vitamina A: 375 µg/día en el lactante y etapas posteriores: 1.000 µg/día, vitamina D: lactantes menores de 6 meses: 300 UI/día y 400 UI/día para mayores de esta edad, vitamina K: 5µg/día niños menores de 6 meses y mayores 10µg/día, vitamina E: 0.9mg por gramos de ácidos grasos poliinsaturados o 0.6 mg/100 kcal de α- tocoferol, vitamina C: 16mg/100 kcal.⁷

1.3.3 Requerimientos Nutrimientales en niños preescolares

Posterior al primer año de vida (periodo de lactante), el niño entra en periodo preescolar (3-5 años).⁸

En esta etapa todos los órganos, sistemas y mecanismos fisiológicos han alcanzado madurez similar a la del adulto. Se caracteriza por ser una etapa de transición entre la fase de crecimiento acelerado por el lactante y el periodo de crecimiento estable. Hay un crecimiento lento y estable, por la progresiva madurez biopsicosocial, de gran variabilidad individual de hábitos incluyendo el alimentario y el de actividad física, con aumento progresivo de influencias sociales. En esta edad ya se han adquirido habilidades neuromotoras, madurez de órganos y aparatos; que permiten que el niño coma solo, utilizando instrumentos adaptados por la familia cada vez más complejos y se puede incorporar completamente a la dieta familiar. En esta etapa, la alimentación, además de favorecer el crecimiento y desarrollo óptimo del niño, el acto de comer debe de ser un medio de enseñanza familiar para la adquisición de hábitos alimentarios saludables, los cuales repercutirán en edades posteriores.⁷

Un objetivo nutricional de gran importancia en esta etapa, es prevenir la aparición de enfermedades de base nutricional, que actualmente son la causa principal de morbimortalidad en países desarrollados, como: obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer.⁸

Con el declinar del crecimiento en estos primeros años de vida, el apetito decrece y la ingestión de alimentos puede volverse impredecible, causando confusión y preocupación en los padres.⁸

Requerimiento energético: Existe una gran variabilidad en las necesidades energéticas durante la infancia, requiere, casi el doble de energía que un adulto, 80-100 kcal/kg/día frente a 30-40 kcal/kg/día.⁸

Requerimiento proteico: De 2.2 g/kg del primer semestre, desciende a 1.5 g/kg en el segundo, y a 0.8 g/kg en años posteriores, esta diferencia es porque la proteína sirve para el crecimiento y este disminuye en los primeros dos años, promoviendo poco la actividad física. La estimación para esta etapa se sitúa alrededor del 12% del valor calórico total de la dieta, asegurándose de la calidad proteica y el perfil de aminoácidos.⁸

Requerimiento lipídico: A partir de los 2 años, los ácidos grasos se distribuirán en ácidos grasos saturados (7-8% de energía), ácidos grasos monoinsaturados (15-20%) y ácidos grasos poliinsaturados (7-8%), procurando mantener la relación entre omega-6 y omega-3. El aporte de colesterol no debe pasar los 100 mg/1.000 kcal al día. Se debe prestar atención en el aporte de ácidos omega-3.⁸

Requerimiento de hidratos de carbono: Deben constituir el aporte calórico mayoritario de la dieta (55%), dentro de los glúcidos los azúcares simples no deben constituir más del 10%, siendo el aporte mayoritario polisacáridos o glúcidos complejos y fibra.⁸

Requerimiento de fibra: La escasez de alimentos ricos en fibra en la dieta puede contribuir al estreñimiento, problema común entre la población infantil. Se recomienda una cantidad que corresponde con la edad en años más 5 y con un límite máximo igual a la edad en años más 10.⁸

Requerimiento de nutrientes inorgánicos: calcio: 500 mg/día, cinc: 2.5 mg/día, cobre: 260 µg/día, flúor: 0.7 mg/día, fósforo: 380 mg/día, hierro: 3.0 mg/día, magnesio: 65mg/día, yodo: 65 µ/día.⁷

Requerimiento de vitaminas: folato: 120 µg/día, niacina: 5mg/día, riboflavina: 0.4 mg/día, tiamina: 0.4mg/día, vitamina A: 210 µ/día, vitamina B₁₂: 0.7µg/día, vitamina C: 13 mg/día, vitamina D: 5 mg/día, vitamina E: 5 mg/día, vitamina K: 30µg/día.⁷

1.4. Consecuencias de una Inadecuada Ablactación

1.4.1 Alergias Alimentarias

La alergia alimentaria o hipersensibilidad alimentaria alérgica es la reacción adversa causada por mecanismos inmunológicos, mediados o no por inmunoglobulina E, es importante diferenciarla de la intolerancia alimentaria o hipersensibilidad alimentaria no alérgica, la cuál es respuesta adversa causada por características fisiológicas propias del huésped. Las reacciones tóxicas pueden mimetizar la hipersensibilidad alimentaria, son provocadas por factores inherentes al alimento, como contaminantes tóxicos o sustancias farmacológicas contenidas en el alimento. La alergia alimentaria se manifiesta clínicamente de diversas maneras según el mecanismo inmunológico que la causa. Las reacciones alérgicas más frecuentes son las mediadas por la inmunoglobulina E que pueden afectar la piel (urticaria y angioedema) seguidas por las gastrointestinales (síndrome de alergia oral, cólico, vómitos, diarrea etc.). La prevalencia de alergia alimentaria es mayor durante los primeros años de vida, afecta aproximadamente 6% de los pacientes menores de 3 años y desciende durante la primera etapa de la vida. Los niños que presentan enfermedades alérgicas suelen tener mayor prevalencia de alergia alimentaria, por ejemplo: 35% de los niños con dermatitis atópica moderada a grave tienen alergia a alimentos mediada por IgE y entre 6-8% de los niños asmáticos tienen sensibilizaciones inducidas por los alimentos.⁹

La expresión y progresión de las enfermedades alérgicas resultan de la compleja interacción de múltiples factores genéticos y ambientales. La atopia se manifiesta en los individuos con predisposición genética expuestos a estímulos ambientales determinados. Ya que no es posible hasta ahora manipular la carga genética, es importante identificar los factores ambientales de riesgo, relacionados con la aparición de enfermedades alérgicas, ofreciendo una posibilidad real de prevención de este tipo de enfermedades. Los factores de riesgo son características genéticas o ambientales, los cuales incrementan la probabilidad de padecer una enfermedad en un individuo determinado.¹⁰

Con base en lo anterior, uno de los factores predisponentes para el desarrollo de alergias alimentarias en los niños, es la prematura introducción de alimentos diferentes a la leche materna, así como exponer a los niños a los alimentos considerados alergénicos, además de la exposición a contaminantes.⁹

De acuerdo con un estudio transversal, descriptivo, multicéntrico, observacional en población abierta de la Ciudad de México; que tuvo como objetivo conocer factores de riesgo familiares y ambientales relacionados con el incremento en la prevalencia de enfermedades alérgicas, se demostró que las leguminosas, cereales, carne de res, carne de puerco, huevo, pescado y leche entera obtuvieron un significado estadístico como factores de riesgo.¹⁰

1.4.2 Desnutrición y deficiencias nutrimentales

El estado de nutrición está compuesto por diversos factores biológicos y sociales.¹¹

La desnutrición infantil es el resultado de la ingestión insuficiente de alimentos, en cantidad y calidad, la falta de una atención adecuada y oportuna y la aparición de enfermedades infecciosas. Mundialmente cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, un 13% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda y un 5% de ellos desnutrición aguda grave. La desnutrición es originada por tres causas. Causas básicas: pobreza, desigualdad y escasa educación de las madres; Causas subyacentes: falta de acceso a alimentos, falta de atención sanitaria, agua y saneamiento insalubres; Causas inmediatas: alimentación insuficiente, atención inadecuada y enfermedades. La introducción tardía de alimentos complementarios, se ha reportado con mayor frecuencia en áreas rurales y entre hogares indígenas, siendo una causa básica para presentar desnutrición infantil. El índice de desnutrición se determina mediante observación directa, medición de talla, peso, perímetro de brazo y conociendo la edad del niño para compararlo en estándares de referencia. Se manifiesta de diferentes formas: es más pequeño de lo que debería a su edad, pesa poco para su altura o pesa menos de lo que corresponde para su edad. Estas manifestaciones están relacionadas con un tipo específico de carencias, la altura refleja carencias durante un tiempo prolongado, mientras que el peso indica carencias agudas. Con forme a esto surgen los tipos de desnutrición.^{1, 12}

Según su etiología, la desnutrición asociada al consumo inadecuado de alimentos puede ser: Primaria: se determina si la ingestión de alimentos es insuficiente; Secundaria: ocurre cuando el organismo no utiliza el alimento consumido y se interrumpe el proceso digestivo o absorbivo de los nutrimentos; Mixta o terciaria: cuando hay una asociación de ambas situaciones, tanto poca ingestión de alimentos y alguna situación que impide al organismo aprovechar el alimento.¹³

Particularmente durante los tres primeros años de vida del niño, el patrón de ingestión alimentaria que tiene es muy variante. En el segundo semestre del primer año la combinación de leche materna o fórmula con alimentos complementarios lograran una cobertura adecuada para el crecimiento y desarrollo, a los 12 meses de edad el lactante ya debe tener variedad en su dieta, después del periodo de lactante, el niño va adquiriendo habilidades de auto alimentación.

En la etapa preescolar muy influenciado por los adultos se adquieren preferencias, aversiones y hábitos que posteriormente serán difíciles de modificar. Los malos hábitos adquiridos en este periodo, inadecuada lactancia y alimentación complementaria pueden causar deficiencias nutrimentales y repercusiones en edades posteriores.¹⁴

La escasez de hierro y zinc, durante los primeros 2 años de vida, son las deficiencias nutrimentales más frecuentes, ya que es una etapa de crecimiento acelerado y desarrollo, en donde las reservas neonatales de estos nutrimentos se agotan desde el sexto mes de vida y cuando su ingestión en la alimentación complementaria es inadecuada.⁴

La prevalencia de las deficiencias de vitaminas y nutrimentos inorgánicos es elevada en países en desarrollo, niños y mujeres en periodo de lactancia son los grupos más vulnerables, en niños en etapa preescolar el riesgo de neumonía y diarrea aguda aumenta. Estas deficiencias son responsables en parte de los índices de mortalidad y bajo desarrollo económico en México. Por otra parte, se sabe que la anemia por deficiencia de hierro trastorna el funcionamiento de todo el organismo del niño, particularmente la baja capacidad de aprendizaje, la reducción en algunos mecanismos de defensa y el efecto en la actividad física, afecta la función inmune y limita el desarrollo cognitivo de los niños.¹⁵

La anemia tiene consecuencias graves sobre el desarrollo motor e intelectual de los niños, este daño es irreversible, si no se corrige antes de los dos años de edad. La anemia por deficiencia de hierro se asocia con la reducida ingestión de tejidos animales (fuente de hierro disponible) y alta ingestión de maíz, con alto contenido de fitatos, que inhiben la absorción de hierro (no-hem). Otras causas de anemia como deficiencias de folatos, vitaminas A y B12 pueden ser involucradas. De acuerdo con un estudio que se realizó en México para describir y comparar la prevalencia de anemia en niños y adolescentes, con los datos de esta alteración reportados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se insistió en que su prevalencia en menores de 5 años (23.3%), esencialmente en niños de 12 a 23 meses sigue siendo un problema grave de salud pública en México, pues a pesar de haber disminuido en los últimos años, se sigue presentando en un importante número de ellos.¹⁶

Aunado a lo anterior, se sabe que la deficiencia de zinc afecta el crecimiento físico de los niños, aumenta el riesgo y la severidad de la diarrea y la neumonía; la deficiencia de magnesio ocasiona anomalías cardíacas y está vinculada a la mal absorción, además de estar asociada con la resistencia a la insulina; finalmente, la deficiencia de cobre se manifiesta con la anemia hipocrómica y en los niños ha sido asociada con la osteoporosis.¹⁵

1.4.3. Sobrepeso y Obesidad

La obesidad es un grave problema de salud pública mundial, donde México ocupa el primer lugar. Según la ENSANUT 2012, el sobrepeso y la obesidad en menores de 5 años se ha registrado un ascenso entre 1988 y 2012, de 7.8% a 9.7% respectivamente, observando el principal aumento en la región norte del país con 12%.¹⁷

De acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. El sobrepeso en menores de 19 años, se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS. La obesidad referida como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, se determina en menores de 19 años, cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.¹⁸

La infancia y la adolescencia son etapas determinantes para el adecuado establecimiento de pautas de comportamiento para el resto de la vida, así como de mayor riesgo para la aparición de sobrepeso y obesidad debido a los cambios que ocurren en la composición corporal. Según un estudio realizado en Cuba, la alimentación complementaria precoz, de incorrecta introducción e incorrecta inducción, es un factor de riesgo de alta prevalencia, para que el niño desarrolle obesidad. Después del primer año de vida debido a la desaceleración de crecimiento del niño, comúnmente hay una disminución del apetito, y con ello de ingestión alimentaria, produciendo ansiedad en los padres, que con el fin de arreglar la situación le ofrecen al niño cantidades excesivas de vitaminas y nutrimentos inorgánicos, con la intención de que los niños presenten apetito, así como la sustitución de alimentos por golosinas u otros alimentos con gran cantidad energética, lo cuál puede contribuir a la aparición de obesidad en años posteriores. En este estudio se destacaron las inadecuadas prácticas de alimentación, como el mayor riesgo atribuible para la aparición de obesidad en población infantil estudiada.^{19, 20}

La adiposidad infantil o el IMC incrementado, a las dos semanas de edad y en los primeros 24 meses de edad del niño, están asociados con un aumento significativo en el riesgo de sobrepeso durante la edad preescolar. Los niños que presentan obesidad a los nueve o veinticuatro meses, tienen tres veces más probabilidad de mantener este sobrepeso a la edad de cuatro años, en contraste con niños que no presentan obesidad durante los dos primeros años de vida. En comparación con los niños con un peso normal a los nueve meses de vida, permanecen con un peso normal hasta los dos años, y tienen mayor probabilidad de mantenerse con peso normal que de desarrollar sobrepeso u obesidad a los cuatro años de vida. El estado ponderal del lactante identifica el peso del niño más tarde, y los cambios en el IMC durante años preescolares se correlacionan con el sobrepeso en adultos.

Es decir el desarrollo ponderal en la infancia es un momento crítico y de gran potencial para la prevención del sobrepeso y la obesidad.²¹

Capítulo II Medición del Conocimiento

2.1. Elementos del Conocimiento Humano

El conocimiento humano es la facultad o función privativa de los seres humanos por la que quedan definidos en su identidad esencial.²²

El conocimiento tiene varias definiciones, según el punto de vista de la ciencia de la que se trate. Se refiere como el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente es estudiado por la epistemología.²³

UNESCO considera que existen varias Sociedades del Conocimiento debido a la diversidad que existe en el mundo actual, aunque tengan puntos de contacto su representación y significación son diferentes, pero se caracterizan por estar en constante cambio.²⁴

2.2. Tipos de conocimiento

Conocimiento tácito: difícil de expresar verbalmente, se manifiesta en destrezas que se basan en acciones y no pueden reducirse a reglas, no se encuentra asentado bajo ningún formato ni medio, se obtiene a través de acciones formales o informales de manera práctica y por el paso del tiempo; es valioso por que tiene formas únicas de representación y valor. Es el que se encuentra alojado en la mente del individuo y se basa en las experiencias, habilidades y en capacidad de solucionar problemas; no es codificable y es difícil de transferir; conocimiento explícito: basado en datos concretos, sin necesidad de interpretación alguna; expresándolo de una manera simple es la teoría; conocimiento cultural: tiene que ver con los comportamientos, creencias y valores que rigen en la organización; se basan en la experiencia, la observación, la reflexión acerca de la organización y su ambiente. El conocimiento cultural hace que los individuos interpreten la realidad y perciban nueva información a partir de estos patrones culturales; conocimiento organizacional: suma del conocimiento explícito, tácito y el cultural, análisis de los conocimientos de los miembros de una organización, sus conocimientos expresados, sus creencias, su situación social y la forma de enfrentar los problemas, agrupa también el aprendizaje que se adquiere a nivel de grupo o división, permite valorar los conocimientos que se forman a nivel de los grupos o de las organizaciones y no es más que la suma de todos los conocimientos individuales que se aplican para lograr el éxito de la organización.²⁴

2.3 Niveles del Conocimiento

Conocimiento empírico o conocimiento vulgar: el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos, este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia; Conocimiento filosófico: conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico, propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía; Conocimiento científico: el hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones. La principal diferencia entre conocimiento científico y filosófico es el carácter verificable de la ciencia, para lo que ella misma configura numerosas ramas especializadas.²³

2.5 Evaluación del Conocimiento

La evaluación puede ser concebida desde diferentes ángulos y perspectivas, como juicio sobre la calidad y como un modo sistemático de examinar temas importantes. Algunos individuos la conciben como una actividad diaria que llevamos a cabo siempre que tomamos una decisión. En educación se asocia, a exámenes y se refiere de manera restringida a los resultados. Algunas veces se ve la evaluación como un instrumento constructivo para llevar a cabo mejoras e innovaciones; otras, como una actividad destructiva que amenaza la espontaneidad y paraliza la creatividad, esta visión es muy común en nuestro medio, en el que pesa cierta tradición de la función fiscalizadora de la evaluación. En la actualidad evaluar consiste en detectar cómo es una realidad educativa, sea desde una perspectiva cualitativa, cuantitativa o mixta, con el fin de tomar decisiones. La evaluación es el medio por el cual valoramos y conocemos una situación educativa, bien en su proceso, bien en un momento determinado, pudiendo conocer la efectividad de la actividad. Uno de los avances más significativos de la evaluación ha sido la consideración de que existen elementos que se escapan de lo "real" y por lo tanto no son cuantificables, estos componentes se han convertido en los factores innovadores de los procesos evaluativos, constituyendo todo un desafío para la elaboración de instrumentos que posibiliten su empleo cotidiano.²⁵

III Antecedentes del nivel de conocimientos sobre ablactación en estancias infantiles de la ciudad de Toluca, México.

Particularmente en la Ciudad de Toluca, México, los estudios que describen la deficiencia en el conocimiento alimentario como factor de riesgo para la alimentación infantil son escasos. Sin embargo, para esta tesis se contó con lo descrito en dos trabajos de tesis previos de licenciatura (Nutrición) en los que se ha hecho énfasis en cómo las características sociodemográficas son componentes del nivel educativo y en el dominio de la información en términos de alimentación infantil. Brevemente estos son los resultados que para el presente trabajo anteceden la argumentación de sus objetivos.

De acuerdo con los resultados de la tesis de licenciatura "Conocimientos sobre alimentación que poseen las madres de los niños con desnutrición menores de tres años afiliados a la UMF 225 del IMSS, durante el periodo de Mayo a Junio 2009, Zinacantepec ,México" ²⁶, no hubo una relación directa entre el conocimiento alimentario y la presencia de desnutrición, posiblemente existiendo más de un factor de riesgo para que la desnutrición se manifieste; asimismo, el conocimiento sobre ablactación, destete y alergias, fue deficiente.

De acuerdo con los resultados de una segunda tesis de licenciatura titulada "Nivel de conocimiento alimentario en los padres de familia de niños de 6 a 12 meses de edad en las guarderías SEDESOL en Metepec, Estado de México de Agosto a Diciembre de 2011"²⁷, se observó que el nivel de conocimiento de los participantes sobre lactancia materna, ablactación, destete, conductas alimentarias, alergias alimentarias y estado de nutrición, fue aceptable. Se identificó también en esa tesis, la imperante necesidad de contar con un Licenciado en Nutrición en todas las guarderías para fomentar la orientación alimentaria en ellos con actividades participativas en educación para la salud enfocadas a la nutrición mediante el desarrollo de estrategias y programas dirigidos a la nutrición infantil.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en México hay prevalencia de malnutrición en menores de 5 años que comprende desnutrición: 1.6% y obesidad: 9.7%. Debido a un patrón alimentario con aumento de azúcares, grasas y conservadores, así como con disminución de verduras, frutas y carnes cuando el niño se integra a la dieta familiar. Además de lactancia materna exclusiva solo durante los primeros 3 meses de vida y posteriormente el inicio temprano de alimentación complementaria.^{17,28}

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, con respecto a la nutrición infantil las tendencias en el estado de Nutrición de los niños mexicanos, muestran una disminución sostenida de la proporción de los niños (as) que padecen anemia y la disminución en todas las regiones del país de desnutrición crónica (medida a partir de la relación talla-edad), sin embargo sigue estando presente. Esto requiere reforzar programas orientados a la nutrición en población infantil.¹⁷

Estos datos proyectan la prevalencia de enfermedades en edades tempranas, por esto se identifica el cuidado necesario en la práctica de la alimentación al inicio de la vida del niño.

La Nutrición Infantil en el primer año de vida tiene una base biológica y metabólica, moldeada por los familiares que establecen la naturaleza deseable o indeseable de la comida mediante los alimentos a lo que tiene acceso el niño, dependiendo de la transición familiar.²⁹

La OMS y UNICEF han detectado a los niños menores de 5 años como población vulnerable, debido a la desigualdad de ingresos y oportunidades de acuerdo a la variedad de situaciones que presentan, desarrollando programas de educación alimentaria y la prevención de mortalidad infantil mediante el acceso efectivo a intervenciones de salud exhortando así a los profesionales dedicados a esta área a cumplir con los retos de salud infantil.^{17,30}

Se destaca la importancia de considerar al niño menor de un año como un ser dependiente en el momento de la práctica de la alimentación, siendo responsables sus padres. En base a su entorno familiar se crean hábitos alimentarios correctos que le servirán en un futuro, evitando algún tipo de enfermedad.

Así se apoya en programas, investigaciones y estudios por mencionar algunos medios de comunicación la necesidad de información adecuada sobre la nutrición infantil.

Por lo cual se sabe la importancia de la intervención en la correcta orientación de los conocimientos de los padres de familia principalmente, ya que constituyen la base de los criterios de alimentación de la estructura familiar.

Se ha comprobado en múltiples áreas de la salud la utilidad de la orientación alimentaria y nutricional mejorando el enfoque de la población a la que va dirigida cierta información.³¹

Considerando el compromiso de analizar la información explícita, cualitativa y cuantitativamente en las dudas e inquietudes más comunes sobre alimentación infantil y describiendo la problemática como una meta más para la Nutrición Pediátrica, se considera la elaboración de criterios y puntos de vista funcionales a lo largo de la investigación.

Con base en todo lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es el nivel de conocimiento de los Padres de Familia sobre Ablactación en la Estancia CENDI Mexiquense en Toluca Estado de México de Agosto a Diciembre de 2013?

III. JUSTIFICACIONES

Debido a que los niños menores son un grupo vulnerable es indispensable la realización de este tipo de estudios para identificar factores de riesgo en el desarrollo y crecimiento, ya que de acuerdo a ENSANUT 2012, se estima que en todo el país 2.8%, de los menores de 5 años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda. En relación con el sobrepeso y obesidad en menores de 5 años, se ha registrado un ligero ascenso entre 1988 y 2012, pasando de 7.8% a 9.7% respectivamente. En los niños preescolares la prevalencia de anemia fue del 23.3%, la mayor prevalencia de anemia (38%) se observó en los niños de 12 a 23 meses de edad.¹⁷

En México la mitad de los niños menores de dos años usan biberón, aun cuando la recomendación es que no sea usado en su alimentación. Al año sólo la tercera parte recibe lactancia materna y a los dos años sólo la séptima parte. Entre 2006 y 2012 se ha incrementado el consumo de alimentos ricos en hierro en el segundo semestre de vida, la introducción oportuna de alimentación complementaria y diversidad alimentaria.¹⁷

Ya que la alimentación inicial repercute en la salud del adulto, la ablactación es un tema a tratar importante en la Salud Pública.

Este tipo de estudio descriptivo no implica grandes costos, debido a que sólo se analizaron los datos obtenidos, sin necesidad de invadir a los participantes físicamente, haciéndolo viable y recomendable para su estudio.

Existencia de pocos estudios en México sobre Ablactación, concentrándose la mayoría de la información en lactancia materna, desnutrición y detección temprana de anemia.³¹ Considerando estos factores para promover la adecuada ablactación y haciendo énfasis en determinadas deficiencias.

Es necesaria la continuación de estudios sobre evaluación de conocimientos en el tema de Ablactación ya que investigaciones anteriores mencionan un conocimiento evaluado deficiente con respecto a destete y ablactación.²⁶

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis de Estudio General

Existe bajo nivel de conocimientos en los padres de familia de la Estancia CENDI Mexiquense, acerca de la adecuada ablactación, Toluca, Estado de México.

Elementos de la Hipótesis

-Unidad de observación: Padres de Familia del CENDI Mexiquense.

-Variable Independiente: Nivel de conocimiento

-Variable dependiente: Práctica de la Ablactación

-Variable de control: Edad, número de hijos, escolaridad.

V .OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el nivel de conocimientos de los padres de Familia de la Estancia CENDI Mexiquense, Toluca, Estado de México acerca de una adecuada ablactación.

Objetivos Específicos

Categorizar los conocimientos sobre ablactación de los padres de familia.

Identificar el origen de los conocimientos (empírica, científica, suficiente e insuficiente) de los padres de familia de la Estancia CENDI Mexiquense.

Identificar la relación del conocimiento con los componentes sociodemográficos:

- Nivel de escolaridad de los padres
- Número de hijos
- Fuentes de información confiables para los padres de familia

VI. MÉTODO

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio fue: observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	MANEJO ESTADÍSTICO	ÍTEMS DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN RESPECTIVOS
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Años o meses cumplidos a partir del nacimiento.	Cuantitativa Ordinal	Mayores de 18 años	Media Desviación Estándar	17 a)
Escolaridad de los padres de familia	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Máximo grado académico logrado por un individuo.	Cualitativa Categórica	Primaria Secundaria (Básica) Preparatoria Carrera Técnica Licenciatura Maestría	Frecuencias y Porcentajes	18 b)
Número de hijos	Hijos que ha tenido la madre hasta la edad actual.	Cantidad de hijos que tiene la madre.	Cuantitativa Discreta	1 2 3 4	Media Desviación Estándar	19 c)
Nivel de conocimiento Alimentario	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje	Información verídica de los temas tratados en el instrumento de investigación (cuestionario).	Cualitativa Categórico	Nulo Escaso Adecuado	Frecuencias y Porcentajes	22-91
Práctica de Ablactación	Incorporación a la dieta del niño alimentos distintos a la leche materna.	Manera de incorporación de alimentos diferentes a la leche materna en la dieta de un niño.	Cualitativa Ordinal	Buena Regular Mala	Frecuencias y Porcentajes	34-85
Fuente de la información	Todos los documentos que de una forma u otra difunden los conocimientos propios de un área.	Medios a los cuales acuden los padres de familia para obtener información de temas de interés para la salud de sus hijos.	Cualitativa Nominal	Libros Internet Revistas Periódico Otros	Frecuencias y Porcentajes	86-91

3 .UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

39 padres de Familia que ingresaron a sus hijos a la Estancia CENDI Mexiquense, Toluca, Estado de México.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Padres de Familia que hayan firmado la carta de consentimiento informado.

Padres de familia que asistieron a la aplicación del instrumento de investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Padres de Familia que no estuvieron en condiciones de contestar el instrumento de investigación.

Padres de Familia que no asistieron a la aplicación del cuestionario.

DE ELIMINACIÓN

Cuestionarios incompletos.

Participantes que abandonaron el estudio.

4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la presente investigación se utilizó un cuestionario de 97 ítems, con este cuestionario se identificó el nivel de conocimientos sobre ablactación del total de los padres de familia del CENDI MEXIQUENSE. (Anexo II)

El propósito del cuestionario fue investigar cuánto conocen los padres de familia del CENDI MEXIQUENSE acerca de: lactancia materna, destete, ablactación, alergias alimentarias, hábitos alimentarios, fuentes de información consultados por los padres y profesionales de la salud. Así mismo el cuestionario conto con la sección de ficha personal, donde se consideraron los datos personales de los padres de familia, con el fin de resolver dudas u orientación del instrumento de investigación.

Los puntos (reactivos) de esta prueba fueron de opción múltiple y dos preguntas abiertas, para ser más precisos. De acuerdo al puntaje que el cuestionario arrojó se considero al conocimiento: 68%-100% adecuado, 34%- 67% escaso y 0-33% nulo. El conocimiento nulo y escaso se tomó como un solo nivel, por la ausencia de porcentaje en el nivel nulo. A partir de esto se relacionaron los datos.

Con respecto a la validación del instrumento de investigación ,se realizó mediante jueceo ya que el cuestionario se estructuró con ítems de los instrumentos de investigación de dos tesis: "Nivel de conocimiento alimentario en los padres de familia de niños de 6 a 12 meses de edad en las guarderías de SEDESOL en Metepec Estado de México de agosto a diciembre de 2011", "Conocimientos sobre alimentación que poseen las madres de los niños con desnutrición menores de tres años afiliados a la UMF 225 del IMSS, durante el periodo de Mayo a Junio 2009, Zinacantepec, México", y con ítems sobre fuentes de información y profesionales de la salud.

El instrumento de investigación se aplicó después la aprobación del proyecto de investigación y del consentimiento de la estancia CENDI MEXIQUENSE.

5. DESARROLLO DEL PROYECTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de investigación, se acudió al CENDI Mexiquense, llevando anuncios donde se indicaba la invitación de la UAEM para participar en el estudio de investigación titulado "Nivel de conocimientos sobre Ablactación en los padres de la estancia CENDI Mexiquense", los días 28 y 29 de Noviembre de 2013, así mismo las cartas de consentimiento informado para que fueran distribuidas a todos los padres.

La Directora y docentes del CENDI Mexiquense recibieron copias de los oficios antes mencionados y dieron las instrucciones para la aplicación de los cuestionarios. Proporcionaron una lista con el nombre de los niños clasificados en: LACTANTES, MATERNAL, KINDER I, KINDER II Y KINDER III. Los días 28 y 29 de Noviembre de 2013 con un horario de 12:00 pm a 7:00 pm, se acudió a CENDI Mexiquense para la aplicación de los cuestionarios, ya que asistían los padres de familia por sus hijos en diferente horario.

Al llegar cada padre de familia, se le preguntó si le habían proporcionado la carta de consentimiento informado y cuál era su opinión, en caso de no saber por dicha carta se le explicaba el propósito de la aplicación del cuestionario. Al saber si el padre quería participar en la investigación, se le proporcionó el cuestionario, una pluma, y una tabla para poder contestar, se aclaraba a la vez, la confidencialidad de los datos personales, además de la disposición para aclarar sus dudas directamente o vía electrónica. En caso de saber que el padre no quería participar se agradecía por la atención prestada. En ambos casos se pedía el nombre completo del niño para llevar el control de acuerdo a la lista proporcionada inicialmente.

Esta dinámica se llevó a cabo los dos días ya mencionados, basándose por la lista nominal en donde aparecía el nombre completo de los niños y tomando en cuenta que algunos padres de familia tenían a 2 hijos en la estancia.

De acuerdo con la lista nominal, se incluyó a un total de 49 padres de familia, mismos que fueron invitados y que se les repartió la carta de consentimiento informado. 39 de ellos aceptaron la invitación y contestaron los cuestionarios. Se contó por lo tanto con una tasa de participación de (79.6%).

Se incluyeron a los padres de familia que aceptaron participar mediante la carta de consentimiento informado y asistieron los días de aplicación del cuestionario. No hubo eliminaciones ni exclusiones de participantes.

6. LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

La investigación se realizó durante el periodo de Agosto- Diciembre de 2013, en las instalaciones de la Estancia CENDI Mexiquense.

El análisis de información se realizó en las instalaciones de la Facultad de Medicina de la UAEMex.

7. DISEÑO DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos del presente proyecto de investigación, fueron tabulados y analizados por medio de estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Se empleó el programa Excel para Windows.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Para la realización de la presente investigación se entregó una carta de consentimiento informado a los padres de familia donde se contemplaban las opciones de participar o no en la investigación según su criterio.

Los padres de familia que decidieron participar firmaron dicha carta, donde se les informaba el propósito del cuestionario, en qué consistía, la importancia de la veracidad en las respuestas y se aclaró la confidencialidad de los datos personales aportados, tomándolos en cuenta para cualquier duda o aclaración, así como la opción de retirarse del proyecto si lo decidían. (Anexo I).

En caso de la publicación de los resultados de la presente investigación, la tesista fungirá como primer autor.

VIII .ORGANIZACIÓN

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Alejandra Donají Benítez Arciniega

TESISTA:

Lorena Sánchez Sánchez

IX. RESULTADOS Y ANÁLISIS

De los 39 padres y madres de familia que aceptaron participar en la investigación, el 71.8% correspondió al género femenino. La edad de estos participantes tuvo una media de 35.9 años \pm 9.4 años de desviación estándar, con un mínimo de 22 y un máximo de 68 años.

Es una población francamente adulta joven en los que cabe señalar que solo 2 sujetos (58 y 68 años) no fueron los padres de familia sino abuelos.

Actualmente dentro del núcleo familiar sigue siendo el género femenino quién se encarga de las decisiones y el cuidado de la alimentación en los primeros años de vida del niño, comenzando con la lactancia materna y continuando con la introducción y seguimiento de la alimentación complementaria.³¹ Las edades comprendidas corresponden a etapas estables en cuanto a conocimientos teóricos y empíricos.

64% de los padres de familia participantes refirieron contar con estudios de Licenciatura, 13% carrera técnica, 10% posgrado y 13% solo con educación básica.

Con esta información se observó que la mayoría cuenta con algún nivel de estudios, y probablemente todos saben leer y escribir.

Con base en el nivel de escolaridad se puede esperar que a mayor nivel educativo generalmente de la madre, mejores prácticas de alimentación en niños menores.³¹

El promedio de hijos reportado por los padres de familia fue de 1.5, con un mínimo de 1 y un máximo de 4 hijos por familia. De acuerdo con el promedio que resultó de esta información se puede observar que la población de estudio contaba con un número menor de hijos.

El 85% de los participantes refirió tener una ocupación como empleado o como profesionista y 15% refirió ser estudiante o ama de casa. La mayoría de la población participante de la investigación dedica su tiempo trabajando como empleado o en su profesión.

Esta variable da a conocer que la mayoría de los padres de familia dedican más tiempo a su profesión o trabajo, resultando menor atención y cuidado en las primeras prácticas maternas de alimentación (destete y ablactación), en las pautas de cuidado infantil relacionadas con la alimentación, preservación de la salud y desarrollo del niño, así como ambiente familiar y desajustes afectivos, coincidiendo con lo reportado por Cortés Moreno y Méndez Lozano.³²

TABLA No.1 NIVEL DE CONOCIMIENTO ALIMENTARIO DE LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENDI MEXIQUENSE

CATEGORÍA (Terciles)	PUNTAJE	f(%)
ADECUADO	68-100	28(71.79)
ESCASO	34-67	11(28.20)
NULO	0-33	0(0)

FUENTE: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Con respecto al nivel de conocimiento alimentario, se obtuvo que el 72% de los participantes presentó un nivel adecuado y el 28% un nivel escaso. (Tabla No.1)

Para establecer estos niveles se consideraron terciles del puntaje, en donde la categoría de 0 a 33 corresponde a un nivel nulo de conocimiento, de 34 a 67% a un nivel escaso y a partir del 68% a un nivel adecuado.

Esta forma de categorizar el nivel de conocimiento se deriva de una forma tradicional de evaluar el número de respuestas correctas en el cuestionario aplicado a los participantes. Al no existir un patrón de referencia con el cual comparar esta categoría, posiblemente el nivel de conocimientos en cuanto a alimentación se refiere sea diferente.

Conforme al tipo de evaluación los resultados que arrojan los padres de familia encuestados, corresponde a un conocimiento adecuado, esperando una buena práctica de ablactación. Esta evaluación con respecto al conocimiento alimentario coincidió con el estudio "Nivel de conocimiento alimentario en los padres de familia de niños de 6 a 12 meses de edad en las guarderías de SEDESOL en Metepec, Estado de México"²⁷, el cual arrojó conocimientos adecuados, en la población que se estudió sin embargo en el presente estudio se evaluó el conocimiento de 39 padres de familia desde LACTANTES, MATERNAL, KINDER I, KINDER II Y KINDER III.

TABLA No.2 PRÁCTICA DE LA ABLACTACIÓN REFERIDA POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

CATEGORÍA	PUNTAJE	f (%)
BUENA	68-100	28 (72.0)
REGULAR	34-67	9 (23.0)
MALA	0-33	2 (5.0)

FUENTE: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a la práctica de la ablactación, identificada con base a las respuestas en el cuestionario que se aplicó, considerándose la misma forma de categorización que en la variable anterior se obtuvo que el 71.8% de los participantes refirieron haber tenido una buena práctica de ablactación, 23% regular práctica de ablactación y 5.1% mala práctica de ablactación.

Con esto se observa que aparentemente hay cierta congruencia entre el adecuado nivel de conocimientos y la adecuada práctica de la ablactación, es decir, un mejor nivel educativo, favorece la salud nutricional en esta población, coincidiendo con el estudio de Sarda Prada y cols., donde señalan que el rol que la madre desempeña en la salud de sus hijos actualmente se ha profundizado y estos cambios están relacionados con la actitud y los conocimientos que poseen al respecto.³³

El presente estudio arrojó resultados de ambos padres, sin embargo en su mayoría fueron madres de familia.

TABLA No.3 FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ABLACTACIÓN DELA POBLACIÓN EN ESTUDIO

FUENTE DE INFORMACIÓN	PORCENTAJE
LIBROS	25%
REVISTAS	10.70%
INTERNET	30.30%
PERIÓDICO	0%
OTRAS:	33.92%
MEDICO(PEDIATRA)	19.60%
NUTRIÓLOGO	10.70%
FAMILIAR	1.70%
CENTRO DE SALUD	1.70%

FUENTE: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Con respecto a las fuentes de información de la práctica de ablactación, el 30% refirió que fue internet, el 25% refirió que fueron libros, 11% revistas, y particularmente el 34% otras fuentes, de las que resalta el 11% de ellos haber utilizado como fuente de información a un Nutriólogo.

Con estos datos se observa que más del 50% de los participantes prefieren una fuente de información de documentos ya sea impresos o en sitios de la web, lo que hace suponer que tienen acceso a tecnologías de la información contemporáneas. No se identificó la calidad de estas fuentes.

En este mismo sentido es importante resaltar que solo el 11% de los participantes que refirieron tener otras fuentes de información mencionaron al Nutriólogo.

Se observa que la importancia de la participación del Nutriólogo como fuente primaria de información en términos de ablactación, todavía es baja, representando una importante área de oportunidad laboral.

Respecto a las fuentes de información a las que recurrieron los padres de familia para orientarse en términos nutricionales, se observó que la asistencia con el Nutriólogo es baja, coincidiendo con lo reportado por Martínez y colaboradores en un estudio en el que la población prefirió consultar al Pediatra.²⁸

Con estos datos, probablemente la preferencia hacia los Pediatras sea consecuencia de la vigilancia clínica y nutricional que ellos en su práctica médica realizan, sin embargo, es necesario que la población identifique al Licenciado en Nutrición como fuente de información confiable en la Atención Primaria a la Salud.

TABLA No.4 NIVEL DE CONOCIMIENTO ALIMENTARIO POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

VARIABLE	CATEGORÍA	NIVEL DE CONOCIMIENTO ALIMENTARIO				TOTAL
		ADECUADO		ESCASO		
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	BÁSICA			3	7.6	
	TÉCNICA	5	12.8	1	2.5	
	LICENCIATURA	19	48.7	6	15.3	
	POSGRADO	4	10.2	1	2.5	39
NÚMERO DE HIJOS	UNO	15	38.4	6	15.3	
	DOS	10	25.6	5	12.8	
	TRES	1	2.5			
	CUATRO	2	5.1			39
FUENTES DE INFORMACIÓN *	LIBROS	9	18.3	5	10.2	
	REVISTAS	3	6.1	1	2	
	INTERNET	9	18.3	6	12.2	
	OTROS	14	28.6	2	4	49*

(*) Respecto a la variable fuentes de información, se toman 49 respuestas, ya que en esta opción los participantes eligieron más de 1 opción.

FUENTE: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El 48.7% (19) los padres de familia con Licenciatura obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado, el 15.3% (6) con Licenciatura un nivel de conocimiento alimentario escaso, el 12.8% (5) con carrera técnica un nivel de conocimiento alimentario adecuado, el 10.2% (4) con posgrado un nivel de conocimiento alimentario adecuado, el 7.6% (3) con nivel básico, un conocimiento alimentario escaso y el 2.5% con carrera técnica y posgrado conocimiento alimentario escaso.

Según los datos reportados acerca de la relación entre el nivel de conocimiento alimentario y nivel de escolaridad, se puede observar que la mayoría de los padres de familia que tenían una Licenciatura obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado.

En estudios realizados acerca de los conocimientos que tienen las madres de familia en relación con la alimentación de sus hijos, se ha planteado que a medida que aumenta el nivel de escolaridad de la madre se incrementa éxito en las prácticas de alimentación, sin embargo solo se ha enfatizado en la adecuada lactancia materna y no en temas de alimentación complementaria.³⁷

El 38.4% (15) de los padres de familia con 1 hijo obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado, el 25.6% (10) de los padres de familia con 2 hijos obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado, el 15.3% (6) con 1 hijo, un nivel de conocimiento alimentario escaso, el 12.8% (5) con 2 hijos ,un nivel de conocimiento alimentario escaso, el 5.1% (2) con 4 hijos un nivel de conocimiento alimentario adecuado y el 2.5% (1) con 3 hijos un nivel de conocimiento alimentario.

Según los datos reportados acerca de la relación entre el nivel de conocimiento alimentario y el número de hijos según el cuestionario, podemos observar que la mayoría de los padres de familia tienen 1 hijo, y cuentan con un nivel de conocimiento adecuado.

El 28.6% (14) que acuden a otras fuentes de información (Medico, Nutriólogo, Familiar, Centro de salud) obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado, él 18.3% (9) de los padres de familia que acuden a los libros como fuente de información, obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado, 18.3% (9) que acuden a internet como fuente de información, obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado, el 12.6% (6) que acuden como fuente de información a internet, obtuvieron un conocimiento alimentario escaso, el 10.2% (5) que acuden como fuente de información a libros, obtuvieron un nivel de conocimiento escaso, el 6.1% (3) que acuden a revistas como fuente de información, obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario adecuado, el 4% (2) que acudieron como fuente de información a otros, obtuvieron un nivel de conocimiento alimentario escaso y un 2% (1) que acudieron a revistas como fuente de información obtuvieron un conocimiento alimentario escaso.

Tomando en cuenta estos datos se puede identificar que la mayoría de los padres de familia acuden a Médicos, Nutriólogos, Familiares y Centros de salud como fuentes de información confiables, buscando un buen nivel de conocimiento alimentario. Sin embargo, como se observa en la tabla No.3 el Nutriólogo sigue siendo una fuente de información de baja preferencia por los padres de familia.

TABLA No.5 RELACIÓN DE LA PRÁCTICA DE ABLACTACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

PRÁCTICA DE LA ABLACTACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO	
	INADECUADA	ADECUADA
INADECUADA	9	2
ADECUADA	2	26

FUENTE: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
OR: 58.5

De acuerdo con los datos con respecto a la relación de la práctica de ablactación con el nivel de conocimientos sobre la misma, 26 padres de familia con conocimiento alimentario adecuado, realizan una adecuada práctica de ablactación, 9 padres de familia con nivel de conocimiento alimentario escaso, realizan una inadecuada práctica de ablactación, 2 padres de familia con nivel de conocimiento alimentario adecuado, realizan una ablactación inadecuada. Dos padres de familia con nivel de conocimiento escaso, realizan una ablactación adecuada.

Los datos anteriores permitieron la estimación del riesgo de contar con un nivel escaso de conocimientos de ablactación, como factor asociado a la práctica inadecuada de la misma, obteniéndose una OR de 58.5, es decir, en esta población el nivel de conocimiento alimentario escaso es un factor de riesgo para una práctica inadecuada de ablactación. Este resultado coincide con lo descrito por Sarda, y cols.³³ quienes mencionan que entre los factores que se asocian con la práctica alimentaria adecuada, se encuentra el acceso a conocimientos suficientes, además de la importancia de la educación en nutrición.

X. CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó con el fin de identificar que el bajo o escaso nivel de conocimientos de los padres de familia de CENDI MEXIQUENSE, causa prácticas inadecuadas de Ablactación, sin embargo los datos que se obtuvieron en esta investigación demostraron que la mayoría de los padres de familia obtuvieron un nivel adecuado de conocimientos y adecuadas prácticas de ablactación.

En cuanto al nivel de escolaridad de los padres de familia según los resultados del presente estudio; es un factor determinante para tener una adecuada práctica de ablactación ya que la mayoría teniendo Licenciatura, tienen un nivel de conocimiento alimentario adecuado.

Con respecto al origen de los conocimientos de los padres de familia, se observó que la información proviene de fuentes científicas y que son suficientes en la mayoría de ellos, sin embargo, la calidad de estas fuentes de información no se analizó en esta tesis (datos no presentados).

Con respecto a las fuentes de información a las que acuden los padres de familia, se identificó que prefieren libros, internet, revistas, médicos, nutriólogos y centros de salud. Sin embargo, el Nutriólogo fue una fuente de baja preferencia, evidenciando estos datos la necesidad de promover la participación de los Nutriólogos en el área Pediátrica.

Con esta investigación se pudo comprobar que existe una relación entre el nivel de conocimientos que se tiene de la alimentación complementaria con la práctica, siendo un factor de riesgo el nivel escaso de conocimientos alimentarios para una inadecuada práctica de alimentación complementaria.

El término ablactación ya no es usado actualmente para referirse a la introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la dieta del lactante; ahora se utiliza el término de alimentación complementaria, dando a entender el complemento en la dieta de un lactante, donde de solo consistir en leche materna, se complementa con alimentos apropiados para sus necesidades individuales, logrando la incorporación paulatina a la dieta familiar, sin suspender la lactancia, según las recomendaciones de la OMS, hasta los dos años de edad.

En México actualmente existe un deterioro de la lactancia materna, a pesar de la mejora en la etapa de alimentación complementaria, no obstante se observa falta de vigilancia y seguimiento en la evaluación de la alimentación complementaria.³¹

A pesar de que la alimentación infantil no deja de ser un tema de relevancia en el campo de la Nutrición, existe controversia internacional en cuanto a los alimentos con los que proponen iniciar la alimentación complementaria.^{34,35}

Existen actualizaciones con respecto a la alimentación complementaria principalmente en España, donde proponen el desarrollo de nuevas técnicas para alimentación complementaria, donde el niño auto regule su alimentación.³⁶

XI. SUGERENCIAS

Promover la participación del Nutriólogo, en el área de la atención de la Salud para la prevención y la orientación alimentaria para brindar información precisa y adecuada a padres de familia desde la etapa embarazo, lactancia materna y alimentación complementaria.

Incluir en los centros de atención de desarrollo infantil, estancias, guarderías, etc., la vigilancia de la alimentación en el primer año, tomando en cuenta además de la lactancia materna, la correcta conducción de la alimentación complementaria.

Vigilar en los centros de desarrollo infantil la relación que guarda la adecuada alimentación con el estado de nutrición de los usuarios de este tipo de servicios, mediante la participación permanente del Licenciado en Nutrición.

Proponer un equipo multidisciplinario de atención a la salud en la etapa de alimentación complementaria, para establecer hábitos de alimentación adecuados desde edades tempranas y así prevenir la aparición de enfermedades crónicas.

Realizar promoción de la salud con enfoque hacia la promoción de la lactancia materna y al mismo tiempo de la adecuada introducción de la alimentación complementaria.

Diseñar programas de evaluación continua y permanente de todo el proceso de la alimentación complementaria desde su inicio y hasta la integración de los niños en la dieta familiar.

Promover la realización de este tipo de estudios enfatizando en el análisis de la calidad de las fuentes de información de la población en términos de nutrición infantil.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- M. Macias S, Rodriguez S, Ronayde de Ferrer PA. Patrón de Alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. Revista Chilena de Nutrición. 2013 septiembre; 40(3).
- 2.- Niño M. R, Silva E. G, Athala S. E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista Chilena de Pediatría. 2010 Marzo-Abril; 83(2).
- 3.-Guía de Orientación Alimentaria, Secretaria de Salud, 2008, disponible en: www.salud.org[citado: Noviembre de 2013]
- 4.- Pardío-López LMJ. Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. Acta Pediátrica de México. 2012 marzo-abril; 33(2).
- 5.- Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses, PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA ISSN 0124-4108, Universidad de Antioquia, Colombia, Medellín, Julio-Diciembre de 2009, 11(2) pp. 139-151.
- 6.- NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013[Citado: Noviembre de 2013]
- 7.- Maldonado Lozano J, Gil Campos M, Lara Villoslada F. Nutrición del Lactante. In Gil Á. Tratado de Nutricion Tomo III Nutrición Humana en el Estado de Salud. España: Panamericana; 2010. p. 209,211-214,229,237.
- 8.- Mataix Verdú J, Leis Trabazo R. Niño preescolar y escolar. In Mataix Verdú J. Situaciones Fisiológicas y Patológicas. España: Oceano; 2013. p. 1126-1131.
- 9.- Hidalgo- Castro E, del Rio- Navarro BE, Sienna-Monge JLL. Factores de riesgo de alergia alimentaria. Revista Alergia México. 2009 septiembre-octubre; 56(5).
- 10.- López Pérez R, Morfin Maciel BM, Huerta López J, López López J, Rivera Pérez JL, López Medina L, et al. Factores de riesgo relacionados con enfermedades alérgicas en la Ciudad de México. Revista Alergia México. 2010 enero-febrero; 57(1).

- 11.- Rivera Juan A, Martorell Reynaldo, González Wendy, LutterChessa, Cossío González T, Flores-Ayala Rafael et al . Prevención de la desnutrición de la madre y el niño: el componente de nutrición de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 , 53(Suppl 3): s303-s311. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000900004&lng=es. [citado Junio 2014]
- 12.- Wisbaum W, La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento, UNICEF, Noviembre 2011, Disponible en: <http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
- 13.- Márquez González H, García- Sámano VM, Caltenco-Serrano MdL, García-Villegas EA, Márquez Flores H, Villa-Romero AR. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico, 2012 mayo-agosto; 7(2).
- 14.- Moráis López A., Martínez Suárez V., Dalmau Serra J., Martínez Gómez M.^a J., Peña-Quintana L., Varea Calderón V.. Problemas nutricionales percibidos por los pediatras en niños españoles menores de 3 años. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2012 Dic; 27(6): 2028-2047. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112012000600033&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6026>. [citado 2014 Jun 13]
- 15.- Morales-Ruán Ma. del Carmen, Villalpando Salvador, García-Guerra Armando, Shamah-Levy Teresa, Robledo-Pérez Ricardo, Ávila-Arcos Marco Antonio et al . Iron, zinc, copper and magnesium nutritional status in Mexican children aged 1 to 11 years. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2012 Abr; 54(2): 125-134. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000200008&lng=es. [citado Junio 2014]
- 16.- De la Cruz- Góngora MV, Villalpando MPS, Mundo-Rosas MV, Shamah-Levy PT. Prevalencia de anemia en niños y adolescentes mexicanos: comparativo de tres encuestas nacionales. salud pública de México. 2013; 55(suplemento 2).
- 17.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados internacionales 2012, Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>[citado: noviembre 2013]

- 18.- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010[citado: noviembre de 2013]
- 19.-Martínez Munguía C, Navarro-Contreras G. Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2014; 52(Supl 1 S94-S101).
- 20.- Fernández Díaz R, Ricardo Falcón T, Puente Perpiñán M, Alvear Coquet N. Factores de riesgo relacionados con la obesidad en niños menores de 5 años. Rev Cubana Aliment Nutr. 2011; 21(1).
21. Saavedra M, Dattilo AM. Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2010 julio-septiembre; 29(3).
- 22.-Irizar LB. La novedad del conocimiento humano: fuente perenne de toda innovación. Revista Lasallista de Investigación 20129137-148. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69524955009>. [citado: junio 2014].
- 23.- Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Redalyc.org. 2009; 70(9).
- 24.- Nieves Lahaba Y, Del Río López Y, Villardefranco MdC. Elementos esenciales para la identificación del conocimiento organizacional en especialidades universitarias cubanas. redalyc.org. 2009 mayo-agosto; 40(2).
- 25.- Moreno Olivos T. La evaluación del aprendizaje en la universidad: tensiones, contradicciones y desafíos. Revista Mexicana de investigación educativa. 2009 abril-junio; 14(41).
- 26.- Maya Aguirre Y, Conocimientos sobre alimentación que poseen las madres de los niños con desnutrición menores de 3 años afiliados a la UMF 224 del imss, durante el periodo de mayo a junio 2009, Zinacantepec, México, Toluca, México 2009.
- 27.- Bernal Galicia NC, Trigós Chávez T, Nivel de conocimiento alimentario en los padres de familia de niños de 6 a 12 meses de edad en las guarderías de sedesol en Metepec estado de México de agosto a diciembre de 2011. Toluca, México, 2012.

- 28.- Martínez Vázquez RI, Alvarado Ruiz GA, Sánchez Pérez MdC, Blanco Loyola LA, Sánchez Jesús MM, Blázquez Martínez JU, Méndez Celayo S. Estudio de las pautas alimentarias para la introducción de alimentos complementarios y su diversidad a través de la incorporación a la dieta familiar. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010;15(114-124). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316054004>. [citado: junio de 2014].
- 29.- DADAN MS. Alimentación Complementaria en el primer año de vida. Revista Programa de Educación continuada en Pediatría Sociedad Colombiana De Pediatría. ISSN: 1475-2878, 2009. 8(4) pp.18-27.
- 30.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Informe anual México, 2014. Disponible en: [<http://www.unicef.org/mexico/spanish>]
- 31.- González de Cosío MeC,PT, Escobar-Zaragoza MeCL, González- Castell MeCLD, Rivera-Dommarco MeCPJÁ. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud pública de México. 2013; 55(suplemento 2).
- 32.- Cortés- Moreno A, Méndez-Lozano SM. Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2011-2012 noviembre-abril; 3(2).
- 33.- Sarda Prada LA, Limonta Pérez LB, Sarda Prada MZ. Modificación de conocimientos sobre su dieta alimenticia en madres de lactantes. MEDISAN. 2011; 15(9).
- 34.- Infante D, Comas J, Mas J. Novedades en la alimentación complementaria para recién nacidos con lactancia materna. Acta Pediátrica Española. 2013; 71(2).
- 35.- Varea Calderón V, Dalmau Serra J, Lama More R, Leis Trabazo R. Papel de los cereales en la alimentación infantil. Acta Pediátrica Española. 2013; 71(4).
- 36.- Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé (baby-led weaning) Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? Acta Pediátrica Española. 2013; 71(4).
- 37.-Avalos González MM, Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año, Revista Cubana de Medicina General Integral, 2011; 27 (3).

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

"NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESTANCIA, SOBRE ABLACTACIÓN"

ANEXO I

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

INVESTIGADOR RESPONSABLE: MSP. ALEJANDRA DONAJÍ BENÍTEZ ARCINIEGA

INVESTIGADOR SECUNDARIO: LORENA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de Padres de Familia de la Estancia SENDI Mexiquense acerca de una adecuada ablactación.

Para lo cual agradezco de ser así su elección la participación voluntaria en lo siguiente:

- Leer detenidamente un breve cuestionario con preguntas referidas a los conocimientos de alimentación de los niños que asisten a la Estancia.
- Contestar con información verdadera ya que será considerada en la investigación del proyecto.
- Firmar el cuestionario y aportar datos de contacto, estos serán confidenciales y se tomaran en cuenta para aclarar cualquier duda.

Las respuestas que aportara se analizaran y se le informara los conocimientos correctos que tiene con respecto a la ablactación.

Después de haber leído y comprendido el procedimiento anterior, marque con un tache la opción que elija.

-Si deseo participar en el protocolo de investigación _____

-No deseo participar en el protocolo de investigación _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

DATOS DEL ENTREVISTADO

DOMICILIO _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____

En caso de tener alguna duda: **e-mail: nutablactacion@hotmail.com**

Teléfono de Contacto: Investigador Secundario, 722117675.

ANEXO II



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA EL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN "EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ABLACTACIÓN EN PADRES DE FAMILIA DE LA ESTANCIA CENDI MEXIQUENSE, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO"

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

A continuación se le hará una serie de preguntas de acuerdo a los conocimientos que tiene acerca de la alimentación y ablactación de su hijo, con esta encuesta se pretende ayudar a mejorar la orientación materna y con ello optimizar el estado de nutrición de los niños que estén en etapa de ablactación.

El objetivo de la elaboración del presente cuestionario es con el fin de realizar la investigación que lleva por título: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ABLACTACIÓN EN LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESTANCIA CENDI MEXIQUENSE, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del entrevistado _____

a) Edad _____ b) Escolaridad del Padre o Madre de Familia _____

c) Número de Hijos _____ d) Lugar de Procedencia _____

e) Ocupación _____

1.- ¿Qué es la Lactancia Materna?

- a) Introducción de futas y verduras en la alimentación del bebe
- b) Alimentación del niño exclusiva al seno materno
- c) Cuando se elimina la leche materna de la alimentación del lactante

2.- ¿Cuál es el mejor alimento que se le puede dar a un niño después de su nacimiento?

- a) Leche Materna
- b) Frutas y verduras
- c) Cereales

12.- ¿Con qué frecuencia es pertinente cambiar el sabor de las papillas?

- a) En cada comida
días
- b) diario
- c) cada 2-3 días

13.- ¿A qué edad es correcto ofrecer a su hijo carne de pollo o res?

- a) 2-4 meses
meses
- b) 5-6 meses
- c) 7-10 meses

14.- ¿A qué edad considera correcto ofrecer a sus hijos frijoles o lentejas?

- a) 2-4 meses
meses
- b) 5-6 meses
- c) 7-10 meses

15.- En cada comida ¿Qué se sugiere ofrecer primero a su hijo?

- a) leche
- b) papilla
- c) agua

16.- ¿Es recomendable darle a su hijo probaditas de refrescos o golosinas?

- a) Si
veces
- b) no
- c) a veces

17.- ¿Qué se recomienda hacer cuando su hijo no acepte un alimento nuevo?

- a) Esperar unos días y volver a ofrecerlo en diferente presentación
- b) No volver a ofrecerlo
- c) Obligarlo a que lo consuma

18.- ¿Es recomendable ofrecer a su hijo alimentos industrializados?

- a) si
- b) no

19.- ¿Cuántas horas puede dejar pasar, sin que consuma alimentos su hijo?

- a) 1-2 horas
más horas
- b) 3-4 horas
- c) 5 o más horas

20.- ¿Considera adecuado ofrecerle a su hijo refrigerios entre las comidas principales?

- a) Si
- b) no
- c) no se sabe

21.- Si contesto si a la pregunta anterior, que tipo de alimentos considera adecuados para darle como refrigerio a su hijo, si contesto no pase a la siguiente pregunta.

32.- Usted como padre o madre de familia, ¿a quien le confiaría el diseño de un plan de ablactación?

a) enfermera

b) médico

c) nutriólogo

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Si tiene alguna duda me puede contactar en:

e-mail: nutablactacion@hotmail.com

Teléfono Facultad de Medicina: (01 722) 217 35 52/217 48 31/ 217 41 42.