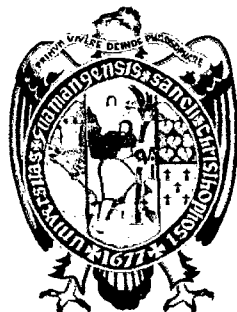


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**



**“TIEMPO DE INICIO DE LA ABLACTANCIA Y SU EFECTO EN LA
EVOLUCIÓN PONDOESTURAL DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO.
HUANCAYOCC, DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO –
2008”.**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentada por:

YENY KEIKO QUISPE RONDINEL

ZULMA MENESES GAVILAN

AYACUCHO – PERÚ

2009

A mis padres por su apoyo incondicional.

A mis hermanos por su comprensión y apoyo.

Yeny

A mis queridos padres y hermanos por
su cariño y apoyo incondicional.

Zulma

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por la oportunidad de forjar una carrera profesional.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por sus enseñanzas.

A las y los Docentes con quienes compartimos años de formación profesional, por brindarnos sus enseñanzas y experiencias.

Al asesor: Prof. Florencio Curi Tapahuasco y nutricionista: Lic. Marianela Pérez Vargas, por sus orientaciones, aportes y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

A las gerencias de los Establecimientos de Salud tipo CLAS de la Ciudad de Ayacucho, por brindarnos las facilidades para aplicar los instrumentos al personal.

SUMARIO

	Pág.
Agradecimiento	v
Introducción	01
Presentación, interpretación y análisis de resultados	08
Conclusiones	29
Recomendaciones	30
Bibliografía	31
Anexo	35

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria llamada también ablactancia, es la introducción de alimentos diferentes a leche materna¹, cuando está ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de niño. Según consenso bibliográfico, esta práctica debería iniciarse a los 6 meses de edad; sin embargo en la práctica, debido a la influencia de mitos y tabúes en aspectos de alimentación y nutrición infantil, el inicio de la ablactancia es precoz, incluso al mes o segundo mes posterior al nacimiento. Esta práctica de ablactancia inadecuada puede causar en el niño severos problemas nutricionales, ya que en los primeros meses de vida existe un aumento en la permeabilidad del intestino que permite absorber macro proteínas favoreciendo la aparición de alergias por sensibilización temprana².

El informe mundial sobre el estado de la infancia, publicado el año 2004 por UNICEF³, describe que la ablactancia precoz es una práctica frecuente en los países industrializados y en aquellos con menor desarrollo económico. En el Este Asiático y Pacífico la ablactancia precoz, asciende al 23%; en América Latina y

Caribe, al 30%; en el Medio Oriente y Norte de África, al 31%; en el Sur de Asia, al 32%; en África subsahariana, al 36% y la cifra más alta corresponde a los Estado Báltico con un 43%.

Como podemos apreciar, en el ámbito mundial, la ablactancia precoz o antes del sexto mes de vida, es una práctica extendida entre las familias, por lo que constituye una de las principales causas de desnutrición y escaso crecimiento ponderal. En Perú, según referencias de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar⁴, la ablactancia precoz asciende al 32%, con repercusiones negativas para el crecimiento y desarrollo del niño.

En el departamento de Ayacucho, la ablactancia precoz se presenta en el 42% de niños⁵. El promedio energético de las dietas de ablactancia en los distritos de Socos y Carmen Alto se encuentran por debajo de los límites recomendados (80 – 120 cal/100 gr. de alimento) y que tienen influencia significativamente en el estado nutricional de los niños.

Si bien estos hallazgos, confirmaban que la densidad energética de las dietas de ablactancia influían en el estado nutricional, no hacían referencia sobre la influencia del tipo de ablactancia (precoz, normal y tardía), la consistencia de las dietas (líquida, sólida o semisólida), frecuencia (menos y mayor de cinco veces al día) y calidad de las mismas (balanceada o no balanceada), en la evolución ponderal; siendo así, constituyó un problema de investigación.

En la Comunidad de Huancayoc del distrito de Huanta, el mayor porcentaje de madres introducen en la alimentación del niño infusiones, mates, caldos y otros productos distintos a leche materna, antes del sexto mes de vida, como producto de su bajo nivel de instrucción y a las creencias erróneas sobre alimentación infantil que probablemente tienen repercusiones negativas sobre el crecimiento pondoestatural. De persistir estas deficiencias, en la práctica de la ablactancia, es posible que los índices de desnutrición crónica y retraso en el desarrollo psicomotriz incrementen, en perjuicio de la salud integral de los niños menores de 1 año.

Por las consideraciones descritas, se consideró conveniente investigar:
“TIEMPO DE INICIO DE LA ABLACTANCIA Y SU EFECTO EN LA EVOLUCIÓN PONDOESTURAL DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO. HUANCAYOCC, DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO - 2008”.

El problema de investigación fue: ¿Cuál es el efecto del tiempo de inicio de la ablactancia en la evolución pondoestatural de los niños menores de un año de la Comunidad de Huancayoc del distrito de Huanta. Ayacucho, 2008?

El objetivo general propuesto fue: Determinar el efecto del tiempo de inicio de la ablactancia en la evolución pondoestatural de los niños menores de un año de la Comunidad de Huancayoc del distrito de Huanta. Ayacucho, 2008; derivándose los siguientes objetivos específicos:

- a) Relacionar el tiempo de inicio de la ablactancia con la evolución ponderal de los niños menores de un año de la comunidad de Huancayo.
- b) Evaluar el efecto de la calidad de la introducción de las dietas de ablactancia (consistencia, composición, densidad energética y frecuencia) en la evolución ponderal de los niños menores de un año de la comunidad de Huancayo.

La hipótesis planteada fue: El tiempo de inicio de la ablactancia tiene efecto negativo en la evolución ponderal de los niños menores de un año en la Comunidad de Huancayo del distrito de Huanta. Ayacucho, 2008.

El diseño metodológico empleado fue: Enfoque de investigación, cuantitativo y de nivel descriptivo – correlacional. El tipo de investigación fue aplicativo con diseño transversal correlacional. El área de estudio fue la comunidad de Huancayo del distrito de Huanta de la Región Ayacucho. La población estuvo constituida por 79 (100%) niños de 6 a 11 meses. La muestra probabilística al azar simple fue de 60 (75.9%) niños de 6 a 11 meses, determinada a través de la siguiente fórmula estadística: $n = NZ_{\alpha/2}^2 pq/[e^2 (N)] + [Z_{\alpha/2}^2 pq]$; asignándose un nivel de confianza al 95% ($Z_{\alpha/2} = 1.96$), probabilidad de éxito del 80% ($p = 0.8$) y error muestral equivalente al 5% ($e = 0.05$). Se incluyó a los niños de 6 a 11 meses con peso adecuado al nacer. Se excluyó a los niños de 6 a

11 meses con bajo peso al nacer. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista dirigida a la madre (para determinar el tipo de ablactancia y la frecuencia de dietas de ablactancia), observación de las dietas de ablactancia (para evaluar consistencia, calidad y densidad energética) y el análisis documental (para el registro del peso y la talla mensual que proporcionó el índice de Peso/Talla en porcentajes de mediana). Los instrumentos fueron la guía de entrevista, de observación y la ficha de evaluación antropométrica. El software para valorar la densidad energética de las dietas de ablactancia fue el Programa CASERAS, desarrollado por la Asociación benéfica Prisma. Los resultados fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS (versión 15,0), con los cuales se elaboraron cuadros compuestos de distribución porcentual de acuerdo a los objetivos propuestos. Para la interpretación y análisis de los resultados se utilizó la prueba Chi Cuadrado.

La importancia de la presente investigación se circunscribió en la necesidad de conocer el efecto del tiempo de inicio de la ablactancia en la evolución pondoestatural de los niños menores de un año. Los resultados de la investigación determinaron que, el 51.7% de niños de 6 a 11 meses de la comunidad de Huancayooc inició normalmente con la ablactancia (a la edad de 6 meses), 38.3% en forma precoz y 10% tardía. Contrastando la hipótesis se establece que, el tiempo de inicio de la ablactancia tiene efecto negativo en la evolución pondoestatural de los niños menores de un año en la Comunidad de Huancayooc del distrito de Huanta ($p < 0.05$). Estos hallazgos, aportan

información actualizada a la Jefatura del Puesto de Salud de Huancayoc para promover una ablactancia apropiada en términos de densidad energética (80 – 120 Kcal/100 gramos de alimento), con adecuada consistencia (sólida o semisólida), frecuencia (cinco veces o más) y composición (balanceada), que redunde en beneficio de los niños menores de un año para optimizar su crecimiento ponderal. Del mismo modo, contribuirán en la toma de decisiones correctas para la elaboración de planes de intervención para la disminución de las tasas de prevalencia de desnutrición global, aguda y crónica en nuestra región.

Políticamente, se encuadra en los lineamientos de las políticas públicas de salud, encaminada en la disminución de la desnutrición infantil con participación multisectorial. Los niños menores de un año y los futuros nacimientos constituyeron la población beneficiaria, básicamente considerando el concepto de que la población infantil representa el futuro para el desarrollo del país; en ese sentido, teniendo en cuenta que el estado nutricional deficiente deteriora específicamente el crecimiento y desarrollo de los niños, se ha desarrollado la presente investigación.

Las limitaciones que se tuvieron durante el desarrollo de la investigación fueron de orden geográfico y cultural. Geográfico, porque tuvimos que desplazarnos a la comunidad de Huancayoc del distrito de Huanta, donde permanecimos 10 días para el acopio de información. Cultural, porque tuvimos que adecuarnos a sus costumbres, entrevistando a las madres en horas de la

mañana (5:00 – 6:00 a.m.) o de la tarde (5:00 – 7:00 p.m.), porque se dedican a la agricultura o al pastoreo, por lo que no permanecen el resto del tiempo en sus hogares.

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción, Presentación – Análisis e Interpretación de Resultados, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

**PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

CUADRO N° 01

RELACIÓN DEL TIEMPO DE INICIO DE LA ABLACTANCIA CON LA EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO, 2008.

TIEMPO DE INICIO DE LA ABLACTANCIA	EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL				TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Precoz (1-5 meses)	05	8.3	18	30.0	23	38.3
Normal (6 meses)	23	38.4	08	13.3	31	51.7
Tardía (≥ 7 meses)	-	-	06	10.0	06	10.0
TOTAL	28	46.7	32	53.3	60	100.0

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos de la guía de entrevista y la ficha de evaluación antropométrica.

$$\chi^2_c = 20.43 \quad \chi^2_t = 5.99$$

$$G1 = 02 \quad \rho < 0.05$$

En el cuadro que antecede se observa que, del 100% (60) de niños menores de un año de la comunidad de Huancayocc el 38.3% inició con la ablactancia en forma precoz (1 a 5 meses), de quienes, el 30% presentó una evolución ponderoestatural negativa y 8.3% positiva. El 10% inició con la ablactancia tardíamente (7 meses) y todos presentaron una evolución ponderoestatural negativa. Por lo tanto, el 53,3% ($\rho < 0.05$) de los niños seleccionados presentaron retardo en

la evolución pondoestatural, siendo el grupo más afectado es el que inició con ablactancia precoz (30%) y tardía (10%).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar⁴, describe que la lactancia materna exclusiva durante el año 2004 ha sufrido una disminución de tres puntos respecto al año 2000, es decir, solo el 64% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de edad, mientras que un 36% inician con la ablactancia en forma precoz con repercusiones negativas para su crecimiento y desarrollo.

Igualmente, Infante⁶, en la investigación “Lactancia materna exclusiva en niños prematuros: prevalencia y factores socioculturales asociados distrito de Ayacucho”, determinó que: “El 48.6% de niños prematuros iniciaron con la ablactancia antes del sexto mes de vida, cifra que por las condiciones del nacimiento (prematuridad) se esperaba que fuese menor, pero la realidad revela que sólo uno de cada dos niños prematuros recibe lactancia materna exclusiva hasta los meses de edad, la que tiene influencia negativa en su crecimiento pondoestatural”.

Atachao y Lapa⁷, en la investigación: Tipos de lactancia y su efecto en el desarrollo psicomotor en niños de 6 meses atendidos en el centro de salud “María Auxiliadora de Belén”, en Ayacucho, concluyó que: “Del 100% (56) de niños de seis meses de edad atendidos en el Centro de Salud “María Auxiliadora de Belén”, el 41.1% había iniciado con la ablactancia de manera precoz entre 3 a 5 meses de vida, los que presentaron menor crecimiento y desarrollo.

La investigación “Evaluación de la situación de la lactancia materna y alimentación complementaria”⁸, en el país, determinó que: “La prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se incrementó de 52.7% en 1996 a 67.2% en el año 2000. La duración media de la lactancia materna casi se ha duplicado pasando de 2.15 meses en 1996 a 4.1 meses en el 2000. Es decir, durante el año 1996 el 47.3% de niños iniciaron con la ablactancia antes del sexto de vida, reduciéndose a 37.3% durante el año 2000”.

Los resultados tienen similitud con los aportes bibliográficos, porque el inicio de la ablactancia precoz, en la comunidad de Huancayo, continúa siendo alta (38.3%); es decir, cerca de cuatro de cada diez niños fueron iniciados con esta práctica antes de cumplir los seis meses de edad, producto del bajo nivel de instrucción y escolaridad de las madres influenciadas por creencias erróneas sobre alimentación infantil, que incidió significativamente en la evolución pondoestatural negativa generando un retardo en el crecimiento.

Si bien, la ablactancia representa la oportunidad para proporcionar alimentos con mayor densidad energética que la leche materna, ésta debería iniciarse a partir del sexto mes de vida, cuando la leche materna resulta insuficiente para satisfacer los requerimientos nutricionales de los niños, cuando inicia la desaceleración en la velocidad de crecimiento. Empero, el suministro de alimentos distintos a la leche materna antes del sexto mes de vida y sin las medidas higiénicas respectivas, constituyen un riesgo para la salud de los niños, porque pueden generar problemas alérgicos así como enfermedades infecciosas gastrointestinales.

El abandono temprano o tardío de la lactancia materna, se asocia con un aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad en el lactante, siendo éste uno de los principales problemas de salud pública a nivel nacional y regional.

En la comunidad campesina de Huancayocc, el 10% de niños fueron iniciados con la ablactancia después de los 6 meses (tardíamente). En muchas comunidades es tradicional que la madre continúe dando lactancia materna más allá del primer año. Esta prolongación de la lactancia materna es beneficiosa siempre en cuando sea complementaria; sin embargo, el mantenimiento de la lactancia materna posterior a los seis meses genera consecuencias nutricionales, ya que la introducción de semisólidos y sólidos es un proceso que requiere aprendizaje por parte del niño. Si esto ocurre tardíamente, la leche materna puede hacerse insuficiente antes que el niño pueda complementar su dieta con otros alimentos. Por lo tanto, no conviene retrasar el inicio de la ablactancia más allá del sexto mes.

En conclusión, se halló una relación significativa ($\rho < 0.05$) entre el inicio precoz (1 a 5 meses) de la ablactancia (38,5%) y la evolución ponderoestatural negativa (30%) de los niños menores de un año de la comunidad de Huancayocc; es decir, cuanto más precoz o tardío es el inicio de la ablactancia incrementa la probabilidad de presentar una evolución ponderoestatural negativa.

CUADRO N° 02A

CONSISTENCIA DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA Y EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA.

AYACUCHO, 2008.

CONSISTENCIA DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA	EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL				TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Líquida (< 60 cal/100 gr.)	-	-	27	45.0	27	45.0
Semi –sólida (60 – 99 cal/100gr.)	15	25.0	03	5.0	18	30.0
Sólida (100 – 120 cal/100gr.)	13	21.7	02	3.3	15	25.0
TOTAL	28	46.7	32	53.3	60	100.0

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos de la guía de entrevista y la ficha de evaluación antropométrica.

χ^2_c	χ^2_t	Gl.	ρ
42.99	5.99	02	< 0.05

En el cuadro N° 02A se observa que, del 100% (60) de niños menores de un año de la comunidad de Huancayocc; el 45% consume una dieta de ablactancia de consistencia líquida (< 60 cal/100gr.) y todos ellos presentaron una evolución ponderoestatural negativa.

Las dietas de ablactancia fue de consistencia líquida destacando las sopas de cereales (morón, trigo partido o siete semillas), a las que adicionan papas, hierbas aromáticas como la muña y muy raras veces productos de origen animal como: carne, queso o huevo. Las dietas de ablactancia de consistencia semisólida fueron las mazamorras sobre todo de harina de maíz o de calabaza con harina de

maíz. Las dietas de ablactancia de consistencia sólida fueron los guisos (picante de trigo o de arvejas) así como las papillas elaboradas a partir de la dieta familiar.

Al respecto, ONG PRISMA⁹, en la investigación “Consumo de Alimentos en el Perú” señala que: En las comunidades rurales los caldos y sopas forman parte de la dieta de los niños a una mediana edad de cuatro meses, en la costa. En los dominios de sierra y selva esta edad oscila entre los cinco y seis meses de edad, a excepción de Ucayali donde la introducción es más tardía (7 meses).

Por otra parte, Santisteban¹⁰ señala que muchos grupos poblacionales tienen prácticas de ablactancia inadecuadas. Esto puede llevar a desnutrición infantil y alta incidencia de enfermedades infecciosas, especialmente diarrea. Otros estudios realizados en estas poblaciones demuestran una curva de crecimiento cercana a la referencia internacional durante los primeros 4 o 5 meses. Luego la curva de crecimiento se va alejando, tanto en peso como en talla. Después de los 18 o 24 meses se recupera el peso para la edad, pero no la talla.

En otras literaturas, señalan que existen otras causas de las dietas inadecuadas, estas son las barreras culturales y la falta de conocimientos. En donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad, la gente puede elegir venderlos en lugar de consumirlos, y a menudo no se los da a los niños pequeños¹¹. La mayoría de madres de niños entre los 6 – 9 meses de edad, informa haber proporcionado a sus hijos papillas de cereales, papas y alimentos con baja densidad de nutrientes, limitando su ingesta de nutrientes de origen animal¹².

La desnutrición, especialmente en menores de 1 año, es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial.

Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes en la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias¹³.

Por tanto, los resultados obtenidos coinciden con los autores señalados en párrafos anteriores, estos niños sufren de retardo ponderoestatural o desnutrición crónica. Para ello, existen dos explicaciones: La primera es el abandono precoz (30%) de la lactancia materna exclusiva, principalmente por la introducción de agüitas, generalmente en condiciones higiénicas deficientes. Las consecuencias observadas fueron un dramático aumento en el riesgo de contraer diarrea y una disminución en la densidad energética de la dieta. La segunda explicación tiene que ver con la práctica de retardar la introducción de alimentos sólidos más allá del sexto mes y en su lugar preferir alimentos de baja densidad de energía y nutrientes como caldos, sopas y jugos. El efecto acumulativo de sucesivos episodios de diarrea y de una ingesta reducida de energía probablemente llevó al retardo en el crecimiento ponderoestatural.

Es importante que el niño tenga un crecimiento normal pues esto le lleva a ser más activo, permitiéndole explorar mejor el ambiente que lo rodea e interactuar con otros niños y adultos, incluyendo su propia familia. Tan sólo esta ventaja permite entender que su desarrollo social será mejor. Para hacer recomendaciones sobre que alimentos son más apropiados para la ablactancia hay que tener en cuenta las creencias y costumbres de las madres con relación a la alimentación de sus niños. En general hay que adecuar las recomendaciones a lo que es aceptado y está disponible. En todo caso hay que tratar de enseñar a las

madres que las sopas no son tan nutritivas como las preparaciones más espesas (papillas y purés). Si la sopa es percibida como un elemento importante se puede recomendar dar primero las preparaciones espesas y al final la sopa, para que el niño no se llene con el líquido y tenga espacio para lo más nutritivo. Agregando una cucharadita de aceite a los purés para hacerlos más suaves, mejorar el sabor y al mismo tiempo aumentar su densidad energética.

En conclusión, la deficiencia en la consistencia de las dietas de ablactancia, tiene efecto negativo en la evolución pondoestatural de los niños menores de 1 año de la comunidad de Huancayo (p < 0.05).

CUADRO N° 02B

COMPOSICIÓN DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA Y EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA.

AYACUCHO, 2008.

COMPOSICIÓN DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA	EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL				TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Balanceada	19	31.7	02	3.3	21	35.0
No balanceada	09	15.0	30	50.0	39	65.0
TOTAL	28	46.7	32	53.3	60	100.0

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos de la guía de entrevista y la ficha de evaluación antropométrica.

Nota aclaratoria: Dieta balanceada es aquella constituida por carbohidratos (tubérculos y cereales), menestras (haba y arveja) o productos de origen animal (huevo, queso, carne) y verduras o frutas.

χ^2_c	χ^2_t	Gl.	ρ
24.91	3.84	01	< 0.05

Del total de la población estudiada, el 65% consume una dieta de ablactancia de composición no balanceada, de los cuales, el 50% presentaron una evolución ponderal negativa.

La composición de las dietas de ablactancia no balanceadas, estuvo constituidos exclusivamente por carbohidratos y mínima cantidad por menestras y

verduras. El empleo de productos de origen animal es esporádico, porque si bien las familias cuentan con aves de corral, tanto los huevos como la carne y el queso, son comercializados para la compra de otros carbohidratos como: pan, arroz y fideos. En las visitas domiciliarias se ha constado que no combinan adecuadamente estos productos.

La ONG PRISMA⁹, describe que: en la encuesta nacional en hogares entre los años 1990 y 1995, encontrando elevadas tasas de deficiencia energética en niños comprendidos entre las edades de 12-35 meses; las tasas más altas, entre el 60 y 85%, correspondieron a las regiones de la sierra y selva. El consumo deficiente de proteínas fue más alto en la sierra y selva, variando de alrededor de 38 a 57% en los niños de la sierra, y alcanzando el 64% en un área de la selva. El bajo consumo de proteínas de alta calidad (es decir, proteínas de fuentes animales), fue constantemente alto en la sierra, variando de más del 70% a más del 90% de los niños. Estas deficiencias de consumo no estuvieron limitadas a los niños; la deficiencia energética también pudo observarse entre el 20 y 60% de las familias con niños pequeños, al igual que las deficiencias proteínicas entre el 30 y 60%. Lo que resulta más impactante es que más del 90% de los hogares en todas las regiones informaron acerca del consumo deficiente de proteínas de alta calidad en la sierra y en la selva, en donde estos porcentajes fueron cercanos al 100%.

Por tanto, los resultados obtenidos coinciden con los autores señalados anteriormente, porque los niños que ingieren dietas de ablactancia no balanceadas presentan una evolución pondoestatural negativa. Para ello, existen dos explicaciones: La primera es el abandono precoz (30%) de la lactancia materna

exclusiva, principalmente por la introducción de aguítas, generalmente en condiciones higiénicas deficientes. La segunda explicación tiene que ver con la práctica de retardar la introducción de alimentos sólidos más allá del sexto mes y en su lugar preferir alimentos de baja densidad de energía y nutrientes como caldos, sopas y jugos.

En conclusión, la deficiente composición de las dietas de ablactancia, tiene efecto negativo en la evolución ponderoestatural de los niños menores de 1 año de la comunidad de Huancayo (p < 0.05).

CUADRO N° 02C

DENSIDAD ENERGÉTICA DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA Y EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA-AYACUCHO, 2008.

DENSIDAD ENERGÉTICA DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA	EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL				TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA		N°	%
	N°	%	N°	%		
< 100 cal/100 gr.	-	-	29	48.3	29	48.3
≥ 100 cal/100gr.	28	46.7	03	5.0	31	51.7
TOTAL	28	46.7	32	53.3	60	100.0

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos de la guía de entrevista y la ficha de evaluación antropométrica.

χ^2_c	χ^2_t	Gl.	ρ
49.11	3.84	01	< 0.05

Del 100% de la población estudiada, 51.7% consume una dieta de ablactancia de densidad energética mayor o igual a 100 calorías por 100 gramos de alimento, de ellos, 46.7% presentaron una evolución ponderoestatural positiva y 5% negativa. El 48,3% consumen una dieta de ablactancia de densidad energética menor a 100 calorías por 100 gramos y todos ellos presentaron una evolución ponderoestatural negativa.

La densidad energética de las dietas de ablactancia, toda vez que la comida principal constituye la sopa de algún cereal, el 48.3% de niños ingieren alimentos con deficiente densidad energética, que aportan menos de 100 calorías por 100 gramos de alimento.

Santisteba¹⁰ refiere que: Si se siguieran las recomendaciones de FAO/OMS, empleando alimentos de una densidad energética de 100 cal/ 100 gramos, para una capacidad gástrica de 300 ml., bastarían 2 comidas al día. Sin embargo en nuestro medio las madres tienden a preparar alimentos de baja densidad energética (alrededor de 50 cal/ 100 gramos de alimento), de modo que el mismo niño necesitaría comer 4 platos al día para cubrir sus necesidades. Si la dieta se basa en caldos diluidos, de una densidad energética de 25 cal/gramos de alimento, se requieren más de 8 raciones al día para cubrir el requerimiento, algo muy difícil de lograr en la práctica.

Al respecto, Calderón, E. y Palomino, G.⁵ en la tesis titulada “Promedio energético de las dietas de ablactancia e influencia en el estado nutricional de los niños menores de 03 años en los distritos de Carmen Alto y Socos”, determinaron que: “El 72.5% de los niños menores de 3 años procedentes del distrito de Socos consumen dietas de ablactancia con promedio energético inferior a 80 cal/100 gr. de alimento, predominando la ingesta de sopas en el 45.1%. Esta misma tendencia se aprecia en el 51% de los niños procedentes del distrito de Carmen Alto, que consumen dietas de ablactancia con deficiente promedio energético y predomina también la ingesta de sopas en el 25.5%; situación que demuestra la deficiencia calórica de las dietas y la alta predisposición de los niños a la desnutrición de tipo calórico y proteico. De acuerdo a la media aritmética, las dietas de ablactancia proporcionadas a los niños procedentes del distrito de socos disponen de 68.7 cal/100 gr. de alimento, a diferencia de las dietas proporcionadas a los niños del distrito de Carmen Alto que disponen de 80

cal/100 gr. de alimento; demostrándose la existencia de diferencias significativas en el promedio energético de las dietas en ambos distritos, que influyen sobre el estado nutricional de los niños”.

Anaya, R.; Pajuelo, O. y Anaya, B.¹⁴, en la investigación “Factores que influyen en el estado nutricional de los niños menores de tres años en los distritos de Vinchos y San José de Ticllas de la provincia de Huamanga”, encontraron entre otros, que: “Del 100% de niños menores de 3 años del distrito de Vinchos, el 73% ingiere dietas con menos de 80 cal/100 gramos de alimento y todos padecen desnutrición. Del 100% (100) de niños menores de 3 años del distrito de Vinchos, el 66% presenta desnutrición crónica, 10% desnutrición aguda y crónica reagudizada respectivamente.

En conclusión, los resultados hallados concuerdan con los autores señalados en párrafos anteriores. Por tanto, existe la necesidad de priorizar mensajes educativos que deben dirigirse al vínculo entre el estado nutricional de los niños y su futuro desarrollo físico y psicológico, como parte de la estrategia para reducir la prevalencia de enanismo. Los resultados de las guías de observación aplicadas a las madres señalan que las mejores prácticas para lograr una seguridad nutricional en el niño son la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria, este dato se puede corroborar con el siguiente estudio de investigación: Ciertamente, las prácticas específicas de atención varían según las regiones y las localidades, pero varias áreas de intervención han sido identificadas a través de anteriores estudios (Caulfield et al.¹⁵). La lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria apropiada son dos prácticas críticas de prevención

del enanismo en los niños. Los índices de lactancia exclusiva en el Perú para los niños entre 0 y 6 meses de edad (67.2%), se encuentran entre los más altos de América Latina (Carrasco y Vega¹⁶), un homenaje a la eficacia de los programas para mejorar el nivel de conciencia y la capacitación del personal de salud en la promoción de la lactancia exclusiva durante la última década. Sin embargo, aún se siguen utilizando otros líquidos fuera de la lactancia materna, en etapas tan tempranas como en la primera semana de vida.

En conclusión, la densidad energética deficiente de las dietas de ablactancia, tiene efecto negativo en la evolución pondoestatural de los niños menores de 1 año de la comunidad de Huancayo (p < 0.05).

CUADRO N° 02D

FRECUENCIA DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA Y EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO, 2008.

FRECUENCIA DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA	EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL				TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Tres veces/día	08	13.3	25	41.7	33	55.0
4 veces/día	14	23.3	05	8.3	19	31.7
5 veces por día	06	10.0	02	3.3	08	13.3
TOTAL	28	46.7	32	53.3	60	100.0

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos de la guía de entrevista y la ficha de evaluación antropométrica.

χ^2_c	χ^2_t	Gl.	ρ
14.82	5.99	02	< 0.05

Del 100% de la población estudiada, el 55% consume dietas de ablactancia con una frecuencia de tres veces por día, de los cuales, 41.7% presentaron una evolución ponderal negativa y 13.3% positiva.

Referente a la frecuencia de alimentación, el 55% de niños menores de 1 año ingieren tres comidas diarias, las mismas que están preparadas a base de carbohidratos.

Al respecto, la Asociación Benéfica PRISMA⁹ señala que: “Las recomendaciones sobre el número de comidas que un niño debe ingerir,

considerando su capacidad gástrica y sus altos requerimientos energéticos, indican que estos deben ser preferentemente cinco durante un día”.

Los hallazgos obtenidos tienen similitud con las afirmaciones de Calderón E, Palomino G.⁵ y Anaya R, Pajuelo O, y Anaya B.¹⁴, porque la consistencia líquida de las dietas de ablactancia así como su composición no balanceada, con una densidad energética menor de 100 calorías por 100 gramos de alimento y consumida con una frecuencia de tres veces por día, tienen efecto negativo en la evolución pondoestatural, al no satisfacer las necesidades nutricionales de los niños.

Las dietas consumidas por los niños deben cubrir los requerimientos de todos los nutrientes. Para lograr este cometido, es necesario ofrecerle preparaciones con alimentos variados y adecuados en consistencia, composición, densidad energética y frecuencia, los que contribuirán en la evolución pondoestatural positiva, indicativo de una buena alimentación y nutrición infantil.

En conclusión, la baja frecuencia de consumo de las dietas de ablactancia (tres veces al día), tiene efecto negativo en la evolución pondoestatural de los niños menores de 1 año de la comunidad de Huancayo (p < 0.05).

CUADRO N° 03

CALIDAD DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA Y EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO, 2008.

CALIDAD DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA	EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL				TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Buena	11	18.3	04	6.7	15	25.0
Regular	17	28.4	02	3.3	19	31.7
Mala	-	-	26	43.3	26	43.3
TOTAL	28	46.7	32	53.3	60	100.0

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos de la guía de entrevista y la ficha de evaluación antropométrica.

$$\chi^2_c = 41.02 \qquad \chi^2_t = 5.99$$

$$G1 = 02 \qquad \rho < 0.05$$

En el presente cuadro se observa que, del 100% (60) de niños menores de un año de la comunidad de Huancayoccc, el 43.3% consume dietas de ablactancia de mala calidad y presentaron una evolución ponderoestatural negativa.

La Red Peruana de Lactancia Materna¹⁷ señala que: “El porcentaje de niños de 6 a 9 meses que según ENDES recibieron algún tipo de comida semisólida en las 24 horas previas a la encuesta, ha mejorado de 62.4% en 1992 a 79.4% en la ENDES 2000, mostrando un discreto descenso con respecto a la ENDES 96, en que se reportó un 82.3%. Sin embargo, es importante destacar que existen limitaciones en esta información; pues la ENDES, no especifica la cantidad, frecuencia ni espesor de la comida recibida. Es más las sopas y

alimentos diluidos siguen siendo, como en 1992, los preferidos por las madres para ofrecer a sus pequeños hijos, las que tienen repercusiones negativas en el crecimiento ponderal de los niños”.

Orellana¹⁸, en la investigación “Nivel de conocimientos de las madres sobre ablactancia y su relación con el estado nutricional del niño de seis meses a dos años de edad en el Centro de Salud Ciudad y Campo del Rimac”, halló relación significativa entre los conocimientos de las madres sobre ablactancia y el estado nutricional de sus niños. Estos hallazgos indican que las madres proporcionan a sus niños dietas de ablactancia de mala calidad que tienen efecto negativo en su crecimiento y desarrollo.

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio coinciden con los aportes bibliográficos, porque la calidad de las dietas de ablactancia, proporcionada a los niños menores de un año, tiene influencia significativa en la evolución ponderal. Una dieta de ablactancia deficiente en consistencia, composición, densidad energética y frecuencia, conduce al organismo humano a un estado de desnutrición, que hace evidente por el escaso incremento del peso y la talla. Como resultado, el organismo es más afecto a enfermedades prevalentes, porque la deficiencia nutricional tiene efectos negativos en la capacidad humoral. Cuando el organismo recibe sistemáticamente menos calorías de las que necesita, lo primero que ocurre es una disminución del peso, debido al empleo de las reservas lipídicas para obtener energía, instalándose la desnutrición aguda. El suministro periódico de dietas de ablactancia de mala calidad, frenan el crecimiento estatural, lo que da origen a la desnutrición crónica.

En conclusión, la mala calidad de las dietas de ablactancia, tiene efecto negativo en la evolución ponderoestatural de los niños menores de 1 año de la comunidad de Huancayo (p < 0.05).

CONCLUSIONES

1. Se encontró una relación significativa ($\rho < 0.05$) entre el inicio precoz (4 a 5 meses) de la ablactancia (38,3%) y la evolución ponderoestatural negativa (30%) de los niños menores de un año de la comunidad de Huancayo; es decir, cuanto más precoz o tardío es el inicio de la ablactancia incrementa la probabilidad de presentar una evolución ponderoestatural negativa.
2. Se halló un efecto negativo entre el consumo de calidad inadecuada de las dietas en las dimensiones de consistencia, composición, densidad energética y frecuencia de consumo y la evolución ponderoestatural negativa de los niños menores de 1 año de la comunidad de Huancayo ($\rho < 0.05$).
3. El inicio precoz y la mala calidad de las dietas de ablactancia tiene efecto negativo en la evolución ponderoestatural de los niños menores de 1 año de la comunidad de Huancayo ($\rho < 0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Al Gobierno Regional y Dirección Regional de Salud Ayacucho, implementar programas de formación de promotoras de la Lactancia Materna Exclusiva hasta el sexto mes de vida, con mayor énfasis en los grupos vulnerables.
2. Al Puesto de Salud Huancayocc, fortalecer las intervenciones de Información, Educación y Comunicación sobre aspectos relacionados a la calidad de las dietas de ablactancia en términos de consistencia, composición, densidad energética y frecuencia, con el propósito de optimizar la práctica adecuada de ablactancia que redunde en una evolución pondoestatural positiva de los niños menores de un año.
3. Continuar con investigaciones referidas a la consejería nutricional y su influencia en el crecimiento y desarrollo de los niños.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. AKRE, J. *Alimentación Infantil: Bases Fisiológicas*. Edit. Organización Panamericana de la Salud. Argentina. 1992.
2. OPS. *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Edic. 8va. Edit. PAHO Washington. 2003.
3. UNICEF. *Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú*. Edit. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima. 2004.
4. INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2000*. Edit. INEI Lima. 2001.

TESIS

5. CALDERÓN, E. y PALOMINO, G. *Promedio energético de las dietas de ablactancia e influencia en el estado nutricional de los niños menores de 03 años en los distritos de Carmen Alto y Socos*. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería- UNSCH. Ayacucho. 2000.
6. INFANTE, M. *Lactancia materna exclusiva en niños prematuros: prevalencia y factores socioculturales asociados del distrito de Ayacucho*.

Tesis Doctoral de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Ayacucho, 2008.

7. ATACHAO, J. y LAPA, J. *Tipos de lactancia y su efecto en el desarrollo psicomotor en niños de 6 meses atendidos en el centro de salud "María Auxiliadora de Belén"*. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería- UNSCH. Ayacucho, 2008.
8. UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA. *Evolución de la situación de la lactancia materna y alimentación complementaria* . Edit. UPCH. Lima. 1995.

LIBRO

9. ONG PRISMA, *Consumo de Alimentos en el Perú*. Edit. Prisma. Lima. 2000.

REVISTA

10. SANTIESTEBAN. *Malnutrición Proteico-Energética*. Edit. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1996.

LIBRO

11. BERNAL, J. y LORENZANA, P. (Libro) *Características Socioeconómicas y Alimentarias en Hogares de Niños y Madres cuidadoras de Guarderías en una zona de Bajos Recursos en Caracas*. Edit. Panao. Venezuela. 2001.

12. CASTRO, I.; SÁNCHEZ, I., et al. *Evolución del niño con bajo peso al nacer en su primer año de vida*. Edit. Policlínico Docente “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba. Cuba. 2000.

13. INEI. *Población en situación de pobreza*. Encuesta Nacional de Hogares IV trimestre: 1997 – 2001. Edit. INEI-ENHO. Lima. 2001.

TESIS

14. ANAYA, R.; PAJUELO, O. y ANAYA, B. *Factores que influyen el estado nutricional menores de 3 años en los distritos de vinchos de San José de Ticsas de la Provincia de Huamanga*. 2004.

15. CAULFIELD ET AL *Reducción de la desnutrición crónica en el Perú: propuesta para una estrategia Nacional*. Medford. Edit. Tuft University. Massachussets. 2001.

16. CARRASCO Y VEGA *Prácticas de alimentación infantil y su relación con enfermedades diarreicas y otras*. Huáscar. Rev. Pediatrics, 12 (1). Lima. 1989.

LIBRO

17. RPAM. *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Edit. Comité de Lactancia Materna de la asociación Peruana de Pediatría. Lima. 2003.

TESIS

18. ORELLANA *Nivel de conocimientos de las madres sobre ablactancia y su relación con el estado nutricional de niños de 6 meses a 2 años centro de salud ciudad y campo del Rímac. 2001*

ANEXO

GUÍA DE ENTREVISTA

I. DATOS GENERALES

1.1. Qué fecha nació su niño/a: _____ / _____ / _____

1.2. ¿Cuántos meses tiene? _____ meses.

1.3. ¿Cuál es el sexo de su niño/a?

Masculino

Femenino

II. DATOS ESPECÍFICOS

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS
¿A qué edad inició a proporcionarle alimentos, distintos a la leche materna, a su niño/a?	<p>Precoz</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 5 meses</p> <p>Normal</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses</p> <p>Tardía</p> <p><input type="checkbox"/> 7 meses</p>
¿Con qué tipo de alimentos inició la ablactancia de su niño/a?	<p><input type="checkbox"/> Líquidos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Semisólidos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sólidos _____</p>
¿Con qué frecuencia proporciona dietas de ablactancia a su niño?	<p><input type="checkbox"/> < 3 veces al día</p> <p><input type="checkbox"/> 3 – 4 veces al día.</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 5 veces al día.</p>

Fuente: Elaboración propia.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

I. DATOS GENERALES

1.1. Edad del niño: _____ meses.

1.2. Sexo:

Masculino

Femenino

II. DATOS ESPECÍFICOS

ASPECTOS A OBSERVAR	ALTERNATIVAS
Consistencia de las dietas de ablactancia.	<input type="checkbox"/> Líquida (sopas o caldos) <input type="checkbox"/> Semisólida (puré o papillas) <input type="checkbox"/> Sólida (guisos o segundos)
Composición de las dietas de ablactancia.	Buena (balanceada) <input type="checkbox"/> Tubérculo + menestra + verdura <input type="checkbox"/> Tubérculo + producto animal + verdura <input type="checkbox"/> Cereal + menestra + verdura <input type="checkbox"/> Cereal + producto animal + verdura Mala (no balanceada) <input type="checkbox"/> Tubérculo + cereal + verdura <input type="checkbox"/> Menestra + producto animal + verdura
Densidad energéticas de las dietas de ablactancia (determinación por medidas caseras)	<input type="checkbox"/> Baja (< 100 cal/100 gr. de alimento) <input type="checkbox"/> Óptima (≥ 100 cal/100 gr. de alimento)

Fuente: Elaboración propia.

FICHA DE EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

I. DATOS GENERALES

1.1. Edad del niño: _____ meses.

1.2. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

II. DATOS ESPECÍFICOS

2.1. Medidas antropométricas:

MES	EDAD (meses)	Peso (Kg.)	Talla (Cm.)	Índice de P/T (%)	Evolución pondoestatural					
					Positiva		Negativa			
A la edad que inició la ablactancia.					+	-	+	o	-	+
1° mes después de la ablactancia.					+	+	o	-	+	+
2° mes después de la ablactancia.					+	+	+	o	-	+
3° mes después de la ablactancia.					+	+	-	o	-	-
4° mes después de la ablactancia.					+	o	-	-	-	+

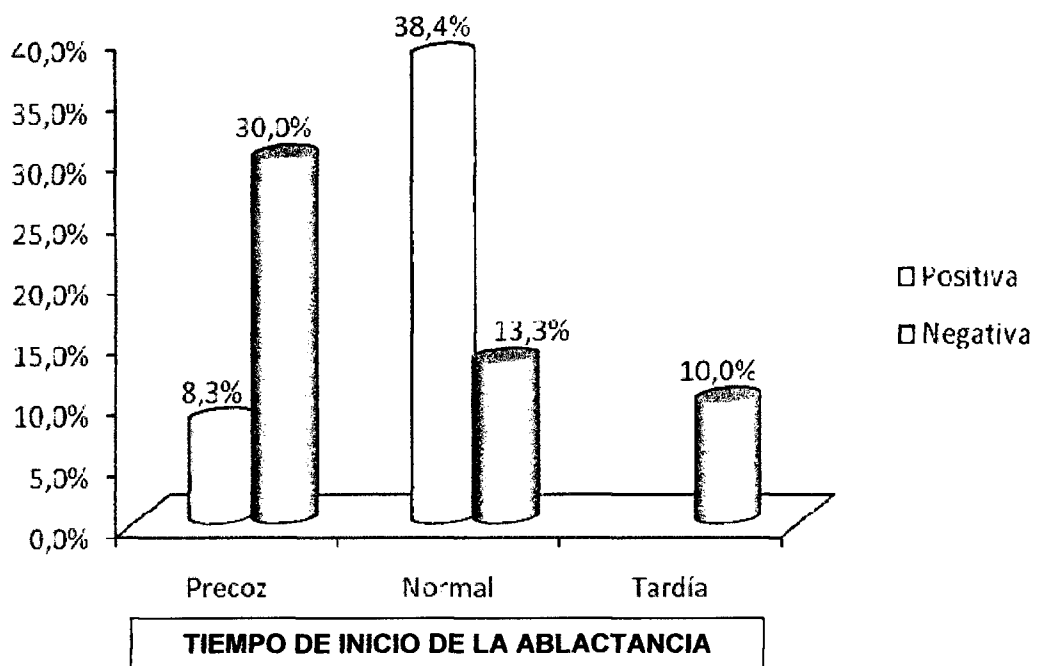
Leyenda:

Evolución pondoestatural:

- + Incremento del IP/T (%)
- Disminución del IP/T (%)
- o Estancamiento del IP/T (%)

GRÁFICO N° 01

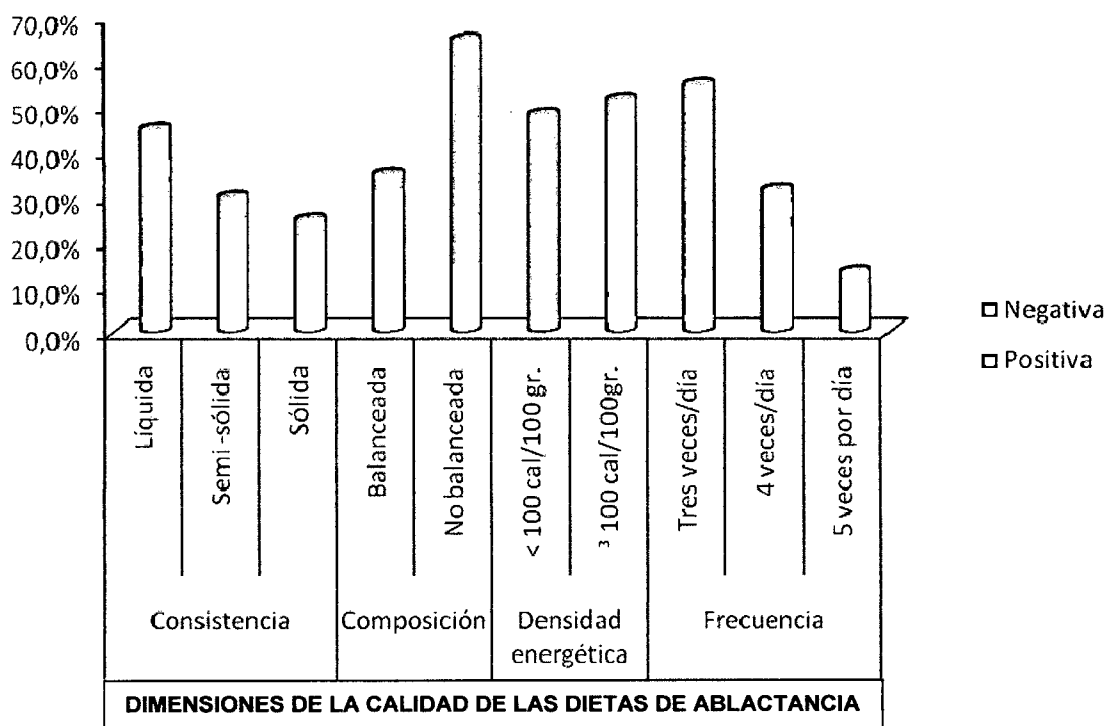
TIEMPO DE INICIO DE LA ABLACTANCIA DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO, 2008.



Fuente: Datos obtenidos de la guía de entrevista y la ficha de evaluación antropométrica.

GRÁFICO N° 02

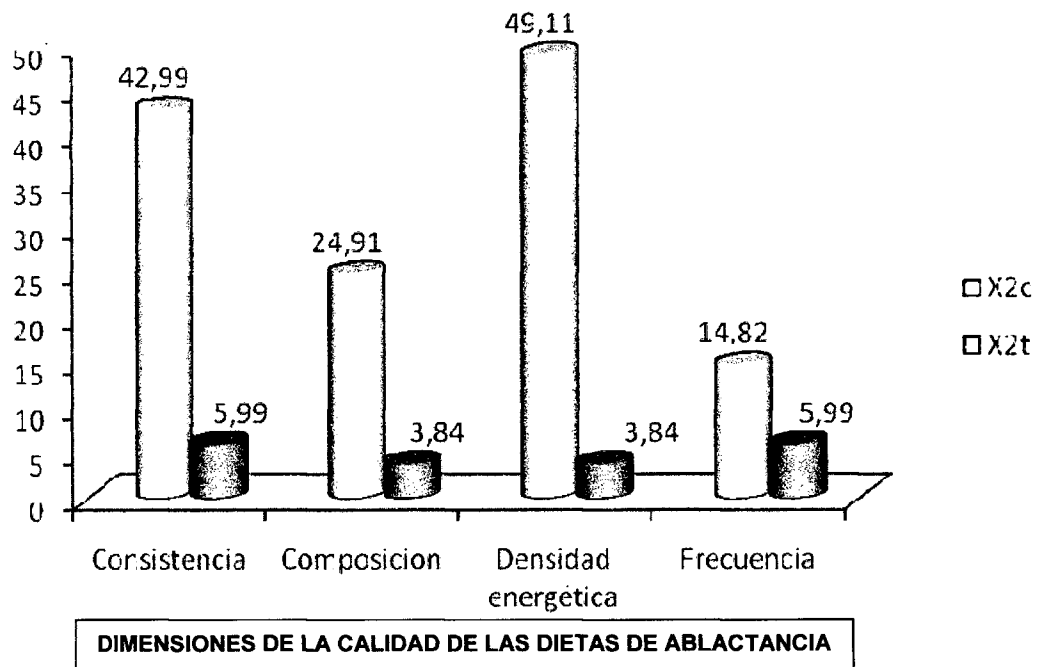
DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LAS DIETAS DE ABLACTANCIA Y EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO, 2008.



Fuente: Datos obtenidos de la guía de observación y la ficha de evaluación antropométrica.

GRÁFICO N° 02.1

**SIGNIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LAS
DIETAS DE ABLACTANCIA Y EVOLUCIÓN PONDOESTATURAL DE
LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD
DE HUANCAYOCC. DISTRITO DE HUANTA. AYACUCHO, 2008.**



Fuente: Cuadro N° 02.