

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94**



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO

**CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ABLACTACIÓN EN
CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS**

**CON FINES DE TITULACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**Investigador asociado
Dra. Chávez Ayala Iliana Gabriela
Médico residente de tercer año del
curso de especialización en Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matrícula: 97362071
Domicilio: Camino antiguo San Juan de Aragón 235
Colonia Ampliación Casas Alemán
Teléfono: 57573289
Correo electrónico: ilianmegan90@hotmail.com**

**Investigador responsable
Dr. Villaseñor Hidalgo Rodrigo
Profesor adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matrícula 99366361
Domicilio: Camino antiguo San Juan de Aragón 235
Colonia Ampliación Casas Alemán
Teléfono: 57672977, extensión 21465
Correo electrónico: rodriguin6027@gmail.com**

Ciudad de México, Mayo del 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Resumen	4
Marco teórico	5
Introducción	5
Antecedentes	7
Justificación	18
Planteamiento del problema	19
Pregunta de investigación	19
Objetivos de estudio	20
General.....	20
Específico	20
Expectativa empírica	20
Especificación de las variables.....	21
Material y métodos	23
Diseño de estudio	23
Universo de estudio	23
Población de estudio	23
Tipo de muestreo	23
Cálculo del tamaño de la muestra	23
Criterios de selección	23
Descripción general del estudio	24
Descripción del instrumento de medición	24
Descripción de la hoja de recolección de datos	24
Procedimiento para integrar la muestra	24
Análisis estadístico	25
Difusión del estudio	25
Aspectos éticos	26
Recursos	28

Programa de trabajo	29
Resultados	30
Análisis de resultados	33
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias	37
ANEXOS	40
Anexo 1. Hoja de recolección de datos	41
Anexo 2. Consentimiento informado	45
Anexo 3. Cronograma de actividades	46

“CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ABLACTACIÓN EN CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS”

*Villaseñor-Hidalgo R, **Chavez-Ayala IG

RESUMEN

ANTECEDENTES. La ablactación no se deberá iniciar antes de los cuatro meses, pero no debe retrasarse más allá de los seis meses; su introducción tanto precoz como tardía, podría provocar diferentes problemas. Actualmente se define como alimentación complementaria.

OBJETIVO GENERAL. Determinar el tipo de conocimiento del proceso de ablactación en cuidadores de niños menores de 2 años.

MATERIAL Y MÉTODOS. Es un estudio observacional, descriptivo, prolectivo y transversal en cuidadores primarios de niños menores de 2 años. Los resultados se reportarán en gráficos.

RESULTADOS. El universo lo integraron 83 cuidadores, de los cuales el 86% mostró tener conocimiento adecuado y el 14% mostro un nivel de conocimiento escaso.

CONCLUSIONES. La expectativa empírica no se cumple; ya que el 86% conocen la práctica de la alimentación complementaria; sin embargo, sólo el 72% lo lleva a la práctica.

PALABRAS CLAVE. Ablactación, alimentación complementaria, cuidadores, complicaciones.

*Profesor adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94 IMS

**Médico Residente del tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94 IMSS.

MARCO TEÓRICO

Introducción

Actualmente son muy bien conocidos los beneficios de la Lactancia Materna del binomio madre y niño en cuanto a los aspectos biológicos, psicoafectivos, económicos y sociales. Los niños que son amamantados por madres sanas, llegan a 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 al tiempo de lactancia materna, como lo es el uso de fórmulas lácteas e introducción temprana de alimentos diferentes a la leche materna.

La ablactación es el conjunto de acciones y técnicas que implica la introducción de alimentos nuevos para cubrir las deficiencias en los primeros 5 años de vida y fomentar un adecuado crecimiento y desarrollo en niños de esta edad. Incluye una serie de contactos y visitas de la madre y el niño con el médico familiar o pediatra, destinado a favorecer la promoción de una introducción adecuada de alimentos, prevención de enfermedades y buenos hábitos alimentarios, para evitar la morbilidad y mortalidad infantil.

El momento adecuado para la introducción de la alimentación complementaria ha sido controversial; así que para la presente investigación se considera la recomendación de la OMS que es a partir de los 6 meses de vida, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad.

La OMS calcula que, en países de ingresos bajos, dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento secundario a desnutrición. Las estadísticas de mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo, reflejan las consecuencias de una orientación nutrimental deficiente, cuyas principales fallas son el inicio precoz de ésta por falta de información.

En México, a pesar de los diversos servicios de salud que ofrecen orientación alimentaria para el niño menor, aún se siguen malas prácticas de introducción alimentaria en los lactantes en diferentes regiones del país y estratos sociales.

La orientación a las madres, padres o familiares responsables de niños en etapa de lactantes debe ser impartida con respeto para ayudar a evitar las malas prácticas alimentarias y hacer sentir mal al cuidador por su falta de conocimiento. Esto puede ser reforzado si los cuidadores reciben orientación adecuada sobre los alimentos de inicio para su edad y la manera de ofrecerlos, ameritando la participación activa tanto de los padres principalmente como del médico a cargo o algún otro servicio asociado.

El primer año de vida es de vital importancia, debido a que en éste se presenta un acelerado crecimiento y desarrollo físico y social. Durante esta etapa se encuentra

que la mayoría de los que cuidan al menor de 2 años, no saben cómo es la forma correcta para la ablactación.

La educación sobre la técnica de ablactación dirigido a los padres y familiares con niños menores de 2 años de edad, es fundamental para fomentar los cuidados que éste requiere. Éste estudio pretende mostrar el conocimiento que tienen los cuidadores primarios de lactantes con respecto a la ablactación y prevenir las complicaciones para obtener un óptimo estado de salud nutrimental.

Antecedentes

Ablactación o alimentación complementaria

El patrón de alimentación del menor de un año, comprende 2 etapas: la primera corresponde al periodo en que se le alimenta con leche materna exclusivamente y la segunda inicia con la introducción de alimentos diferentes de la leche materna (1,2)

La OMS/UNICEF dejan de utilizar el término ablactación, debido a que hace referencia a la suspensión completa de la leche materna al empezar la alimentación complementaria en el lactante. (3,10,11)

La palabra ablactación proviene del latín: ab=separación y lactis=leche. En pediatría se define como la incorporación de alimentos no lácteos a la dieta del niño, con el propósito de sustituir gradualmente la leche como alimento principal y así poder destetar al niño en un lapso que puede ser breve o prolongado. (3). De acuerdo a la OMS, la alimentación complementaria se define como “el proceso que comienza 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”. (1,2, 3,10,11) También se define como la transición de una dieta líquida a una dieta que incluye alimentos sólidos o semisólidos. (4)

Ablactación temprana

Se define como la introducción de alimentos no lácteos a la dieta del niño antes del sexto mes de edad, con el consiguiente riesgo de padecer obesidad, carga renal, deficiente absorción de alimentos y alergias. (7)

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 2 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. (8)

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 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. (9)

En el caso de la morbilidad y mortalidad infantil, está representado por desnutrición, obesidad, alergias alimentarias y retraso del crecimiento por lo que la orientación oportuna en alimentación y sus complicaciones, intervienen de manera importante en el bienestar infantil. (10,20)

Objetivos de la ablactación (10,11,14)

- Prevenir deficiencias de energía y aportar nutrientes que la leche materna no contiene de acuerdo a los requerimientos del niño menor, conforme a su crecimiento.
- Fomentar el gusto por otros alimentos diferentes a la leche.
- Desarrollar habilidades de alimentación en el niño.
- Fomentar hábitos alimentarios correctos que serán la base de los patrones de alimentación.
- Fomentar la independencia del niño con los padres para alimentarse por sí mismo.
- Fomentar la autorregulación de ingesta de alimento del niño.

Recomendaciones para una correcta alimentación complementaria según la OMS y la NOM-43-SSA2-2012

Las recomendaciones para el inicio de la alimentación complementaria dependen de la madurez morfo funcional como aumento de la percepción sensorial, desaparición del reflejo de extrusión, el sostén cefálico, la posición de sedestación, modificación en la posición espacial de la lengua, el uso de la musculatura masticatoria, el desarrollo de la deglución, el inicio de la erupción dentaria y la discriminación de texturas, sabores, olores y consistencia de los alimentos. (12,9)

La OMS y otras instituciones, realizaron una investigación en niños menores de un año de edad, pertenecientes a 10 lugares del mundo durante 5 años; de las cuales surgieron 7 recomendaciones puntuales:

- Iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva.
- Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- Continuar con 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.

-Consumo de alimentos ricos en hierro.

En México, la Secretaría de Salud y la Asociación Mexicana de Pediatría A.S. se apegan a las recomendaciones de la OMS de que la alimentación complementaria se debe iniciar a partir de los 6 meses de edad. (13,21)

La introducción de alimentos sólidos a más tardar a los 9 meses de edad, hace énfasis a la habilidad de masticar; ya que, de no enfrentar al bebé a masticar en este periodo, 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 diversas. El consumo de una dieta diversa que incluya al menos cuatro de los siguientes alimentos: cereales o tubérculos, leguminosas u oleaginosas, derivados de la leche, alimentos de origen animal, frutas y verduras especialmente ricas en vitamina A. (14)

Características del inicio de la alimentación complementaria

Los recién nacidos a término deben de ser alimentados exclusivamente con leche materna los primeros seis meses de vida, posterior a esta edad no se cubren los requerimientos calóricos, proteicos, de hierro, zinc y vitaminas A y D; de continuarla hasta los 2 años de edad, la OMS recomienda complementar con otros alimentos diferentes a la leche, favoreciendo un adecuado crecimiento y desarrollo; así como la disminución de la mortalidad en los menores de 5 años de edad. (15,12,20)

La introducción de los alimentos para conseguir una dieta diversa debe ser paulatina y progresivamente, introduciendo un alimento a la vez, preferentemente por la mañana para poder observar la tolerancia, gustos y desagradados a dicho alimento durante el día; así la introducción de un segundo alimento se hace cuando se haya tolerado el anterior. (29) La OMS recomienda frecuencias mínimas de consumo, según la edad del lactante. (11,22,23) El niño amamantado de 6-8 meses de edad debe comer 2 a 3 comidas al día, de 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad, se debe brindar 3-4 comidas al día y colaciones (fruta, pan, galleta) ofrecidas 1 o 2 veces al día. El aumentar la frecuencia del consumo durante el día, depende de la densidad energética de la dieta y de las cantidades consumidas durante cada comida; además de tomar en cuenta el consumo de leche materna. La OMS recomienda aumentar la frecuencia del consumo de alimentos diferentes a la leche materna, a medida que el niño aumente de peso corporal y talla. (16,5) El consumo de alimentos con alto contenido calórico en edades muy tempranas, crea una alimentación incorrecta que condicionan a morbilidades.

El alimento del niño debe incluir hierro, de acuerdo a la OMS, los alimentos que incluyen hierro se encuentran en alimentos de origen animal como carnes rojas, pescado, pollo, vísceras y alimentos fortificados con hierro. (17,19) 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. La OMS recomienda que la alimentación complementaria debe iniciarse con carnes; ya que en un estudio se encontraron índices psicomotores altos entre los 4 y 6 meses de edad. Éste estudio sostiene que cada 2.3 g/día de carne, eleva un punto los índices psicomotores. 25 Esta recomendación difiere de la propuesta de iniciar con frutas y verduras. Sin embargo, iniciar con carnes, tiene limitaciones económicas, culturales y religiosas; por lo que es un reto difícil. (18,11,13)

La Norma Oficial de Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria (NOM 043-SSA2-2005) refiere que la mejor manera de alimentar a un lactante es con la leche materna; ya que cubre todas las necesidades nutrimentales e hídricas en los primeros 6 meses de vida y recomienda iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna entre los 4-6 meses de edad e introducir las carnes entre el 6º y 7º mes de vida, después de papillas de verduras, frutas y cereales y leche descremada a partir de los 2 años de edad. (22,1,11)

Esquema de alimentación complementaria según la NOM-043-SSA2-2012 13

EDAD CUMPLIDA	ALIMENTOS A INTRODUCIR	FRECUENCIA	CONSISTENCIA
0-6 meses	Lactancia materna exclusiva	A libre demanda	Líquida
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 integrales 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 y trocitos
>12 meses	Frutas cítricas, leche entera*** El niño o niña se incorpora a la dieta familiar	4-5 veces al día	Trocitos pequeños

La importancia de la alimentación complementaria ha sido documentada científicamente desde hace varios años, para que el personal de salud disponga de herramientas para el seguimiento y evaluación. La OMS recomienda varios principios de orientación: (23,24)

1. Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducción de alimentos sólidos a partir de los 6 meses de edad (180 días) o a más tardar a los 9 meses de edad en pequeñas cantidades y continuar con la lactancia materna. La alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad; podría reemplazar a la lactancia materna y no cubrirse los requerimientos nutricionales. Cuando los alimentos se ofrecen diluidos tienen poco nutrientes, pueden causar diarrea por alimentos contaminados, riesgo para intolerancias y alergias alimentarias. A mayor edad, mayor aporte energético, y la leche materna no puede cubrir estas demandas. (25,29)
2. Continuar con la lactancia materna a demanda hasta los 2 años de edad o más 1,3 Entre los 6-12 meses, la lactancia materna aporta 50% de aporte calórico y entre los 12-24 meses aporta el 30% de aporte calórico.
3. Practicar la alimentación perceptiva, se define como el Conjunto de principios que los cuidadores del niño le brindan al lactante en su cuidado físico y psicosocial; ésta implica saber el cómo, dónde, cuándo y quién lo alimenta; además de tener cuidado de qué alimentos se ofrezcan.

OMS 2010 9

Principios:
Alimentar al lactante respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
Alimentar despacio y pacientemente y animar al lactante a comer sin obligarlo.
Experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para evitar el rechazo a los alimentos complementarios.
Promover el consumo de alimentos de acuerdo con el Plato del Bien Comer.
Reducir las distracciones durante las horas de comida para evitar que el lactante pierda interés en los alimentos.
Los tiempos de alimentación son periodos de aprendizaje y amor, hay que hablar con el lactante y mantener el contacto visual.

4. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos, lavarse las manos antes de preparar alimentos y lavar las manos de los niños antes de comer. (1, 3) El principal riesgo al introducir alimentos nuevos es la enfermedad diarreica causada por su contaminación; la preparación, manipulación y almacenamiento seguros es clave para reducir los riesgos. Servir los alimentos inmediatamente después de su preparación y guardarlos de forma segura si no son consumidos al momento. Utilizar utensilios adecuados para que el lactante coma sus alimentos. Aumentar la consistencia y variedad de los alimentos gradualmente, de acuerdo a los requisitos y habilidades del niño. No agregar sal, azúcar u otros condimentos. (26,28)

OMS 2010 9

Medidas recomendadas para el manejo de los alimentos complementarios:
Preferir el uso de tazas para dar líquidos.
Evitar el uso de biberones para dar líquidos.
Los utensilios de alimentación, deben ser exclusivos del lactante.
Lavar exhaustivamente los utensilios de alimentación del lactante.
Lavar las manos del lactante antes de ofrecer los alimentos.
Almacenar los alimentos del lactante en refrigeración, si no pueden refrigerarse deberán de consumirse antes de 2 horas de haber sido preparados para evitar el crecimiento bacteriano.
Mantener la higiene en el área de preparación de los alimentos del lactante.
Separar los alimentos cocinados de los crudos.
Cocinar adecuada y completamente los alimentos.
Usar agua y alimentos seguros y en buen estado de conservación.

5. Comenzar con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. Aumentar mes con mes. La leche materna contiene 0.7 kcal por ml, mientras que los alimentos complementarios contienen entre 0.6 y 1.0 kcal por gramo. Los alimentos líquidos tienen 0.3 kcal por gramo. Para que los alimentos complementarios tengan 1.0 kcal por gramo, es necesario que sean muy espesos y que tengan grasa o aceite, lo hace que sean ricos en energía. El apetito del niño sirve como guía para estimar la cantidad de alimentos que puede ser ofrecida; pero la enfermedad y desnutrición reducen el hambre.
6. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el lactante, adaptándose a sus habilidades. Iniciar con alimentos de consistencia blanda como puré o papilla, continuar con alimentos semisólidos a sólidos; hasta que finalmente a los 12 meses se integre a la dieta familiar. Evitar los alimentos muy líquidos debido a su escaso aporte nutricional.

OMS 2010 9

Edad del lactante	Energía adicional requerida por día, además de la LM (kcal/día)	Textura	Frecuencia (comidas por día, dependiendo del apetito del niño)	Cantidad de alimentos por comida
6-8 meses	200	Suave como puré y papilla	1-3	2-3 cucharadas por comida y aumentar gradualmente
9-11 meses	300	Semisólidos, alimentos que el niño pueda tomar con la mano	3-4	½ taza
12-23 meses	550	Sólidos y picados que la familia come	3-4	¾ taza

7. Aumentar gradualmente el número de tiempos de comida con forme el niño crece. Introducir un solo alimento a la vez, ofreciéndolo durante 2-3 días para conocer tolerancia. La introducción de otro alimento debe hacerse ya que se ha aceptado el alimento previo. No mezclar los alimentos al momento de servirlos o prepararlos. (27,29)
8. Dar una variedad de alimentos para cubrir las necesidades nutricionales. Los alimentos complementarios deben brindar una suficiente energía, proteína y micronutrientes para cubrir las necesidades del niño.
9. Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementados de vitaminas y minerales de acuerdo a las necesidades del niño.

Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades, incluyendo leche materna y después aumentar en consumo de alimentos. Durante el periodo de recuperación se debe aumentar el tamaño de las porciones de alimentos e incluso ofrecer más tiempos de comida. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo como té, café y bebidas gasificadas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos. (30,26,29)

La Academia Mexicana de Pediatría refiere que la ablactación debe garantizar una nutrición que promueva el crecimiento, evite el desarrollo de enfermedades crónicas

y mantenga una buena calidad de vida, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y educación. (31,29)

La malnutrición es la causa del 60% de los 10.9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de 5 años, principalmente por técnicas inadecuadas de alimentación; ya sea por introducción precoz o tardía. (32,5)

En nuestro país existe poca información acerca de los conocimientos, técnicas y actitudes que los padres tienen sobre la AC. En una encuesta de lactancia materna, destete y ablactación realizada en comunidades rurales de México, encontraron que la mayoría dio inició a los 6 meses de edad y unas cuantas a los 12 meses de edad.6 Debido a que aún existen técnicas inadecuadas de alimentación complementaria, hay que conocer la manera en la que los padres alimentan a sus hijos. (6)

La introducción de la ablactación depende de la sociedad, cultura y avances tecnológicos en los alimentos. Además de que a partir de los 6 meses se ha alcanzado cierto desarrollo que permite la introducción de nuevos alimentos, edad recomendada. (4,8) La nutrición en el primer año de vida debe satisfacer las necesidades de crecimiento, maduración de los tejidos y órganos; además de prevenir comorbilidades crónicas. La alimentación se debe de adaptar a las funciones digestivas, metabólicas y renales en esta edad. (7)

Las bases fisiológicas de la AC entre los 4 a 6 meses son: (1,7,4,9,11)

1. Madurez del tubo digestivo: la función digestiva y de absorción se desarrolla hasta el 5º mes de vida, en un inicio la producción enzimática de amilasa salival y pancreática están disminuidas, la permeabilidad de la mucosa intestinal es mayor y permite el paso de sustancias alérgicas (proteína de la leche de vaca, huevo, trigo) que sensibilizan al niño y la disminución de la absorción y digestión de las grasas.
2. Madurez neuromuscular: sostén cefálico para permitir la deglución, fijación de la mirada que permite seguir la cuchara, expresión del deseo de comer o desinterés cuando ya se está satisfecho; se reafirma el reflejo de deglución y se presenta el brote dental.
3. Capacidad renal: la función renal aumenta y se puede recibir una mayor cantidad de proteínas sin que la carga de solutos provoque cambios en la función del riñón; excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua.

Por lo regular, los alimentos introducidos tienen poco aporte nutricional, se ofrecen muy pronto o muy tarde o podrían darse en poca cantidad; además la introducción prematura o la poca frecuencia de la lactancia materna también tiene un alto peso; ya que podría inducir a desnutrición. (9)

Se define como alimento complementario a cualquier nutriente líquido o sólido que se brinda al niño pequeño al mismo tiempo que la lactancia materna. (9)

Los motivos para iniciar la AC de las madres son el comportamiento del niño, las creencias que existen sobre lo que es mejor para el niño y la confianza de las mamás en su habilidad para alcanzar las necesidades de su hijo.(4)

La importancia de iniciar la AC radica en cubrir los requerimientos nutricios del niño y dar las bases de los hábitos alimentarios futuros.

Los patrones de AC en la población mexicana dependen de la zona geográfica, escolaridad de las madres y estado económico.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 se encontró que el alimento que más se daba a más temprana edad (3 meses) era el agua simple.

La introducción de alimentos sólidos entre los 6 y 9 meses de edad, fomenta la masticación; a su vez el gusto por los sabores, olores y texturas. Se ha documentado que el inicio de la AC después de los 10 meses de edad, propicia una masticación lenta que se asocia a problemas de conducta en la etapa escolar. (24)

De acuerdo a la OMS y a la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 6, las medidas para llevar una AC correcta, es aplicando los principios de cuidado psicosocial que incluye: Evitar el uso de biberones. Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción. Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, sin forzarlos. Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer. Evitar las distracciones durante las horas de comida; ya que el niño pierde interés rápidamente. Recordar que los momentos de comer son de aprendizaje y amor, hablar con los niños y mantener el contacto visual. (1,11,22,23)

Los requerimientos energéticos en el primer y segundo semestre de vida es de 100 kcal/kg y 98 kcal/kg respectivamente. El requerimiento hídrico es de 150 ml/kg/día, pero varía según temperatura ambiental, fiebre, pérdida de líquidos (orina y heces) y carga de solutos de la alimentación. Las proteínas en lactantes de 1-3 meses es de 2.2 g/kg/día y se disminuye a 1.6 g/kg/día en niños de 6-12 meses. Durante los primeros 4 meses de vida, los lípidos aportarán el 40-55% de energía; al año de edad, los carbohidratos aportaran el 55-60% de energía. (14)

Una buena educación nutricional en la AC, ayudará a prevenir la mortalidad por obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer en un futuro. (15)

Consecuencias de la mala ablactación

La alimentación exclusiva al seno materno por 4 meses, previene y retrasa la dermatitis atópica, alergia a la proteína de la leche de vaca y sibilancias tempranas; *se ha observado que la ablactación antes de los 4 meses de edad con más de 4 alimentos, está asociado con aumento en el riesgo de atopía, pero tampoco existe*

evidencia de que el retraso en la introducción de alimentos proteja para el desarrollo de alergias alimentarias. (22)

Los alimentos alergénicos más identificados que no son recomendados antes del primer año de vida son: huevo, chocolate, café, semillas (nueces, almendras, cacahuates), mariscos, leche de vaca, comida rápida, caldo de frijol, trigo, pescado, mariscos, atoles, refrescos, embutidos, frutas exóticas (kiwi, fresa, piña), sopas instantáneas, condimentos (sal, consomé de polvo, azúcar, miel). (33,34,28)

Desnutrición por la introducción tardía de alimentos complementarios, que se evalúa con la medición de talla y peso, la baja de estatura indica un proceso crónico; mientras que el bajo peso indicará un proceso agudo. (1.17) La deficiencia de hierro y zinc son las más frecuentes. (11)

Sobrepeso y obesidad que después del primer año de vida hay una disminución del apetito, que produce ansiedad en los papás y ofrecen al niño cantidades excesivas de vitaminas y nutrimentos inorgánicos; además de cambiar los alimentos por golosinas con alto contenido energético. (18) Sin embargo también algunos estudios asociaron la introducción de alimentos sólidos antes de los 4 meses de edad con el riesgo de obesidad; y la mayoría de los estudios no encontraron lo mismo, ya que pueden influir los estilos de alimentación de la familia. Ahora bien, tampoco se concluye que la alimentación complementaria rica en proteína sea obesogénica. (36,35)

Se aconseja no utilizar sal, condimentos, consomés o sazónadores, preferir cilantro, apio, cebolla, chile dulce, ajo; si el lactante rechaza el alimento, continuar ofreciéndolo; variar la textura de los alimentos; lavar las manos antes de preparar los alimentos del lactante; lavar las manos del lactante en cada comida; recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor, por lo que hay que hablar y mantener contacto visual en un ambiente tranquilo; evitar alimentos alergénicos; no ofrecer golosinas, refrescos, sopas instantáneas, café, postres, papas. (35)

Mitos y realidades:

“El caldo o sopa alimenta más”. Su valor nutricional es muy pobre.

“Se deben licuar las papillas; ya que el bebé se puede ahogar”. Debe ser triturada con un tenedor, si se da licuada, el lactante se acostumbrará y rechazará posteriormente los alimentos sólidos.

“Se puede agregar sal, azúcar o miel para que tenga sabor”. Ninguno de éstos es saludable, el azúcar hará que el lactante prefiera lo dulce, la miel puede estar contaminada con botulismo, la sal puede afectar el sistema cardiovascular.

“A partir de los 6 meses ya la leche materna no es indispensable”. La introducción de nuevos alimentos diferentes a la leche materna, son un complemento de la lactancia, por lo que no debe suspenderse.

El sitio ideal, para realizar el cuidado y seguimiento del crecimiento y desarrollo del infante, es el primer nivel de atención. Todos los días mueren aproximadamente 29,000 niñas y niños menores de cinco años, 21 por minuto. La mayoría de las muertes ocurrieron por causas identificadas y prevenibles mediante estrategias de promoción no costosa, aplicable desde el primer nivel de atención. (16) Durante 2013, en las unidades médicas de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se otorgaron alrededor de 1,249,538 consultas en menores de cinco años; clasificadas como control de el/la niño/a sano. En la consulta el médico de primer nivel y la Enfermera Especialista en Medicina de Familia o Enfermera Materno Infantil evalúa el estado de salud nutricional, el crecimiento y el desarrollo psicomotor de menores de cinco años para identificar de manera temprana y oportuna las desviaciones en su estado de salud; antes de que éstas representen graves problemas y afecten la calidad de vida. (19)

JUSTIFICACIÓN

Las recomendaciones acerca de la alimentación complementaria han variado a lo largo del tiempo y también varían en los distintos países según su cultura, economía y hábitos alimentarios. Hasta el momento la evidencia científica no logra explicar cómo los alimentos entregados, la cantidad de éstos o la forma de darlos, influyen en la salud y desarrollo a futuro del niño.

Debido que los niños menores son un grupo vulnerable, es indispensable este tipo de estudios para identificar factores de riesgo que afectan tanto al desarrollo como al crecimiento; y es que de acuerdo a la ENSANUT del 2012, se estima que en todo el país 2.8% de los menores de 5 años presentan bajo peso; mientras que el sobrepeso y obesidad han presentado aumento del 7.8% a 9.7%; además de que se observó que la presencia de anemia fue del 23.3% principalmente en niños de 12 a 23 meses de edad.

Actualmente existe discusión acerca del momento más seguro para introducir los alimentos. Se ha puesto en duda los criterios básicos de la alimentación, como el rol protector de la lactancia materna (LM) o el beneficio de retardar la introducción de ciertos alimentos considerados alergénicos a la dieta del niño. Nuevas evidencias sugieren que la edad de introducción de ciertos alimentos no modificará el riesgo de desarrollar enfermedad celiaca y que la lactancia materna no confiere protección; por esta razón se ha considerado de interés evaluar la técnica de inicio de alimentación complementaria.

A la fecha, se desconoce la edad óptima de introducción de alimentos potencialmente alergénicos, la forma y cantidad más adecuada de administrarlos, tanto en población general como en niños de riesgo. La idea de protección por la lactancia materna y los mecanismos por los cuales actuaría constituye una hipótesis que no muchos apoyan.

Ya que la alimentación inicial repercute en la salud del adulto; la ablactación es un tema a tratar importante en Salud Pública, por ello es importantes dar a los padres la información adecuada para garantizar una alimentación correcta en los niños menores de un año que están expuestos a enfermedades infecto contagiosas, esto adaptado a las necesidades de la población, considerando cultura, economía y sociedad. Este tipo de estudio descriptivo no implica grandes costos; debido a que solo se analizarán los datos obtenidos sin necesidad de invadir a los pacientes físicamente; por lo que se pretende diseñar un material de divulgación que evalúe y oriente a los padres sobre la adecuada y correcta alimentación de los niños a edades tempranas.

En México existen pocos estudios acerca de la alimentación complementaria; y las investigaciones anteriores han mostrado que existe un deficiente conocimiento con respecto al tema de destete y ablactación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La nutrición a lo largo de la vida es una de las principales determinantes de salud, del desempeño físico y de la productividad. En México la prevalencia de malnutrición en menores de 5 años; comprende desnutrición 1.6% y obesidad 9.7%; y es que la falta de información nutrimental y de acceso a los servicios de salud, son elementos determinantes en la aparición de factores que están directamente relacionados con la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas; así como afectación del crecimiento y desarrollo mental durante dicho periodo crítico.

Durante esta etapa se encuentra que la mayoría de los que cuidan al menor de 12 meses, no saben cómo es la forma correcta para la alimentación complementaria.

La nutrición infantil en el primer año de vida tiene una base biológica y metabólica, moldeada por los familiares que estableces la naturaleza deseable o indeseable de la comida mediante los alimentos a los que tiene acceso el niño; dependiendo de la transición familiar.

Durante los últimos años el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud. En la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención deben ocupar un lugar preponderante, donde el médico desempeña una labor importante ya que le otorga atención médica, integral y continua al individuo. Ante la contundencia de tales datos y considerando la visión preventiva que debe desarrollar el médico familiar, es necesario que para implementar una estrategia educativa sobre el inicio de la alimentación complementaria en las madres con niños menores de un año de edad en el primer nivel de atención, se conozca el grado de conocimiento sobre éste tema, fundamentada en la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, de esta forma se pretende educar y transmitir acciones para evitar complicaciones y mantener hábitos nutricios correctos.

La importancia de la intervención en la correcta orientación de los conocimientos de los padres de familia principalmente, constituyen la base de los criterios de alimentación de la estructura familiar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el tipo de conocimiento del proceso de ablactación en cuidadores de niños menores de 2 años?

OBJETIVOS

General

Determinar el tipo de conocimiento del proceso de ablactación en cuidadores de niños menores de 2 años.

Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de cuidadores de niños menores de 2 años.
2. Reconocer los patrones de ablactación que los cuidadores primarios otorgan a niños menores de 2 años.

EXPECTATIVA EMPIRICA

El 60% de los cuidadores primarios no tienen conocimiento del proceso de ablactación en niños menores de 2 años.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable de Estudio

Tipo de conocimiento del proceso de ablactación.

Variables descriptoras

Género, edad, escolaridad y ocupación.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de estudio:

- **Nivel de conocimiento en alimentación complementaria:** se define como el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, para fines del estudio se refiere al grado en que una persona conoce sobre alimentación complementaria, su indicador es la puntuación obtenida del instrumento exprofeso denominado conocimiento del proceso de ablactación en cuidadores de niños menores de 2 años, el cual consta de 35 ítems, es una variable de tipo cualitativa dicotómica en escala de medición nominal con las categorías de conoce (más de 22 puntos) y no conoce (menos de 21 puntos).

Variables descriptoras:

- **Género:** se define como la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino (conceptodefinicion.de/genero/definición de género/[internet] [2018] Disponible en <https://conceptodefinicion.de>) para fines del estudio son las características fenotípicas del individuo, su indicador es el género que refiera el individuo, es una variable de tipo cualitativa dicotómica en escala de medición nominal, con las categorías de hombre o mujer.
- **Edad:** Se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto (conceptodefinicion.de/edad/definición de edad/[internet] [2018] Disponible en <https://conceptodefinicion.de>), para fines del estudio es el tiempo que vive una persona, su indicador es la edad que refiera el participantes, es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón con las categorías de número de años del número 18 en adelante.
- **Escolaridad:** Se define como grado de instrucción de la madre o cuidador (tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza) (conceptodefinicion.de/escolaridad/definición de escolaridad/[internet] [2018] Disponible en <https://conceptodefinicion.de>), para fines del estudio es aquel nivel máximo de escolaridad del participante, su indicador es el último grado de estudios que refiere el participante, es una

variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición ordinal con las categorías de sin estudios, primaria, secundaria, técnico y licenciatura.

- **Ocupación:** Se define como la actividad desempeñada por el cuidador para obtener remuneraciones (ocupación/definición de ocupación/[internet] [2018] Disponible en <https://conceptodefinicion.de>), para fines del estudio es aquella actividad en la que se especializa un individuo en la que se obtiene un pago, su indicador es la actividad que refiere el participante, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición ordinal con las categorías de ama de casa, técnico, obrero, profesionalista.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MUESTRA DE ESTUDIO

Cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, por conveniencia.

CALCULO DE LA MUESTRA

La población en estudio corresponde a 749 casos, y con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 10%, se obtuvo una muestra de 86 participantes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión.

- Cuidadores de niños menores de 2 años de edad adscritos a la UMF 94
- Cuidadores que acepten participar en el estudio
- Cuidadores que hayan firmado el consentimiento informado
- Cuidadores que respondan a todo el instrumento de evaluación

Criterios de exclusión.

- Cuidadores que no deseen participar
- Cuidadores que dejen incompleto el instrumento de evaluación o se retiren de la prueba por voluntad propia

Criterios de eliminación.

- Cuestionario incompleto.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

En este estudio se pretende otorgar un panorama general del grado de conocimiento que tienen los padres o tutores sobre el proceso de ablactación, de gran importancia para el crecimiento y desarrollo óptimo y que puede impactar a futuro, empleando con mayor frecuencia los recursos de los diferentes servicios de atención a la salud.

Se obtendrá de padres o responsables de niños menores de 2 años de edad que se encuentren en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, durante los meses de junio y julio del 2019. Para la obtención de los participantes, se realizarán recorridos por las salas de espera ubicando a todo individuo que se acompañe de un niño menor de 2 años de edad derechohabiente, se procederá a informar sobre el objetivo de dicho estudio, se les propondrá la participación y en caso de aceptar se firmará el respectivo consentimiento informado, se les indicará que todos los datos serán resguardados y se utilizarán en ese estudio únicamente con fines estadísticos, esto sin condicionar la atención recibida en el instituto. Al término del período de aplicación de los cuestionarios, se recolectará la información por parte del médico residente, para el registro de los datos en formato de Microsoft Word o Excel, se analizarán los mismos y se concluirá con dicha parte.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario expofeso en que se explican las instrucciones de llenado, en un apartado se encuentran los datos sociodemográficos del cuidador primario, en un segundo apartado se solicitan género, edad y estado de salud del lactante menor; posteriormente se encuentran 35 reactivos divididos en tres dimensiones de evaluación que valoran conocimiento, actitud y práctica; los cuales se responden en opción múltiple.

DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará una hoja de recolección de datos para recabar la información en estudio, el nivel de conocimientos y datos sociodemográficos del participante y del menor. (Anexo 1)

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Una vez autorizado el proyecto de investigación por el comité de investigación en salud (CLIS 3511), procederá a informar y solicitar el apoyo de las autoridades correspondientes de la UMF No. 94 y al responsable del servicio de Archivo Clínico para obtener la base de datos, posteriormente se procederá a invitar a participar en el estudio, explicando de manera clara y concisa en qué consiste dicho estudio y su

participación en el mismo, una vez aceptando participar se procede a obtener el consentimiento informado (anexo 2), posteriormente se aplicará la hoja de recolección de datos (anexo 1) y al término de la entrevista se agradecerá su participación.

Se recolectarán los datos del instrumento y se capturarán en cuadros y gráficos, para realizar el análisis de la información y así elaborar las conclusiones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará estadística descriptiva para analizar los resultados con ayuda del programa Excel de Microsoft; y se realizarán cuadros y gráficos de los datos obtenidos de las variables estudiadas.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectará como sesión médica de la unidad.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

Se informará a las autoridades de la unidad, donde se llevará a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No.94 de México D.F.

Riesgo de la investigación

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS); así como las reglas internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo debido a que es un estudio observacional; ya que se basa en la aplicación de cuestionarios.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

El beneficio de dicho estudio es evaluar el nivel de conocimiento que presentan los cuidadores primarios de niño menores de 2 años, detectar el área con mayor deficiencia de conocimiento y poder orientar al cuidador, de esa manera se realizan acciones anticipativas en los participantes. También el mostrarle al médico familiar una herramienta de estudio que pueda orientar a los cuidadores primarios de los niño menores de 2 años.

Confidencialidad

De acuerdo a las normas nacionales e internacionales, los registros deberán ser anónimos; es decir, se establecerá un código para identificar a los participantes.

Condiciones para el consentimiento informado

Los términos para la participación se explicarán en el lenguaje coloquial en el consentimiento informado (anexo 2) lo cual realizará el investigador, quien explicará este documento hasta cerciorarse que el paciente y los testigos han entendido cabalmente lo que se les ha explicado. El participante será invitado a participar en el estudio y deberá de entender que puede acceder o no; así mismo que puede seguir o salir del estudio en el momento que él lo desee con la seguridad de que no tendrá represión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto.

Forma de selección de los participantes

En salas de espera de la consulta externa de medicina familiar de la UMF 94 del IMSS en cumplimiento con los aspectos mencionados, los investigadores obtendrán a los participantes del protocolo por conveniencia previo consentimiento informado con firma del paciente y con firma de los testigos.

Balance riesgo beneficio

El estudio no representa ningún riesgo para el participante por otr parte pueden tener el beneficio de identificar a tiempo los aspectos psicosociales más afectados por la mala práctica en el inicio y seguimiento de la alimentación complementaria; lo cual puede permitir implementar actividades preventivas para mejorar su adaptación durante esta etapa y prevenir complicaciones.

RECURSOS DEL ESTUDIO

Humanos:

- Padres o tutores de niños menores de 2 años de edad que acepten participar.
- Investigador asociado.
- Asesor metodológico.

Físicos:

- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, salas de espera y pasillos.

Materiales:

- Papelería de oficina.

Tecnológicos:

- Equipo de cómputo.

Financieros:

- Aportados por el investigador.

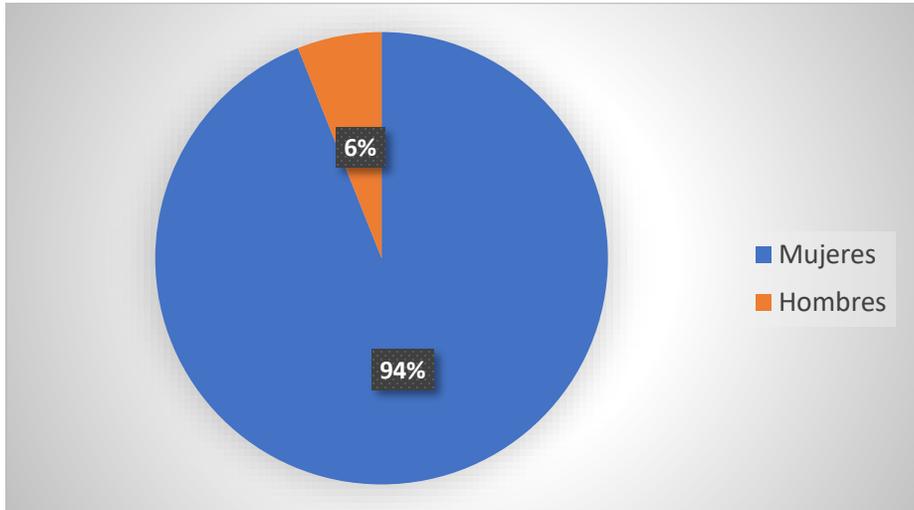
PROGRAMA DE TRABAJO

- Adquisición de los conocimientos sobre alimentación complementaria, por medio de un seminario de Investigación I y Estadística I.
- Selección de tema de Investigación.
- Realización de búsqueda bibliográfica sobre actualización en alimentación complementaria.
- Elaboración del proyecto de investigación, conforme la metodología de la investigación revisada.
- Realización de modificaciones de acuerdo a las observaciones del comité Local de Investigación de la UMF No.94.
- Entrega del proyecto al Comité Local para solicitar valoración de aprobación y registro.
- Recolección de los datos en trabajo de campo, vaciado de los datos y manejo estadístico con apoyo en el programa estadístico.
- Elaboración de cuadros y gráficos para clasificación de los resultados.
- Elaboración del informe final basado en resultados.
- Adquisición de conocimientos para la elaboración del escrito médico.
- Realización de reporte de resultados. (Anexo 3)

RESULTADOS

Con un total de 83 participantes (cuidadores de niños menores de 2 años), respecto al género, 94% fueron mujeres y 6% hombres (gráfico 1).

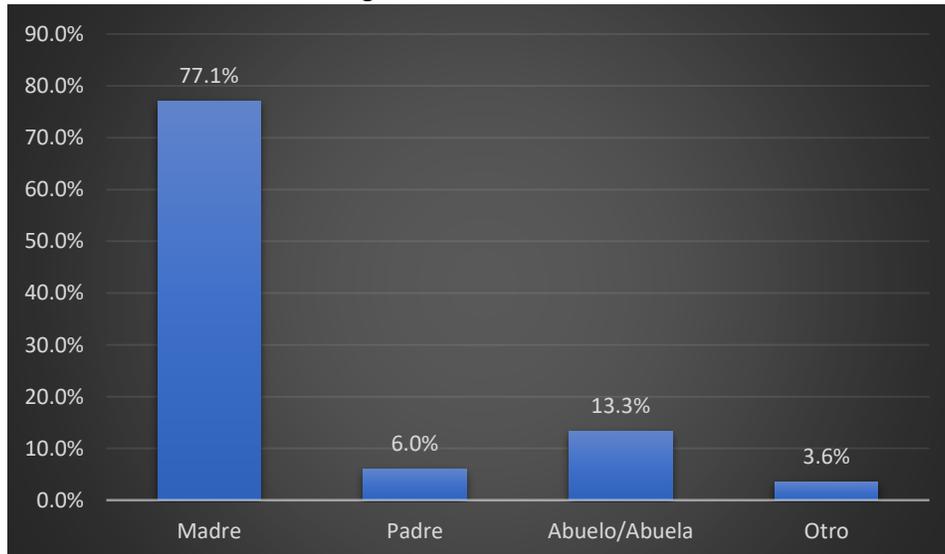
Gráfico 1. Género de cuidadores de niños menores de 2 años.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

En cuanto al parentesco, 77.1% correspondió a las madres, seguido por 13.3% a abuelos, 6% padres y 3.6% a otro familiar (gráfico 2).

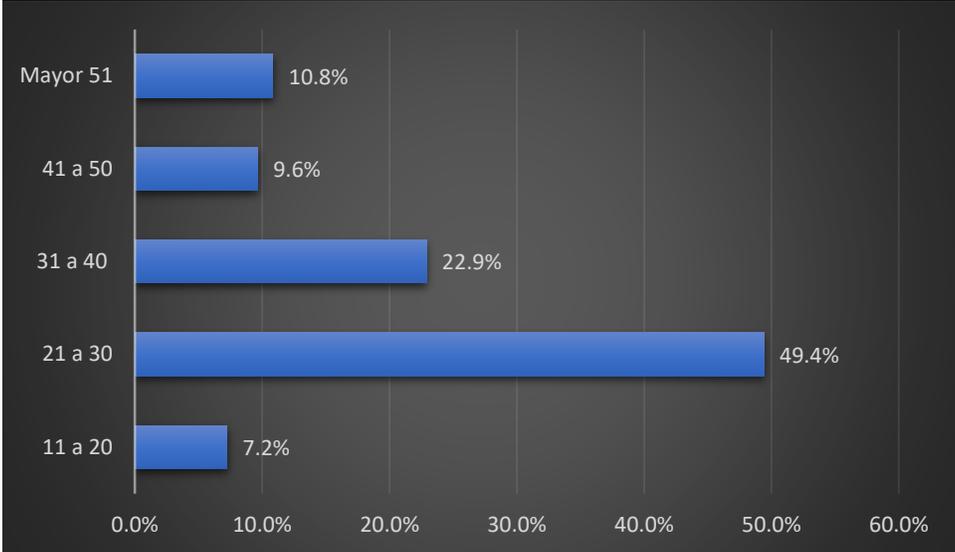
Gráfico 2. Parentesco a cargo del cuidado del lactante menor de 2 años.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

Respecto a la edad, 49.4% se encontró en el rango de edad de 21 a 30 años, seguido del 22.9% de 31 a 40 años, continuando con el 10.8% mayores de 51 años, 9.6% entre los 41 a 50 años y un 7.2% entre los 11 a 20 años (gráfico 3).

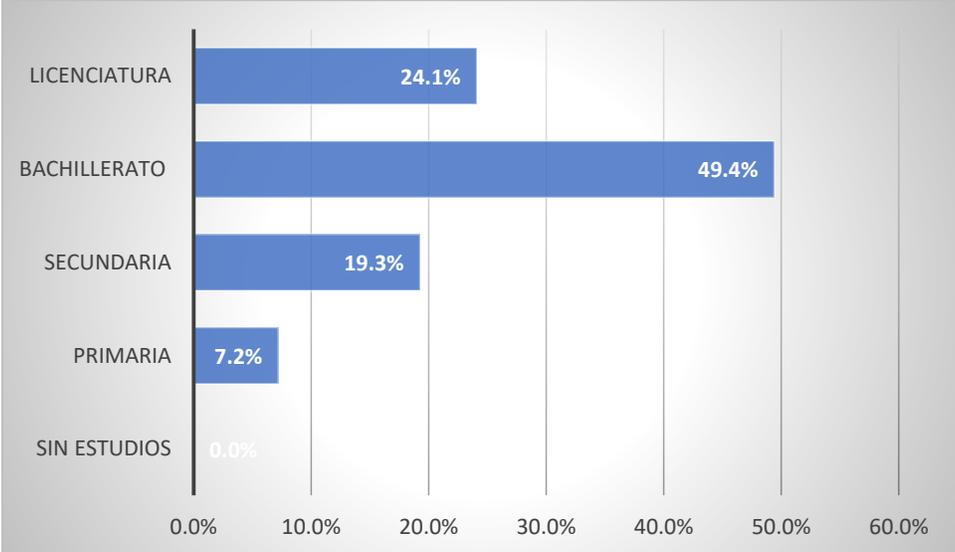
Gráfico 3. Rango de edad de los cuidadores de los niños menores de 2 años.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

Con respecto al nivel educativo 49.4% tenían bachillerato, 24.1% licenciatura, 19.3% secundaria y 7.2% primaria (gráficos 4).

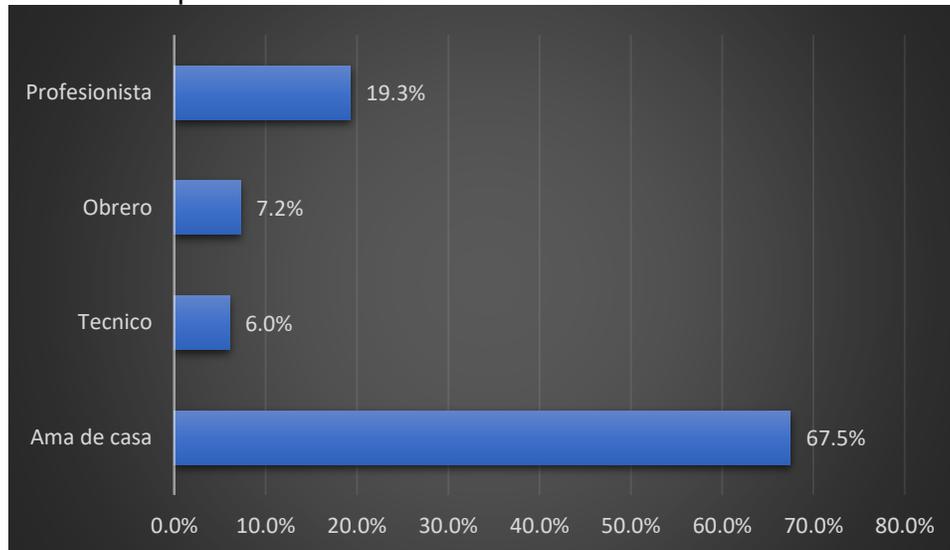
Gráfico 4. Escolaridad de los cuidadores de niños menores de 2 años.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

La ocupación que mostraron los cuidadores de los menores de 2 años mostró que 67.5% se dedican al hogar, 19.3%, laboran como profesionistas, 7.2% tienen un empleo como obrero y 6% son técnicos (gráfico 5).

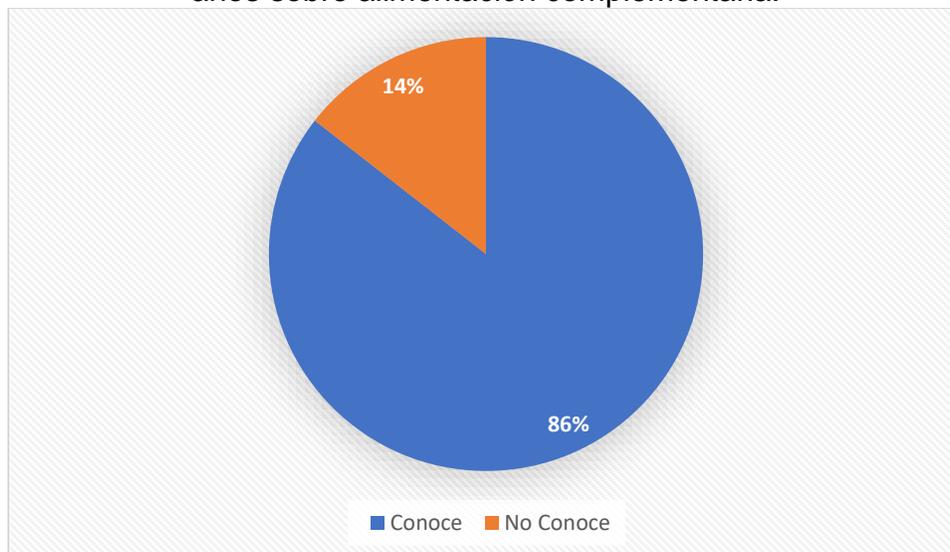
Gráfico 5. Ocupación de los cuidadores de los niños menores de 2 años.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

De acuerdo al instrumento que evaluó el nivel de conocimiento, resultó que 86% conocían y 14% no conocían la práctica de la alimentación complementaria (gráfico 6).

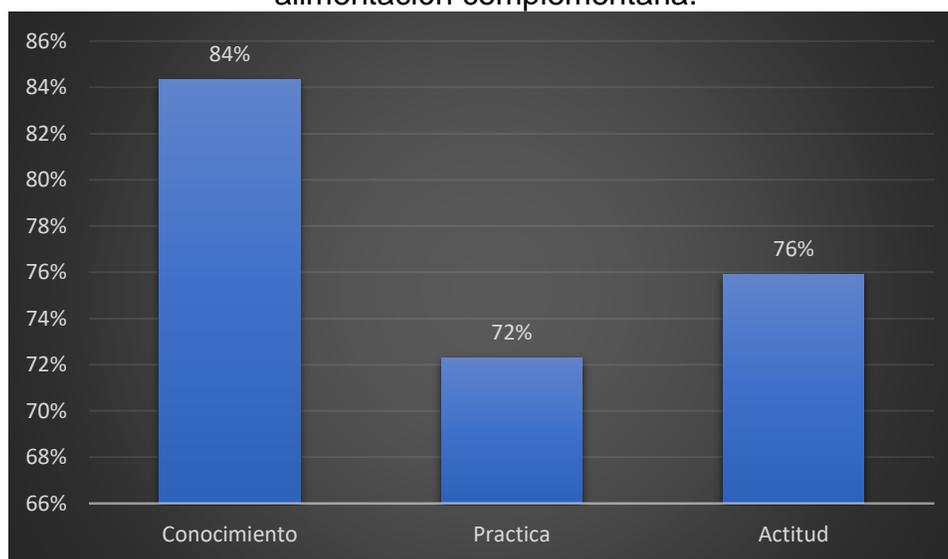
Gráfico 6. Grado de conocimiento de los cuidadores de los niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018

Respecto a las tres dimensiones del instrumento, 84% conocían la técnica, 76% estuvieron de acuerdo en cómo se realiza y solo el 72% lo llevaba a la práctica (gráfico 7).

Gráfico 7. Dimensiones del instrumento de evaluación del conocimiento de la alimentación complementaria.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de niños menores de 2 años de edad en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La gran mayoría resultaron ser cuidadoras, en nuestro país, la brecha de género según INEGI 2014, por cada 100 hogares con jefatura masculina, existen 34 que son dirigidos por la mujer, cuando el jefe de familia tiene 65 años o más el número aumenta a 58 hogares en jefatura femenina por cada 100 hogares con jefatura masculina. Actualmente dentro del núcleo familiar, el género femenino sigue siendo quien se encarga del cuidado y alimentación en los primeros años de vida. Las madres son las que llevan el control de peso y talla de sus hijos en el centro de salud con frecuencia y son ellas las que acuden cuando los hijos enferman, cifras que confirman el empoderamiento de la mujer ante las atenciones de los menores del hogar.

La edad adulto joven predominó en la población de estudio, asimismo con escolaridad bachillerato y dedicados al hogar; con base a cifras del INEGI (2013), las mujeres han asistido a la escuela en promedio 8.5 años, mientras que los hombres llegan a 8.9 años, los índices de alfabetización femenina también son levemente menores en comparación con los hombres con 90.9% y 94.3% respectivamente. También muestra que en 2011 las mujeres se encontraban con un 35.3% en escolaridad media superior.

En un estudio realizado en 2008 se evaluó las horas de quehacer doméstico por las mujeres dedicadas al hogar mostrando en promedio 20.1 horas con respecto a los hombres con 7.8 horas semanales; para 2012 las horas en la mujer han llegado a 22.1 mientras que la de los hombres se mantiene.

Si bien las mujeres en México han sido amas de casa en los últimos tiempos, la necesidad económica ha provocado su ingreso a la fuerza de trabajo, por lo que ha crecido en los últimos 40 años, llegando en 2013 al 41.58%.

La participación de la mujer en el ámbito laboral mexicano ha sufrido transformaciones, anteriormente suspendían su trabajo cuando se casaban y tenían hijos, en esa época las mujeres se encontraban jóvenes y solteras.

En la actualidad las mujeres permanecen laborando en su etapa reproductiva y en edades que comprenden entre los 30 y 59 años según INEGI 2010. También se refiere que cerca del 45% de las mujeres trabaja en el rubro de servicios, 27% en comercio y 17% en industria (Powers y Magnoni, 2010).

En el estudio la población con escolaridad licenciatura y que labora, mostró mala calificación en la práctica, debido a que actualmente la mayoría dedica su tiempo trabajando, resultando en menor atención y cuidado en el lactante menor, además de que la industrialización de productos alimenticios para el menor ha ido en aumento; dando como resultado prácticas inadecuadas por la facilidad que brinda a los padres de alimentar al menor; puesto que se brindan de manera incorrecta pecho y comida.

Poco más de cuatro quintas partes de la muestra conoce, pero no lo llevan a la práctica y es que esto se debe a que depende de factores socioculturales y de las recomendaciones del personal de salud; así como de las familias y personas cercanas (Sierra, 2017). En México solo se cuenta con un estudio realizado en 2015 que incluye 7 estudios y solo corresponde a una revisión narrativa sobre prácticas en alimentación complementaria de niños entre los 0 a 24 meses de edad y no sobre conocimiento, lo que nos indica que es un tema poco estudiado en nuestro país.

CONCLUSIONES

No se cumple la expectativa empírica; ya que resultó que 86% de los participantes conocen respecto a la alimentación complementaria, y trabajo con la expectativa de que el 60% no conocían al respecto; sin embargo, de las tres dimensiones que evalúa el instrumento (conocimiento, actitud y práctica), la que peor calificó es la que se refiere a la práctica con un 72%.

RECOMENDACIONES

Esta investigación se realizó con un cuestionario realizado exprofeso con base a los conocimientos, actitudes y prácticas de la alimentación complementaria, es recomendable que se busque su validación de constructo para conocer con certeza la utilidad de esta información, ya que es un tema muy importante para la salud del binomio, y poderlo aplicar de manera masiva sería una gran estrategia.

Una vez validado en nuestra población, se sugiere como línea de investigación, realizar estudios multicéntricos con enfoque de riesgo, sobre todo en las mujeres y sus familias antes del nacimiento del menor, considerando algunas otras variables intervinientes como pueden ser el tipo de familia, nivel socioeconómico, tipo de control prenatal, influencia de la sociedad y acceso a información en salud.

Asimismo, otra línea de seguimiento puede ser el aplicar estrategias educativas para aquellos casos que resulten no conocer el proceso de la alimentación complementaria; incluso determinar el impacto de dicha estrategia con una pre y una post evaluación, utilizando estadística inferencial.

REFERENCIAS

- 1.M. Macias S, Rodríguez 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.López-González H, Copto-García A. Primer Consenso Nacional sobre Alimentación en el Primer Año de la Vida. Acta Pediátrica de México. 2007; 28(5):232-39.
- 3.Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P. Evaluación del estado nutricional. Nutriología médica. 2ª. 2009(2);139-151. Disponible en: [www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/Propuesta%20para%20la%20formulaci3n%20de%20pautas%20para%20la%20alimentaci3n%20complementaria%20del%20ni3o%20lactante%20de%206%20a%2012%20meses), PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA ISSN 0124-4108.
- 4.Pardio-López LMJ. Alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses de edad. Acta Pediátrica de México. 2012; 33(2).
- 5.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>.
- 6.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);18-27.
- 7.Esquivel, Rosa I., Martínez SM, Martínez JL. Nutrición y Salud. México: El Manual Moderno, 1998.
- 8.Dewey KG. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
- 9.Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud; Ginebra; 2002. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf.
- 10.Yepez-Borja P; Palacios P, Avilés V, et. al. Ablactación en Lactantes. Ecuador. Revista Facultad de ciencias médicas de la Universidad de Guayaquil 10; 2012; vol 15 (2).
- 11.Bartholmey SJ. Weaning-Transition to the Table. Nutrition During Infancy. USA, 2013.
12. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina

y otras ciencias de la salud. Organización Panamericana de la Salud; 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf.

13.Reliefweb [homepage on the internet]. La Ventana de los mil días, una oportunidad para reducir la mortalidad materno-infantil. PAHO; c2013 2013. Disponible en: <http://reliefweb.int/report/guatemala/la-ventana-de-los-mil-d%C3%ADas-unaoportunidad-para-reducir-la-mortalidad-materno>.

14.UNICEF.org. Alimentación de lactantes y niños pequeños. UNICEF; 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html.

15.Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. OMS, OPS. Washington DC; 2010.

16.Lamas F. Alimentación complementaria para el niño sano entre los 6 meses y los 2 años. OSECAC. Argentina; 2003.

17.Romero-Velarde E. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hospital Infantil de México. 2016;73(5):338-356.

19.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, 2009, 11(2);139-151.

20.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.

21.Maldonado-Lozano J, Gil-Campos M, Lara-Villoslada F. Nutrición del Lactante. Tratado de Nutrición Tomo III Nutrición Humana en el Estado de Salud. España: Panamericana; 2010;209,211-214,229,237.

22.Mataix-Verdú J, Leis-Trabazo R. Niño preescolar y escolar. Situaciones Fisiológicas y Patológicas. España: Océano; 2013;1126-1131.

23.Hidalgo- Castro E, Del Rio- Navarro BE, Sierra-Monge JL. Factores de riesgo de alergia alimentaria. Revista Alergia México. 2009; 56(5).

24.Wisbaum W, La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento, UNICEF 2011, Disponible en: <http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>.

25. Martínez-Munguía C, Navarro-Contreras G. Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014; 52.
26. 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. *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*. 2011; 21(1).
27. Agostoni C, Decsi T, Van Goudoever J. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46 : 99 – 110.
28. López-González H, Copto-García A. Primer Consenso Nacional sobre Alimentación en el Primer Año de la Vida. *Acta Pediatría de México* 2007; 28(5): 213-41.
29. Daelman B, Dewey K, Arimond M. New and updated indicators for assessing infant and Young child feeding. *Food Nutr Bull* 2009;30(2): 256-62.
30. Indicators for assessing infant and Young child feeding practices. Part 2 measurement. Malta: OMS; 2010;1-81.
31. Coulthard H, Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr* 2009;(5): 75-85.
32. Morgan J, Taylor A, Fewtrell M. Meat consumption is positively associated with psychomotor outcome in children up to 24 months of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39: 493-8.
33. Pearce J et al. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes* 2013;37:1295-1306.
34. Sansotta N, et al. *Allergologia et Immunopathologia*. Elsevier. 2013; 41(5): 337-45.
35. Nwaru BI, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131: 78-86.
36. Lutz C., Przytulski K. *Nutrición y Dietoterapia*. McGraw-Hill. 5ta ed 2011.

ANEXOS

CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ABLACTACIÓN EN CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Folio: _____

Instrucciones: a continuación, se le harán una serie de preguntas de acuerdo a los conocimientos que tiene acerca de la alimentación del menor al que usted cuida.

Marque con una X, la respuesta que considere correcta, en caso de cualquier duda respecto al instrumento puede preguntar.

Datos generales del cuidador primario

Género: Hombre ____ Mujer ____

Edad: _____

Escolaridad: Sin estudios ____ Primaria ____ Secundaria ____ Bachillerato ____ Licenciatura ____

Ocupación: Ama de casa ____ Técnico ____ Obrero ____ Profesionista ____

Parentesco: Madre ____ Padre ____ Abuela/Abuelo ____ Otro ____

Datos generales del menor

Género: Niño ____ Niña ____

Edad: _____

Estado nutricional: _____

CONOCIMIENTOS SOBRE ABLACTACION

1. ¿Sabe qué es lactancia materna exclusiva?

- a. Que el recién nacido solo recibe leche materna, ningún líquido ni comida
- b. Cuando se elimina la leche materna de la alimentación del lactante
- c. No sabe

2. ¿Cómo se debería de alimentar a un recién nacido?

- a. Solo con leche materna
- b. Leche materna y agua
- c. No sabe

3. ¿Cuánto tiempo se debe dar lactancia materna exclusiva?

- a. 2 meses
- b. 6 meses
- c. 12 meses
- d. No sabe

4. ¿Por qué se recomienda dar sólo leche materna los primeros 6 meses de vida?

- a. Porque la leche materna proporciona todos los nutrientes y líquidos que el bebé necesita durante los primeros 6 meses de vida
- b. Porque los bebés aún no digieren otros alimentos antes de los 6 meses
- c. No sabe

5. ¿Con qué frecuencia se debe alimentar a un menor de 6 meses con leche materna?

- a. A libre demanda
- b. 3 veces al día
- c. No sabe

6. ¿Cómo se llama el retiro paulatino de la alimentación al seno materno?

- a. Destete
- b. Ablactación
- c. No sabe

7. ¿Sabe qué es ablactación o alimentación complementaria?
- Dar fórmula
 - Dar alimentos diferentes a la leche materna
 - Cuando ya no se da leche materna
 - No sabe
8. ¿A qué edad los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna?
- Antes de los 6 meses
 - A los 6 meses
 - No sabe
9. ¿Por qué cree que es importante dar otros alimentos a parte de la leche materna?
- Porque por sí sola no es suficiente, no puede proporcionar los nutrientes necesarios para el crecimiento
 - Porque ya no sabe buena
 - No sabe
10. ¿Cómo se dan las papillas?
- Espesa
 - Aguada
 - No sabe
11. ¿Por qué cree que se deba vigilar el inicio de la introducción de nuevos alimentos en el bebé?
- Por salud
 - Por nutrición
 - No sabe
12. ¿Qué son las alergias alimentarias?
- Cuando se presenta desnutrición
 - Cuando aparecen ronchas en la piel
 - No sabe
13. ¿Qué entiende por integración a la dieta familiar?
- Se le puede dar de comer al bebé de todo
 - Se le deben seleccionar los grupos de alimentos
 - No sabe
14. ¿Dónde obtuvo información acerca de qué alimentos darle?
- Madre
 - Abuela
 - Suegra
 - Amigas
 - Médico
 - Internet

PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

15. ¿Ofreció lactancia materna exclusiva a su hijo?
- SI
 - NO
16. ¿Cuánto tiempo dio lactancia materna exclusiva?
- Menos de 1 mes
 - 4 meses
 - 6 meses
 - Mas de 6 meses
17. ¿Combinó lactancia materna y fórmula?
- Si
 - No
18. ¿A qué edad introdujo la fórmula?
- Desde el nacimiento
 - A los 6 meses
 - Otra edad _____ (coloque la edad)

19. ¿A qué edad inició o cree que se deba iniciar la alimentación complementaria?

- a. A los 4 meses
- b. A los 6 meses
- c. A los 12 meses

20. ¿Cómo cree o se deben de ofrecer los alimentos de acuerdo a la edad del niño?

Edad del niño	Papillas, alimentos aplastado, machacado, suaves y espesos	Alimentos Picados, cortados en trocitos pequeños	Alimentos picados, cortados o enteros
6 a 8 meses			
9 a 12 meses			
13 a 24 meses			

21. ¿Con qué grupo de alimento cree o se debe preparar la primera papilla?

- a. Verduras y Frutas
- b. Cereales
- c. Leguminosas y alimentos de origen animal
- d. Alimentos industrializados
- e. No sabe

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

- a. En cada comida
- b. Diario
- c. Cada 2-3 días
- d. No sabe

23. ¿Se recomienda agregar sal o azúcar a las papillas?

- a. Si
- b. No

24. ¿A qué edad considera correcto ofrecer carne de pollo o res?

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

25. ¿A qué edad considera correcto ofrecer frijoles o lentejas?

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

26. ¿Sigue dando pecho al bebé?

- a. Si
- b. No

27. ¿En qué momento cree o se le da pecho al menor?

- a. Primero comida y luego pecho
- b. Primero pecho y luego comida

28. ¿A qué edad cree o introdujo alimentos alergénicos (leche, huevos, pescado, frutos secos, trigo, crustáceos, soja, cacahuate)?

- a. 10 meses
- b. 12 meses
- c. 18 meses

29. ¿A qué edad cree que el niño se debe integrar a la dieta familiar?

- a. 10 meses
- b. 12 meses
- c. 18 meses

30. ¿Es recomendable darle a su hijo probaditas de refresco o golosinas?

- a. Si b. No c. A veces

ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

31. ¿Está de acuerdo con ofrecer otros alimentos a los niños después de los 6 meses?
a. Si b. No

32. ¿Qué hace cuando el menor no acepta un alimento nuevo?
a. Espera unos días y vuelve a ofrecerlo en diferente presentación
b. No vuelve a ofrecerlo
c. Obliga a consumirlo

33. Si el menor no quiere comer, ¿qué hace para motivarlo?
a. Aplauda, ríe, le enseña a comer abriendo la boca, llama la atención.
b. No insiste
c. Le da un dulce
d. No sabe

34. ¿Se le debe dar agua simple a un niño menor de 6 meses?
a. Si
b. No
c. A veces
d. No sabe

35. ¿Está de acuerdo con iniciar a dar al menor la misma comida de la familia, cuando ya tiene un año?
a. Si b. No

MITOS

Mencione alguna práctica transmitida por familiares o conocidos por generaciones con respecto a que ofrecerle al menor antes de los 12 meses de edad.

Puntuación obtenida: _____

Conoce / Sabe (+ de 22 aciertos:____)

No conoce / No sabe (- de 21 aciertos: _____)

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	
 <p style="text-align: center;"> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD </p> <p style="text-align: center;"> CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ABLACTACIÓN EN CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS </p>	
Nombre del estudio:	CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ABLACTACIÓN EN CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Unidad de Medicina Familiar Numero 94, agosto 2018.
Número de registro:	Sin registro
Justificación y objetivo del estudio:	El proceso de ablactación es una etapa importante, ya que es la etapa de transición en la que se determinará el estado de salud del niño en desarrollo. Es de vital importancia que los médicos de primer nivel investiguen los patrones de ablactación que tiene la comunidad a su cargo, a fin de otorgar una orientación clara y oportuna para llevar a cabo este proceso con éxito. El objetivo es determinar el tipo de conocimiento del proceso de ablactación en cuidadores de niños menores de 2 años.
Procedimientos:	Contestar un instrumento de 35 preguntas que investigan la manera en que se introdujeron los alimentos al menor, además de datos personales de la persona responsable del menor y datos personales del menor.
Posibles riesgos y molestias:	No existe ningún riesgo para el menor o para usted, solo el tiempo invertido para contestar el cuestionario, que es aproximadamente de 15 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir una retroalimentación respecto al patrón de ablactación que ha realizado y orientar sobre las buenas prácticas de éste proceso.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna y clara acerca de este proceso de ablactación que pudiera ser ventajoso para la salud del niño; así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Dar a conocer el patrón del proceso de ablactación de la comunidad a la cual se atiende en una unidad de medicina familiar de la zona norte.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo. Matricula 99366361 email: rodriguin6027@gmail.com . Teléfono: 5767-27 extensión 21407.
Colaboradores:	Dra. Iliana Gabriela Chávez Matricula 97362071 email: ilianmegan90@hotmail.com . Teléfono: 5714-8618
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<hr/> Nombre y firma de ambos padres o tutor o responsable legal	<hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

Anexo 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ABLACTACIÓN EN CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

ACTIVIDADES	MES (AÑO)	ENERO A MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JUNIO 2019	JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019
Elaboración del protocolo		P						
		R						
Selección del instrumento		P						
		R						
Elaboración de la hoja de recolección de datos			P					
			R					
Presentación al CLIS para registro de protocolo				P				
				R				
Recolección de la información					P			
Elaboración de la base de datos						P		
Captura de la información							P	
Procesamiento de datos								P
Análisis de los resultados								P
Elaboración del contenido científico								P

P=Programado

R=Realizado