

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

Tema: “INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS CUIDADORES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL, DISTRITO 05D06, SALCEDO –ECUADOR”

Trabajo de titulación previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria.

Autor: Médico, Sergio Teodomiro Barreno Sánchez.

Tutora: Doctora, Ruth Aurelia Mejía Ortiz, Esp.

Ambato - Ecuador

Abril 2021

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación presidido por la Licenciada Miriam Ivonne Fernández Nieto, Magister, e integrado por el señor Doctor Ángel Patricio Villacís Sánchez, Especialista y la Dra. Yéssica Shirley Acosta Jaramillo, Especialista, designados por la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS CUIDADORES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL, DISTRITO 05D06, SALCEDO –ECUADOR”, elaborado y presentado por el Señor Médico, Sergio Teodomiro Barreno Sánchez, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral de Trabajo de Titulación, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



Lic. Miriam Ivonne Fernández Nieto, Mg

Presidenta y Miembro del Tribunal de Defensa



Dr. Ángel Patricio Villacís Sánchez, Esp.

Miembro del Tribunal de Defensa




Dra. Yéssica Shirley Acosta Jaramillo, Esp.

Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de investigación presentado con el tema: “INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS CUIDADORES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL, DISTRITO 05D06, SALCEDO–ECUADOR”, le corresponde exclusivamente al Médico: Sergio Teodomiro Barreno Sánchez Autor, bajo la dirección de la Doctora Ruth Aurelia Mejía Ortiz, Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Médico Sergio Teodomiro Barreno Sánchez

C.C. 1803149689

AUTOR



Dra. Ruth Aurelia Mejía Ortiz

C.C. 1801685551

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "D. Sergio Teodomiro Barreno Sánchez", is written over a horizontal dashed line.

Médico Sergio Teodomiro Barreno Sánchez

C.C. 1803149689

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada	i
A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud	ii
Autoría del Trabajo de Investigación	iii
Derechos de Autor.....	iv
Índice General de Contenidos	¡Error! Marcador no definido.
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Agradecimiento	x
Dedicatoria	xi
Resumen ejecutivo	xii
Summary	xiv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema de investigación.....	3
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.2.1 Contextualización del problema.....	3
1.2.2 Análisis crítico.	4
1.2.3 Prognosis	4
1.2.4 Formulación del Problema	5
1.2.5 Interrogantes.....	5
1.2.6 Delimitación del problema de investigación.....	5
Justificación	6
1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7

CAPÍTULO 2
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos	8
2.2 Fundamentación filosófica	9
2.2 Fundamentación Legal	9

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA

3.1 Enfoque	28
3.2 Modalidad Básica de Investigación	28
3.3 Nivel de Investigación.....	28
3.4 Población y Muestra.....	28
Criterios de inclusión	28
Criterios de exclusión.....	29
3.5 Criterio ético.....	29
3.6 Recolección de la información.....	29
3.6.1 Fuentes para la recolección de la información.....	31
3.6.2 Plan de procesamiento de la información	31

CAPÍTULO 4
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados.	32
Tabla N: 1 Tipo de malnutrición por Centro de Desarrollo Infantil	36
4.2 Discusión.....	46

CAPÍTULO 5
CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

5.1 Conclusiones	50
5.2 Recomendaciones.....	51

CAPÍTULO 6
PROPUESTA

6.1 Tema.....	52
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	52
6.3 Justificación	53
6.4 Factibilidad.....	53
6.5 Objetivos	54
6.5.1 Objetivo General	54
6.5.2 Objetivos Específicos.....	54
6.6 Alimentación saludable.....	54
6.7 Plan Operativo.....	56
Actividades propuestas.....	57
6.8 Administración de la propuesta.....	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	65
1. Consentimiento informado.....	81
2. Curvas de crecimiento MSP.....	82
3. Entrevista sobre cuidado y alimentación.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N: 1 Tipo de malnutrición por Centro de Desarrollo Infantil	36
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N: 1 Total de niños y niñas que participaron en la investigación	32
Gráfico N: 2 Total de niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos.	32
Gráfico N: 3 Niños y niñas según relación talla /edad en los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos	33
Gráfico N: 4 Niños y niñas según relación peso/edad en los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos	33
Gráfico N: 5 Niños y niñas según índice de masa corporal en los Centro de Desarrollo Infantil Urbanos	34
Gráfico N: 6 Total de niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil Rurales.....	34
Gráfico N: 7 Niños y niñas según relación talla/edad en los Centros de Desarrollo Infantil Rurales	35
Gráfico N: 8 Niños y niñas según relación peso/edad en los Centro de Desarrollo Infantil Rurales	35
Gráfico N: 9 Niños y niñas según índice de masa corporal en los Centro de Desarrollo Infantil Rurales.....	36

AGRADECIMIENTO

Los caminos son pedregosos, insospechados y sorprendivos si no tenemos la precaución de guiarnos por el sendero del bien, de la misma manera transitarlo puede constituir una experiencia maravillosa, llena de alegría, satisfacción, producto de nuestro sacrificio, dedicación y deseo de superación. Los acontecimientos suscitados en la vida y el aprendizaje diario hacen que cada ser humano tenga aspiraciones propias, aspiraciones familiares y aspiraciones sociales, las mismas que engranan en el bienestar personal y colectivo.

Es el momento de recordar con mucho cariño a todas las personas hombres y mujeres valiosas que me educaron y formaron mi carácter, a todas las instituciones educativas en su momento, a las instituciones públicas y privadas y a todos quienes de una u otra manera contribuyeron para mi realización personal, profesional, familiar. También es el momento de agradecer al creador por la salud y la vida, la sobriedad, la inteligencia y por iluminar cada uno de mis pasos para llegar a este hermoso y gratificante momento.

Todo lo logrado sería imposible sin el núcleo familiar, pilar fundamental en la realización personal de todo hombre, el apoyo incondicional, sacrificado, comprometido de la familia alimenta permanente el deseo de superación y de alcanzar nuevas metas. Los logros alcanzados se traducen en mayor seguridad, probidad, capacidad, pertinencia para desarrollar las actividades profesionales en todos los ámbitos requeridos por la sociedad.

Los grupos humanos con los que he transitado durante toda mi vida me han enseñado la diversidad de pensamientos, actitudes, aptitudes, que enriquecen la forma de pensar, actuar y liderar grupos humanos, la travesía de seguir en constante preparación y aprendizaje deja como premio el gran número de amistades cosechadas en todos los lugares, recordando que un hombre no es rico por el dinero que puede ganar sino por el número de amigos que pueda tener.

DEDICATORIA

La ilusión de ser mejor persona, mejor profesional y haberlo logrado, ha sido posible gracias al apoyo incondicional, permanente, de mi esposa e hijos, de mis padres y hermanos, el haber observado el sacrificio realizado por ellos día a día motivaron en mí el deseo de alcanzar las metas trazadas en conjunto.

Los logros alcanzados son mejores si los compartimos juntos.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

CENTRO DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS CUIDADORES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL, DISTRITO 05D06, SALCEDO –ECUADOR”

AUTOR: Sergio Teodomiro Barreno Sánchez

DIRECTORA: Doctora Ruth Aurelia Mejía Ortiz, Especialista.

FECHA: abril 2020.

RESUMEN EJECUTIVO

El cuidado en la alimentación y nutrición de los niños en edad preescolar juega un papel esencial e importante en la atención integral de salud. Una serie de factores demográficos, laborales, socioeconómicos y de variada índole han conducido a que en la actualidad se modifiquen los cuidados y por lo tanto, los patrones alimentarios de los niños.

La desnutrición es la consecuencia del acceso inadecuado a alimentos nutritivos y suficientes para su utilización biológica. Las carencias graves y prolongadas de nutrientes como proteínas, vitaminas y minerales es uno de los principales problemas de salud en los países en vías de desarrollo, esto incide directamente en la morbilidad y mortalidad infantil. Un niño con desnutrición entra en la edad adulta con mayor propensión a tener sobrepeso y a desarrollar enfermedades crónicas.

Cuatro niños de cada diez menores de 60 meses sufren desnutrición crónica en el mundo. Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela, así

como un bajón en los resultados educativos, que se traduce en niños que serán menos productivos, cuando sean adultos. Los estudios estiman una pérdida media del 22% en los ingresos anuales durante la etapa adulta.

La nutrición está integrada por un sistema complejo, que incluye al medio ambiente, mismo que influye en la selección de alimentos, frecuencia de consumo, tipo de gastronomía, tamaño de las raciones, horarios. La atención a las necesidades de los niños debe considerar a los proveedores de salud, educadores y los cuidadores, ya que con su participación se puede educar a los padres. Es de mucho interés que los padres y los cuidadores tengan conocimientos de buenos hábitos alimenticios o de una correcta alimentación y desde este fundamento, establecer estrategias para construir la información pertinente y contribuir a la reducción de la malnutrición en el Ecuador.

La zona central del país tiene un alto índice de desnutrición en la población indígena, quienes cuentan con servicios básicos fundamentales ineficientes o inexistentes, tienen inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud. Además, la pobre alimentación de las familias y el pertenecer a este grupo cultural, constituyen factores de riesgo para desarrollar desnutrición infantil.

El momento más importante para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño, ocurre durante los mil primeros días, este periodo comprende desde el embarazo hasta los dos primeros años de edad. La posibilidad de recuperar el crecimiento más adelante es mínima, el daño causado es en gran parte irreversible.

Palabras clave: Malnutrición, nutrición, cuidado, niños.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

CENTRO DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: INFLUENCE OF THE KNOWLEDGE AND FOOD PRACTICES OF THE CAREGIVERS ON THE NUTRITIONAL STATUS OF THE BOYS AND GIRLS FROM THE CHILD DEVELOPMENT CENTERS, DISTRICT 05D06, SALCEDO –ECUADOR.

AUTHOR: Sergio Teodomiro Barreno Sánchez

DIRECTOR: Doctor Ruth Aurelia Mejía Ortiz, Especialista.

DATE: April 2021.

SUMMARY

The care in the food and nutrition of preschool children plays an essential and important role in comprehensive health care. A series of demographic, occupational, socioeconomic and varied factors have led to changes in care and, therefore, the eating patterns of children.

Malnutrition is the consequence of inadequate access to nutritious and sufficient food for its biological use. Serious and prolonged deficiencies of nutrients such as proteins, vitamins and minerals is one of the main health problems in developing countries, this directly affects infant morbidity and mortality. A malnourished child enters adulthood with a greater propensity to be overweight and to develop chronic diseases.

Four children out of ten under 60 months suffer from chronic malnutrition worldwide. Recent studies from Brazil, Guatemala, India, the Philippines and South Africa confirmed the association between chronic malnutrition and lower performance and school attendance, as well as a drop in educational results, which translates into children who will

be less productive, when they are adults. Studies estimate an average loss of 22% in annual earnings during adulthood.

Nutrition is made up of a complex system, which includes the environment, which influences the selection of food, frequency of consumption, type of gastronomy, size of portions, hours. Addressing children's needs should consider health providers, educators, and caregivers, since their participation can educate parents. It is of great interest that parents and caregivers have knowledge of good eating habits or correct nutrition and from this foundation, establish strategies to build relevant information and contribute to the reduction of malnutrition in Ecuador.

The central area of the country has a high rate of malnutrition among the indigenous population, who have inefficient or non-existent basic services, and are geographically inaccessible to health services. In addition, the poor diet of families and belonging to this cultural group are risk factors for developing child malnutrition.

The most important moment to satisfy the nutritional needs of a child, occurs during the first thousand days, this period includes from pregnancy to the first two years of age. The possibility of recovering growth later is minimal, the damage caused is largely irreversible.

Key words: Malnutrition, nutrition, care, children.

INTRODUCCIÓN

El cuidado en la alimentación y nutrición de los niños en edad preescolar y escolar juega un papel esencial e importante en la atención integral de salud. Una serie de factores demográficos, laborales, socioeconómicos y de variada índole han conducido a que en la actualidad se modifiquen los cuidados y, por lo tanto, los patrones alimentarios de los niños.¹

La desnutrición es la consecuencia del acceso inadecuado a alimentos nutritivos y suficientes para su utilización biológica. Las carencias graves y prolongadas de nutrientes como proteínas, vitaminas y minerales es uno de los principales problemas de salud en los países en vías de desarrollo, esto incide directamente en la morbilidad y mortalidad infantil. Un niño con desnutrición accede a la edad adulta con mayor propensión a tener sobrepeso y a desarrollar enfermedades crónicas.¹

En los momentos actuales de cada 3 niños, uno no recibe la nutrición que requiere para desarrollarse satisfactoriamente. Cuatro niños de cada diez menores de 60 meses sufren desnutrición crónica en el mundo. Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela, así como empeoramiento en los resultados educativos, que se traduce en niños que serán menos productivos, cuando sean adultos. Los estudios estiman una pérdida media del 22% en los ingresos anuales durante la etapa adulta.

Más allá de los promedios regionales y nacionales, existen diferencias importantes según el nivel de riqueza y el área de residencia, en relación a la prevalencia e incidencia de desnutrición. A nivel mundial un tercio de los niños menores de 5 años en zonas rurales, sufre desnutrición crónica, en comparación con una cuarta parte de los que viven en zonas urbanas. Del mismo modo, los menores de 5 años que viven en las comunidades más pobres tienen el doble de probabilidades de sufrir desnutrición crónica, que los que viven en las comunidades con mayores ingresos económicos.²

Los padres, así como, las personas que están a cargo del cuidado de los niños, de manera presencial o a través de centros infantiles, deben ser responsables de su alimentación, de

ahí la necesidad de tener bases teóricas y herramientas prácticas, que ayuden a reforzar el papel que cumplen como educadores, promotores, proveedores de la salud y buena nutrición en los niños.

La conducta alimentaria de cada niño se deriva de sus propias características físicas, sociales y psicológicas. En la etapa preescolar y escolar es donde se forman los hábitos y actitudes, que predominan a lo largo de la vida; por lo tanto, es importante motivar una orientación nutricional adecuada, hábitos de higiene adecuados sean estos impartidos desde el hogar o desde las personas encargadas de su cuidado directo.³

En nuestro país, generalmente es la madre, o en su ausencia los familiares y guarderías los encargados del cuidado de los niños. Son ellos quienes deben tener conocimientos básicos sobre alimentación equilibrada, consecuencias de la malnutrición, actitudes correctas frente a situaciones particulares que se presentan a la hora de comer, normas mínimas de higiene en la preparación de alimentos, combinaciones alimentarias con mayor valor nutricional, entre otros, que les permita contar con elementos necesarios para desempeñar de mejor manera esta importante tarea.

Los cuidadores a menudo no entienden lo devastador de la malnutrición y la relación que existe entre la nutrición y el desarrollo de los niños, así también, desconocen los beneficios de una buena alimentación y la incorporación de vitaminas y suplementos en la dieta.³

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

Tema de investigación

“Influencia de los conocimientos y prácticas alimentarias de los cuidadores en el estado nutricional de los niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil, Distrito 05D06, Salcedo-Ecuador”.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contextualización del problema.

La capacidad de millones de niños se ve deteriorada por que al menos 1 de cada 3 niños menores de 60 meses tiene sobrepeso o desnutrición y de cada dos niños uno padece hambre oculta. Es decir, la falta de nutrientes esenciales y la falta de vitaminas. ⁴

Los niños son afectados considerablemente por la malnutrición. Alrededor de 200 millones de menores de 60 meses sufren de retraso del crecimiento y emaciación. Mientras que, de hambre oculta, están afectados alrededor de 340 millones. La proporción de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años con sobrepeso, aumentó considerablemente en los últimos años en una escala del 10 al 20%. ⁵

La nutrición está integrada por un sistema complejo, que incluye al medio ambiente, el mismo que influye en la selección de alimentos, frecuencia de consumo, tipo de gastronomía, tamaño de las raciones, horarios.

La atención de las necesidades de cuidado y nutrición de los niños, debe considerar fuertemente a quienes brindan salud, a los educadores y los cuidadores, ya que con su participación se puede instruir a los padres para suplir la necesidad de conocimientos. Es de mucho interés que los padres y los cuidadores tengan conocimientos de buenos hábitos alimenticios o de una correcta alimentación y desde este fundamento, establecer estrategias para construir la información pertinente y contribuir a la reducción de la malnutrición en el Ecuador. ⁶

La zona central del país tiene un alto índice de desnutrición en la población indígena, quienes cuentan con servicios básicos fundamentales ineficientes e inexistentes, tienen inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud; además la pobre alimentación de las familias y el pertenecer a este grupo cultural, constituyen factores de riesgo para desarrollar desnutrición infantil. ⁷

El momento más importante para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño, ocurre durante los mil primeros días, este periodo comprende desde el embarazo hasta los dos primeros años de edad. La posibilidad de recuperar el crecimiento más adelante es mínima, el daño causado es en gran parte irreversible. ⁸

1.2.2 Análisis crítico.

En Ecuador, 1 de cada 4 niños y niñas menores de 5 años sufre desnutrición crónica. La situación es más grave para la niñez indígena: 1 de cada 2 niños la padece y 4 de cada 10 presentan anemia. ⁹

La desnutrición condiciona el pleno desarrollo de un niño y deja huellas para toda la vida. Los niños que la padecen tienen más probabilidades de convertirse en adultos de baja estatura, obtener menos logros educativos y menores ingresos económicos durante su edad adulta. Esto tiene un impacto, no solo a nivel individual, sino que afecta el desarrollo social y económico de las comunidades y los países. ¹⁰

Los niños con desnutrición crónica durante los primeros dos años de vida y que aumentan de peso rápidamente en la niñez corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas en el futuro como hipertensión arterial, diabetes y enfermedades cardiovasculares. ¹¹

1.2.3 Prognosis

Si la investigación no se realizara, se perdería la oportunidad de identificar el nivel de conocimiento de los cuidadores, sus actitudes, aptitudes, para estar al cuidado de los niños de los Centros de Desarrollo Infantil pertenecientes al Centro de Salud tipo B Salcedo, todo esto en virtud de que la Provincia de Cotopaxi es una de las provincias con el mayor índice de desnutrición aguda y crónica en el Ecuador, si esta problemática se desconoce, no será posible realizar acciones preventivas, para frenar su incremento exponencial, El

mal cuidado y mala alimentación de los niños desencadenan acontecimientos clínicos iniciales en la infancia, de no ser controlados en el presente en el futuro demandarán mayor gasto económico a la persona, la familia, sociedad y el Estado, este último por ser el responsable de las políticas públicas de acceso a la alimentación y servicios básicos.

1.2.4 Formulación del Problema

¿Qué nivel de conocimiento tienen los cuidadores sobre el cuidado y la alimentación y cuál es la relación con el estado nutricional de los niños en los Centros de Desarrollo Infantil pertenecientes al Centro de Salud tipo B, Salcedo-Ecuador?

1.2.5 Interrogantes

¿Cuál es la motivación de los cuidadores para trabajar con niños?

¿Qué factores influyen en los cuidadores sobre el conocimiento en relación al cuidado y la alimentación de los niños?

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre alimentación de los cuidadores y el estado nutricional de los niños?

¿Cómo actuar en respuesta a los resultados en torno al cuidado y alimentación de los niños?

1.2.6 Delimitación del problema de investigación

Campo: Pediatría

Área: Prevención y Promoción de la salud

Aspecto: Conocimientos sobre el cuidado y alimentación de los niños.

Delimitación geográfica: La investigación se realizó en los Centros de Desarrollo Infantil, Distrito 05D06. Salcedo-Ecuador.

Delimitación temporal: La investigación se realizó entre septiembre del 2019 y julio del 2020

Línea de Investigación: Salud de los niños.

Delimitación Individual: Niños.

1.3 Justificación

El análisis de la situación integral de salud (ASIS) del Cantón Salcedo, Parroquia San Miguel en el año 2020, permitió observar una ligera tendencia menor de casos de desnutrición en los Centros de Desarrollo Infantil, esto en relación a las parroquias aledañas del cantón. ¹²

A nivel nacional existen 1 millón 600 mil niños menores de 60 meses y de estos uno de cada cuatro está afectado con desnutrición crónica. La estadística sube a dos por cada cuatro, principalmente, en las zonas indígenas de la sierra central. En poblaciones rurales de la sierra central del país la desnutrición alcanza el 60% por la falta de acceso al agua potable, carencia de alimentos nutritivos, falta de educación y salud. ¹³

Es fundamental inculcar en los ciudadanos la importancia de la alimentación durante los primeros 1.000 días de vida, por que juega un papel primordial en el desarrollo del niño no solo para el crecimiento, sino también para alcanzar un desarrollo intelectual e inmune óptimo. Es sabido que los padres muchas veces confunden la buena nutrición con la gordura, un niño gordo no siempre es un niño bien nutrido, los padres y cuidadores deben alimentar a los niños con productos ricos en proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y evitar el consumo de colorantes, preservantes, enlatados, dulces, azúcares. ¹⁴

Existe la factibilidad de realizar el estudio en los Centros de Desarrollo Infantil en el Cantón Salcedo, Parroquia San Miguel, teniendo en consideración que es un grupo representativo de niños que asisten a estas unidades, además se contó con la autorización de la Dirección Distrital del Ministerio de Inclusión Económica y Social Latacunga, de las administradoras de los CDIs y los padres de los niños, que mediante la firma del consentimiento informado aceptaron participar del estudio. Se beneficiarán de la investigación los niños, niñas, cuidadoras, la familia, las instituciones y la sociedad, porque el estudio arrojará resultados relevantes, que servirán para la toma de nuevas decisiones en torno a la política pública. ¹⁵

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Relacionar los conocimientos y prácticas alimentarias de los cuidadores en los Centros de Desarrollo Infantil con el estado nutricional de los niños.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Definir el estado nutricional de los niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre alimentación de los cuidadores en los Centros de Desarrollo Infantil.
- Determinar el tipo de alimentos que se brindan en los Centros de Desarrollo Infantil.
- Analizar las prácticas de cuidado a los niños en los Centros de Desarrollo Infantil.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

En la actualidad, los conocimientos y prácticas alimentarias de las personas se han convertido en factores determinantes del estado nutricional y de salud de los niños. La relación alimentaria que puede haber entre la madre y el niño, o quien se encarga de su cuidado, se forma a través de todas aquellas situaciones que se producen en torno a la alimentación.¹⁶

Una alimentaria sana, ayuda al desarrollo del niño, e influye en la formación de actitudes positivas en relación a su persona y al mundo que lo rodea; le enseña a descifrar señales alimentarias y a responder de manera apropiada a estas, le inculca a consumir una alimentación correcta y a regular de manera conveniente la cantidad de alimentos que ingiere. Otros aspectos importantes que influyen de modo directo sobre la alimentación de los niños son los factores sociales como: el nivel socioeconómico del hogar, nivel de instrucción de las personas responsables del cuidado del niño, las costumbres y creencias sobre la alimentación.¹⁷

En el planeta habitan aproximadamente 210 millones de niños que sufren desnutrición esto puede provocar a largo plazo deficiencia del desarrollo cognitivo, retraso del crecimiento físico, mal rendimiento escolar, reducción del potencial de productividad en la edad adulta. Así mismo, en el mundo se estima que existen 41 millones de niños con sobrepeso, lo que repercutirá en su salud en la edad adulta. Los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) adoptados en el año 2015 motiva a los países y a todas las partes interesadas a trabajar en conjunto con un único objetivo, que es, erradicar el hambre y prevenir cualquier forma de malnutrición para el año 2030.¹⁸

En América Latina y el Caribe, la obesidad y el sobrepeso aumentan considerablemente mientras que la desnutrición va disminuyendo. En Ecuador, el 24% de niños menores de 5 años sufren retraso en el crecimiento debido a la desnutrición. “La repercusión

económica de la triple carga de la malnutrición ha alcanzado el 4.3% del producto interno bruto del Ecuador, lo cual equivale a 4.300 millones de dólares al año. ¹⁸

2.2 Fundamentación filosófica

La investigación, tiene como finalidad buscar el bienestar de la población infantil, mediante la determinación de la antropometría, el estado nutricional y la relación que tiene esta con el cuidado y la alimentación brindados por los cuidadores en los Centros de Desarrollo Infantil. Es importante relacionar los hallazgos clínicos y los resultados sobre los conocimientos de los cuidadores en relación al cuidado y alimentación de los niños, además el estudio permite construir el conocimiento científico en este grupo poblacional, permite además desarrollar una estrategia educativa dirigida a modificar los conocimientos en torno a la alimentación que deben recibir los niños que acuden al centro infantil y así prevenir la aparición de enfermedades propias de una alimentación inadecuada.

2.2 Fundamentación Legal

La Constitución Política de la República del Ecuador, en su articulado establece garantiza el bienestar y el buen vivir de niñas, niños y adolescentes, desde una concepción integral de salud, generando condiciones saludables, mediante políticas, programas y proyectos sociales, económicos, educativos, culturales y ambientales. El país cuenta con un amplio marco legal y normativo, relacionado con garantizar el derecho a la salud de los niños y de su población en general según las etapas del ciclo vital.

Constitución Política de la República del Ecuador 2008.

Título 1

De los principales derechos

Art. 1.- El Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico.

Constitución Política de la República del Ecuador 2008.

Título 2

De los habitantes

Art. 17.- El Estado garantizará a todos sus habitantes, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio y el goce de los derechos humanos establecidos en esta Constitución y en las declaraciones, pactos, convenios y más instrumentos internacionales vigentes. Adoptará, mediante planes y programas permanentes y periódicos, medidas para el efectivo goce de estos derechos.

Constitución Política de la República del Ecuador 2008.

Sección tercera

De la familia

Art. 37.- El Estado reconocerá y protegerá a la familia como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Esta se constituirá por vínculos jurídicos o de hecho y se basará en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes.

Constitución Política de la República del Ecuador 2008.

Sección cuarta

De la salud

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la

posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Ley Orgánica de Salud

Capítulo II

De la alimentación y nutrición.

Art. 16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios.

Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

Ley Orgánica de Consumo

Nutrición y Salud Alimentaria

Art. 27.- Con el fin de disminuir y erradicar la desnutrición y la malnutrición, el Estado incentivará el consumo de alimentos nutritivos preferentemente de origen agroecológico y orgánico, mediante el apoyo a su comercialización, la realización de programas de promoción y educación nutricional para el consumo sano, la identificación y el etiquetado de los contenidos nutricionales de los alimentos y la coordinación de las políticas públicas.

Art. 28.- Se prohíbe la comercialización de productos de bajo valor nutricional en los establecimientos educativos, así como la distribución y uso de éstos en programas de alimentación dirigidos a Grupos de atención prioritaria. El Estado incorporará en los

estudios de educación básica contenidos relacionados con la calidad nutricional, para fomentar el consumo equilibrado de alimentos sanos y nutritivos. Las leyes que regulan el régimen de salud, la educación, la defensa del consumidor y el sistema de la calidad, establecerán los mecanismos necesarios para promover, determinar y certificar la calidad y el contenido nutricional de los alimentos, así como también para restringir la promoción de alimentos de baja calidad, a través de los medios de comunicación.

3. Conceptualización

3.1 Capacidades de cuidado dependiente

Aquí están inmersas las capacidades que el cuidador ha desarrollado de forma progresiva para poder cumplir con el cuidado de los niños en edad preescolar. Además, el cuidador debe tener la destreza para obtener el conocimiento sobre alimentación y el desarrollo normal de los niños en edad preescolar; de la misma forma, deberá cultivar la habilidad de tomar decisiones acerca del tipo, cantidad de alimento y su preparación de manera que beneficie a la salud, crecimiento y desarrollo de los niños. ¹⁹

Las acciones de cuidado dependiente son conductas o comportamientos que el cuidador ejecuta con el propósito de satisfacer los requerimientos de los niños; esto es, mantener un aporte adecuado y suficiente de alimentos. Dichas acciones están influenciadas por la cultura; hábitos, creencias y prácticas todas estas que caracterizan el grupo al que pertenece el individuo. La cultura, son representaciones propias de un grupo de personas de la misma nacionalidad y de un mismo lugar. Estas formas de vida se transmiten de generación en generación a través de la familia, la escuela, la iglesia y demás agrupaciones comunitarias. ²⁰

Las formas de pensar, de sentir y de actuar, la lengua que hablamos, nuestras creencias, la comida y el arte, son algunas expresiones de cultura. Las cuidadoras crecen y se desarrollan en una cultura de patrones de comportamiento que ellas incorporan inesperadamente para adaptarse a su grupo social. Por tanto, cuidará y alimentará a los niños tal como aprendió cuando era niña y de acuerdo a como fue aprendiendo de sus

padres y familiares por generaciones. Ciertas creencias limitan el uso de alimentos considerados prohibidos.²¹

Este conjunto de saberes y experiencias se transmite de generación en generación por diferentes medios. Los niños aprenden de los adultos y los adultos de los ancianos. Aprenden de lo que oyen y de lo que leen; aprenden también de lo que ven y experimentan por si mismos en la convivencia cotidiana. Mediante la transmisión de sus costumbres y tradiciones, un grupo social intenta asegurar que las nuevas generaciones den continuidad a los conocimientos, valores e intereses que los distinguen como grupo y los hace diferentes a otros.²²

3.2 Requerimientos nutricionales del niño de 1 a 3 años.

Las necesidades energéticas se sitúan en torno a las 100 kcal/kg/día aproximadamente. En el desayuno: 25% se incluye aquí el refrigerio de media mañana. El desayuno es una comida muy importante, debe contener un lácteo, un cereal y una fruta. El almuerzo: 30%. Se irá poco a poco acostumbrando a la comida familiar: puré de verduras o verduras con legumbres, pasta, arroces, guisos, carne o pescados triturados o en trozos pequeños, tortillas. Para el postre utilizar: fruta, leche o yogurt. Merienda; 15%. Frutas, jamón o queso en trozos, yogurt, bocadillos. Cena: 25%. Dar preferencia a las verduras, cereales y frutas. Leche con o sin cereales.²³

Cualquiera de los cuidadores debe planificar las comidas que realicen en casa para que sean complementarias con las del centro escolar. Los productos alimentarios propios de la sierra centro deben ser incluidos en la alimentación de los niños por su aporte nutricional, entre estos alimentos tenemos a la Quinoa: considerada un superalimento, por su alto valor proteico, además de fibra, magnesio, fosforo, manganeso y vitamina B9.²⁴

La papa es uno de los alimentos más importantes, rico en carbohidratos, el contenido de proteína es más alto en relación a otros tubérculos y es similar al de los cereales, Además, la papa tiene poca grasa tiene abundantes micronutrientes, vitamina C, vitaminas B1, B3 y B6, y otros minerales como potasio, fósforo y magnesio, hierro, así como folato, ácido pantoténico y riboflavina. También contiene antioxidantes alimentarios, fibra.²⁵

La Oca es un alimento muy parecido a la papa, pero con un 50% menos de proteína y un 20% menos de calorías, sin embargo, la cantidad de fibra y carbohidratos son iguales, además es mucho más rica en vitamina C, Vitamina K, vitamina A y hierro. El camote es otro de los alimentos consumidos en los hogares ecuatorianos, tubérculo con un alto valor nutricional fuente de vitamina A, vitamina B6, potasio, rico en betacarotenos que modulan el sistema inmunológico, reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. ²⁶

La zanahoria blanca, es una raíz utilizada como hortaliza fuente de vitamina C, Vitamina E, vitamina K, hierro y calcio, además proteínas, carbohidratos. Habas, es otro de los alimentos ampliamente distribuidos en la zona centro del país, es fuente importante de fibra, proteínas y carbohidratos, hierro, además disminuye el colesterol y previene enfermedades cardiovasculares. El melloco, es el tubérculo más consumido después de la papa, rico en proteínas, almidón, carbohidratos, fibra y vitamina C. El choclo es un cereal consumido desde tiempos precolombinos, fuente importante de carbohidratos, vitamina A, Vitamina B, Vitamina E, magnesio, fosforo, Zinc. ²⁷

El amaranto es un pseudocereal ancestral de alto contenido nutricional, no contiene gluten, con un alto contenido proteico y de hierro, contiene 8 de los 9 aminoácidos esenciales, además contiene el doble de calcio que la leche, fuente de vitamina A, vitaminas B1,B2,B3, vitamina C, vitamina D, Vitamina K, ácido fólico, magnesio, fibra. La soya es una leguminosa de alto contenido proteico y aminoácidos esenciales, omega 3,6,9, vitamina E y fibra.

Entre los animales menores que con mayor frecuencia se crían en los pueblos de la zona centro de la región Andina, sobresalen el cuy y el conejo. El cuy es un mamífero roedor, se caracteriza porque su carne es baja en grasa, posee un 20% más de proteína que las otras carnes, además posee omega 3, vitamina A, vitamina B1,B2,B6,B12, Vitamina C, Vitamina D, vitamina E, magnesio, potasio y ácido araquidónico. Por otra parte el conejo que también es un mamífero, su carne contiene proteínas de alto valor biológico e igual que el cuy tiene poca grasa en relación a las otras carnes, además contiene fosforo, calcio, potasio, vitamina B3,B6,B12, hierro, zinc, magnesio. ²⁸

Cereales 4 a 6 raciones al día

Por su alto contenido en almidón, proporcionan a la dieta energía en forma de hidratos de carbono, contienen pocas proteínas y aportan también minerales y vitaminas, en particular

tiamina y ácidos grasos esenciales. Se recomienda que la mitad de los que se consuman sean integrales.

Frutas 3 raciones al día

El aporte de frutas tiene su fundamento en la administración de vitaminas y fibras vegetales.

Los zumos envasados no son recomendables. Es mejor un zumo natural recién exprimido. No se deben administrar con el biberón.

Carnes 3 a 4 raciones por semana

Aportan fundamentalmente proteínas, sales minerales, fósforo y potasio, y constituyen una fuente importante de vitaminas del grupo B. Se recomiendan carnes con poca grasa y evitar la utilización de vísceras.

Pescado 3 a 4 raciones a la semana

El aporte de proteínas es similar al de la carne, pero sus grasas son más saludables; contienen minerales, cloro, sodio, potasio y sobre todo fósforo.

Huevo 4 raciones a la semana

Contiene todos los aminoácidos esenciales, es un excelente alimento proteico. Nunca se debe dar crudo para evitar la presencia de agentes infecciosos.

Leche 2 a 4 raciones al día

Se recomienda un aporte de 500-600 ml diarios de leche o cantidad equivalente de sus derivados. El consumo de leche desnatada no está justificado, salvo indicación médica expresa.

Grasas 6 raciones al día

Se recomienda el uso de aceite de oliva tipo virgen para aliños y oliva normal para guisos y fritos. En su defecto utilizar aceite de maíz o girasol. Se debe evitar la grasa animal y la procedente de palma y coco, así como las margarinas y productos con grasas vegetales hidrogenadas.

Fibra alimentaria.

Los requerimientos mínimos se alcanzan si se consumen las cantidades diarias recomendadas de fruta, verdura, legumbres y cereales integrales.

Agua.

La necesidad de agua en este periodo de vida es de 1,3 litros al día o, lo que es lo mismo, 1 ml por cada caloría ingerida. Esta recomendación aumenta en presencia de fiebre, diarreas, vómitos, temperaturas elevadas y clima seco. Se aconseja que la ingesta de líquidos se realice principalmente en forma de agua. ²⁹

Macronutrientes y Micronutrientes

Los micronutrientes, vitaminas y minerales son componentes esenciales de una dieta de alta calidad y tienen un profundo impacto sobre la salud. Aunque sólo se necesitan cantidades mínimas, los micronutrientes son los elementos fundamentales para que el cerebro, los huesos y el cuerpo se mantengan sanos. ²⁹

Las carencias de micronutrientes son generalizadas en las dietas de los niños. Consumir una amplia gama de alimentos ricos en nutrientes es esencial, además la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad es la manera ideal para que los niños pequeños obtengan los micronutrientes esenciales en sus dietas.

El hambre oculta, está representada por las carencias de micronutrientes, esta se desarrolla gradualmente con el tiempo. Aunque puede parecer que el niño se vaya a dormir con el estómago lleno todas las noches, la carencia de micronutrientes hace que su cuerpo este todavía hambriento de una buena nutrición. ³⁰

Macronutrientes

El organismo necesita una mayor cantidad de macronutrientes que de micronutrientes para funcionar correctamente. En esta categoría se encuentran el agua, los carbohidratos, las grasas y las proteínas. Los macronutrientes son proveedores de energía, excepto el agua. La energía se mide en calorías y es esencial para el crecimiento, reparación y desarrollo de nuevos tejidos, conducción de impulsos nerviosos y regulación de procesos corporales. Los carbohidratos son la principal fuente de energía y constituyen la mayor reserva de energética del cuerpo. Se encuentran en tres formas: azúcares, almidón y fibra. ³¹

Las grasas suministran más del doble de las calorías necesarias, aproximadamente 9 por gramo en relación a las calorías de los carbohidratos y proteína. La grasa en exceso se

almacena en el tejido adiposo y se consume cuando el cuerpo se ha quedado sin la energía de los carbohidratos.³¹

Las proteínas proveen de aminoácidos y constituyen la mayor parte de la estructura celular. Son los últimos macronutrientes en ser utilizados. En los casos de extrema inanición, el cuerpo utiliza los músculos, compuestos de proteínas, para generar energía; esto se conoce como emaciación. Al igual que los carbohidratos, las proteínas también proporcionan 4 calorías por gramo.³²

El agua representa la mayor parte del peso corporal y es el principal componente de los fluidos corporales. Se requiere del agua más que de cualquier otro nutriente. El organismo repone el agua a través de los alimentos consumimos y los líquidos que bebemos cada día.³²

Micronutrientes

Los micronutrientes lo constituyen las vitaminas y minerales. El organismo los requiere en cantidades muy pequeñas. Su función principal es la de facilitar muchas reacciones químicas. Los micronutrientes no le proporcionan energía al cuerpo. Las vitaminas son fundamentales para el metabolismo corporal, en este caso para el crecimiento y desarrollo y para la regulación de la función celular.³³

Existen dos tipos de vitaminas, las liposolubles y las hidrosolubles. Las vitaminas liposolubles incluyen las vitaminas A, D, E y K. Los alimentos ricos en estas vitaminas son: los vegetales de hoja verde, la leche y los productos lácteos y los aceites vegetales. Las vitaminas solubles en agua incluyen la vitamina B y C: las verduras de hoja verde son ricas en vitamina B, mientras que la vitamina C se encuentra en abundancia en las frutas cítricas.³³

Los minerales se clasifican en macrominerales y microminerales o minerales traza. Están en forma ionizada en el cuerpo. Los macrominerales son: el calcio, potasio, hierro, sodio y magnesio. El organismo necesita mayor cantidad de macrominerales que de microminerales. Entre los microminerales se encuentran el cobre, zinc, cobalto, cromo y fluoruro. Estos, en su mayoría son cofactores necesarios para la función de las enzimas en el cuerpo. Aproximadamente el 4% de la masa del cuerpo se compone de minerales.³⁴

Valoración del estado nutricional

Generalmente el estado nutricional se refleja en el crecimiento. El crecimiento físico de un niño y el desarrollo son determinados por una serie de factores genéticos y ambientales como el alimento, vestido, vivienda y recreación. La alimentación es quizá el factor más importante que influye en el crecimiento. Las necesidades nutricionales del individuo dependen de sus características genéticas y metabólicas.³⁵

Para conocer el estado nutricional de un niño existen diversas formas y técnicas; Debe recabarse datos socio-familiares, antecedentes patológicos y antropometría de padres y hermanos, así como datos de la gestación, medidas al nacimiento, evolución del crecimiento con la edad, antecedentes patológicos y anamnesis por aparatos. Incluye la evolución de la alimentación a lo largo de la vida, de la conducta alimentaria, del apetito y de los hábitos de vida, incluyendo el ejercicio físico. El estudio dietético permite una aproximación a la ingesta real actual del paciente, en macro y micronutrientes, y detectar desviaciones sobre lo recomendado.

La exploración física tiene que ser completa, a la búsqueda de signos sugerentes de enfermedad, como causa del trastorno nutricional, o bien secundarios a la malnutrición por exceso o por defecto, especialmente en piel, pelo, uñas, mucosas, dentición, panículo adiposo, tiroides, entre otros.^{13,36}

Antropometría

La antropometría se basa en el estudio de un reducido número de medidas corporales. Los procedimientos son simples, seguros y no invasivos, son precisos y exactos si se utilizan protocolos estandarizados, y el equipo necesario. De un lado, tenemos el peso, la talla y los índices basados en las relaciones entre ellos, que permiten la comparación con poblaciones de referencia y poder realizar una valoración evolutiva, mediante el seguimiento de los cambios producidos a lo largo del tiempo. Sin embargo, no aportan información sobre la composición corporal del individuo.³⁷

Peso. Se valora con el paciente en ropa interior en básculas clínicas (precisión de 50-100 g) previamente equilibradas, es aconsejable realizar la medida siempre a la misma hora, preferentemente por la mañana en ayunas, para evitar las oscilaciones fisiológicas.

Talla. Se evalúa con un tallímetro vertical a partir de los dos años, se mide de pie, descalzo, con los talones, la columna y el occipucio apoyados sobre un plano duro y los brazos extendidos a lo largo del tronco.

Índices pondoestaturales. Relacionan el peso con la talla y permiten una catalogación más real del estado nutricional que un simple valor aislado de peso y talla, que solo tendría valor en una evaluación longitudinal del crecimiento. Desde los dos años se utiliza el índice de masa corporal (IMC).

Relación peso/talla. Mediante percentiles o calculando puntuaciones Z, relaciona ambos parámetros independientemente de la edad y es útil para detectar la malnutrición aguda, pero es el más elemental de todos.³⁷

Con un crecimiento somático uniforme también se produce el desarrollo síquico y funcional, especialmente del sistema nervioso, que comprende la coordinación de movimientos periféricos, el desarrollo del lenguaje, aumento ascendente de la esfera cognoscitiva y estabilidad emocional; esto se debe a que los procesos de crecimiento y desarrollo se interrelacionan entre sí.³⁸

Se puede definir al desarrollo como un proceso expansivo. A medida que el niño madura va conformando nuevas conductas que generan nuevos comportamientos a través de la interrelación personal y con el medio y en concordancia con sus posibilidades de realización. También se considera al desarrollo como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales del niño. Esto se traduce en un aumento de autonomía, la que progresivamente hace al niño más independiente, a la vez que incrementa la capacidad de comunicación con su familia y la sociedad.³⁸

Malnutrición

La malnutrición se refiere a la carencia, exceso o desequilibrio en la ingesta de carbohidratos, proteínas, grasas y nutrientes, esta toma en cuenta a la sobrealimentación y la desnutrición. La malnutrición por exceso, rápidamente se establecerá en una carga mayoritaria para América Latina y el Caribe, la proyección realizada hasta el año 2078 habla de un gasto anual de 3000 millones de dólares aproximadamente. La triple carga de la malnutrición, se refiere a la desnutrición, el sobrepeso-obesidad y el hambre oculta por otro, esto afectará a las poblaciones arraigadas en la pobreza y cada vez más a las poblaciones vulnerables. Amenaza con fuerza la supervivencia, el crecimiento, desarrollo de los niños, jóvenes y las economías de los países. ^{17,39}

El hambre oculta, en niños, adolescentes y mujeres es perjudicial ya que recae sobre ellos de forma directa, principalmente en los estratos más pobres y marginados, perpetuando de esta forma el ciclo de la pobreza a través de las generaciones. La pobre calidad en la alimentación de los niños es la principal causa de la triple carga de la malnutrición, de cada 3 niños 2 no reciben una alimentación mínimamente diversificada y conjugada. En la primera infancia, las prácticas de alimentación deficiente provocan malnutrición, de los niños de entre 6 y 23 meses de edad, el 44% no consume frutas ni verduras y el 59% no consume carnes, pescado, leche y huevos. Solo 1 de cada 5 niños procedentes de zonas rurales y de hogares pobres reciben una alimentación mínimamente recomendada para su desarrollo óptimo. ³⁹

Alimentos altamente procesados son consumidos por los niños en las escuelas, el 46% consumen comida rápida por lo menos una vez a la semana y el 42% bebe refrescos por lo menos una vez al día. Los niños pobres viven en desiertos alimentarios o en pantanos alimentarios en las ciudades, donde abundan productos procesados con un alto contenido calórico y bajo en nutrientes. La selección de alimentos de baja calidad y que cuestan menos son comunes en las familias pobres y excluidas, los niños de estas familias son los que corren con un mayor riesgo de sufrir todas las formas de malnutrición. ⁴⁰

La pérdida de la biodiversidad, las afectaciones climáticas, los daños al agua, el suelo y el aire, deterioran las perspectivas nutricionales de las familias pobres. Millones de niños

consumen en exceso los alimentos que no necesitan, mientras otros millones de niños no consumen los alimentos suficientes y necesarios. El principal factor de riesgo de la carga mundial de morbilidad, es la mala alimentación. Para combatir el hambre oculta se requiere fortificar y suplementar los alimentos básicos y complementarios, en función de los costos.^{18, 40}

En los últimos años, uno de los factores más importantes tanto en el desarrollo fetal como en el potencial reproductor de la mujer es el estado nutricional, por lo tanto, es importante determinar cómo influye el estado nutricional en el periodo pre-concepcional, la concepción y desarrollo del nuevo ser.

Una dieta adecuada y hábitos alimenticios saludables deben estar incluidos en los programas de atención actual, para garantizar resultados adecuados en el embarazo. Los procesos de desarrollo temprano del embarazo, se traducen como una adecuada sucesión de eventos en el resultado del mismo, por tanto, trastornos como el bajo peso al nacer, defectos del tubo neural, diabetes gestacional, parto pre término, abortos espontáneos, son analizados, pues al parecer los nutrientes juegan un papel esencial.^{19,41}

Las pruebas demuestran y respaldan una intervención pre-concepcional dietético – nutricional, esta intervención debe continuar después, durante el embarazo, posparto y la lactancia. “La nutrición fetal depende en gran parte del estado de nutrición materna desde la etapa pre-concepcional, de ahí la importancia de una adecuada nutrición en mujeres en edad fértil”.²⁰

El periodo crítico para el desarrollo cognitivo, del lenguaje y de las destrezas sociales y emocionales de los seres vivos, se presenta durante la etapa prenatal y los primeros tres años de vida, lo que sucede con los niños en esta fase es determinante para el bienestar futuro. El 40% de las destrezas mentales del adulto se desarrollan en los tres primeros años de vida, los mayores cambios en el cerebro se producen durante los 2 primeros años de vida, las sinapsis neuronales aumentan exponencialmente y el tamaño del cerebro también, por tanto, la actividad cerebral aumenta.^{21,42}

El aumento del tamaño del cerebro está determinado en gran medida por una buena nutrición, salud, protección y cuidado, el desarrollo infantil va más allá de una nutrición

adecuada; la estimulación, la autonomía, el juego, son importantes para el desarrollo cognitivo y la generación de ideas. El vínculo del niño con sus padres, la forma de crianza y la atención puede influir en el funcionamiento cerebral durante toda la vida, no todos los cuidadores son conscientes del grado de importancia que tienen los primeros años de vida para desarrollo futuro. ⁴²

Desnutrición

Desnutrición Aguda. Bajo de peso para la altura (P/T). Es un indicador de crecimiento actual. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. Delgadez extrema o emaciación.

Desnutrición Crónica. Baja talla para la edad (T/E). Es un indicador del crecimiento lineal. Relacionado con la pobreza y con un bajo nivel de aprendizaje y menor desempeño económico en la vida adulta.

Desnutrición Global. Bajo peso para la edad. Es un indicador del crecimiento de la masa corporal. Es un índice compuesto de los dos anteriores ($P/T \times T/E = P/E$) adecuado para seguir la evolución nutricional de niños y niñas. Este es el indicador usado para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. Insuficiencia ponderal. ^{23,42}

De forma prolongada y permanente existe una insuficiente ingesta de alimentos, mismos que no satisfacen las necesidades energéticas del individuo ya sea por déficit en la absorción o por un uso deficiente de los nutrientes. La desnutrición es el resultado de un acceso incorrecto a una canasta adecuada y suficiente de alimentos y a su aprovechamiento biológico. La desnutrición en los niños produce una afectación a nivel bioquímico, retrasa la talla y el peso, la anemia y la deficiencia de zinc reduce la actividad enzimática en el cuerpo que resulta en cambios cerebrales importantes, así como alteraciones en el crecimiento, desarrollo, aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad de los niños, la deficiencia de zinc, también tiene relación con el retraso en la maduración sexual y afecta también el apetito. ^{24,42}

Cuatro niños de cada diez menores de 60 meses sufren desnutrición crónica en el mundo, por lo tanto, un anormal desarrollo del cerebro se asocia con baja estatura para la edad, menor rendimiento escolar, pobre asistencia a la escuela lo que confirma la relación. La desnutrición crónica tiene relación directa con el lugar de residencia, tres cuartas partes de los niños menores de 5 años que viven en zonas rurales tienen desnutrición, de la misma manera los niños que viven en comunidades pobres tienen el doble de probabilidad de ser desnutridos. En promedio, la región con menor porcentaje de niños menores de 5 años afectados con desnutrición crónica es América Latina y el Caribe 12 %. La tasa más alta de desnutrición crónica en América Latina se encuentra en Guatemala y se constituye en el quinto país del mundo con una prevalencia alta de desnutrición crónica. En los últimos 20 años, la prevalencia global de desnutrición crónica ha disminuido en 37%, actualmente su estimación es de 16%.^{25,43}

Los adultos producto de desnutrición en la infancia se relacionan con menores ingresos, sobrepeso y propensión a desarrollar enfermedades crónicas. Si en el adulto la nutrición tiene por objeto el mantenimiento de las funciones vitales y la producción de energía en su sentido más amplio, en el niño adquiere una dimensión mayor, al ser el factor determinante del crecimiento e influir de forma importante en el desarrollo. Por tanto, si se produce un desbalance en uno de sus componentes, traerán serias consecuencias en el niño, que repercutirá en lo intelectual, en su salud y su desarrollo.^{26,44}

Niveles de desnutrición

La emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales. Son los 4 tipos principales de desnutrición.

El bajo peso respecto a la talla se define como emaciación. Indica una pérdida de peso reciente y grave, ya que el niño no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, que ha provocado la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir.

La talla baja respecto a la edad se denomina retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a condiciones

socioeconómicas deficientes, nutrición y salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño.

Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad, sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación.^{28,45}

Los niveles de desnutrición siguen siendo inaceptablemente elevados en algunas regiones. En el caso de que se mantengan las tendencias actuales, no se logrará la meta de reducir el retraso del crecimiento infantil para 2030. La desnutrición aguda sigue amenazando la vida de casi 52 millones de niños.⁴⁶

En cuanto a la mortalidad de niños menores de 5 años, la tasa de América Latina y el Caribe (19 por cada 1.000 nacidos vivos) es igualmente la menor de todas las regiones que aparecen en el informe. Por último, el porcentaje de niños menores de 6 meses que recibe lactancia materna exclusiva en la región es del 37%. Uruguay es el país de América Latina y el Caribe con la tasa más alta: 65%, seguido de Bolivia con un 60%. En el Ecuador existe una suficiente disponibilidad de alimentos y de recursos para combatir la desnutrición. El problema del Ecuador radica en la distribución de los recursos y por ende de los alimentos. El reto consiste entonces, en eliminar las fuentes de privación que afectan a las poblaciones que sufren de desnutrición, mediante políticas públicas activas, integrales y sostenidas, que ataquen sus múltiples causas y que articulen a los niveles nacionales y locales.⁴⁶

En Ecuador la prevalencia de desnutrición crónica en menores 60 meses es del 26% aproximadamente; es decir, 368.542 niños, en el centro del país esta cifra no guarda relación, pues en este lugar, la desnutrición es aún más marcada, las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi, presentan cifras de prevalencia de desnutrición crónica de 52.6%, 47.9% y 42.6%, respectivamente; es decir, en estas provincias, aproximadamente, uno de cada dos niños menor de 60 meses se encuentra desnutrido.^{32,46}

De esta manera, la desnutrición influye en el éxito que estos/as niños/as lleguen a tener en la vida adulta, y se constituye en uno de los elementos de persistencia de la pobreza. Por

consiguiente, la disminución de la desnutrición en la niñez potenciaría el crecimiento económico y la reducción de la pobreza

Sobrepeso y Obesidad

Se presenta cuando las necesidades energéticas se ven superadas ampliamente por la ingesta de alimentos y estos generan sobrepeso y obesidad. La Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad como un problema de salud pública, antes se creía que era una enfermedad de países desarrollados, en la actualidad se sabe que afecta también a los países en vías de desarrollo, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones tempranas pueden ser un factor que se presenta a corto plazo por el exceso de peso. La malnutrición por exceso comparada entre hombres y mujeres determino que los hombres presentaron mayor prevalencia de obesidad en aquellos con edad comprendida entre 5 y 9 años principalmente en instituciones privadas.^{34,47}

El sobrepeso con su forma más grave la obesidad, ha aumentado entre diez y doce veces en todo el mundo. El número de niños y adolescentes obesos de entre 5 y 19 años se ha duplicado desde la década de los 70. Las prácticas alimentarias que reflejan una mayor disponibilidad de calorías baratas, grasas y azúcares se observa en casi todos los países del mundo.

Cuando la obesidad se presenta desde tempranas edades, esta se asocia con mayor predisposición a desarrollar obesidad, discapacidad y muerte cuando se es adulto, además si un niño es obeso esto se asocia con dificultad respiratoria, problemas cardiacos, diabetes. La obesidad infantil se considera como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos, socioeconómicos, conductuales y ambientales que se relacionan con la participación de mediadores fisiológicos de ingesta y gasto de energético. Se ha identificado aproximadamente 600 genes, relacionados con la obesidad, así como marcadores y regiones cromosómicas asociadas. Se ha indicado que la obesidad y el sobrepeso se ubican en el quinto lugar a nivel mundial como causa de muerte. Cada año fallecen alrededor de 2,8 millones de personas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. La obesidad

tiene relación directa con las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial.^{36,47}

La disponibilidad de alimentos no saludables ha ido aumentando progresivamente, cualquier tipo de alimento se puede conseguir en la actualidad gracias al libre comercio y a la importación desde diferentes lugares. La evolución de los hábitos alimentarios y la industrialización de los alimentos han concedido cambios importantes en los hábitos alimentarios que perjudican a los niños.^{37, 47}

Una buena alimentación es posible si la agricultura y los sistemas alimentarios se vuelven sostenibles, de modo que los suministros de alimentos sean estables y todas las personas tengan acceso a una nutrición y una sanidad adecuadas. El inicio de la Agenda 2030 coincidió con la puesta en marcha del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025), un acontecimiento que impulsa estos compromisos, al proporcionar un marco de acción cohesionado y con unos plazos determinados.^{38,48}

En el Ecuador existirá un 58.4% de sobrepeso y un 21,6% de obesidad en mujeres, de la misma forma un 46,4% de sobrepeso y 8,8% obesidad en los hombres. El tiempo de ayuno más extenso es aquel que se presenta entre la cena y el desayuno. Extender el ayuno excluyendo el desayuno puede causar cambios metabólicos que interfieren en el funcionamiento cognitivo y el rendimiento escolar de los niños. El ayuno no permite un aporte de energía y nutrientes necesarios para la síntesis de neurotransmisores, necesarios para el óptimo funcionamiento del sistema nervioso central.^{39,48}

Seguridad Alimentaria

La nutrición es el proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el crecimiento funcionamiento y mantenimiento de la función vital. El concepto de nutrición enmarca la tridimensionalidad que le permite considerar a lo biológico, a lo social, así como el factor económico en el bienestar personal.^{40,42}

“Para que los sistemas alimentarios funcionen mejor para los niños, necesitamos comprender las necesidades nutricionales únicas de los niños en todas las etapas de sus vidas”

Después de registrar un descenso prolongado, las estimaciones más recientes indican que en 2016 el hambre aumentó en el mundo y actualmente afecta a 815 millones de personas. Además, aunque sigue estando muy por debajo de los niveles observados hace una década, el porcentaje estimado de la población mundial que padece hambre también aumentó en 2016. En algunas zonas del mundo, este reciente aumento ha alcanzado un nivel extremo, con la declaración de hambruna en ciertas áreas de Sudán del Sur a comienzos de 2017 y las alertas de alto riesgo de hambruna en otros lugares (noreste de Nigeria, Somalia y Yemen) ^{34,44}

En 2016, la situación de la seguridad alimentaria empeoró gravemente en varias zonas del África subsahariana, Asia sudoriental y Asia occidental. La seguridad alimentaria y nutricional en el caribe colombiano ha mejorado, sin embargo sigue siendo alarmante la malnutrición pues es una de las más altas del País, esta región presenta inseguridad alimentaria por encima del promedio nacional, los departamentos de la región caribe con mayor producción alimentaria tienen los índices más altos de inseguridad alimentaria de igual manera esta zona cuenta con una gran población rural y el nivel de pobreza extrema es más alta que a nivel nacional. ⁴⁸

La desnutrición en el Ecuador a nivel nacional alcanza el 19%, mientras que en las zonas indígenas llega al 44%. Uno de cada cinco niños tiene baja talla para la edad, el 12% presentan bajo peso para la edad y el 16% nacen con bajo peso. Esto no se debe a la falta de alimentos sino a la desigual distribución de los ingresos per capita. ⁴⁹

El deterioro se hizo más evidente en situaciones de conflicto, en particular en zonas donde los efectos de los conflictos sobre la seguridad alimentaria se vieron agravados por sequías o inundaciones relacionadas en parte con el fenómeno de El Niño. No obstante, el empeoramiento de las condiciones de la seguridad alimentaria también se ha observado en entornos más pacíficos, especialmente en lugares donde la desaceleración económica ha aminorado las reservas de divisas y los ingresos fiscales, afectando negativamente a la disponibilidad de alimentos, debido a una menor capacidad de importación y al acceso a la alimentación, por la reducción del espacio fiscal para proteger a las familias pobres del aumento de los precios nacionales de los alimentos. ⁵⁰

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

Se trata de una investigación cualitativa, que propone evaluar, ponderar e interpretar información obtenida a través de varios recursos, con el propósito de indagar en su significado profundo. Se basa en la apreciación e interpretación de las cosas en su contexto natural.

3.2 Modalidad Básica de Investigación

La investigación fue de campo, se realizaron medidas antropométricas a los niños de los Centros de Desarrollo Infantil y se aplicó una entrevista a los cuidadores de los niños.

3.3 Nivel de Investigación

Fue una investigación de campo, observacional, relacional, transversal.

3.4 Población y Muestra.

El universo lo constituyen las 23 cuidadoras de los 4 Centros de Desarrollo Infantil y los 129 niños de entre 1 y 3 años que asisten regularmente a los centros.

Criterios de inclusión

Los cuidadores de los 4 Centros de Desarrollo Infantil que tienen relación directa con el cuidado y alimentación de los niños que acepten participar de la investigación.

Los niños que hayan ingresado a los Centros de Desarrollo Infantil, en el periodo académico septiembre 2019-julio 2020

Niños que acuden regularmente a los Centros de Desarrollo Infantil comprendidos entre las edades de 1 a 3 años, previa autorización de los padres.

Criterios de exclusión

Los cuidadores que no asisten al establecimiento el día designado para la entrevista.

Los cuidadores que no acepten participar de la investigación.

Niños que ingresen a los CDIs en enero del 2020

Aquellos niños a través de sus padres no deseen participar de la investigación o no firmen el consentimiento informado.

Niños que presenten enfermedades de base que afecten el estado nutricional.

3.5 Criterio ético

La investigación, se desarrolló siguiendo los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki, respetando al preescolar, el derecho a la autonomía y a la toma de decisiones informadas. Estos principios se cumplieron al obtener la firma del consentimiento informado, (Anexo 2).

Los procedimientos utilizados para recolección de la información, no causaron ningún daño, el estudio no atentó la integridad física ni psicológica de los niños, se aplicó el principio de justicia, al dar oportunidad de participar en forma igualitaria a todos los niños y cuidadoras. Se guardaron los datos con absoluta privacidad y confidencialidad, los resultados obtenidos se manejaron con discreción, se mantuvo el anonimato de los niños y cuidadoras y solo tuvieron acceso a la información las personas relacionadas con la investigación y los representantes legales de los niños.

3.6 Recolección de la información

Los datos de peso, talla, índice de masa corporal fueron tomados en la matriz de control de niño sano. El peso se tomó en una balanza electrónica marca Health, de 220 kilogramos

de capacidad, previamente calibrada, se colocó al preescolar con la menor cantidad de ropa posible y sin zapatos, en el centro de la balanza, con las puntas de los pies ligeramente separados y los talones casi juntos, procurando que no se mueva, con los brazos pegados al cuerpo, se registraron los datos en kilogramos con un decimal.

Para tomar la talla se utilizó el estadiómetro incorporado en la balanza, se colocó al preescolar de espaldas en la parte posterior de la plataforma, con el cuerpo recto mirando al frente, la cabeza en el plano de Frankfort y con los pies ligeramente separados, el investigador se ubicó al lado derecho para verificar que la cabeza, omóplato, glúteos, pantorrillas y talones se encuentren en contacto con la superficie vertical del tallímetro, se registraron los datos en centímetros con un decimal.

El índice de masa corporal fue determinado en el software incorporado a la balanza electrónica. Para la interpretación del estado nutricional, los datos se llevaron a las curvas de índice de masa corporal (IMC), según edad y sexo, recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, que constan en los formularios del Ministerio de Salud Pública. Se interpretaron los datos según las desviaciones estándar (DE) del score Z, clasificando como delgadez, bajo peso o desnutrición menor -3 DE, riesgo de delgadez menor -1DE a mayor -2DE, peso normal de menor + 1 DE a mayor -1 DE, sobrepeso de mayor +1 DE a menor +2 DE, y obesidad mayor a +2 (DE) según edad y sexo.

Para la recopilación de datos se utilizarán fuentes primarias y secundarias de información. Como fuente primaria se aplicará una entrevista semiestructurada de 15 preguntas que recogerán datos sobre los conocimientos de los cuidadores y de los niños en relación a la alimentación, mientras que a través de la observación y de las mediciones antropométricas se obtendrán información del estado nutricional de los niños (51).

Las fuentes secundarias de información lo constituirán toda la información bibliográfica obtenida y revisada en textos, artículos y documentos que contienen temas relacionados al estudio. Las técnicas empleadas serán: Entrevista sobre conocimientos y prácticas alimentarias, aplicadas a los cuidadores de los niños en el CDIs (52). Entrevista a los niños que acuden al CDIs utilizando estrategias acordes para la edad sobre su alimentación y sus preferencias alimentarias. Contrastar la información proporcionada por los

cuidadores y los niños en los CDIs. Mediciones antropométricas de peso y talla realizadas a los niños para identificar su estado nutricional. Los instrumentos de medición, según las técnicas descritas serán: Guía de entrevista con preguntas abiertas y cerradas, una grabadora de periodista, formulario para registro de datos, formato de consentimiento informado, curvas de crecimiento de peso y talla (53).

3.6.1 Fuentes para la recolección de la información

Para obtener la información se utilizaron fuentes primarias y secundarias, las fuentes primarias fueron los registros de los niños que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil, las entrevistas realizadas a las cuidadoras, fotografías, grabaciones de las entrevistas. Las fuentes de información secundaria lo constituyeron: libros, artículos, monografías, tesis, trabajos presentados en conferencias y seminarios relacionados con el tema de investigación.

3.6.2 Plan de procesamiento de la información

Una vez obtenido los permisos para la realización de la investigación, se procedió a la observación pasiva en los centros de desarrollo infantil a los niños y a las cuidadoras, se tomaron medidas antropométricas a los niños para determinar su estado nutricional. Posteriormente se realizaron las entrevistas mismas que fueron grabadas y transcritas a Word para su análisis e interpretación.

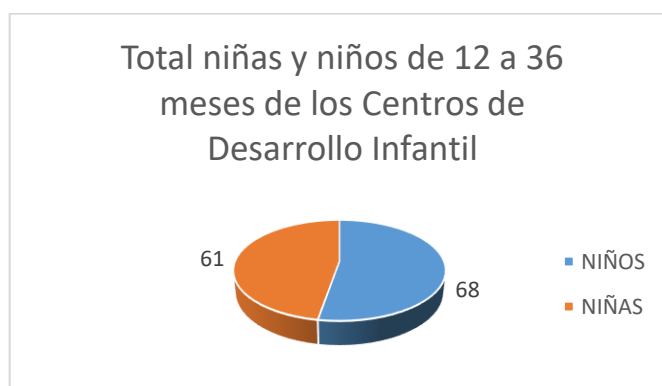
CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1 Resultados.

El número total de participantes en el estudio fue de 129 de los cuales 68 fueron niños y 61 niñas de entre 12 y 36 meses de los Centros de Desarrollo Infantil pertenecientes al Centro de Salud tipo B Salcedo.

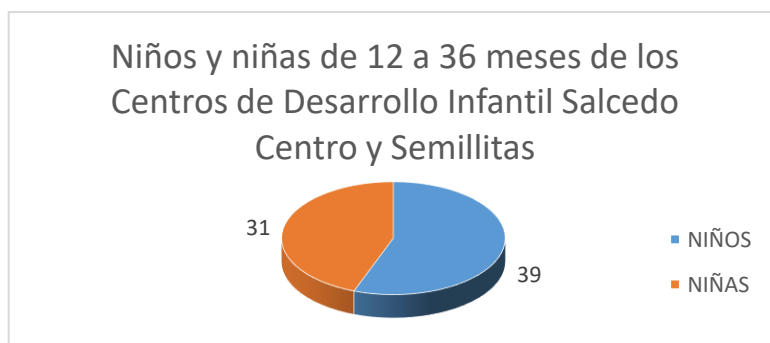
Gráfico N: 1 Total de niños y niñas que participaron en la investigación



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

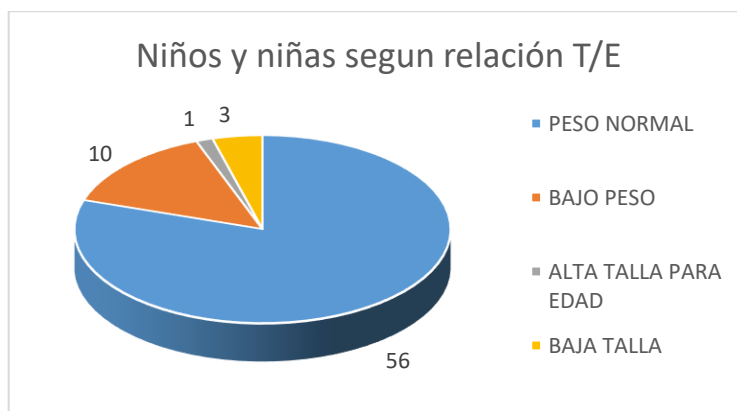
Gráfico N: 2 Total de niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos.



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

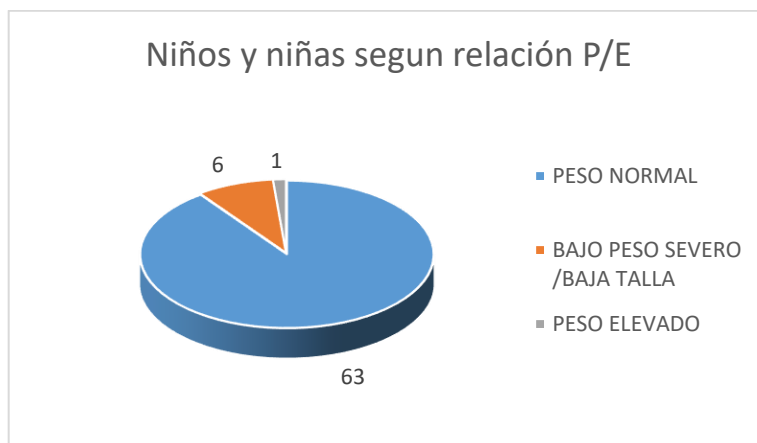
Gráfico N: 3 Niños y niñas según relación talla /edad en los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

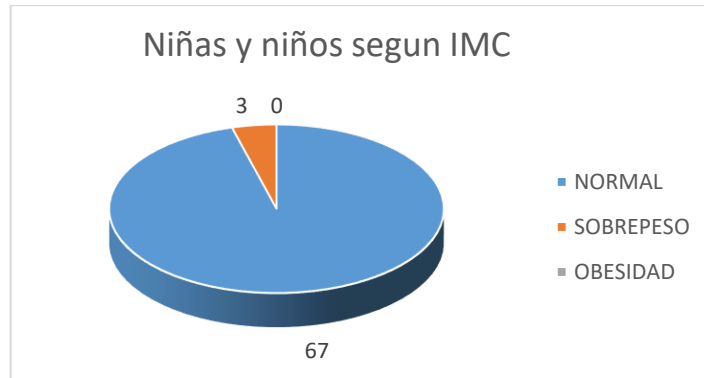
Gráfico N: 4 Niños y niñas según relación peso/edad en los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

Gráfico N: 5 Niños y niñas según índice de masa corporal en los Centro de Desarrollo Infantil Urbanos



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

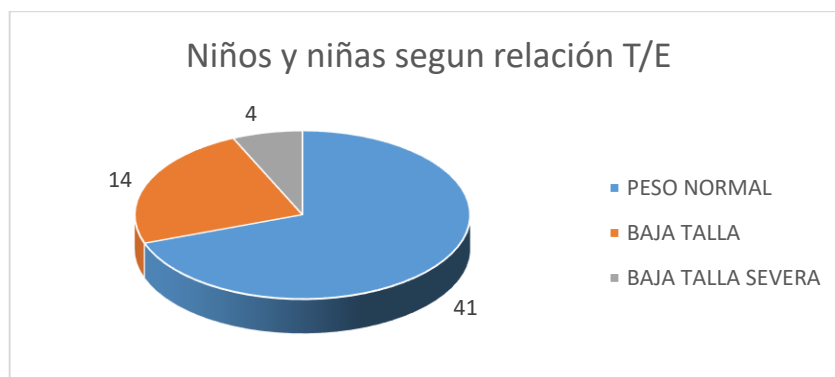
Gráfico N: 6 Total de niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil Rurales.



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

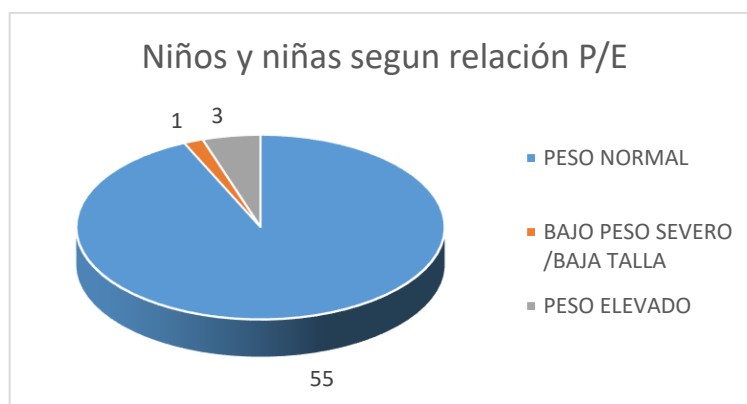
Gráfico N: 7 Niños y niñas según relación talla/edad en los Centros de Desarrollo Infantil Rurales



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

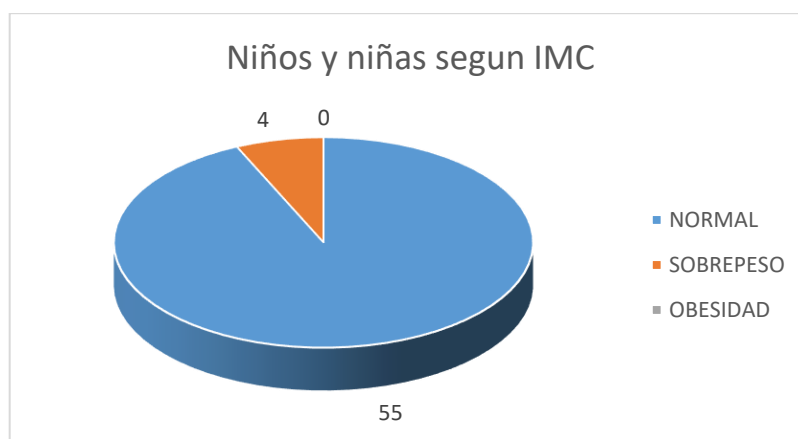
Gráfico N: 8 Niños y niñas según relación peso/edad en los Centro de Desarrollo Infantil Rurales



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

Gráfico N: 9 Niños y niñas según índice de masa corporal en los Centro de Desarrollo Infantil Rurales



Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

Tabla N: 1 Tipo de malnutrición por Centro de Desarrollo Infantil

Centro de Desarrollo Infantil	Desnutrición Aguda	Desnutrición Crónica	Desnutrición Global	Sobrepeso
Salcedo Centro	0	6	2	1
Semillitas	0	7	4	2
Corderitos de Dios	0	9	0	3
Gotitas de Amor	0	9	1	1
Total	0	31	7	7

Fuente: Registro Control Escolar.

Elaborado por: Sergio Barreno Sánchez

El nivel de conocimientos propios o adquiridos de las cuidadoras se obtuvo mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada con 15 preguntas (anexo 4). Las cuidadoras todas fueron de sexo femenino con una edad que oscilaba entre los 18 y 43 años, la mayoría eran madres de familia, casadas, las mismas que arrojaron los siguientes datos: La motivación de las cuidadoras que trabajan en los Centros de Desarrollo Infantil nace de su inclinación y vocación hacia el cuidado de los niños. La responsabilidad del cuidado de familiares pequeños sean hermanos, sobrinos, hijos, permite desarrollar destrezas en el cuidado y alimentación.

“Brindarles amor, cariño” (ET19GA).

El placer, la pasión de trabajar para los niños o la necesidad de hacerlo llevan a las cuidadoras a relacionarse con ellos.

“Desde pequeña me gusto cuidar niños” (ET3SC).

Otra de las motivaciones que llevan a las personas a cuidar niños es su formación académica, al inicio o durante el transcurso de sus carreras y el desarrollo de las prácticas que realizan en las instituciones públicas y privadas donde se atienden niños. Además, las cuidadoras relacionan el cuidado adecuado con el futuro de los niños piensan que serán personas exitosas.

“Buenas personas y buenos profesionales” (ET13GA).

Este pensamiento motiva a las cuidadoras a realizar su trabajo de buena manera, mismo que tendrá un reconocimiento económico por parte de la institución anfitriona y el agradecimiento de los padres de los niños de los Centros de Desarrollo Infantil.

El aprendizaje de las cuidadoras sobre el manejo de las niñas y niños de los Centros de Desarrollo Infantil, nace por la necesidad de cuidar a familiares más pequeños o niños encargados mientras sus padres trabajan. De la misma manera este conocimiento es adquirido de generación en generación, transmitido de las madres, abuelas y familiares hacia las mujeres jóvenes de la casa, en base a sus costumbres y tradiciones.

“Simple curiosidad” (ET1SC).

Otra forma de aprendizaje sobre el cuidado se presenta cuando las mujeres cumplen uno de los ciclos evolutivos que es ser madre. Sin embargo, existen cuidadoras que consideran que este conocimiento es innato.

“No existe necesidad de que me enseñen, viene con uno” (ET9CD).

Las prácticas cotidianas y la observación de los cuidados en el hogar y el trabajo facilitan el aprendizaje. Esto refleja la realidad de muchas mujeres en nuestra sociedad que muy pequeñas y por necesidades económicas tienen que dejar los estudios y trabajar desde muy tempranas edades.

“Toco trabajar cuidando niños al terminar la escuela” (ET18GA).

En contraposición tenemos a aquellas cuidadoras que adquirieron los conocimientos en unidades educativas de tercer nivel. De esta manera lograron asimilar las técnicas de cuidado y alimentación de las personas de mayor experiencia.

“En la universidad con las pasantías y prácticas” (ET9CD).

El cuidado y alimentación de los niños en el hogar está a cargo principalmente de las mujeres, la madre como figura principal, seguido de los hermanos mayores hombres y mujeres y el padre en menor cuantía. Además, en ausencia de los padres y hermanos el cuidado y alimentación de los niños está a cargo de otros familiares como son: sobrinos, tíos, primos, abuelos estos últimos con prioridad sobre los demás familiares.

Las personas que retiran a los niños de los centros de desarrollo infantil son los padres, seguido de los hermanos mayores, abuelos y demás familiares. Llama la atención que existen otras personas que se hacen cargo de los niños y que no son familiares. Entre ellos tenemos quienes realizan los recorridos en furgoneta, vecinos y encargados que no son familiares, permanecen con ellos hasta que los padres lleguen a su hogar, generando preocupación y desconcierto en las cuidadoras.

“Las personas que sus padres han designado para que los retiren” (ET17SE).

El nivel educativo de las cuidadoras está marcado por el bachillerato lo que demuestra la poca preparación académica de las cuidadoras en torno al cuidado y alimentación de las

niñas y niños en los Centro de Desarrollo Infantil, esto puede ser inadecuado para el buen desenvolvimiento de los establecimientos infantiles, sin embargo, existe en los Centros de Desarrollo Infantil personas con preparación universitaria que guía los pasos de las personas sin preparación. El desconocimiento sobre la alimentación de los niños de las cuidadoras se trata se suplir con las indicaciones de las coordinadoras de cada Centro. Pero esto no es tan fácil como parece ya que las cuidadoras rotan por los centros infantiles y según manifiestan las coordinadoras tienen poco tiempo para dedicarles a ellas y se crean vacíos de conocimientos y prácticas.

La malnutrición se conceptualiza por parte de las cuidadoras como

“falta de nutrientes” (ET18GA).

Como “consecuencia de una nutrición no balanceada” (ET12GA).

Que puede provocar “obesidad y por el otro lado desnutrición” (ET16GA).

La mayoría de las cuidadoras consideran que la malnutrición produce desnutrición y dentro de ella desnutrición aguda y crónica. Además, las cuidadoras creen que la malnutrición produce

“Mal desarrollo cognitivo” (ET1SC)

“Que enferman a los niños y quedan pequeñitos” (ET15GA)

“Produce anemia, enfermedades y muerte” (ET20CD),

Sin embargo, existen cuidadoras que no saben definir la malnutrición y tampoco sus consecuencias en los niños.

Al igual que con la malnutrición, la definición de desnutrición es desconocida por varias cuidadoras lo que conlleva a errores en conceptos y aplicación de conocimientos, sin embargo, existen cuidadoras que señalan que en la desnutrición

“No reciben los nutrientes adecuados” (ET7SC),

Que las niñas y niños presentan “baja talla y bajo peso” (ET3SC)

Que “afecta el crecimiento” (ET13GA),

Además, manifiestan que un paciente desnutrido es “Flaco, no quiere comer, se enferma” (ET20CD).

Además, algo que las cuidadoras tienen muy claro es que la desnutrición produce anemia.

La alimentación saludable no es definida con claridad por las cuidadoras, piensan que se trata de brindar a los niños alimentos sin considerar el valor nutricional de cada uno.

“todos los alimentos en un plato” (ET13GA)

Existen también cuidadoras que no saben definir que es una alimentación saludable

“no sabe” (ET5SC)

Consideran también que lavar los alimentos y proporcionarlos a las horas indicadas, se enmarca en una alimentación saludable.

“Lavar los alimentos y cumplir horarios” (ET23CD)

Las cuidadoras mencionan que brindar a los niños, proteínas, carbohidratos, frutas, legumbres, verduras, vegetales y agua constituye una alimentación saludable.

“proteínas, frutas, vegetales, agua” (ET1SC)

Existen cuidadoras que consideran que una alimentación saludable consiste en terminar los alimentos que se brindan a los niños, además de consumir los alimentos frescos y sanos.

“comer las comidas frescas y sanas” (ET20CD)

Los conocimientos de las cuidadoras pueden estar muy cerca de la realidad ya que se menciona que la alimentación saludable consiste en balancear los alimentos y equilibrar los mismos.

“buena alimentación, balancear los alimentos” (ET7SC).

Las cuidadoras cambian el orden de pasar los platos (sopa, arroz, jugo, postre) a los niños en base a una resolución del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) por (arroz, sopa, agua, postre), esta resolución no es conocida por las cuidadoras, más sin

embargo saben que hay que pasar primero el plato fuerte para alimentar a los niños, en el caso de que los niños sigan con apetito se les proporciona la sopa, se acompañara siempre de un vaso de agua, ya que se les indico que el jugo permite que las frutas pierdan sus propiedades al licuar, sin embargo el proporcionar las frutas como postre permite mantener los nutrientes de las mismas.

Las cuidadoras consideran que la sopa es un alimento nutritivo, que la costumbre y las prácticas adquiridas con su familia al transcurrir de los años les hace pensar que la sopa tiene un valor nutritivo importante.

“la sopa es buena pero después del arroz por disposición de la nacional” (ET4SC)

Sin embargo, existen cuidadoras que consideran que la sopa es solo líquido y que no contribuye nutricionalmente a los niños, manifiestas que los niños llenan su estómago de agua y no de los alimentos que requieren.

“la sopa no es buena, es solo agua” (ET5SC)

De la misma manera encontramos cuidadoras que indican que la sopa no es buena ni antes ni después del plato fuerte y que no es importante para la alimentación de los niños.

“la sopa no es importante” (ET12GA)

Las cuidadoras explican que hervir los alimentos permite que estos pierdan su valor nutricional, al igual que al licuar las frutas.

“no es bueno, porque hervir los alimentos evapora los nutrientes” (ET16GA)

Se encontró cuidadoras que desconocen si la sopa tiene o no un valor nutricional

“no sabe si la sopa tiene valor nutricional” (ET22CD)

Las cuidadoras creen que, si la sopa es una colada con verduras, granos, proteínas, puede tener un valor nutricional importante, más sin embargo si solo tiene carbohidrato no constituye un valor nutritivo para los niños.

“la sopa tiene ventajas y desventajas” (ET23CD)

En relación a los alimentos que aportan con proteínas a la alimentación de los niños las cuidadoras consideran que el huevo es un alimento primordial de fácil acceso y que no falta en los hogares.

“alimento que aporta proteína, el huevo” (ET1SC)

Las cuidadoras conocen que la carne proporciona la suficiente cantidad de proteínas en la dieta, sin embargo, no indican que tipo de carne la proporciona.

“alimento que proporción proteína la carne” (ET7SC)

Sin embargo, otras cuidadoras indican que las carnes de los animales y el pescado son las que proporcionan proteínas a la dieta de los niños

“carne roja, carne blanca, pescado” (ET8SC)

Las cuidadoras creen que los carbohidratos son fuente importante de proteínas en la dieta de los niños

“alimentos que aportan proteínas: pan, galletas, harinas, arroz” (ET10SE)

Llama la atención que un importante número de cuidadoras no sabe que alimentos son ricos en proteínas.

“No sabe que alimentos aportan proteínas” (ET5SC)

El discernimiento de las cuidadoras en torno a la fuente de carbohidratos en la alimentación de los niños está marcado por el conocimiento de que el arroz y la papa es la principal fuente.

“fuente importante de carbohidratos, arroz, papas” (ET7SC)

De la misma manera las cuidadoras consideran que una fuente importante de carbohidratos son las harinas, pan, fideos, lenteja, granos secos.

“fuente de carbohidratos, lenteja, arroz, granos secos” (ET4SC)

Las cuidadoras no tienen claro cuáles son los alimentos que son fuente de carbohidratos, el desconocimiento de este macronutriente influye de forma negativa en la alimentación de los niños.

“fuente de carbohidratos carnes, pescado, tomate riñón” (ET21CD)

Existen cuidadoras que no tienen conocimiento sobre los alimentos que constituyen fuente importante de carbohidratos.

“Fuente de carbohidratos, no sabe (ET15GA)

En relación a las fuentes de vitaminas las cuidadoras indican que las principales fuentes son las frutas, los cítricos, verduras, ensaladas, hortalizas.

“fuente de vitaminas, frutas y verduras” (ET1SC) “fuente de vitaminas, frutas y hortalizas” (ET21CD)

Un número significativo de cuidadoras no conocen que alimentos son ricos en vitaminas lo cual constituye un problema en la alimentación de los niños.

“fuente de vitaminas, no sabe” (ET3SC)

Las cuidadoras consideran que la alimentación de los niños es fundamental para el crecimiento y desarrollo, que la alimentación es aún más importante durante un tiempo establecido, sin embargo, no existe un consenso en el tiempo que los niños deben recibir una buena alimentación.

“Buena alimentación desde el nacimiento hasta los seis meses (ET1SC)

Las cuidadoras consideran que una buena alimentación se debe brindar hasta antes de ingresar a la escuela y empezar su vida académica.

“Hasta los cinco años” (ET2SC).

Otras cuidadoras indican que el tiempo en el que se debe tener mayor cuidado con la alimentación de los niños es la comprendida entre los 7 y 10 años.

“Los niños se alimentan bien hasta los diez años” (ET5SC).

Llama la atención que un número importante de cuidadoras no sabe cuál es la edad durante la cual los niños deben ser bien alimentados para garantizar un buen desarrollo y crecimiento.

“No sabe” (ET7SC).

Las cuidadoras tienen claro que los niños comen 4 veces en el Centro de Desarrollo Infantil, sin embargo, desconocen si se alimentan una o varias veces más en la casa, o en el lugar donde se encuentran mientras sus padres llegan.

“Alimentación 75% en los Centros de Desarrollo Infantil y el 25% en las casas” (ET4SC).

Las cuidadoras creen que se tiene que alimentar a los niños 5 a 6 veces al día, inclusive algunas consideran que deben comer las veces que deseen.

“Alimentarse 5 a 6 veces al día” (ET2SC).

La actitud de las cuidadoras frente al rechazo de los alimentos por parte de los niños es manejada con sutileza, prefieren motivar a los niños a que se alimenten, mediante diálogos, juegos y engaños verbales que hace más placentero el momento de la alimentación. Ninguna cuidadora obliga a la alimentación de los niños, consideran que los alimentos no son de provecho si se les exige.

“Motivar, ya que si se les obliga la comida no les hace bien” (ET15GA)

Las cuidadoras en el momento del contacto con el médico en el Centro de Desarrollo Infantil cumplen sin ninguna objeción lo indicado por el galeno, no se atreve a negarse ni a contradecir lo indicado.

Cumple las indicaciones, “Si” (ET11SE)

Sin embargo, las cuidadoras cuando por alguna razón creen estar en lo cierto si cuestionan las indicaciones motivadas por la duda, el conocimiento o la curiosidad.

Cuestionan al médico, “Si”. (ET12SE)

Las cuidadoras prefieren no decir nada y tampoco cuestionar al médico o personal de salud a pesar de saber que los galenos están equivocados.

“no, él es el especialista y sabe por qué dice” (ET15GA).

Las cuidadoras tienen un conocimiento empírico sobre el cuidado y alimentación de los niños y según su concepción lo practican bien, consideran que su conocimiento es insuficiente en relación al tema, creen que es necesario recibir capacitaciones por parte de médicos y nutricionistas para mejorar, nivelar y aplicar conocimientos.

Los temas que requieren se topen en las capacitaciones deben ser relacionados a la normativa de manejo de los CDIs, y sobre el cuidado y alimentación de los niños, pero sobre todo los efectos que tiene una mala alimentación en ellos. Las cuidadoras consideran que las capacitaciones se realicen de forma presencial y con profesionales que dominen el tema.

“si, presencial” (ET21CD).

Los controles a los niños que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil se los realiza una vez iniciado el periodo lectivo, por parte del personal de los centros de salud. La información recabada en algunas ocasiones es entregada a las coordinadoras de los CDIs.

“El personal de salud comunica el estado de salud de los niños” (ET2SC)

Sin embargo, existen profesionales de la salud que, tras realizar el control de salud de rutina del niño en los CDIs, no informan de la condición de salud y menos de la condición nutricional de los niños a las cuidadoras. Las cuidadoras asumen que la condición de salud y nutrición es buena y que por esta razón el personal de salud no comunica las novedades.

“Médico no comunica resultados” (ET16GA)

Además, existen cuidadoras que ante la falta de información del personal médico sobre la salud y nutrición de los niños exigen se indique cual es la condición de cada niño.

“Se exige información de valoraciones nutricionales” (ET23CD).

4.2 Discusión.

Perdomo C, (2019) menciona que las mujeres tienen información importante sobre varios temas en relación al cuidado de los niños, pero ellas no se atreven aplicarlos, pues se sienten inseguras y temen no realizar aquello que sería beneficioso para la salud. Situación similar a lo encontrado en este estudio, además el conocimiento sobre alimentación que poseen las cuidadoras es algo que hay que transmitir al niño de forma general y no particularmente.

Según Zamora A, (2019) en su estudio manifiesta que las cuidadoras no discuten con los profesionales de la salud la información proporcionada, creen que es muy compleja y no se toma en cuenta si es posible de realizar o no, sin embargo, consideran que es lo único que tienen de primera mano y no rivalizan con las indicaciones o preferencias del médico. En este estudio los profesionales pretenden inculcar los buenos hábitos alimentarios como elemento central del cuidado lo que no crea una buena relación entre cuidadora y niños. Además, las cuidadoras pocas veces interactúan con el médico de cabecera por lo tanto tienen poca oportunidad de solicitar información calificada de cómo cuidar y alimentar a los niños.

Jiménez S, (2019). En su estudio sobre prácticas alimentarias, indica que la alimentación debe incorporar paulatinamente alimentos ricos en nutrientes y que está orientación la proporcionan los profesionales médicos de familia. Sin embargo, en este estudio las cuidadoras aceptan las indicaciones del equipo de salud y reconocen el saber de cada uno de ellos, pero en la práctica no aplican las recomendaciones, sino que prevalece el saber adquirido en la vida y con la experiencia.

Estudios como el de Anaya S, (2018) señalan que el cuidado y alimentación de los niños se da mejor en un entorno natural como el hogar, sin embargo, por el poco tiempo que dedican los padres al cuidado de los niños por sus múltiples ocupaciones no los alimentan como corresponde.

Así mismo Mosquera E, (2018) en su estudio asegura que, en la familia, la madre es la principal responsable del cuidado y alimentación de los niños, y de transmitir a sus hijos prácticas nutricionales adecuadas y de esta manera marcar sus preferencias alimentarias.

El actual estudio demuestra que el cuidado está a cargo de la madre, de las abuelas, de las hijas mayores y con muy poca participación del padre o los varones de la casa. Además, las cuidadoras creen que las abuelas como ya criaron niños saben cómo cuidar a los demás y que por lo tanto no es necesario conocer más información sobre el cuidado de los niños.

Forero Y, (2018) manifiesta en su estudio que el cuidado es un factor determinante en la ingesta de nutrientes, en el desarrollo, crecimiento y condiciones de salud de los niños, cosa similar a lo encontrado en este estudio donde todos los seres humanos tenemos un legado de creencias y prácticas en relación al cuidado que son heredados a cada generación y debe ser respetado y aprovechado.

En su estudio Tarquino M, (2017) indica que los comedores de los CDIs con frecuencia repiten las mismas recetas de las comidas tomando en cuenta cuanto rinden y no la calidad nutricional, una comida rendidora está saturada de hidratos de carbono y grasas generando alimentos carentes de nutrientes necesarios y con peligrosos excesos, los comedores institucionales deben seguir las pautas recomendadas para el grupo puesto que este tipo de alimentación es la más económica, sin embargo el costo que se paga por no ofrecer opciones alternativas trasciende a lo social y por ende impiden el desarrollo cultural de la gente. Lo que se corresponde con lo encontrado en este estudio.

Mafla A, (2017) en su artículo refiere que los cuidadores a menudo no entienden lo devastador de la malnutrición y la relación que existe entre la nutrición y el desarrollo de los niños, así también desconocen los beneficios de una buena alimentación y la incorporación de vitaminas y suplementos en la dieta. Esto es similar a lo encontrado en este estudio, donde la comprensión de la desnutrición por parte de las cuidadoras es mínima, muy pocas cuidadoras conocen el término y la mayoría tiene un conocimiento limitado o inexacto del tema. Además, se determinó que las cuidadoras no conocen las consecuencias que produce la desnutrición, algunas cuidadoras mostraron entender que la desnutrición conduce a la anemia sin embargo no pueden identificar las causas reales y las consecuencias de la misma.

Alvares R, (2017) en su estudio asegura que los cuidadores sugieren remedios para la desnutrición y ninguno de ellos en ningún caso manifiesta la necesidad de mejorar la

alimentación. Conjeturas similares a lo encontrado en este estudio donde las cuidadoras aventuran teorías en relación a la identificación de los síntomas de la anemia. Además, las cuidadoras en algunos casos conocían que hacer para combatir la anemia, pero no lo aplican, las mujeres de forma general creen que se presenta en adultos, pensaron entonces que los tratamientos son solo para adultos, otras cuidadoras asumen que todos los niños tienen anemia y que consigo crecen desaparecerá.

Las cuidadoras desconocen las consecuencias que pueden surgir si la anemia no es tratada en los niños pequeños, se encontró que, aunque las cuidadoras tengan conciencia del término anemia no saben cómo se debe combatir y menos que produce daño, consideran que si existe un tratamiento y que este debe ser medicamentoso y no concientizan que una dieta adecuada puede prevenir y tratar la anemia.

En su estudio Echague G, (2016) plasma que los cuidadores creen que no existe una relación directa entre la dieta, el desarrollo y crecimiento de un niño, similar a lo que se encontró en este estudio donde las cuidadoras creen que todos los alimentos con que llenen el estómago de los niños son nutritivos y por ende va a tener una nutrición adecuada. Además, reconocen la relación entre una buena dieta y el desarrollo de los niños más sin embargo recomiendan almidones como el arroz para obtener un desarrollo físico e intelectual adecuado.

De la Cruz E, (2015) identifica en su estudio que rara vez las cuidadoras mencionan la necesidad de complementar la dieta con otros elementos como la carne y las verduras que son ricos en micronutrientes, las cuidadoras consideran que estos alimentos no tienen relación con el desarrollo y creen que más bien producen diarrea, situación parecida a lo encontrado en este estudio. Además, se indicó por parte de las cuidadoras que el costo no es un impedimento para suministrar alimentos de calidad y de acuerdo a la necesidad de los niños.

Araujo M, (2015) en su estudio indica que algunos cuidadores no saben qué hacer en el momento de cuidar a los niños por lo cual acuden a muchas fuentes de información no calificadas para obtenerla, sin embargo, reciben información inconsistente confundiéndolas aún más, situación cercana a la encontrada en este estudio. Además, las

cuidadoras refieren una respuesta satisfactoria, cuando a los niños se les alienta a comer verbalmente, y una respuesta desfavorable cuando se les obliga a comer físicamente, por tanto, el niño tendrá poca oportunidad de rechazar la comida si se motiva a comer.

Los niños más pequeños en brazos de las cuidadoras pueden haber tenido una excesiva restricción de los alimentos y el llorar o hacer berrinche es su forma de expresarse mientras que la libertad de los niños parece garantizar una aceptación de la alimentación. Esto se correlaciona con lo encontrado por Zúñiga M, (2017) en su estudio.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Existe una relación marcada entre el cuidado y la alimentación con el estado nutricional de los niños y niñas en los Centros de Desarrollo Infantil.

El estado nutricional de los niños y niñas de los CDIs mostro que no existe desnutrición aguda más sin embargo se encontró desnutrición crónica y sobrepeso.

Los conocimientos de las cuidadoras en torno al cuidado y alimentación de los niños son insuficientes para garantizar una alimentación y desarrollo adecuado.

Existen muchas falencias en los conceptos y en identificar las consecuencias de la malnutrición, desnutrición, obesidad, anemia.

Los alimentos que se brindan a los niños en los Centro de Desarrollo Infantil principalmente corresponden a carbohidratos, sin embargo, se trata de combinar con los demás macro y micronutrientes sin una buena aceptación de los niños.

Los cuidados aplicados a los niños que acuden a los CDIs son producto de la experiencia y de la transmisión de generación a generación por las mujeres de la casa, familiares y medios no formales.

5.2 Recomendaciones

Concientizar a los padres y cuidadoras sobre la importancia de una buena alimentación de la madre y de los niños durante los primeros 1000 días de vida.

Capacitar de forma presencial a las cuidadoras por parte de profesionales probos sobre el cuidado y alimentación de los niños.

Hacer énfasis en las cuidadoras en los conceptos y consecuencias de la malnutrición, desnutrición, obesidad.

Recalcar a las cuidadoras la importancia de un cuidado adecuado y una alimentación efectiva para garantizar un futuro exitoso de los niños y niñas de los CDIs.

Involucrar a los padres sobre el cuidado adecuado y alimentación de los niños para garantizar un buen desarrollo y oportunidades en la vida.

Garantizar a las cuidadoras estabilidad, capacitaciones, sobre cuidados y medidas de protección adecuada de los niños.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Tema

Promocionar una alimentación adecuada y estilos de vida saludables en los niños de los Centros de Desarrollo Infantil pertenecientes al Centro de Salud Tipo B Salcedo, periodo 2021-2022.

Autor: Médico Sergio Teodomiro Barreno Sánchez

C.I. 1803149689

Dirección: San Miguel de Salcedo.

Teléfonos: Celular 0996234551

e-mail: sbarreno9689@uta.edu.ec

Tutora: Dra. Esp. Ruth Aurelia Mejía Ortiz

6.2 Antecedentes de la propuesta

Una vez concluida la investigación, se determinó que en los Centros de Desarrollo Infantil intervenidos no existen niños con desnutrición aguda, sin embargo, se encontró niños con desnutrición crónica, desnutrición global y sobrepeso, además se pudo determinar que las cuidadoras que están a cargo de los niños tienen un pobre conocimiento sobre el cuidado y la alimentación.

El conocimiento adquirido por las cuidadoras en su mayoría depende de la experiencia, del empirismo y de la transmisión de saberes por parte de las mujeres adultas del hogar o la familia. Pocas cuidadoras ocupan medios electrónicos de consulta para auto-educarse, además quienes transmiten el conocimiento o brinda capacitaciones son las coordinadoras de los CDIs.

Las mujeres entrevistadas presentan deficiencias al puntualizar conceptos e identificar lo perjudicial de una mala alimentación y las consecuencias de la misma en un periodo de tiempo.

6.3 Justificación

El trabajo de investigación, detecto un limitado conocimiento de las cuidadoras de los Centros de Desarrollo Infantil, en torno a la alimentación y cuidado de los niños. Por tal motivo, surge la necesidad de implementar una propuesta de intervención educativa para las cuidadoras, para fundamentar el conocimiento sobre el cuidado y alimentación de los niños en los CDIs.

Es fundamental inculcar en los ciudadanos la importancia de la alimentación durante los primeros 1.000 días de vida, por que juega un papel primordial en el desarrollo del niño no solo para el crecimiento, sino también para alcanzar un desarrollo intelectual e inmune óptimo.

A nivel nacional existen 1 millón 600 mil niños menores de 60 meses y de estos uno de cada cuatro está afectado con desnutrición crónica. La estadística sube a dos por cada cuatro, en las zonas indígenas de la sierra central. En poblaciones rurales de la sierra central del país la desnutrición alcanza el 60% por la falta de acceso al agua potable, carencia de alimentos nutritivos, falta de educación y salud.

6.4 Factibilidad

Es factible realizar la presente propuesta ya que se cuenta con el apoyo del Director Distrital del MIES, y las personas encargadas de los CDIs, además del apoyo del Director Distrital de Salud 05D06 y de los profesionales del Centro de Salud Salcedo tipo B Salcedo, padres de familia de los niños que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil.

La implementación de esta propuesta no implicara gastos económicos adicionales, ya que las acciones educativas entrarían a cargo de los profesionales de la salud, mismas que se cumplirán dentro de la jornada laboral como actividad extramural de promoción de la salud.

6.5 Objetivos

6.5.1 Objetivo General

Diseñar una estrategia educativa para mejorar el conocimiento de las cuidadoras sobre el cuidado y alimentación de los niños en los Centros de Desarrollo Infantil pertenecientes al Centro de Salud tipo B, Salcedo. 2021-2022.

6.5.2 Objetivos Específicos

- Dar a conocer los resultados obtenidos en la investigación “Influencia de los conocimientos y prácticas alimentarias de los cuidadores en el estado nutricional de los niños y niñas de los centros de desarrollo infantil, Distrito 05D06, Salcedo–Ecuador.
- Socializar la estrategia educativa para mejorar el conocimiento sobre el cuidado y alimentación de los niños en los CDIs.
- Establecer un vínculo de trabajo más estrecho entre el Centro de Salud tipo B Salcedo y los Centros de Desarrollo Infantil para el control y seguimiento de los niños.

6.6 Alimentación saludable

Los conocimientos y prácticas alimentarias de las personas se han convertido en factores determinantes del estado nutricional y de salud de los niños. La relación alimentaria que puede haber entre la madre y el niño, o quien se encarga de su cuidado, se forma a través de todas aquellas situaciones que se producen en torno a la alimentación.

Una alimentaria sana, ayuda al desarrollo del niño, e influye en la formación de actitudes positivas en relación a su persona y al mundo que lo rodea; le enseña a descifrar señales alimentarias y a responder de manera apropiada a estas, le inculca a consumir una alimentación correcta y a regular de manera conveniente la cantidad de alimentos que ingiere.

Otros aspectos importantes que influyen de modo directo sobre la alimentación de los niños son los factores sociales como: el nivel socioeconómico del hogar, nivel de

instrucción de las personas responsables del cuidado del niño, las costumbres y creencias sobre la alimentación.

Las necesidades energéticas se sitúan en torno a las 100 kcal/kg/día aproximadamente. En el desayuno: 25%. El desayuno es una comida muy importante, debe contener un lácteo, un cereal y una fruta. El almuerzo: 30%. Se irá poco a poco acostumbrando a la comida familiar: puré de verduras o verduras con legumbres, pasta, arroces, guisos. Carne o pescados triturados o en trozos pequeños, tortillas. Para el postre utilizar: fruta, leche o yogurt. Merienda; 15%. Frutas, jamón o queso en trozos, yogurt, bocadillos. Cena: 25%. Dar preferencia a las verduras, cereales y frutas. Leche con o sin cereales.

La desnutrición es el resultado de un pobre acceso a una canasta adecuada y suficiente de alimentos y a su aprovechamiento biológico. La desnutrición en los niños produce una afectación a nivel bioquímico, retrasa la talla y el peso, la anemia y la deficiencia de zinc reduce la actividad enzimática en el cuerpo que resulta en cambios cerebrales importantes, así como alteraciones en el crecimiento, desarrollo, aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad de los niños, la deficiencia de zinc, también tiene relación con el retraso en la maduración sexual y afecta también el apetito.

La triple carga de la malnutrición, se refiere a la desnutrición, el sobrepeso-obesidad y el hambre oculta por otro, esto afectará a las poblaciones arraigadas en la pobreza y cada vez más a las poblaciones vulnerables.

Alimentos altamente procesados son consumidos por los niños en las escuelas, el 46% consumen comida rápida por lo menos una vez a la semana y el 42% bebe refrescos por lo menos una vez al día. Los niños pobres viven en desiertos alimentarios o en pantanos alimentarios en las ciudades, donde abundan productos procesados con un alto contenido calórico y bajo en nutrientes. La selección de alimentos de baja calidad y que cuestan menos son comunes en las familias pobres y excluidas, los niños de estas familias son los que corren con un mayor riesgo de sufrir todas las formas de malnutrición.

La Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad como un problema de salud pública, antes se creía que era una enfermedad de países desarrollados, en la actualidad se sabe que afecta también a los países en vías de desarrollo.

6.7 Plan Operativo

FASES	METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
Vinculación	Establecer un vínculo de trabajo entre los Centros de Desarrollo Infantil y Centro de Salud tipo B Salcedo para control y seguimiento de los niños.	Trabajo coordinado entre las autoridades de MIES y MSP para implementación de la propuesta.	Periodo educativo 2021-2022	Investigador EAIS	Consolidar la unión de criterios de las instituciones responsables.
Socialización	Difundir los resultados obtenidos en la investigación a las cuidadoras, padres de familia, autoridades del MIES y MSP para la toma de decisiones en relación al cuidado y alimentación de los niños.	Informar resultados de la investigación	Periodo educativo 2021-2022	Investigador EAIS	Concientizar a todos los involucrados en el proceso
Evaluación	Aplicar una encuesta pos intervención sobre cuidado y alimentación de los niños a los cuidadores de los CDIs.	Aplicación de la encuesta	Periodo educativo 2021-2022	Investigador EAIS	Mejorar los conocimientos sobre el cuidado y alimentación de los niños.

Elaborado por: Médico Sergio Teodomiro Barreno Sánchez

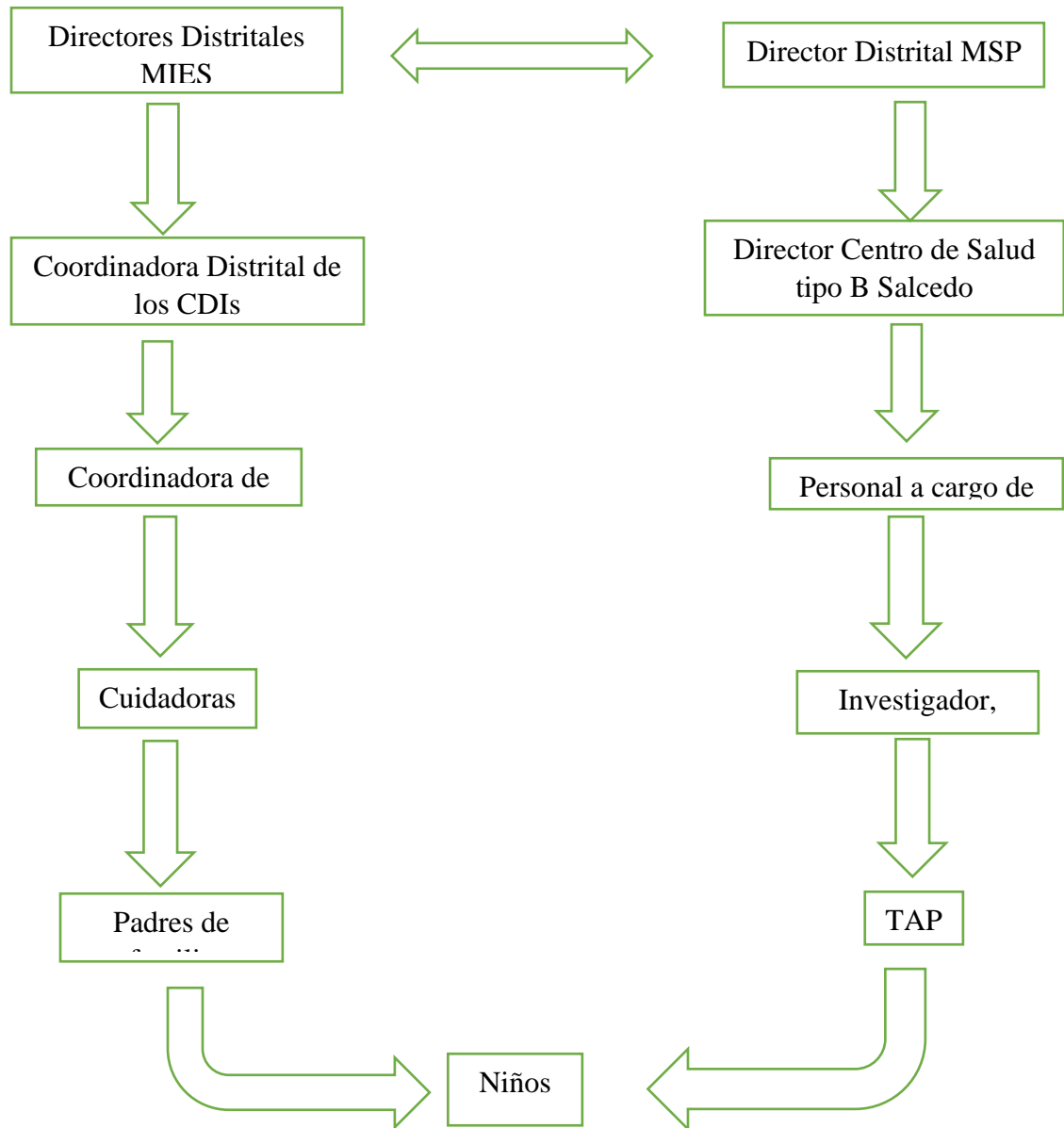
Actividades propuestas

TEMA	METAS	ACTIVIDAD	TIEMPO	LUGAR	RESPONSABLE
CUIDADO Y ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS	Orientación sobre el cuidado y alimentación saludable de los niños.	Talleres interactivos	2 horas	Centros de Desarrollo Infantil	Investigador EAIS
MALNUTRICIÓN	Aprendizaje sobre las causas y consecuencias de la malnutrición .	Talleres interactivos	2 horas	Centros de Desarrollo Infantil	Investigador EAIS
DESNUTRICIÓN	Instrucción sobre los tipos de malnutrición y sus factores de riesgo, así como sus consecuencias.	Talleres interactivos	2 horas	Centros de Desarrollo Infantil	Investigador EAIS
SOBREPESO Y OBESIDAD	Educación sobre las consecuencias del sobrepeso y obesidad.	Talleres interactivos	2 horas	Centros de Desarrollo Infantil	Investigador EAIS

Tabla N 2 Actividades propuestas

Elaborado por: Médico Sergio Teodomiro Barreno Sánchez

6.8 Administración de la propuesta



El monitoreo se llevará a cabo con la encuesta sobre el cuidado y alimentación de los niños aplicada a las cuidadoras al final de la intervención, durante los controles de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. La Seguridad Alimentaria y la nutrición en el Mundo [Internet]. Roma: FAO; 2019. Available from: <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
2. Perdomo C, Rodríguez E, Carrasco M, Flores H, Matul S, Moyano D. Impacto de un programa comunitario para la malnutrición infantil. *Revista chilena de pediatría*. 2019; 90(4):p.411-421.
3. Zuta N, Rojas A, Mori M, Cajas V. Impacto de la educación sanitaria escolar, hacinamiento y parasitosis intestinal en niños preescolares. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*. 2019; 10(1):p.47-56.
4. Zamora A, Porras L, Landázuri J, Oña M, Alarcón A, Rodríguez R. Nutrición fundamental en infantes desde 1 a 5 años de edad. *Recimundo*. 2019; 3(2):p.934-963. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/484>
5. Reyes S, Contreras A, Oyola M. Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. *Rev. investig. Altoandín*. 2019; 21(3):p.205-214. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-29572019000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.18271/ria.2019.478>.
6. Jiménez S, Martín I, Rodríguez A, Silvera D, Núñez E, Alfonso K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 2019 Dic 20]; 90(1):p.79-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000100009&lng=es.
7. Jimenez S, González I, Rodríguez A, Téllez D, Torres E, et al. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Revista cubana de pediatría*. 2018;90(1):p.79-93.
8. Calderón J, Arias D, Papamija M, Quintero M. Condiciones de seguridad alimentaria en una comunidad indígena de Colombia. *Physis* [Internet]. 2018 [consultado el 20 de diciembre del 2019]; 28 (4):p.2-12. Disponible en: [59](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-</div><div data-bbox=)

73312018000400604&lng=en. Epub 25 de febrero de 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280405>.

9. Anaya S, Álvarez M. Factores asociados a las preferencias alimentarias de los niños. *Revista Eleuthera*. 2018;45(32):p.58–73.

10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, [Internet]. Quito: MSP; 2018 [citado 16 de nov 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>

11. Forero Y, Acevedo M, Hernández J, Morales G. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2018 Oct [citado 2019 Dic 20]; 89(5):P.612-620. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/697-6521-3-PB.pdf>

12. Mosquera E, Zúñiga I, Marroquín E, Nóbrega M, Prado J, (2018). Cuidado sensible y seguridad del apego en preescolares. *Ciencias Psicológicas* 2018; 12 (1): p.97 - 107. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1600>

13. Osorio A, Romero G, Bonilla H, Aguado L. Contexto socioeconómico de la comunidad y desnutrición crónica infantil en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2018; 52(73):p.2-10.

14. Dearden K, Hilton S, Bentley M, Caul L, Wilde C, Ha P, et al. Cuidador verbal Estímulo alimentos aumenta aceptación entre los niños pequeños vietnamitas 1-3. 2018;35(8)1387-1392.

15. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Seguridad Alimentaria. El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma: FAO; 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>

16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Programa Mundial de Alimentos . Malnutrición. El costo de la doble carga de la malnutrición: Impacto social y económico. Chile: CEPAL, WFP; 2017. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42535/1/S1700443_es.pdf

17. Tarqui M, Alvarez D, Rosales S, Espinoza P. Ingesta de nutrientes y estado nutricional de niños peruanos entre 6 a 35 meses. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2017;37(1):p.156--164.
18. Murillo O, Parra I, Henao A, Fajardo E. Hábitos alimentarios , actividad física y estado nutricional en escolares en situación de discapacidad visual y auditiva. *Rev Cuba Salud Pública.* 2017;43(2):p.214–230.
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias_2014/Alimentacion_y_nutricion_de_la_madre_25-11-14.pdf
19. Cuadros-Mendoza C, Vichido- Luna M, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León J, Cervantes-Bustamante R, Toro-Monjárez E, Ramírez-Mayans J. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediátrica de México.* 2017; 38(3):p. 182-201. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>
20. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la Seguridad Alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe [Internet]. Chile: FAO; 2017. Available from: <http://www.fao.org/fishery/statistics/global-aquaculture-production/es>
21. Mejia M. La seguridad alimentaria en Colombia. Universidad Central [Internet]. 2017;56(1):p.92-98. Available from: http://www.ucentral.edu.co/images/documentos/editorial/2017_Seguridad_alimentaria_001.pdf
22. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2017; 34(4):p.716-722.
23. Mafla A. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo de desnutrición en niños de 0 a 5 años en centros de cuidado infantil “ guagua centros ” sector norte en el distrito metropolitano de Quito en el año 2016. *PUCE.*2017;1(1):p.3-9.
24. Zúñiga M, Holguín C, Mera A, Delgado-Noguera M. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. *Rev la Fac Ciencias la Salud Univ del Cauca* [Internet]. 2017;19(2):p.20-27. Available from: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/ojs2/index.php/rfcs/article/view/174>
25. Villena J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2017; 63(4):p.593-598. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400012&lng=es.

26. Álvarez R, Cordero G, Vásquez M, Altamirano L, Gualpa M. Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. *Rev Ciencias Médicas*.2017; 21(6):p.88-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000600011&lng=es.
27. Ballonga C, López S, Echevarría P, Vidal Ó, Canals J, Arija V. Estado nutricional de los escolares de una zona rural de extrema pobreza de Ccorca, Perú. *Proyecto Incos. alan*. 2017; 67(1):p.23-31. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222017000100004&lng=es.
28. Echagüe G, et al. Malnutrición en niños menores de 5 años indígenas y no indígenas de zonas rurales, Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2016; 14(2):p.25-34
29. Acevedo D, Páez G, Abull A. Factores de riesgo de desnutrición en menores de cinco años del municipio Manatí. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2016; 41(7):p.2-4.
30. Toasa E. Alimentación del niño enfermo. *Rev la Sociedad Peruana Pediatría*. 2016;34(3):p.50-61.
31. Kruger A, Pouey S, Dezar G, Arias S, Bossio J. Estado nutricional en escolares de escuelas seleccionadas de la ciudad de Santa Fe. *Revista FABICIB*.2016;20(4):p.103-111.
32. Berman I, Ortiz O, Pineda L, Richheimer R. Los primeros mil días de vida, una mirada rápida. *Medigraphic*. 2016;61(4):p.313-318.
33. De la Cruz E. La Educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. *Paradigma*. 2015;36(1):p.16-183.
34. Van Deventer C, Robert G, Wright A. Improving childhood nutrition and wellness in South Africa: Involving mothers/caregivers of malnourished or HIV positive children and health care workers as co-designers to enhance a local quality improvement intervention. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):p.1-13.

35. Molina L, Soriano J, Jarque J. La nutrición en el periodo preconcepcional y los resultados del embarazo. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2016; 20(1): p.48-60
36. Freidin B. Food and health risks: views on healthy food and food consumption practices among middle-class women and men in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Salud colectiva.* 2016; 12(4):p.519-536.
37. Isla G, Bernal S, Pankow V, Rivarola M, Villalba G, Arbo L. Perfil nutricional de escolares y adolescentes en escuelas públicas y privadas 2013. *Pediatría.* 2015;42(2):p.129-133.
38. Araujo M, López F, Novella R, Schodt S, Tomé R. La Calidad de los Centros Infantiles del Buen Vivir en Ecuador. Resum políticas N-IDB-PB-248 Banco Interam Desarro [Internet].2015[citado feb 2018];51(1):p.5-50.Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7251/La-calidad-de-los-Centros-Infantiles-del-Buen-Vivir-en-Ecuador.pdf?sequence=1>
39. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años [Internet].Ginebra:OMS;2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf>
40. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Desnutrición infantil. Proyecto para la reducción acelerada de la malnutrición en Ecuador. Ecuador: Inti. Actual; 2015. Available from: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto.pdf>
41. Pantoja M. Los primeros 1000 días de la vida. *Rev la Soc Boliv Pediatría.* 2015;54(2):p.60–61.
42. Arias E, Castaño J, Cañón S, Fajardo D, Montoya A, Quintero M. Frecuencia de malnutrición por exceso y factores asociados en escolares y adolescentes de dos instituciones educativas de Manizales. Universidad de Manizales. 2015; 1(1):p.3-13.
43. Lissbrant S. Food and nutritional security in the Caribbean region : Consequences of malnutrition and Good Practices as solutions. *Investig y Desarro.* 2015;23(29):p.117-138.

44. Rivero M, et al. Libro Blanco de la Nutrición Infantil. Univ. Zaragoza. 2015; 978(84):p.89-94.
45. Araujo M, López F. Los servicios de cuidado infantil en América Latina y el Caribe. El trimestre económico.2015; 82(2):p.249-275. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-718X2015000200249&lng=es&tlng=es.
46. León A, Moreno C, Ochoa L, Velosa Y. Estrategia Nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014-2021. Minist Salud y Protección Social. 2015;53(9):p.1689-1699. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Estrategia-nacional-prevencion-control-deficiencia-micronutrientes.pdf>
47. Hernández I, Rosero C, Montenegro-Coral F. Obesidad: una pandemia que afecta a la población infantil del siglo XXI. GIISE. Curare. 2015;2(1):p.29-42.
48. Lazo Y, Quenaya A, Mayta-Tristán P. Visualización de realidades de competencia y riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares. Rev Chil Pediatría. 2015;86(1):p.66-67.
49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2014. Available from:
50. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. Encuesta Nacional De Salud y Nutrición 2011 - 2013. Ensanut 2011-2013[Internet]. Quito: INEC; 2014.Available from: www.ecuadorencifras.gob.ec/...inec/Estadisticas.

ANEXOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Libre y voluntariamente decido participar en el trabajo investigativo titulado “INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS CUIDADORES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL, DISTRITO 05D06, SALCEDO – ECUADOR”

La finalidad de este estudio, es relacionar los conocimientos y prácticas alimentarias de los cuidadores en los Centros de Desarrollo Infantil con el estado nutricional de los niños. Esta acción permitirá mejorar el conocimiento de los cuidadores y la alimentación de los niños de una manera fundamentada, que garantizará una buena nutrición y el goce pleno de la misma, alcanzando un buen rendimiento escolar y mejorando las oportunidades laborales, familiares y sociales, distanciando la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta.

Las actividades que se realizarán son las siguientes:

Recolección de información como: nombre, fecha de nacimiento, edad y sexo de los cuidadores.

Toma de medidas antropométricas peso y talla de los niños.

Aplicación de entrevista semiestructurada sobre conocimientos y prácticas alimentarias a los cuidadores en los CDIs.

En cualquier momento puede retirarse de la investigación,

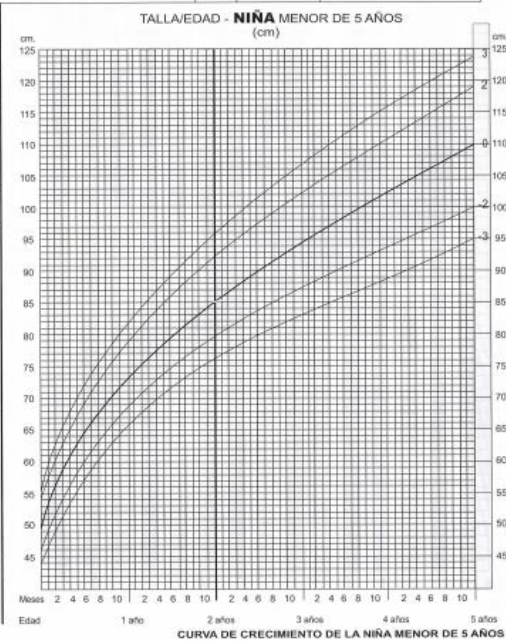
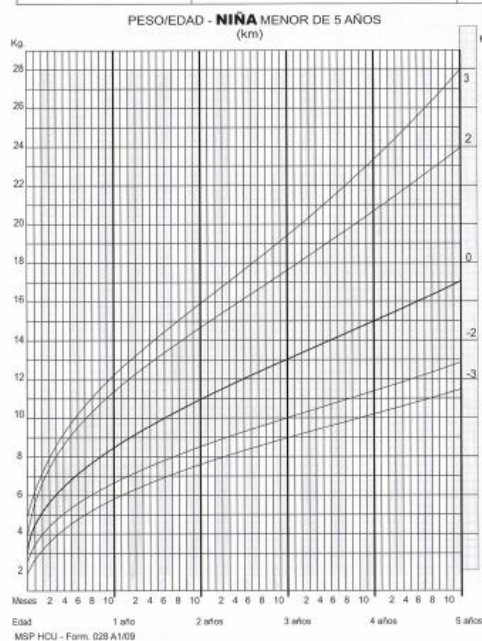
Los resultados de la investigación serán publicados sin violar los derechos de confidencialidad.

Atentamente,

C.I.....

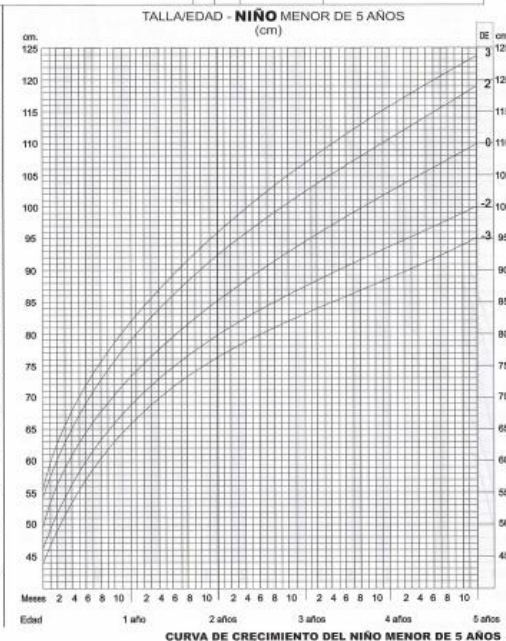
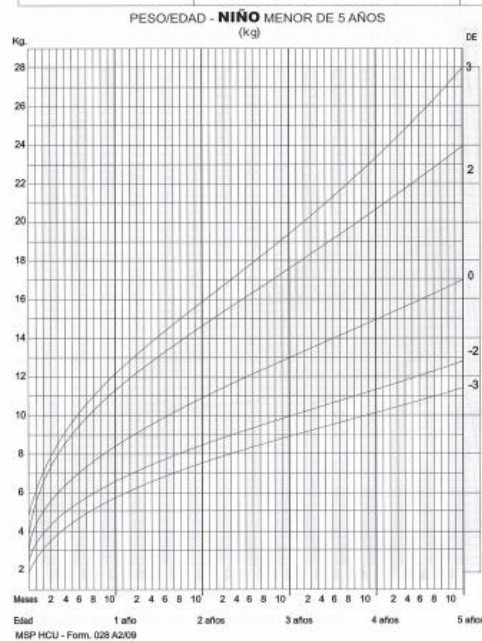
COORDINACIÓN ZONAL 3 - DISTRITO DE SALUD 18D01

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	NÚMERO DE HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	----------------	---------------------



COORDINACIÓN ZONAL 3 - DISTRITO DE SALUD 18D01

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	NÚMERO DE HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	----------------	---------------------



ENTREVISTA DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS EN LOS CDIs

Identificación del niño (código).....

¿Quién se encarga del cuidado del niño en el hogar?

¿En la última visita que realizó el médico al niño le informaron que su estado nutricional era?

¿Qué nivel de educación posee?

¿Qué entiende por malnutrición?

¿Cuáles son las consecuencias de la malnutrición?

¿Qué entiende por desnutrición?

¿La desnutrición produce anemia?

¿Qué considera usted como alimentación saludable?

¿Considera usted que la sopa es una preparación nutritiva?

¿Hasta qué edad es importante cuidar de la alimentación de los niños para que crezcan sanos y fuertes?

¿Sabe usted que alimentos aportan proteínas?

¿Sabe usted que alimentos aportan carbohidratos?

¿De los alimentos cuales son fuente importante de vitaminas?

¿Cuántas veces debería comer un niño al día?

¿Dónde aprendió usted a cuidar niños?

¿Qué actitud toma usted con el niño respecto al rechazo de algún alimento?