

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA II COHORTE

TEMA: “CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN POBLACIÓN INDÍGENA Y SU RELACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”.

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Andrea Maritza Vargas Calle

Director: Md. Cristian Alexander Corella Galarza, Esp.

Ambato - Ecuador

Abril, 2021

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

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

El Tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Investigación presidido por Psicólogo Clínico Javier Mayorga Ortiz Máster e integrado por los señores: Médico William Rubén Mayorga Ortiz Especialista; Médica Verónica Imelda Torres Paredes Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN POBLACIÓN INDÍGENA Y SU RELACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”, elaborado y presentado por la señora médica Andrea Maritza Vargas Calle, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



Psic. Javier Mayorga Ortiz MSc.

Presidente del Tribunal



Md. William Rubén Mayorga Ortiz Esp

Miembro del Tribunal

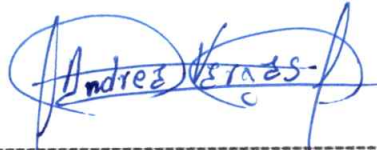


Md. Verónica Imelda Torres Paredes Esp.

Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN POBLACIÓN INDÍGENA Y SU RELACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”, le corresponde exclusivamente a: Médica Andrea Maritza Vargas Calle, Autor bajo la Dirección del Médico Cristian Alexander Corella Galarza Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Andrea Maritza Vargas Calle

Cc 0603692898

AUTOR



Md. Cristian Alexander Corella Galarza, Esp.

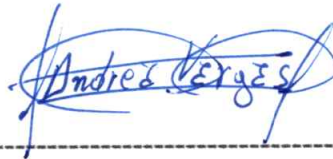
cc. 180390956,

DIRECTOR

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 Técnica de Ambato.



Md. Andrea Maritza Vargas Calle

Cc 0603692898

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	V
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XII
AGRADECIMIENTO	XIII
DEDICATORIA	XIV
RESUMEN EJECUTIVO	XV
EXECUTIVE SUMMARY.....	XVII
INTRODUCCIÓN	18
CAPÍTULO 1.....	20
EL PROBLEMA	20
1.1 Tema de investigación:	20
1.2 Planteamiento del problema.....	20
1.2.1 Contextualización del problema.....	20
1.2.2 Análisis Crítico	24
1.2.3 Prognosis	25
1.2.4 Formulación del Problema	25
1.2.5 Interrogantes.....	26
1.2.6 Delimitación del problema de investigación.....	26
1.3 Justificación.....	27
1.4 Objetivos	30
CAPÍTULO 2.....	31

MARCO TEÓRICO	31
2.1 Antecedentes Investigativos	31
2.2 Fundamentación Fisiológica	32
2.3 Fundamentación legal	32
2.4 Categorías fundamentales	33
Conceptualización de las variables	33
2.4.1 Conductas alimentarias	33
2.4.2 Antropología de la Alimentación	34
2.4.3 Cosmovisión Andina y creencias alimentarias	35
2.4.3 Factores que influyen en los hábitos alimentarios	36
2.4.4 Los Alimentos	39
2.4.5 Fisiología del apetito	40
2.4.6 Desnutrición	41
2.4.7 Clasificación de la desnutrición infantil.....	41
2.4.8 Cambios adaptativos de la Desnutrición	43
2.4.9 Patrones de crecimiento infantil.....	45
2.5 Hipótesis.....	47
2.6 Señalamiento de variables.....	47

CAPÍTULO 3.....	48
METODOLOGÍA	48
3.1 Enfoque	48
3.2 Modalidad Básica de la Investigación:	49
3.3 Nivel de investigación:.....	49
3.4 Población y muestra:	50
3.5 Criterios Éticos:.....	51
3.6 Operacionalización de Variables	51
3.7 Recolección de la Información.....	51
3.8 Plan de Procesamiento de la Información	52
CAPÍTULO 4.....	54
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	54
4.1 Análisis e Interpretación de Resultados	54
4.2 Características generales de los participantes en el estudio	54
4.2.1 Ficha de identificación	54
4.2.2 Distribución de la desnutrición crónica de los niños según las curvas de crecimiento del AIEPI de la talla para la edad, según el sexo.	59
4.2.3 Entrevista Semiestructurada Realizada a los Padres y/o Cuidadores de los Niños	59
4.2.4 Frecuencia de consumo de alimentos del niño.....	69

4.3 Prueba de hipótesis.....	75
CAPÍTULO 5.....	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
5.1 Conclusiones	76
5.2 Recomendaciones.....	79
CAPÍTULO 6.....	80
PROPUESTA	80
6.1 Datos informativos	80
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	80
6.3 Justificación.....	81
6.4 Objetivos	82
6.5 Análisis de factibilidad.....	82
6.6 Fundamentación científico técnica.....	83
6.7 Metodología, Modelo operativo.....	83
6.8 Administración.....	86
6.9 Previsión de la evaluación.....	86
MATERIALES DE REFERENCIA.....	88
BIBLIOGRAFÍA:	88
ANEXOS:	95
Anexo 1: Ficha de identificación	95
Anexo 2: Entrevista semiestructurada.....	96

Anexo 3: Curvas de crecimiento según AIEPI	99
Anexo 4: Consentimiento informado	101
Anexo 5: Operacionalización de Variables.....	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Porcentaje de baja talla y peso bajo en la provincia de Tungurahua	24
Tabla 2 Principio activo de los alimentos	39
Tabla 3 Distribución de las variables: grupos de edad, sexo, etnia de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.	54
Tabla 4 Distribución de las variables: estado civil y tipos de familia de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.	55
Tabla 5 Distribución de las variables tipo de residencia, nivel de instrucción, ocupación de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.	56
Tabla 6 Distribución de las variables relación del cuidador, servicios básicos de agua, excretas, luz eléctrica y otros, de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.	57
Tabla 7 Distribución de las variables grupos edad, sexo y percentil de los niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.....	59
Tabla 8 Distribución de actitudes y prácticas de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años, de la encuesta de ENSANUT, de la primera a la sexta pregunta.....	61
Tabla 9 Distribución de actitudes y prácticas de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años, de la encuesta de ENSANUT, de la pregunta siete a la doce.	64

Tabla 10 Distribución de actitudes y prácticas de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años, de la encuesta de ENSANUT, de la pregunta trece a la diecisiete.	68
Tabla 11 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP, (primeras cinco preguntas), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años	69
Tabla 12 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP (de la pregunta seis a la nueve), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años.....	70
Tabla 13 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP, (de la pregunta diez a la trece), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años.....	71
Tabla 14 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP (pregunta catorce a la dieciocho), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años.....	72
Tabla 15: Modelo operativo de la propuesta.....	84
Tabla 16 Evaluación de la propuesta	86
Tabla 17 Variable independiente: conductas alimentarias.....	102
Tabla 18 Variable dependiente: desnutrición crónica infantil	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Porcentaje de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento, 2018.....	21
Ilustración 2 Desigualdades provinciales en la desnutrición crónica, 2012.....	22
Ilustración 3 Categorías Fundamentales	33
Ilustración 4 Distribución de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años según lactancia materna exclusiva	60
Ilustración 5 Distribución de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años según lactancia materna complementaria.....	60

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios y a la Virgen María, por darnos la vida y la salud, por brindarme la oportunidad de continuar con mis estudios superiores.

A mis padres Gualberto e Inés y a mi hermana Katy, quienes siempre han estado a mi lado apoyándome en cada decisión que he tomado, que además confiaron en mí para alcanzar mis objetivos, por el apoyo laborioso para el cuidado de mi hijo pequeño que requería cuidado mientras yo estudiaba.

A mi esposo Gabriel por demostrarme su amor perseverante ante las vicisitudes, por apoyarme en la meta propuesta.

A mi hijo Neydan por ser el promotor de mi vida para esforzarme y seguir adelante, por darme con cada sonrisa un aliento para seguir mirando hacia el horizonte que quiero alcanzar.

Con gratitud y respeto a mis tutores, a quienes les debo los conocimientos adquiridos, gracias a su paciencia y enseñanza.

A los Profesionales del Centro de Salud de Juan Benigno Vela, quienes me abrieron las puertas, para realizar las prácticas pertinentes para la realización del presente estudio; y a los padres y niños de la Parroquia con quienes trabajé y me colaboraron con la información necesaria para el desarrollo del mismo.

Finalmente, un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Escuela la cual me abrió sus puertas, para continuar con mi superación profesional y así culminar con un peldaño más de mi vida.

Andrea Maritza Vargas Calle

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico a mi familia, ya que han estado conmigo en mi larga lucha profesional.

A mis padres Inés y Gualberto y mi querida hermana Katy por estar conmigo a cada instante, por demostrarme que, en los momentos más difíciles, puedo contar con su apoyo incondicional.

A mi esposo Gabriel por su apoyo, su fortaleza y resistencia ante este reto fuerte de continuar con mis estudios superiores.

A mi muy apreciado hijo Neydan, que con la ilusión de forjar un futuro mejor para su vida, me ha incentivado a levantarme, para seguir mirando hacia adelante.

A mis tutores, a mis amigos/as y a todas las personas que no han perdido la fe en mí y que pusieron todo granito de arena, para que en este momento yo me encuentre en este peldaño de mi vida.

Andrea Maritza Vargas Calle

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD/CENTRO DE POSGRADOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA II COHORTE

TEMA:

CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN POBLACIÓN INDÍGENA Y SU RELACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA.

AUTORA: Médica, Andrea Maritza Vargas Calle

DIRECTOR: Médico, Cristian Alexander Corella Galarza, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Aspectos culturales y desnutrición

FECHA: Abril, 2021

RESUMEN EJECUTIVO

A nivel mundial en los países en desarrollo el 25% de la población menor de 5 años presenta problemas de desnutrición (1). La desnutrición aumenta el riesgo de morbi-mortalidad infantil (2). Según la UNICEF (2015) (2), en los niños indígenas prevalece un 42,3% con retardo de crecimiento a diferencia de los otros grupos raciales (3).

Objetivo: Determinar las conductas alimentarias de la población indígena relacionadas con la desnutrición crónica de los niños mayores de 1 año y menores de 5 años de edad en la Parroquia de Juan Benigno Vela.

Métodos: Es un estudio transversal con un diseño mixto. Se recogieron los datos de 30 niños con desnutrición crónica. Se efectuó una entrevista semiestructurada a los padres o cuidadores, sobre los hábitos alimentarios y el conocimiento de la lactancia materna, ablactación entre otros.

Resultados: El 53,3% de cuidadores se encuentran entre 20 y 29 años de edad, la mayoría de sexo femenino y corresponde a la madre del niño. El 66,7% se autoidentificaron como indígenas. El grado de desnutrición crónica según la curva de

crecimiento del AIEPI, se registró que el 76,7% estaba en el percentil -2 y el 23,3% en el percentil -3. Lactancia materna exclusiva recibieron todos los niños. El 73,3% no sabe cuáles son los beneficios de la lactancia materna exclusiva. El 86,7% de niños recibió lactancia materna hasta más de un año de edad. La ablactación o el inicio de la alimentación complementaria se la realizó entre los 6 a 8 meses de edad con el 73,3% y la mayoría empieza la ablactación con “sopa”, tipo líquida, de la dieta familiar.

Palabras clave (5): Conductas alimentarias, desnutrición crónica, desnutrición infantil, indígena, menor de 5 años, padres o cuidadores.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA II COHORTE

THEME:

**FOOD BEHAVIORS IN INDIGENOUS POPULATION AND ITS RELATION
TO CHRONIC MALNUTRITION IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD
FROM THE JUAN BENIGNO VELA PARISH.**

AUTHOR: Medical, Andrea Maritza Vargas Calle

DIRECTOR BY: Doctor, Cristian Alexander Corella Galarza, Specialist in Family and Community Medicine.

LINE OF RESEARCH: Cultural aspects and malnutrition

DATE: April, 2021

EXECUTIVE SUMMARY

Worldwide, in developing countries, 25% of the population under 5 years of age has malnutrition problems (1). Malnutrition increases the risk of infant morbidity and mortality (2). According to UNICEF (2015) (2), 42.3% prevail in indigenous children with growth retardation, unlike other racial groups (3).

Objective: To determine the eating behaviors of the indigenous population related to chronic malnutrition in children older than 1 year and younger than 5 years of age in the Parish of Juan Benigno Vela.

Methods: It is a cross-sectional study with a mixed design. Data from 30 chronically malnourished children were collected. A semi-structured interview was carried out with the parents or caregivers, on the eating habits and knowledge of breastfeeding, ab lactation, among others.

Results: 53.3% of caregivers are between 20 and 29 years of age, the majority female and correspond to the mother of the child. 66.7% self-identified as indigenous. The degree of chronic malnutrition according to the IMCI growth curve, it was recorded that 76.7% were in the -2 percentile and 23.3% in the -3 percentile. All the children

received exclusive breastfeeding. 73.3% do not know what are the benefits of exclusive breastfeeding. 86.7% of children were breastfed for more than one year of age. Ablactation or the start of complementary feeding was performed between 6 to 8 months of age with 73.3% and the majority began ablactation with "soup", liquid type, of the family diet.

Keywords (5): Eating behaviors, chronic malnutrition, child malnutrition, indigenous, under 5 years of age, parents or caregivers.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el 25% de la población menor de 5 años presenta problemas de desnutrición, especialmente en los países que se encuentran en desarrollo (4). Por lo que, uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es poner fin a la malnutrición infantil; sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados, persisten valores importantes de desnutrición (5).

La alimentación en los niños menores de 5 años, es crucial para el desarrollo físico e intelectual, de aquí dependerá su progreso escolar (4). La desnutrición aumenta el riesgo de mortalidad infantil, debido a la predisposición a enfermedades respiratorias y diarreicas, así como la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas. La desnutrición crónica causa disminución del aprendizaje, provocando que los niños se retiren a tempranas edades de la escuela, lo cual conlleva a un menor desenvolvimiento social, con mayores gastos sanitarios para el estado, por baja productividad (4).

La desnutrición infantil, se produce por la carencia de recursos económicos y la falta de accesibilidad a alimentos ricos en nutrientes y vitaminas que ayuden a mantener vidas saludables (6,7). Sin embargo, a pesar de los múltiples programas nutricionales y la ampliación de alimentos complementarios en la dieta infantil, en los países en desarrollo, persiste la desnutrición, lo que produce mayores problemas socio-económicos para el gobierno (4).

La Organización Mundial de la salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) están comprometidos con la ampliación de estrategias y programas para incrementar las prácticas de alimentación para el lactante y el niño pequeño, implementando la comunicación, la promoción e importancia de la lactancia materna y también disminuir el consumo de productos sustitutos a la leche materna (8).

El hambre y la saciedad de los niños son guiadas por los cuidadores, ya que éstos deciden ¿qué?, ¿cuándo? y ¿de qué manera? come el infante; esto se ve influenciado por las creencias y patrones culturales que tiene una comunidad en lo referente a la comida de los niños; además depende de la disponibilidad, de la accesibilidad a los alimentos y del tiempo necesario para darles de comer (9).

Capítulo 1: Aborda el planteamiento del problema con la contextualización, tomando en cuenta la afectación a nivel mundial, en América Latina, ubicando al Ecuador y a la provincia de Tungurahua entre las tasas de desnutrición crónica infantil más prevalentes. Con la respectiva justificación y objetivos del trabajo de investigación.

Capítulo 2: Se describe la fundamentación teórica del trabajo y los antecedentes investigativos realizados previamente sobre el problema de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años. Además, se establece los principales factores de riesgo para el desarrollo de desnutrición.

Capítulo 3: Se establece la metodología de la investigación realizada, así como el tipo de investigación e identificación de la población en estudio.

Capítulo 4: Se registran los resultados realizados, con las curvas de crecimiento del AIEPI, las características de la población estudiada y la exploración realizada mediante la entrevista a los padres o cuidadores de los niños.

Capítulo 5: Se fija finalmente las conclusiones obtenidas del trabajo investigativo y se sugiere recomendaciones para de alguna manera contribuir a la erradicación y/o disminución del problema mundial como es la desnutrición crónica en menores de 5 años.

Capítulo 6: Se recomienda una estrategia para la prevención de desnutrición crónica infantil, con la elaboración de una guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema de investigación:

“Conductas alimentarias en población indígena y su relación con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años parroquia Juan Benigno Vela”.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización del problema

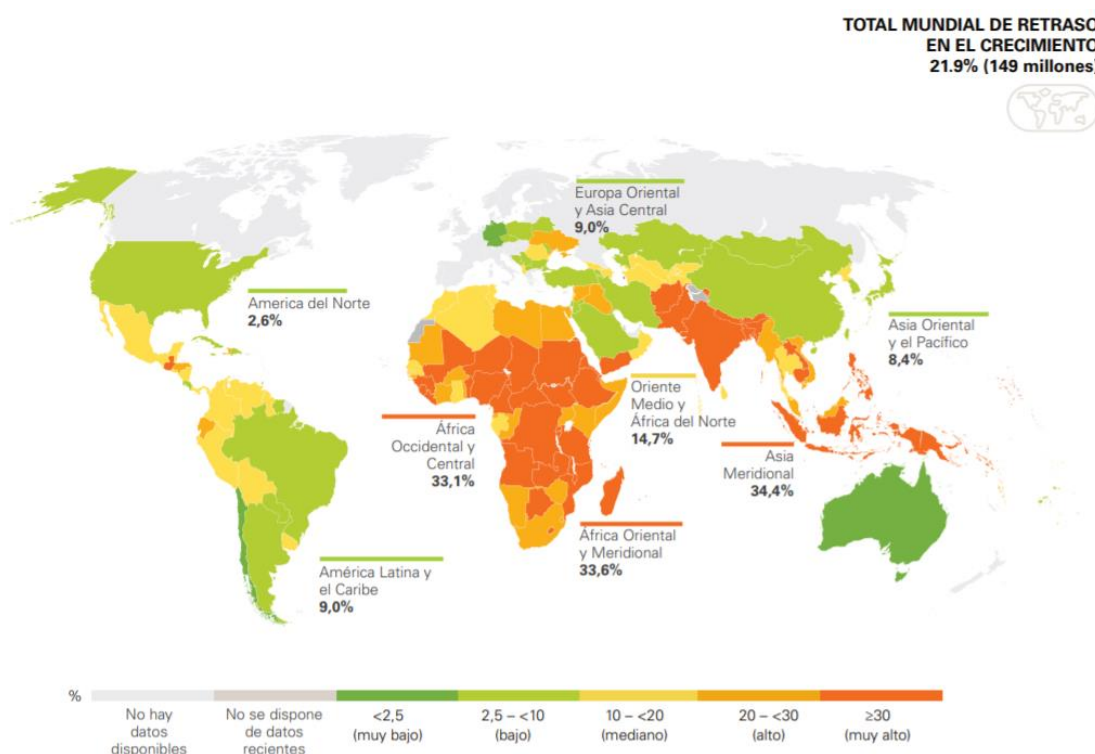
La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que el 45% de las defunciones infantiles están asociadas con la desnutrición; debido a una inadecuada alimentación complementaria, lo que, a su vez, produce un aporte nutricional y calórico insuficiente acorde a la edad y a las necesidades del niño. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015), 1 de cada 3 niños presenta algún problema de malnutrición ya sea por desnutrición crónica, emaciación o sobrepeso (10). Establece que a pesar de haber mejorado en forma general la salud de la niñez, un 15,8% de niños presentan desnutrición crónica, de tal manera que, 1 de cada 4 niños presenta disminución en el desarrollo de la estatura (11). A nivel del mundo el 22,2% de niños entre 0 a 59 meses presenta retraso del crecimiento, es decir 150,8 millones de niños (12,13).

En la región de las Américas en el 2016, el 9,5 % de niños aquejan de desnutrición crónica (14). Según el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y la UNICEF, en América Latina la desnutrición crónica aqueja a aproximadamente el 16% de infantes menores de cinco años (9 millones), a la cual por las condiciones de miseria en las que subsisten, se agrega a esta cifra 9 millones más de niños con alto riesgo de desnutrirse (15).

En México, los infantes menores de 5 años que sufren desnutrición crónica son alrededor de 1,5 millones (16). A nivel de América Latina. 4,8 millones de niños menores de 5 años, presentan retraso en el crecimiento (10). Según la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura, registra que Guatemala es el país con mayor desnutrición infantil crónica con una tasa de 46,5%, luego le sigue

Ecuador con el 25,3%, en tercer lugar Honduras con 22,6% y Colombia con el 3,2% (17). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU 2018), en el Ecuador el 8,08 % de la población pertenece a la etnia indígena, siendo el grupo más pobre del Ecuador, lo que conforma un factor de riesgo para el predominio de desnutrición crónica dentro de esta población (18–20).

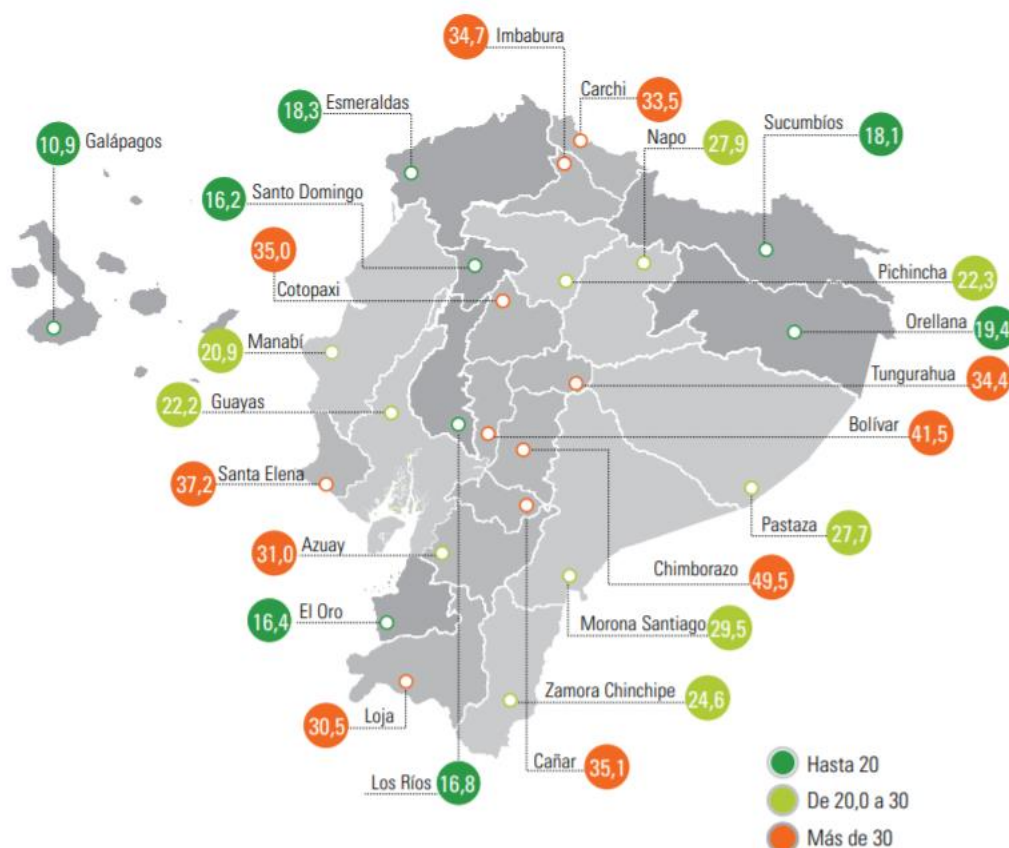
Ilustración 1 Porcentaje de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento, 2018



Fuente: UNICEF/Organización Mundial de la Salud/Grupo del Banco Mundial, Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, edición de 2019 (10).

En Ecuador, los programas establecidos para la primera infancia, aún son deficientes, puesto que persisten índices altos de desnutrición crónica, especialmente en poblaciones rurales pertenecientes a la etnia indígena (19). De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2014) realizada en el Ecuador, la desnutrición con baja talla representa el 13.6% de niños (21); por lo que, a pesar de las estrategias utilizadas, se deben implementar más estudios y programas en promoción y educación sobre alimentación saludable, para padres de familia y cuidadores (22); ya que continúa siendo alto el índice de desnutrición en menores de cinco años.

Ilustración 2 Desigualdades provinciales en la desnutrición crónica, 2012



Fuente: ENSANUT, 2012
 Elaboración: OSE, 2018 (23)

En los niños indígenas prevalece un porcentaje de 42,3% de infantes, con retardo de crecimiento a diferencia de los otros grupos raciales. Según ENSANUT la desnutrición crónica es casi el doble en infantes indígenas que en mestizos (42.3% vs 24.1%), así mismo prevalece este 42% en el 2012 y 49% en el 2014 (23). Las provincias más afectadas con desnutrición crónica infantil son: Morona Santiago (43,9%), Chimborazo (43,7%), Santa Elena (40,7%), Bolívar (40,4%), Pastaza (35,1%), Carchi (34,9%), Cotopaxi (34,0%), Tungurahua (33,3%) y Azuay (31,5%) (5).

Así también la desnutrición crónica tiende a aumentar mientras menor es el nivel económico, predominando la desnutrición en un 36,5% de la población que se encuentra en el quintil uno, en contraste con las personas que se localizan en el quinto quintil que es de 13,8%. Igualmente, disminuye el porcentaje cuando se amplía el nivel de educación de la madre de 38,8% a 15,4% (3).

Según ESANUT 2012, al mes de vida el 52.4% de los niños se nutrieron con lactancia materna exclusiva; a los 2 a 3 meses de edad este número bajó a 48% y entre los niños de 4 a 5 meses, llegó a 34.7%. Lo que significa que uno de cada dos recién nacidos se alimentó con lactancia materna exclusiva. Los niños a partir del año que continuaron con lactancia materna fue del 58.5% de niños, sin embargo el 18.9% de los niños de 20 a 23 meses de edad prolongaron la lactancia materna hasta los 2 años (21). Lo que hace referencia que no se cumple con la norma del OMS que recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia materna continua hasta los 2 años de edad.

En el Ecuador el 58,9% de los infantes del área rural se alimentan con leche materna y en el sector urbano un 35,9%. Un 77% de mujeres indígenas amamantan a sus hijos hasta los 5 meses de edad. De igual manera los pequeños de 12 a 15 meses que continúan con la lactancia materna son de 70,5% en el sector rural a diferencia del sector urbano 52,9%; lo que significa que la recomendación de OMS no se está cumpliendo, porque la mitad de los niños no se alimentan con leche materna. Además, el 50% de niños recién nacidos son alimentados con otros líquidos, y un 72% de los niños entre 5 a 6 meses ya consumen otro tipo de alimentos, siendo la leche de fórmula, entre los principales productos. Estos datos reflejan que la falta de educación que presentan los cuidadores, contribuye a la desnutrición en este el período, en el que los niños se habitúan a nuevas estructuras, olores y sabores, alterando a su vez los hábitos saludables del niño (3).

Según la OMS 2017, son escasos los menores que reciben alimentación complementaria segura y adecuada; en varios países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para la edad (24).

En la provincia de Tungurahua el 20,34% de los niños menores de 5 años presenta baja talla para la edad, el 15,28% en Ambato y el 19,05 en la parroquia de Juan Benigno Vela; en lo referente al bajo peso en Tungurahua existe 6,52%, Ambato 5,48% y en la parroquia 3,57%, de acuerdo al registro de SIVAN 2013- 2014.

Tabla 1 Porcentaje de baja talla y peso bajo en la provincia de Tungurahua

Niños entre 0 a 59 meses de edad	Tungurahua	Ambato	Juan Benigno Vela
Baja talla	20.34%	15,28%	19,05%
Bajo peso	6,52%,	5,48%	3,57%

Fuente: SIVAN (2013 - 2014) Ministerio de Salud Pública

1.2.2 Análisis Crítico

Un mayor conocimiento de las prácticas saludables y la diversidad en la alimentación ayudará a evitar la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años (25). Según la UNICEF una buena alimentación depende de tres factores establecidos: la comida, la salud y el cuidado, estas se interrelacionan entre sí y una depende de la otra, para obtener un desarrollo infantil adecuado (26).

La educación de los padres influye en el estado nutricional de los niños, los cuidadores con menor conocimiento sobre alimentos saludables, tienen más tendencia a tener hijos con retraso de crecimiento y bajo peso (27); por este motivo, desde la ablactación se debe implementar un programa de alfabetización nutricional implementada para los padres o cuidadores del infante (28).

En la etapa de conversión de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, la complementación de la lactancia hasta los dos años y la incorporación a la dieta familiar, es trascendental para el desarrollo nutricional del niño, por lo que es imprescindible elegir alimentos ricos en micronutrientes; éstos deben ser los adecuados y necesarios para la edad del niño, mantener la frecuencia de los mismos y evitar productos carentes de nutrientes como son las golosinas, dulces y comida chatarra (29).

Durante el primer año de vida hay un crecimiento acelerado con altos requerimientos nutricionales; en esta edad, se desarrollan las diferentes habilidades orales, motoras y digestivas de los niños; por lo tanto la dieta y comportamiento alimentario atraviesan por grandes transiciones (9,30); está demostrado que la diversidad en la dieta de los

niños, tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados, previenen alteraciones en su estado nutricional (31).

Los primeros 2 años de vida representan la edad ideal para promulgar buenos hábitos alimentarios, que incluye una adecuada alimentación durante el embarazo, el amamantamiento precoz durante la primera hora de vida y la continuación de la lactancia materna durante los primeros 6 meses, además complementar esta alimentación con una dieta adecuada para la edad; promoviendo a su vez, la disminución de la tasa de morbi-mortalidad infantil (32).

En el sector de Juan Benigno Vela, se observa una persistencia de desnutrición crónica infantil, lo que acarrea problemas de aprendizaje y mayor frecuencia de enfermedades fundamentalmente infecciosas por fragilidad inmunológica, afectando a la salud en el futuro del niño, teniendo como consecuencia mayores gastos al estado, por baja productividad y por aumento de la demanda en el consumo sanitario. Por cuanto se estudió la relación que existe entre las conductas alimentarias de los padres o cuidadores sobre la presencia de desnutrición crónica en los niños.

1.2.3 Prognosis

La desnutrición crónica produce complicaciones a largo plazo, dentro las cuales se menciona: la mayor frecuencia a enfermedades infectocontagiosas, porque disminuye la inmunidad del niño, también se reduce el desarrollo intelectual del pequeño, provocando bajo rendimiento escolar y a su vez baja la productividad en esta población. Por cuanto no se soluciona este problema a futuro, habrá mayor prevalencia de estos delimitantes, que provocan alteraciones en la salud de la vida adulta de estos niños. Así también se observa que algunos niños, en los cuales sus padres persisten con las mismas prácticas alimentarias deficientes de antaño que no benefician a los niños, perjudicando en su estado nutricional. Por tanto, radica la importancia de trabajar en la educación de los padres de los niños indígenas menores de 5 años, para mejorar su estado nutricional y sus probables complicaciones.

1.2.4 Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre la desnutrición crónica en niños indígenas menores de 5 años y las conductas alimentarias de los padres, de la parroquia Juan Benigno Vela?

1.2.5 Interrogantes

1. ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años en la parroquia de Juan Benigno Vela?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres o cuidadores de los niños con desnutrición crónica mayores de 1 año y menores de 5 años de edad?
3. ¿Cuáles son las conductas alimentarias de los padres con los niños mayores de 1 año y menores de 5 años con desnutrición crónica en la parroquia de Juan Benigno Vela?

1.2.6 Delimitación del problema de investigación

Campo: Pediatría

Área: Promoción y prevención de salud

Aspecto: Conductas Alimentarias y Desnutrición Crónica

Línea de investigación de la UTA: Aspectos culturales y desnutrición.

Delimitación geográfica: Parroquia Juan Benigno Vela; comunidades de San Luis, San Miguel y Pataló Alto.

Delimitación temporal: Agosto 2019 - Agosto 2020.

Temática: Conductas Alimentarias y Desnutrición Crónica Infantil.

1.3 Justificación

De acuerdo a la Asamblea General Organización de las Naciones Unidas en el 2016, decretó una resolución, que habla sobre el Decenio de Acción de la Organización de Naciones Unidas (ONU 2016-2025), en la que el principal objetivo es “erradicar la desnutrición en todo el mundo, garantizando una ingesta de alimentos no sólo suficiente sino de calidad a toda la población, especialmente a los niños” (22).

A nivel de América Latina, el Ecuador se encuentra entre las tasas de desnutrición crónica más preocupantes, a pesar de la implementación de diversos programas de nutrición por el Ministerio de Salud Pública (33). Entre las estrategias implementadas por el gobierno se encuentran los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de los cuales 7 de ellos se relacionan con la salud y la alimentación: “1) fin de la pobreza, 2) hambre cero, 3) salud y bienestar, 6) agua limpia y saneamiento, 10) reducción de desigualdades, 11) ciudades y comunidades sostenibles y 12) producción y consumo responsables” (24). Entre las metas planteadas por los países incluidos en la Organización Mundial de la Salud, como en el Ecuador, se plantea para el 2025 disminuir a un 40% el retraso de crecimiento en niños menores de 5 años, reducir el 30% de bajo peso al nacer, mantener por debajo del 5% la emaciación en los niños pequeños e incrementar al 50% la tasa de lactancia materna exclusiva, todos estos encaminados a disminuir la tasa de desnutrición infantil en el Ecuador (24).

El gobierno del Ecuador siempre ha estado preocupado por disminuir los problemas de desnutrición, evidenciándose desde los años 90 la aplicación de varios proyectos como: el Programa Integrado para el Control de las Deficiencias de Micronutrientes (1995), Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN 1996), Ley de Maternidad Gratuita (1999), Programa Aliméntate Ecuador y Operación Rescate Infantil (2007), Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI 2009), Desnutrición Cero (2010) y actualmente el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE 2018- 2025), todos estos encaminados a reducir la desnutrición, sin embargo este sigue siendo un problema (24). Además el último programa que está en vigor, llamado Misión Ternura, cuyo objetivo primordial es el “impulsar el desarrollo infantil integral, a través del diseño e implementación de mecanismos de política pública y coordinación interinstitucional, nacional y local”,

este trabajo está diseñado para los infantes menores de 5 años de edad, principalmente durante los primeros 1000 días (34).

El estado nutricional de un niño menor de 5 años depende directamente de la alimentación y está proporcionada por su cuidador; una adecuada alimentación garantiza que el niño alcance todo su potencial, en relación a su crecimiento, a su salud y a su desarrollo en general (24). Está establecido que la mala alimentación se encuentra íntimamente relacionado con un aporte insuficiente de alimentos, por menor contribución de micronutrientes y vitaminas necesarias en la dieta (20).

Los infantes con una buena alimentación desde edades tempranas, pueden obtener peso y talla óptimas en cualquier lugar del mundo; es importante detectar en una fase temprana alteraciones del estado nutricional como la desnutrición crónica, para intervenir de forma oportuna en esta época y evitar complicaciones en el futuro (35). La desnutrición trae como consecuencia un bajo rendimiento escolar, físico y mental, causado por, malos hábitos alimentarios y por ausencia de nutrientes esenciales para el desarrollo del niño. En consecuencia, los trabajadores de la salud deben promover conductas saludables desde la infancia, para prevenir problemas durante el desarrollo de toda su vida (36).

La desnutrición desde el embarazo, eleva la probabilidad de restricción de crecimiento intrauterino, así como también, que un niño nazca con restricción de peso al nacer, contribuyendo a la desnutrición crónica; lo que provoca en el niño complicaciones para toda su vida (16). El retraso del crecimiento abarca a la desnutrición crónica (37), observándose que uno de cada cuatro niños, presenta retraso de crecimiento a nivel mundial. Originando un deterioro en el desarrollo intelectual, por falta de una alimentación adecuada, rica en micronutrientes y vitaminas (4). Tomando en cuenta que durante los primeros años de vida, se establece el desarrollo neuronal aditivo y el perfeccionamiento físico y mental; estos factores finalmente conllevarían a conflictos de malnutrición durante el resto de la vida del niño (38).

Una práctica correcta de alimentación, constituye la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuada hasta los 24 meses de edad, una alimentación complementaria y de alta calidad desde los 6 meses hasta los 2 años de edad, incluyendo el aporte de

micronutrientes como: la vitamina A y el zinc reduciría la malnutrición, así como los trastornos que esta produce (38).

Existen varios factores socioculturales y económicos, para la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años; como son el analfabetismo de las madres, la pobreza, la falta de accesibilidad a los alimentos, un mayor número de hijos, control de salud ineficaz; además es importante tomar en cuenta que, las cifras de desnutrición infantil, casi se duplican en poblaciones rurales e indígenas (28,39).

El estado biopsicosocial del niño como la funcionalidad de la familia también establece un factor predominante en la mal nutrición del niño, que depende de la permanencia de la madre en casa, principalmente para la preparación de alimentos y también el nivel educativo de los padres, porque un niño sano requiere libertad, amor y protección de sus padres (35).

Por lo anterior manifestado, resulta importante establecer los factores que predisponen a la desnutrición crónica infantil, para desde la atención primaria estructurar las medidas de prevención y promoción en alimentación infantil deficiente, con el fin de erradicar este mal, que puede ser prevenible. Por lo tanto, este estudio ayudará a esclarecer los motivos y/o factores por los cuales, a pesar de las múltiples estrategias implementadas por el Ministerio de Salud, en la parroquia Juan Benigno Vela persiste una población infantil con desnutrición crónica, indagando los hábitos alimentarios que tiene esta población; lo que a su vez me ayudará en lo personal a formar un trabajo de estudio e investigación para conseguir mi título en cuarto nivel de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar las conductas alimentarias de la población indígena relacionadas con la desnutrición crónica de los niños mayores de 1 año y menores de 5 años de edad en la Parroquia de Juan Benigno Vela.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar según variables sociodemográficas a los padres o cuidadores de los niños con desnutrición crónica
- Identificar el grado de desnutrición crónica de los niños mayores de 1 año y menores de 5 años de edad en la población de Juan Benigno Vela.
- Identificar las conductas alimentarias de los padres o cuidadores para los niños menores de cinco años con desnutrición crónica.
- Establecer la relación entre las conductas alimentarias y la desnutrición crónica de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

La desnutrición crónica repercute en toda la vida del individuo, provoca mayor riesgo de morbi- mortalidad prematura en niños menores de 5 años, a largo plazo produce menos capacidad de aprendizaje, bajo desempeño laboral, contribuyendo a mayores gastos económicos tanto como para la familia como para la colectividad; esto manifiesta en un estudio (2015) sobre “Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú” (40). Donde se recogieron datos de 334 niños menores de 5 años, que pertenezcan a familias residentes en la región natural Selva y su idioma es lengua nativa; se estableció como desnutrición crónica los valores Z para el indicador talla para la edad < -2 DS según la OMS. Se identificó su situación socio-demográfica como: sexo y edad del menor, educación de la madre, zona de residencia, nivel económico, servicios básicos, si el niño presentó diarrea o tos, durante las dos últimas semanas; y tratamiento antiparasitario los últimos seis meses. Se concluyó que la desnutrición crónica infantil es engrandecida en niños de familias indígenas. A pesar de las estrategias gubernamentales realizadas no se ha logrado disminuir su prevalencia, sin embargo, también existe carencia de servicios básicos. La erradicación de la desnutrición es imprescindible ya que afecta a la salud, a la educación y a la economía nacional. Por lo cual es necesaria una intervención que favorezca el sistema sanitario de los niños que viven en situación de incertidumbre y exclusión en la población indígena (40).

Se realizó un subanálisis, en el 2016, de los “Determinantes de la Desnutrición Crónica de los Menores de Tres Años en las Regiones del Perú, de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000” donde se registra que la desnutrición crónica impresiona un 17.9% (según patrón NCHS Centro Nacional de Estadística de Salud, por sus siglas en ingles) de los niños menores de cinco años del Perú; provocando en el niño menor capacidad inmunológica, lo que contrae, mayor riesgo de sufrir enfermedades diarreicas y respiratorias, siendo estas causas de muerte infantil; además, pueden afectar a su desarrollo, complicando su rendimiento escolar. Centralmente como causas inmediatas está, el consumo inadecuado de nutrientes,

relacionado con la lactancia materna y alimentación complementaria; y la presencia de enfermedades infecciosas. Entre las causas subyacentes, se refieren al saneamiento y servicios de salud, acceso a alimentos y el cuidado madre del niño, en la que se distingue principalmente a la educación de la madre. Dentro de las causas básicas de desnutrición se habla del ambiente sociocultural, la pobreza, la ocupación del jefe del hogar y la etnia indígena. Estudiándose estos factores en 6070 niños menores de 3 años; concluyendo que una de las acciones debe ir encaminadas hacia las madres de los niños y al acceso a los servicios de salud. Los componentes agrupados más relevantes fueron: formación de la madre, controles de crecimiento del niño, controles prenatales, parto institucional, peso al nacer y número de hijos (41).

2.2 Fundamentación Fisiológica

El vigente trabajo de investigación tiene un paradigma crítico propositivo, puesto que se describen factores socioculturales, referentes a las conductas alimentarias que poseen los padres o cuidadores de los niños pequeños, en relación con la desnutrición crónica. Es propositivo porque con este estudio se busca identificar los factores que influyen en la prevalencia de desnutrición crónica infantil para buscar nuevas estrategias de solución al problema.

2.3 Fundamentación legal

El estado garantizará mediante los derechos del Buen Vivir un estilo de vida pleno para los niños y niñas, de tal manera que:

La Constitución de la República del Ecuador (2008) estipula en el capítulo II sobre los Derechos del Buen Vivir, Sección Primera, Agua y Alimentación: Art.13.- “Las personas y colectividades tienen el derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales” (34,42).

Sección quinta. Niños, niñas y adolescentes: Art. 45.- “Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación” (42).

La ley Orgánica de Salud (2006), señala: Libro I. De las acciones de salud. Título I

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” (43).

2.4 Categorías fundamentales

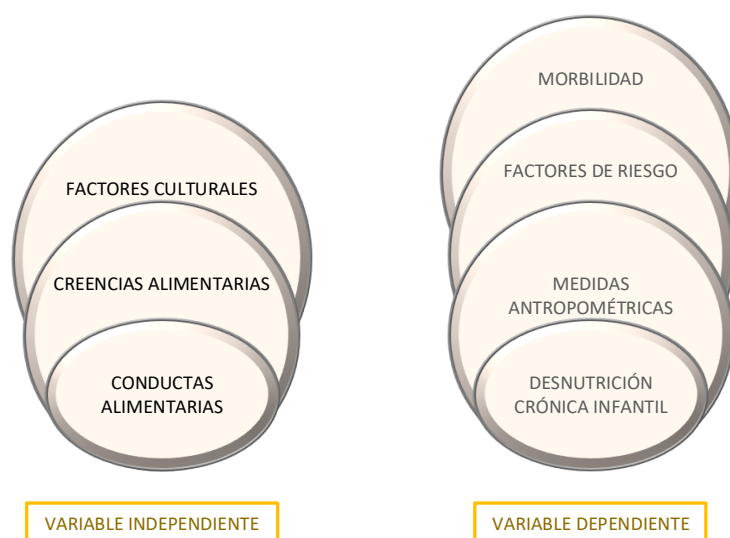


Ilustración 3 Categorías Fundamentales

Elaborado por: Andrea Vargas

Conceptualización de las variables

2.4.1 Conductas alimentarias

Las conductas alimentarias se refieren al comportamiento normal, que involucran los hábitos de alimentación, la elección de alimentos que se introducen al organismo, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas (44). En el hombre la forma de alimentarse, las preferencias y rechazos hacia ciertos alimentos están condicionados por el aprendizaje y sus experiencias vividas durante la infancia. Antes de los 5 años el niño agrega la mayoría de hábitos y prácticas relacionadas con la alimentación (44).

Los hábitos alimentarios, son eventos rutinarios y conscientes que difieren de un individuo a otro. Además incluyen las formas de comportamiento y obedecen a varios

factores como: el agrado por los alimentos, la accesibilidad de los alimentos, la cultura de la familia y determinados mitos y creencias de cada comunidad (45).

Las prácticas nutricionales, son expresiones frecuentes de conductas personales y/o combinadas, que contestan a las preguntas qué, cuándo, cómo, con quién, dónde, con qué, comen los seres humanos (46). Las prácticas alimentarias constituyen uno de los principales determinantes de la salud, porque establece al menos un 60% del estado de salud, que presenta cada sujeto e influyen en su prevención y promoción (47).

2.4.2 Antropología de la Alimentación

Hace 4 millones de años los antepasados se alimentaban fundamentalmente con raíces, plantas, bichos, carroña y la caza; los cambios de la vegetación crearon la necesidad en el ser humano de transformar su caminar a dos pies y la utilización de las manos para capturar los alimentos. Además, con la invención del fuego cambia la asimilación de los alimentos y en el futuro se crean diferentes técnicas para prepararlos (48).

Las conductas alimentarias forman parte del ajuste fisiológico del organismo en busca de cubrir las necesidades de energía y nutrientes; que están moduladas inicialmente por los actos instintivos del homo sapiens y posteriormente configurada a la adaptación de la familia; dependiente de la época estacionaria, la accesibilidad y a los favoritismos al momento de escoger los alimentos (47).

La alimentación se la estudia de forma antropológica desde mediados del siglo XX, donde nace la duda de investigar que alimento es comestible y cuál no, a lo largo de la evolución, así como también las diferentes formas de preparar los alimentos y las costumbres adquiridas de cada pueblo (49).

La alimentación sin duda forma parte de la identidad misma del pueblo indígena, por lo que se implementó la agricultura, la cacería, la pesca y la cosecha; en busca de encontrar solución al hambre. El consumo de alimentos de las comunidades indígenas forma parte del apetito, de las costumbres y conductas que se relacionan con sus creencias en torno a la naturaleza, lo que exige una organización acorde a sus enfoques culturales, sociales y biológicos; por lo tanto requiere una interacción multidisciplinaria e interdisciplinaria (50). El gobierno debe garantizar igualdad en toda la población, en el que las personas más necesitadas tengan acceso a alimentos

culturalmente aceptados, adecuados, variados y nutritivos para el correcto desarrollo del individuo (51). La población indígena en general tiene poca preferencia por los productos cárnicos, lo que les hace predisponentes a desnutrición crónica (52).

La alimentación del hombre ha sido influenciada por el folklore de cada pueblo, involucrando a las creencias religiosas, cuestiones político-económicas; por las costumbres de la comunidad y las modas, que últimamente son influenciadas por los medios de comunicación (53).

Las preferencias alimentarias del niño están basadas en “la familia como un grupo primario en el aprendizaje de hábitos, costumbres, normas y valores que ubican la alimentación como un mediador de las prácticas de socialización” (54). Las practicas alimentarias se han ido heredando de una persona a otra por las costumbres o la cultura de cada familia por lo tanto representa el primer escalón de aprendizaje del niño (55).

2.4.3 Cosmovisión Andina y creencias alimentarias

La cosmovisión Andina habla sobre la relación que hay entre el mundo y el hombre, por lo que está íntimamente unido al *sumak kawsay* o buen vivir, donde persisten las costumbres y tradiciones de cada pueblo, es la forma de concebir al mundo (56). De aquí nace el término *Pacha mama* que admite a la tierra como un todo, parte del surgimiento de la interacción con la naturaleza (56).

La alimentación es fundamental para mantener una buena salud, los modelos de alimentación del conjunto de personas se ajustan al medio donde habitan, puesto que están en torno al ambiente, al clima y a la orografía, van a depender de la flora y fauna que se aprovechan como alimento para las sociedades. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO), los pueblos indígenas tienen mayor riesgo de inseguridad alimentaria y malnutrición que otras poblaciones, puesto que presentan mayor grado de pobreza, menos disponibilidad de recursos y por lo tanto utilizan alimentos más baratos y con mayor nivel de procesamiento (57).

Los pueblos indígenas del Ecuador desde hace miles de años han luchado por la usurpación de las tierras durante la época republicana y colonial. Lo que produjo la conformación de la primera Ley de Reforma Agraria, a partir de aquí se conforman los *huasipungos*, durante la cual hubo una discriminación a la población indígena, ya que,

se entregaban tierras casi inservibles para el cultivo. La *Pacha Mama* constituye un alto valor espiritual para el pueblo indígena, porque conforma la convivencia con la naturaleza; donde los animales, el agua y la vegetación envuelven la vida (58); esto ha permitido la conservación de la tierra, mediante el descanso de las siembras y el tiempo de cultivo. Hay una íntima relación entre el ser humano, la madre tierra y el pueblo, lo que forjó una serie de ceremonias, mitos y formas de distribución social (59).

El Ecuador está conformado por una gran variedad de pueblos y nacionalidades indígenas, cada uno con distintas tradiciones y costumbres, así mismo cada grupo cultural mantienen mitos y creencias ancestrales de alimentación. El escenario alimentario de los pueblos indígenas se relaciona con la defensa de sus derechos culturales; que se basan en la perpetuación de sus tradiciones, el idioma, la tenencia de la tierra, el territorio, los medios de vida y la autonomía de sus leyes. La obtención de alimentos para el autoconsumo se corresponde con el modelo de desarrollo, lo que robustece los patrones culturales y se apega al logro de demandas como pueblos indígenas (60). A nivel rural en la Sierra del Ecuador, la alimentación se basa en carbohidratos como papas y harinas, que tienen bajo aporte en micronutrientes y en general existe un menor consumo de carnes (33).

2.4.3 Factores que influyen en los hábitos alimentarios

Cuando el niño nace la alimentación depende básicamente de la madre o su cuidador, son ellos los que proporcionan una dieta y deciden qué comer, va encaminada a sus preferencias y costumbres. Por esta causa se habla de “un gusto de necesidad”, quiere decir, que los hábitos alimentarios están influenciados, no solo por el gusto o satisfacción de un individuo, sino también por la disponibilidad a los alimentos que integra la familia a la dieta (32).

Factores culturales: El estilo de vida de las comunidades indígenas dependerá básicamente de las tradiciones y creencias culturales, estableciéndose determinados tipos de malnutrición. Además, la transculturización que ha padecido esta población aumenta las alteraciones nutricionales de los niños en su proceso de crecimiento (61).

La lactancia materna es primordial para el correcto desenvolvimiento del niño, influye en su crecimiento, aumenta el sistema inmune ante las infecciones, incide en el

desenvolvimiento psicológico y en la vinculación madre e hijo. Por tal motivo la OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y otras organizaciones gubernamentales promueven campañas de lactancia materna exclusiva, durante los primeros 6 primeros meses de vida y su promulgación hasta los 2 años de edad (62,63).

Factores económicos: La pobreza está relacionada con varias particularidades, donde los pueblos se cohiben de ciertos materiales, como: la falta de vestimenta, carencia de servicios básicos, la adquisición de alimentos inapropiados, la accesibilidad a los servicios de salud y el bajo nivel educativo son condiciones que rodean a las personas con bajos recursos económicos (61). En los hogares en los que disminuye la tasa salarial, disminuye el consumo de determinados productos ricos en nutrientes, principalmente cárnicos, pescado, lácteos y algunos vegetales y frutos. Al momento de adquirir los víveres comparan precios y adquieren insumos insalubres (47). Además la incorporación de la mujer al trabajo laboral, en busca de mayores aportes económicos para el hogar, influye en la dieta del niño, al ausentarse en el momento de servir los alimentos en la mesa o a su vez busca alimentos poco saludables y rápidos de preparar (22).

Factores sociales: La variedad de alimentos obedece a una perspectiva socio cultural, debido a que está relacionada con la elaboración, distribución y el gasto de los productos. Ofreciendo diferentes alternativas en el contexto social, pues, varían por los honorarios, los sectores, el trabajo, la educación, el acceso a los mercados y la conformación del número de hijos que hay en cada hogar (64). El ser humano desde la época de los primates, da valor a sus hijos, proporciona soporte mutuo y jerárquico, fortaleciendo la solidaridad durante las reuniones en la comida, estableciéndose la aseveración de que “quienes comen y beben juntos establecen lazos de unidad” promulgando las formas sociales (48).

Factores geográficos: En el Ecuador existe una gran diversidad de flora y fauna lo que permite obtener una gran diversidad de alimentos en los pueblos. Una adecuada nutrición, depende de la producción agropecuaria de productos que van de acuerdo a la zona y su escasez dependerá del tipo de tierra, y del cultivo de frutas, verduras y hortalizas (65). Además, la distancia de los centros de salud, para el control del estado nutricional del niño, perjudica el Control Prenatal y el Control de Niño Sano, para la

prevención de estados de malnutrición y obstaculiza el mantenimiento de condiciones óptimas de salud en el individuo.

Factores religiosos: La alimentación está ligada a lo espiritual, de modo que, en cada culto existen diferentes costumbres que van encaminados a las creencias, tomando como principio la existencia de alimentos consagrados y alimentos prohibidos: por el temor a la existencia del más allá, donde se castiga lo malo y se premia lo bueno; sin embargo, en todos los grupos se instauro el ayuno y el compartir con los hambrientos y se fomenta la oración durante la comida (47).

La alimentación depende de los mitos y creencias de cada pueblo, en cada religión existen días festivos en donde se prohíbe o prepara platos (47); como es el caso de los evangélicos, donde se restringe el consumo de alcohol, café y carne de ciertos animales como el cerdo. Los mormones no comen café, ni bebidas alcohólicas. Además se incluyen tradiciones de acuerdo a festividades, como en los católicos, que no ingieren productos cárnicos en la época de Cuaresma y Semana Santa, donde se realiza la típica Fanesca; en la Navidad se incluyen alimentos como el pavo, el pan y otros alimentos (58).

Factores Educativos: Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) se debe instruir a todas las personas acerca de las conductas alimentarias, especialmente al momento de escoger dietas saludables, ya que esto repercutirá en la presencia o no malnutrición. La educación a los padres sobre alternativas dietéticas, repercute sustancialmente en la buena alimentación de los niños. De esta forma se destruyen mitos y creencias alimentarias, se estructuran las producciones agropecuarias, se estandarizan productos a nivel de industrias con requerimientos nutritivos, se priorizan los alimentos que influyen en el consumo por la publicidad y comercialización, obteniéndose de tal forma una dieta apropiada para toda la familia (35).

Factores Psicológicos: Cada individuo al momento de elegir un alimento, debe tener un equilibrio emocional para disponerse a nutrir; con un entorno agradable, con la familia o en forma grupal, puesto que, el estado de ánimo y

autoestima influyen al momento de ingerir y preparar los alimentos; cuando existe alguna alteración, aparecen los trastornos psicológicos relacionados con las conductas alimentarias (47).

2.4.4 Los Alimentos

Los alimentos son sustancias de origen animal, vegetal o artificial, los mismos que deberían ser idóneos para la utilización del hombre y que contribuyen con las vitaminas, minerales y calorías, indispensables para que el cuerpo crezca y se desarrolle adecuadamente (66,67). Por su principio activo los alimentos se catalogan de la siguiente manera:

Tabla 2 Principio activo de los alimentos

Origen Vegetal	Origen Animal	Origen Mineral
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verduras ▪ Raíces ▪ Frutas ▪ Cereales ▪ Leguminosas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carnes ▪ Leche y derivados ▪ Huevos ▪ Mariscos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sal ▪ Agua

Fuente: Rodríguez E. Guía de capacitación en alimentación y nutrición para docentes y comités de alimentación escolar. 2016 (66).

La alimentación, es la acción de abastecerse de comestibles. El comer y beber es parte de la vida diaria; se lo realiza con el fin de saciar el hambre y para poder realizar las actividades rutinarias (66). La nutrición, en cambio, es la forma en que el organismo aprovecha los nutrientes para adquirir un desarrollo y crecimiento óptimo; para evitar enfermedades y mantener una vida saludable. Este proceso encierra la digestión, la absorción, la asimilación y la nutrición de los alimentos (66).

Dentro de los alimentos encontramos a los macronutrientes, que a excepción del agua proveen de energía al cuerpo, como son: las grasas, proteínas y carbohidratos. Las calorías son indispensables para el crecimiento, reparación y desarrollo de nuevos tejidos, conducción de impulsos nerviosos y regulación de procesos corporales (68).

Los carbohidratos, producen la mayor fuente de energía y componen las reservas de energía del organismo. Se clasifican en: azúcares, almidón y fibra. La glucosa es fundamental para el correcto funcionamiento del cerebro, cuando existe consumo excesivo se deposita en el hígado (glucógeno) (68). Las grasas, se utilizan en la

producción de esteroides y hormonas; se aprovechan como solventes para las hormonas y las vitaminas liposolubles; proveen la mayor parte de calorías. La grasa extra acumulada en el tejido adiposo se quema cuando el organismo ha gastado la energía de los carbohidratos. Las proteínas, producen aminoácidos e instauran la estructura celular, por lo que son las últimas reservas musculares en ser utilizadas, conocido como emaciación (68). El agua es el principal elemento de los fluidos corporales. El organismo requiere de este componente en mayor cantidad; transporta además nutrientes a las células y ayuda a la eliminación de desechos por la orina; regula la temperatura del cuerpo y la armonía iónica de la sangre; es fundamental en el funcionamiento metabólico adecuado, la lubricación y la amortiguación (68).

Los micronutrientes, son los minerales y vitaminas; el cuerpo necesita de estos en pocas cantidades, sin embargo, son indispensables para un correcto funcionamiento del organismo y son los principales facilitadores para la activación de las reacciones químicas (68).

Las vitaminas colaboran en el metabolismo del cuerpo (crecimiento y desarrollo) y regulan la función celular. Se dividen en dos tipos: vitaminas liposolubles (solubles en grasa), cuando se producen en demasía, se acumulan en el tejido adiposo; forman parte de éstas las vitaminas A, D, E y K (se localizan en vegetales de hoja verde, leche y productos lácteos y aceites vegetales). Y las vitaminas solubles en agua, que se eliminan en la orina, por cuanto es necesario un consumo repetido de las mismas, aquí se encuentran la vitamina B (se localizan en la hoja verde) y la vitamina C (se halla en las frutas cítricas) (66).

Los minerales están en forma ionizada en el organismo. Se clasifican en macro-minerales (calcio, potasio, hierro, sodio y magnesio) y micro-minerales o minerales traza (cobre, zinc, cobalto, cromo y fluoruro); generalmente son cofactores indispensables para la función de enzimas en los tejidos (66).

2.4.5 Fisiología del apetito

La niñez es la época crucial para el establecimiento de la nutrición adecuada, de modo que en esta edad se afianzan las guías y comportamientos de las conductas alimentarias; debido al rápido desarrollo y acoplamiento a nuevas tendencias

nutricionales, que van de acuerdo a la edad del niño (15). El proceso de alimentarse inicia con el apetito, por lo que la fisiología del apetito comprende tres estados, el hambre, la satisfacción y la saciedad; que a su vez están influenciados por estímulos neuronales y hormonales, dados especialmente por el hipotálamo (69). El hambre es la necesidad fisiológica de ingerir alimentos, el apetito es el deseo psicológico de comer y se relaciona con las sensaciones y la saciedad es la sensación de plenitud (69). Es trascendental saber que cuando hay hambre, el organismo funcionalmente necesita de aporte de energía, mientras que cuando se produce la sed, el cuerpo requiere de electrolitos e hidratación (69).

2.4.6 Desnutrición

La desnutrición es un estado patológico sistémico, inespecífico y reversible que se da por la mala utilización de nutrientes por los tejidos del cuerpo, caracterizada por diferentes manifestaciones clínicas (70); que pueden agravarse por falta de higiene y la aparición de enfermedades parasitarias e infecciosas (71).

La nutrición depende básicamente de dos aspectos la cantidad de la ingesta y el requerimiento de nutrientes que necesita el organismo, el desarrollo del niño durante los primeros años se fundamenta en la alimentación, por ende cualquier alteración afectará su crecimiento normal (72).

La desnutrición es producto de la carencia nutricional y la inseguridad alimentaria, de origen predominantemente social, se produce por un deterioro de la composición corporal y hay alteración de las funciones orgánicas y psicosociales; estas dependen de la edad en que inicia este déficit y la calidad de alimentos consumidos, que puede ser insuficiente en energía y en nutrientes o a su vez ser suficiente en energía pero escasa en proteínas y otros nutrientes (70).

2.4.7 Clasificación de la desnutrición infantil

La desnutrición infantil es multifactorial, depende básicamente del nivel socioeconómico que vive el niño (72). Realizar una historia clínica detallada y adecuada ayuda a reconocer el estado nutricional en el que se encuentra el niño.

Por su etiología:

Primaria: caracterizada por la falta de nutrientes que necesita el organismo para cumplir sus funciones vitales. Se observan episodios infecciosos (diarrea y/o respiratorias). Predomina en países subdesarrollados, donde prevalece la falta de recursos económicos (73).

Secundaria: cuando hay otro tipo de situación que no le permite una ingesta adecuada de alimentos, existe mala absorción, digestión y asimilación de nutrientes; se asocia a otras enfermedades como SIDA, diarreas crónicas, sepsis, otras infecciones agudas, otros problemas crónicos como cáncer y patologías cardíacas (73).

Mixta: es la combinación de la desnutrición primaria con la secundaria, existe mayor gasto de nutrientes ante la necesidad del organismo por satisfacer las demandas. Es el caso de la alimentación inadecuada frente a un cuadro infeccioso (73).

Por su clínica:

Kwashiorkor o energético proteica: se produce por la poca ingesta de proteínas; generalmente se presenta en niños mayores de un año, que se administró leche materna hasta edades avanzadas. Presentan un aspecto asténico y edematoso, musculatura decadente, esteatosis hepática, hepatomegalia, dermatosis, además existe hipokalemia, hipoproteinemia o hipoalbuminemia. Las infecciones respiratorias y digestivas son las complicaciones más frecuentes (74).

Marasmática o energético-calórica: estos niños están acoplados a la falta de nutrientes, tienen valores altos de cortisol, disminución de insulina y la síntesis de proteínas por el hígado es eficaz, puesto que utiliza las reservas del músculo. Se presenta por el destete pronto y de progreso crónico. Aparece como emaciación, con reducción de los pliegues, disminución de la masa muscular y adiposa; hay talla baja y disminución del desarrollo, la piel es seca, el niño se presenta irritable. Se observa infecciones respiratorias, digestivas, avitaminosis; requiere tratamiento extenso (74,75).

Kwashiorkor-marasmático o mixta: se presenta cuando un marasmático muestra una infección en forma aguda, lo que provoca aumento del cortisol, que afecta a la movilización de proteínas, no hay reserva muscular y por ende se produce

hepatomegalia, hipoalbuminemia y edema. Por lo tanto son pacientes con desnutrición crónica agudizada (74,75).

Por el tiempo de Evolución:

Desnutrición aguda o emaciado: el peso se ve afectado con disminución del mismo, en relación a la estatura, el niño tiene un biotipo delgado (76).

Desnutrición crónica o desmedro: en los infantes menores de 5 años, se observa retardo del crecimiento en estatura para la edad, empieza a aparecer a partir del cuarto mes de edad (77), puede asociarse a ambientes deficientes de la madre, que pueden ser: sociales, económicas, de nutrición o de salud; además, puede relacionarse con una mayor frecuencia de enfermedades, a una falta de alimentación adecuada o a los cuidados inadecuados del infante pequeño, lo que afecta a su desarrollo cognitivo y físico (24). La estatura baja indica la existencia de efectos negativos almacenados debidos a una alimentación inadecuada en cantidad o calidad y la deficiencia de zinc y calcio. Es importante tomar en cuenta que el déficit de talla que ocurre durante los primeros 2 años de vida es difícil recuperar (78).

Desnutrición global: para llegar a este diagnóstico de estado nutricional específico se requiere de los tres indicadores en las curvas de crecimiento: peso/longitud o talla, talla/edad e Índice de masa corporal (IMC)/edad; este es importante en el seguimiento continuo, especialmente en los menores de 2 años (78).

2.4.8 Cambios adaptativos de la Desnutrición

La desnutrición se desarrolla en forma progresiva al pasar los días y meses. Lo que produce cambios metabólicos, que permiten menor gasto de energía en la célula, esto a su vez, permite que la vida se prolongue por más tiempo ya que hay menor ingesta, necesidad y gasto de calorías. Al coexistir carencia nutricional el cuerpo busca diferentes mecanismos para adaptarse; observándose una movilización de las reservas calóricas, produciendo disminución progresiva de los depósitos, que inicialmente no se manifiestan, convirtiéndose luego en una expresión integral y completa (79).

Afecta en secuencia a los sistemas autoinmunes, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y hemático. Así mismo provoca retraso del crecimiento y carencia de

su desarrollo intelectual (79). Entre los cambios adaptativos de la desnutrición se encuentra:

Menor gasto energético: a menor ingesta de calorías menor gasto de energía, produciendo disminución de la actividad física, traduciéndose en apatía para los juegos en los niños. La reducción de la musculatura en la desnutrición crónica es más lenta (80).

Modificaciones en la degradación y síntesis proteica: la falta de nutrientes de forma paulatina, provoca cambios en las enzimas del músculo y del hígado, donde se produce la degradación de las proteínas de los músculos, la síntesis de proteínas del hígado y la movilización del almacenamiento de las grasas. En la desnutrición crónica se conserva las proteínas viscerales hasta el último y el 90% de los aminoácidos se utilizan en la síntesis (80).

Cambios hormonales: se producen cambios endócrinos para obtener la energía de sustratos endógenos y de esta forma conservar la masa proteica estructural, ocasionando una disminución de la secreción de insulina y aumento de glucagón y adrenalina; aumento de la secreción de la hormona de crecimiento y disminución de la somatomedina; cuando hay fiebre o infección, aumenta la secreción de adrenalina y corticoides; aumentan la resistencia a la insulina y aumenta la T3 inversa-activa (80).

Cambios hematológicos: a pesar de mantener niveles normales de hierro, disminuye la concentración de hemoglobina, porque las células requieren menor aporte de oxígeno (80). En el sistema inmunitario: se produce disminución de los linfocitos T y del sistema de complemento en el bazo y en los ganglios linfáticos y por ende disminuye la interleuquina 1 (IL-1); ante la presencia de infecciones graves disminuye la capacidad de eliminar bacterias intracelulares; los linfocitos B no se alteran demasiado, los niveles de inmunoglobulinas son normales o aumentados (80).

Cambios a nivel cardiovascular y renal: disminuye el gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca y la tensión arterial; puede haber hipotensión postural e insuficiencia circulatoria periférica en casos avanzados; además, disminuye el flujo plasmático renal y el filtrado glomerular (80).

Cambios en la concentración de electrolitos: reduce el potasio corporal total (PCT), con incremento de sodio al interior de la célula y por ende, también podría aumentar el agua al interior de la célula, a pesar de estar reducida por la pérdida de masa magra (80).

Cambios en la función gastrointestinal: hay mala absorción de grasas y disacáridos por afectación en la secreción gástrica, pancreática y biliar (80). En el sistema nervioso central y periférico: va a depender del ciclo de vida de la persona y del tiempo del aporte inapropiado de nutrientes, puede ir desde disminución del tamaño del cerebro, depresión de la mielinización de los nervios y alteraciones en la obtención de neurotransmisores, este contexto es definitivo a partir de los 36 meses de edad (80).

2.4.9 Patrones de crecimiento infantil

De manera general el peso del recién nacido es de 3,4 kg, la talla de 50 cm y el perímetro cefálico de 35 cm. En la primera semana puede disminuir su peso hasta un 10%, producto de la excreción del exceso de fluidos extravasculares y puede recuperar este peso aproximadamente a las dos semanas de vida; a partir de esto, continúa en aumento su peso en promedio de 20 a 30 g/día. A partir del tercer y cuarto mes de vida el ritmo de crecimiento es de más o menos 20 g/día. Es decir que al cuarto mes duplican el peso de nacimiento. Al año de vida, este valor se triplica, la talla aumenta un 50% y el perímetro cefálico aproximadamente 10 cm. Posteriormente se espera un aumento de 2 kilos de peso y de 7 a 8 cm de la talla por cada año de edad (81).

Peso corporal: Para esta medición se utilizará una balanza de palanca, la misma debería ser calibrada cada tres meses y habría que colocarla sobre una superficie plana y procurar no mover para evitar que se descalibre; además, se deben retirar en lo posible todas las prendas de vestir (81).

Longitud corporal Se realiza hasta los dos años de edad; debe tener una superficie horizontal dura, una regla o cinta métrica inextensible graduada en milímetros a lo largo de la mesa o superficie horizontal. Se coloca al infante en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana; la cabeza del niño debe colocarse en el plano de Frankfurt paralela a la barra fija, haciendo que el niño mire hacia arriba, de tal manera que la línea del borde inferior de la órbita y del conducto auditivo externo quede

paralela al soporte fijo; mantener las piernas estiradas y los pies en ángulo recto; se desliza la superficie vertical móvil y se efectúa la medición (81).

Estatura Debe tener una superficie vertical rígida, un piso en ángulo recto para que el niño pueda pararse, una superficie horizontal móvil, que se desplace en sentido vertical y la escala inextensible de medición graduada en milímetros. Para realizar la técnica es necesario: el niño se pare de manera tal que sus talones, nalgas y cabeza estén en contacto con la superficie vertical; los talones juntos, los hombros relajados y los dos brazos al costado del cuerpo; la cabeza debe mantenerse de forma que el borde inferior de la órbita esté en el mismo plano horizontal que el meato auditivo externo. Se maneja a partir de los 2 años de vida y el niño debe estar descalzo (81).

Medidas de referencia Las medidas antropométricas se utilizan para realizar un diagnóstico donde se comparan las medidas obtenidas con una población normal de referencia. Las mismas que se montan a partir de la medición de un número representativo de sujetos sanos que pertenecen a cada grupo de edad y según el sexo, tomando en cuenta una población que vive en un ambiente saludable (81).

Unidades de medida Cuando se transforman las mediciones directas en índices antropométricos, cambian las unidades en que se expresan; ya no se habla de kilogramos o centímetros, más bien se formulan como: percentiles, puntaje Z o puntaje de desvío estándar. Porcentaje de adecuación al percentil 50 (81).

Percentiles “Son puntos estimativos de una distribución de frecuencias (de individuos ordenados de menor a mayor) que ubican a un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos” (81).

Puntaje Z o puntaje de desvío estándar, es un criterio estadístico universal; precisa la distancia a la que se encuentra un punto o una persona determinada, respecto del centro de la distribución normal en unidades estandarizadas llamadas Z. Es el trayecto en el que se ubica la medición de un individuo con respecto al percentil 50 de acuerdo a la población de referencia para su edad y sexo, en unidades de desvío estándar (81).

Peso para la longitud o talla, desnutrición actual o aguda, delgadez o emaciación, pertenecen los niños/as con bajo peso en función al peso esperado para su talla y sexo, sin tomar en cuenta su edad. Este se debe al aporte insuficiente en espacios cortos y/o

episodios repetidos de enfermedades agudas, especialmente como la diarrea, o el saneamiento ambiental precario (75,77).

Peso para edad, desnutrición global o peso bajo para la edad, se establece al comparar el peso del niño/a con el peso esperado para su edad y sexo. Es un indicador útil para seguimiento continuo del niño, especialmente en el menor de 2 años. Puede ser debido a privaciones alimentarias o presencia de enfermedades recientes. Se puede coadyuvar con los otros indicadores Peso/longitud o talla, talla/edad e IMC/edad (75,77).

Talla para la edad, desnutrición crónica, desmedro o retraso del crecimiento lineal, se establece al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo, es decir, son pequeños. Este índice ejemplifica déficits acumulativos de privaciones nutricionales a través del tiempo. Los niños que sufren de una nutrición deficiente crecen poco y tienen baja talla para la edad; el déficit de talla ocasionado durante los primeros 2 años de vida rara vez es recuperado (75,77).

2.5 Hipótesis

Las conductas alimentarias de los padres están relacionadas con la desnutrición crónica, de los niños mayores de 1 año y menores de 5 años de la parroquia Juan Benigno Vela

2.6 Señalamiento de variables

Variable Independiente: Conductas Alimentarias

Variable Dependiente: Desnutrición crónica

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

La investigación se realizó en la Parroquia de Juan Benigno Vela del cantón Ambato, donde se estudió las conductas alimentarias que tienen los padres o cuidadores con los niños mayores de 1 año y menores de 5 años.

El diseño es predominantemente *cualitativo* porque es “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones” (82), por tanto se recogieron datos percibidos por los sujetos de estudio, adquiridos a través de su experiencia, y a su vez se realizó un análisis *cuantitativo* de la descripción sociocultural de la población en estudio, así como también acerca de las conductas alimentarias que tienen los padres con los niños mayores de 1 año y menores de 5 años.

Dentro de este contexto se habla de un enfoque *hermenéutico*, puesto que se trata de lo referente a la interpretación de textos, pensamientos acordes a las ideas relacionadas con el tiempo, el lugar, la época, estados de vida, síntesis sociocultural y rasgos etnográficos (83); para establecer las conductas alimentarias de la población indígena.

Se utilizó el método de la fenomenología; relacionado con las experiencias vividas por el individuo, interpretando este proceso y facilitando la comprensión sobre un fenómeno o múltiples perspectivas de éste (83).

Para la realización del cuestionario para la guía de entrevista, se tomó como referencia a los cuestionarios CAP adaptables de la Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (FAO 2014) (84,85) y a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador (ENSANUT-ECU-2012) (21); algunas preguntas se modificaron para que estuvieran afines a la realidad de la comunidad.

También se realizó un registro del estado nutricional actual de los niños, mediante la utilización de las curvas de crecimiento del niño y de la niña mayor de un año y menor de 5 años, de los Cuadros de Procedimientos del libro “Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (AIEPI, 2017) del Ministerio de Salud Pública (77), donde consta longitud/edad, y la talla/edad (Ver Anexos). Estas medidas

se obtendrán con la utilización de una balanza para la toma de peso y talla. Para el análisis de la información se realizó la triangulación de datos, es decir el uso de diferentes fuentes de información en la producción de unos mismos resultados, o a su vez la combinación de información, recogida mediante la observación, entrevista y documentos (86), por lo tanto, se estudiará el cruce de información de los datos obtenidos de la entrevista: acerca de los hábitos alimentarios que tiene esta población, la razón por la que tienen éstas prácticas y en relación con las medidas antropométricas obtenidas. Es así que la triangulación constata y verifica los resultados a través de varias fuentes o puntos de vista, realizando una comparación entre estos.

3.2 Modalidad Básica de la Investigación:

Este trabajo presenta las siguientes modalidades de la investigación:

De campo:

Es una investigación de campo porque se realizó el estudio en el lugar mismo donde se desarrolla el problema, en la Parroquia Rural de Juan Benigno Vela, el mismo que se apoyará con la realización de entrevistas sobre las conductas alimentarias, dirigidas a los padres o cuidadores de los niños mayores de 1 año y menores de 5 años.

3.3 Nivel de investigación:

3.3.1 Investigación Descriptiva:

Finalidad: Es una investigación descriptiva porque permite el análisis de las características conductuales relacionadas con la alimentación que tienen los padres o cuidadores de los niños como son: el tipo de dieta, la lactancia, servicios básicos y frecuencia de enfermedades que presentan los niños con desnutrición crónica (87).

Secuencia Temporal: Es un estudio transversal, en la que los datos de cada individuo representan un momento en el tiempo, lo que implica que la recaudación de la información se efectuó en un corte de tiempo (88). Tomando en cuenta esto, se analizarán las conductas alimentarias y la desnutrición crónica infantil, durante el período de noviembre 2019 a abril del 2020.

Observacional: Es una investigación observacional, porque el elemento en estudio no es controlado por el investigador (89), se limita a observar y medir, por tanto se

realizaron entrevistas a padres o cuidadores, sin intervención alguna en las conductas alimentarias habituales de las familias.

Ubicación

El presente trabajo de investigación se realizó en una parroquia rural del cantón Ambato, Juan Benigno Vela, la misma que se encuentra ubicada en la Cordillera Occidental del Callejón Interandino, tiene una extensión de 4.819,804 km², se encuentra limitada al norte por la parroquia Santa Rosa y el cantón Tisaleo, al oeste por la parroquia de Pasa y Pilahüín, al sur por los cantones Tisaleo y Mocha y al este por la parroquia de Pilahüín. La temperatura promedio de la parroquia es de 12,5°C (90).

Existen alrededor de 14.628 habitantes, de acuerdo a la información proporcionada por el Distrito 18D02 (2019), tomada del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) del centro de salud de Juan Benigno Vela, dentro de los cuales 1008 niños se encuentran entre 1 a 4 años de edad. Dentro de la población asignada a las estudiantes de posgrado están las comunidades de San Luis, Pataló Alto y San Miguel, donde se identificaron 402 familias, compuestas por 1409 personas, dentro de las se identificaron a 63 niños menores de 5 años, el 26% se autoidentifica como mestizo y el 74% como indígena, pertenecientes al pueblo Chibuleo, su lengua madre es el Kichwa, pero los más jóvenes son bilingües.

3.4 Población y muestra:

La unidad de observación de la población de estudio fueron los niños mayores de 1 año y menores de 5 años, con desnutrición crónica, de la población asignada a la investigadora; perteneciente al centro de salud Tipo A de la parroquia Juan Benigno Vela. Se registraron 30 niños con desnutrición crónica que cumplieron los criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

Niños y niñas que cuenten con el consentimiento informado firmado por sus padres para la intervención en este estudio.

Criterios de exclusión:

Niños o niñas menores de 5 años que presenten malformaciones físicas o intelectuales, que modifiquen su estilo de vida.

Objeto de estudio, se realizó una entrevista semiestructurada de las conductas alimentarias dirigida a los padres y/o cuidadores de los niños mayores de 1 año y menores de 5 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 Criterios Éticos:

La presente investigación se realizó respetando los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, de la Declaración de Helsinki, creado por Asociación Médica Mundial (AMM) (93). Respetando tanto al niño menor de 5 años como a su padre o cuidador; tomando en cuenta el derecho a la autonomía y la toma de decisiones informadas; mediante la aplicación del consentimiento informado (Ver Anexo), donde se enfatizará el grado de aportación, con la participación en la investigación de los entrevistados y niños menores de 5 años, este será aplicado de acuerdo a los términos establecidos por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) reconocido por el Ministerio de Salud Pública (94).

La técnica de investigación que se utilizará tiene riesgo mínimo, por lo cual no se atentará en contra de la integridad física ni psicológica de la familia. Se practicará el principio de justicia al dar la oportunidad de participar en el estudio de forma equivalente a los padres o cuidadores y niños menores de 5 años. Se respetará la confidencialidad de los participantes manteniendo en anonimato de su intervención.

3.6 Operacionalización de Variables

Operacionalización de Variables (Ver Anexo 7)

3.7 Recolección de la Información

Para realizar el análisis del problema de investigación se utilizó las siguientes técnicas e instrumentos de estudio:

Técnicas:

Cuestionario: El cuestionario es una técnica que permite diseñar un conjunto de debates que ayudan a concretar ideas, experiencias y creencias (91). De tal modo que se utilizó esta técnica para analizar las causas del problema, los factores de riesgo y las conductas alimentarias de los padres o cuidadores, que influyen en la desnutrición infantil.

Observación: La observación permite obtener la información directamente del hecho o fenómeno que se produce; por lo tanto, esta técnica permitió conocer cuántos casos de desnutrición crónica infantil existen, cuál es la cultura de la familia, los hábitos y costumbres alimentarias.

Instrumentos:

Entrevista: Es una técnica cualitativa que permite obtener datos mediante la comunicación entre dos individuos, el entrevistador y el entrevistado, para la solución del problema planteado (92).

Se realizó una entrevista semiestructurada, basada en una guía de asuntos o preguntas, la persona que se entrevistó tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información; se incluyen preguntas cerradas, abiertas y de elección múltiple sobre las conductas alimentarias practicadas y el motivo por la cual llevan determinadas prácticas alimentarias (92). Se realizó una ficha de identificación donde se registran algunos patrones socio-económicos, además, se registró en una tabla sintetizada, el tipo y frecuencia de consumo de alimentos por los niños (Ver Anexos).

Observación: Se realizó la medición de peso y talla de los niños, en el centro de salud, instituciones educativas y en los domicilios, de la parroquia de Juan Benigno Vela; además se observará las características socioculturales de la familia (Ver Anexo).

3.8 Plan de Procesamiento de la Información

Para el proceso de la información se seguirá el siguiente proceso:

- Diseño de una matriz en forma de preguntas, con ayuda de los cuestionarios CAP y de la encuesta ENSANUT- ECU 2012, las mismas que son adaptadas y modificadas a la realidad de la población en estudio. Además, una ficha de identificación de las variables socioeconómicas.
- Se realizó la toma de medidas antropométricas (peso y talla) a los niños y niñas mayores de 1 año y menores de 5 años de la población de Juan Benigno Vela que acuden al centro de salud, instituciones educativas y en sus domicilios. Registrando las medidas tomadas en las curvas de crecimiento del AIEPI.
- Ejecución de una entrevista semiestructurada con preguntas mixtas sobre los hábitos alimentarios a los padres y/o cuidadores de los niños.
- Tabulación de resultados adquiridos de la hoja de identificación, las medidas antropométricas de los niños y la entrevista sobre conductas alimentarias.
- Depuración y análisis de la información obtenida, mediante una revisión de los datos bibliográficos y preguntas de la entrevista.
- Realización de gráficos y tablas de los resultados obtenidos.
- Análisis, interpretación y discusión de las frecuencias de la información según la realidad observada.
- Se definieron las conclusiones y recomendaciones finales en base a los objetivos.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e Interpretación de Resultados

Se analizaron los resultados obtenidos de la entrevista realizada a los padres y/o cuidadores de los niños, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo a los objetivos del tema, mediante la triangulación de datos, es decir, el uso de diferentes fuentes de información en la producción de unos mismos resultados, o a su vez la combinación de información, recogida mediante la observación, entrevista y documentos (86); se realizó a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22, resumiendo la información con valores absolutos y porcentajes presentados en tablas.

4.2 Características generales de los participantes en el estudio

4.2.1 Ficha de identificación

Tabla 3 Distribución de las variables: grupos de edad, sexo, etnia de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.

Edad del cuidador p=0,327			Sexo p=0,368		Etnia p=0,760	
EDAD	#	%	F	M	INDÍGENA	MESTIZA
20 - 29	16	53,3	15	1	12	3
30 - 39	10	33,3	10	0	6	4
40 - 49	2	6,7	2	0	2	0
50 - 59	1	3,3	0	1	0	1
60 - 69	0	0,0	0	0	0	1
70 - 79	1	3,3	1	0	0	1
TOTAL	30		28	2	20	10
%		100,0	93,3	6,7	66,7	33,3

Fuente: Ficha de Identificación

Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N:3 encontramos que el 53,3% de los cuidadores o padres se encuentran en la edad entre 20 y 29 años de edad y el 33,3 % entre 30 y 39 años de edad. De estos el 93,3% fue femenino y el 6,7 % fue masculino. El 66,7% se autoidentificaron como indígenas y el 33,3 % como mestizos.

Se ha encontrado que existe una correspondencia directa entre menor es la edad de la madre mayor será la prevalencia de desnutrición crónica en el niño, siendo la edad menor a 24 años relacionado con un aumento del riesgo de desnutrición crónica mayor al 30-40%, asociados con factores biológicos, sociales y/o conductuales (95); corroborando con esto vemos que el 53,3% de los cuidadores o padres se encuentran en la edad entre 20 y 29 años de edad del estudio, tomando en cuenta que el 86,7% de los encuestados fue la madre del niño.

La desnutrición crónica afecta más a niños/as indígenas al igual que en este estudio donde se autoidentificaron como indígenas los cuidadores el 66,7% de personas y el 33,3 % como mestizos, en relación con otros estudios de Paraguay donde el 41,7% en niños indígenas menores de cinco años de edad presentó desnutrición crónica (96).

Tabla 4 Distribución de las variables: estado civil y tipos de familia de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.

Estado civil de los cuidadores p=0,345		
Soltero	3	10,0
Casado	22	73,3
Unión libre	4	13,3
Separado	1	3,3
Tipo de familia p=0,628		
Nuclear	20	66,7
Ampliada	1	3,3
Extensa	9	30,0

Fuente: Ficha de Identificación
Elaborado por: Andrea Vargas

Tabla N: 4 en cuanto a su estado civil el 73,3% son casados, el 13,3 % vive en unión libre el 10% son solteros y el 3,3 % son separados. De aquí se deriva el tipo de familia en donde el 66,7% tiene una familia nuclear (conformada por padres e hijos), el 30% tiene familia extensa (integrada por abuelos, tíos, hijos y sus nietos) y el 3,3% presentó familia ampliada (se integra otro familiar o pariente a la familia).

El tipo de familia a la que pertenece el niño va a relacionarse con el estado nutricional del niño (35); se considera que la familia nuclear es el modelo familiar más apropiado para el desarrollo del niño, las alteraciones en su integración y funcionalidad familiar pueden provocar trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes,

especialmente de los más pequeños, existe mayor riesgo de malnutrición en las familias disfuncionales y monoparentales (97).

Tabla 5 Distribución de las variables tipo de residencia, nivel de instrucción, ocupación de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.

Variables sociodemográficas	Media	
Edad en meses	37	
Personas que conviven	5	
# de niños < 5 años (N=30)	1	
	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de residencia p=0,564		
Propia	24	80,0
Prestada de la madre	1	3,3
Prestada del hermano	1	3,3
Prestada de un familiar	1	3,3
Prestada de padre	1	3,3
Prestada de otra persona	1	3,3
Arrendada	1	3,3
Nivel de instrucción p=0,441		
Ninguno	3	10,0
Primaria	17	56,7
Secundaria	2	6,7
Bachiller	7	23,3
Superior	1	3,3
Ocupación p=0,400		
Ama de casa	7	23,3
Agricultura	14	46,7
Jornalero	5	16,7
Negocio privado	3	10,0
Servicio público	1	3,3

Fuente: Ficha de Identificación

Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N: 5, la media de la edad de los niños mayores de 1 año y menores de 5 años fue de 37 meses. En promedio son 5 personas, el número de personas que conviven en cada familia. Además, la mayoría manifiesta que existe un niño menor de 5 años al cuidado. El 80% de la población estudiada tiene casa propia, el resto su vivienda es alquilada o prestada de algún familiar o amigo. En cuanto a la instrucción del cuidador el 56,7% tiene primaria, el 23,3 % es bachiller, el 6,7 % tiene secundaria incompleta, el 3,3% tiene instrucción superior y el 10% de los entrevistados es

analfabeto. El 46,7% se dedica a la agricultura, el 23,3% son amas de casa, jornaleros son 16,7%, el 10% tienen negocio privado y el 3,3% trabaja en el sector público.

En el estudio realizado en Perú, al igual que en este trabajo se encuentra una relación directa con la desnutrición crónica y la educación de la madre, observando en este estudio que el 56,7% de los cuidadores tienen educación primaria y el 10% son analfabetas, así pues en el estudio Peruano se corroboró que, en los menores de 3 años tienen el doble de riesgo de tener desnutrición crónica cuando la madre ha estudiado menos de 9 años (41).

La educación de los padres influye en el estado nutricional de los niños, los cuidadores con menos conocimiento sobre alimentos saludables, tienen más tendencia a tener hijos con retraso de crecimiento y bajo peso (27); por este motivo, desde la ablactación se debe implementar un programa de alfabetización nutricional implementada para los padres o cuidadores del infante (28).

Tabla 6 Distribución de las variables relación del cuidador, servicios básicos de agua, excretas, luz eléctrica y otros, de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Relación del cuidador p=0,024		
Madre	26	86,7
Abuela	2	6,7
Padre	2	6,7
Servicios básicos agua p=0,319		
Potable	24	80,0
Agua entubada	5	16,7
Potable prestada	1	3,3
Servicios básicos excretas p=0,727		
Alcantarillado	24	80,0
Letrina	1	3,3
Pozo ciego	2	6,7
Pozo séptico	1	3,3
No tiene	2	6,7
Servicios básicos luz eléctrica p=0,575		
Si tiene	29	96,7
Prestada	1	3,3

Otros servicios p=0,495		
Internet	3	10,0
Agua de sequía	1	3,3
No tiene	26	86,7

Fuente: Ficha de Identificación
Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N: 6 se establece que el 86,7% de los entrevistados la relación que existe entre el cuidador y el niño o niña es la madre, el 6,7% es su padre y el 6,7% abuela materna. Las madres que residen en lugares rurales generalmente tienen que conjugar sus obligaciones como cuidadoras importantes de los hijos con los trabajos agrícolas no remunerados; de manera que tienen que restar el tiempo dedicado al cuidado de sus hijos por dedicarse al campo (10).

Si hablamos de servicios básicos el 80% de la población tiene agua potable, el 16,7 % tiene agua entubada y el 3,3 % tiene agua potable pero no es propia. La eliminación de aguas servidas se realiza por alcantarillado 80%, 6,7% tiene pozo ciego, 3,3 % tiene pozo séptico, 3,3 % tiene letrina y el 6,7% no tiene ninguno de los servicios enunciados para la eliminación de residuos. Luz eléctrica tiene el 96,7% de la población y el 3,3% tiene luz eléctrica prestada. El 10 % tiene acceso a internet.

En un estudio realizado en el Perú (2015) (40) sobre la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas, se recogieron datos de 334 niños menores de 5 años, donde se concluyó que la desnutrición crónica infantil es engrandecida en niños de familias indígenas, especialmente donde coexistieron factores de riesgo. En relación al nivel socio-económico y características de la vivienda, se observó que el 94,5% correspondió al quintil más pobre, asociado a la carencia de servicios básicos. La erradicación de la desnutrición es imprescindible ya que afecta a la salud, a la educación y a la economía nacional; por lo que, es necesaria una intervención que favorezca el sistema sanitario de los niños que viven en situación de incertidumbre y exclusión en la población indígena (40).

En el Perú, de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)” (2016), se realizó un subanálisis de los determinantes de la desnutrición crónica en menores de 3 años donde registra una desnutrición crónica de 17.9%, según el Centro Nacional de Estadísticas para la Salud de Estados Unidos (NCHS) de los niños menores de 5 años del Perú.

Entre los factores de riesgo inmediatos, se encontró: el consumo inadecuado de nutrientes, relacionado con la lactancia materna y la alimentación complementaria; y la presencia de enfermedades infecciosas. Entre las causas subyacentes, está el saneamiento y servicios de salud, acceso a alimentos y el cuidado de la madre al niño, en la que resalta la educación de la madre; se concluyó que, las acciones para la prevención de malnutrición, deben ir encaminadas hacia las madres de los niños y el acceso de servicios de salud (41).

4.2.2 Distribución de la desnutrición crónica de los niños según las curvas de crecimiento del AIEPI de la talla para la edad, según el sexo.

Tabla 7 Distribución de las variables grupos edad, sexo y percentil de los niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años

Grupos de edad en meses del niño			Sexo		Percentil	
Edad	#	%	F	M	-2	-3
12 – 23	4	13,3	1	3	2	2
24 – 35	12	40,0	6	6	9	3
36 – 47	5	16,7	2	4	5	1
48 – 60	9	30,0	4	4	7	1
TOTAL	30	100	13	17	23	7
%			43,3	56,7	76,7	23,3

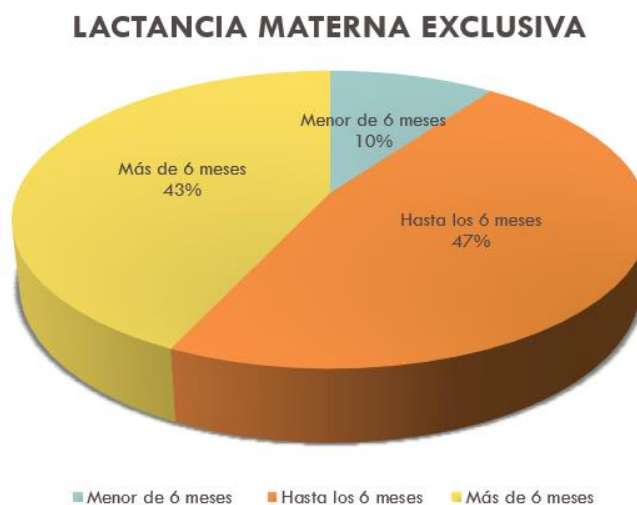
Fuente: Ficha de Identificación/ Curvas de crecimiento AIEPI 2017

Elaborado por: Andrea Vargas

Tabla N: 7 refleja la edad de los niños estudiados cuyo promedio fue de 37 meses, entre la edad de 24 a 35 meses de edad se encuentra el 40%, el 30 % entre 48 a 60 meses de edad, el 16,7% se encuentra entre 36 y 47 meses de edad y de 12 a 23 meses de edad el 13,3%. Todos estos niños presentan desnutrición crónica, evaluada en la curva de crecimiento del AIEPI de la talla para la edad, el 76,7% se encuentra en el percentil -2 y el 23,3% de niños está en el percentil -3.

4.2.3 Entrevista Semiestructurada Realizada a los Padres y/o Cuidadores de los Niños

Ilustración 4 Distribución de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años según lactancia materna exclusiva



Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.

Elaborado por: Andrea Vargas

La lactancia materna exclusiva se determinó en este estudio que todos los casos recibieron lactancia materna exclusiva, teniendo un 100% sin embargo, tan solo el 10% de niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta menos de los 6 meses de edad; lo mismo se representa en un estudio realizado en Baños/ Cuenca (2018) en 102 niños (98), donde la lactancia materna exclusiva es predominante 89.5%.

Ilustración 5 Distribución de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años según lactancia materna complementaria.



Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores de los niños

Elaborado por: Andrea Vargas

La ilustración 4 nos demuestra que la lactancia complementaria tipo fórmula fue administrada al 33% de los niños y el 67% no le dio este tipo de sucedáneo de la leche

materna, debido principalmente a la carencia de recursos económicos y porque además creen sus cuidadores que no le hacía falta.

Tabla 8 Distribución de actitudes y prácticas de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años, de la encuesta de ENSANUT, de la primera a la sexta pregunta.

ENSANUT- ECU ENCUESTA (N=30)	Frecuencia	Porcentaje
La persona que realiza las compras de los alimentos es la que cocina		
Madre cocina y compra	21	70,0
Padre y madre o abuela paterna	5	16,7
Madre y abuela materna cocinan y compran	4	13,3
Hasta que edad el niño tomó leche materna (lactancia materna exclusiva) p=0,061		
Más de 6 meses	13	43,3
Hasta los 6 meses	14	46,7
Menos de 6 meses	3	10,0
Cuándo sale de su casa y deja al bebé ¿qué tipo de alimentación le proporcionan? En ese caso, ¿quién lo alimenta?		
No deja el niño con nadie	10	33,3
Con la abuela	9	30,0
Con otros familiares	11	36,7
Sabe usted, cuáles son los beneficios para el bebé si recibe solamente leche materna o en qué le ayuda durante los primeros meses de vida		
No sabe de los beneficios	22	73,3
Para crecer y fortalecer	8	26,7
El niño/a se alimentó con algún otro tipo de leche complementaria “leche de tarro” (fórmula), desde qué edad y por qué		
No lactancia complementaria	20	66,7
Lactancia complementaria	10	33,3
Hasta qué edad le dio lactancia materna al niño y por qué dejó de dárselo p=0,061		
Un año de edad y más	26	86,7
Hasta los 6 meses	1	3,3
Antes de los seis meses	3	10,0

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores de los niños

Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N: 8 se muestra que el 70% de las madres compran y cocinan la comida. En cuanto a la lactancia materna exclusiva solo el 10% de los niños no la recibieron los seis primeros meses, de estos 30 niños tuvieron lactancia materna durante seis meses 46,7% y más de seis meses 43,3% niños. Su madre cuando tiene que salir de

casa, lo más frecuente es que deje al niño con otros familiares como tías y hermanos mayores del niño el 36,7% el 33,3% no deja al niño con nadie y el 30% los deja con la abuela en su mayoría abuela materna.

En cuanto al conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva el 73,3% de las madres no sabe cuáles son los beneficios de la leche materna y solo el 26,7%, refiere que es para crecer y fortalecer al niño; la lactancia materna complementaria solo fue utilizada en el 33,3% de los niños, los demás no tuvieron ese tipo de alimentación. La lactancia materna en el 86,7 % de los niños se les dio hasta más de un año de edad, la mayoría dio lactancia materna hasta el año 8 meses de edad; y solo el 10% destetó al niño antes de los seis meses. Así mismo, en un estudio realizado a un binomio madre e hijo de 189 participantes en México, se encontraron datos similares a este estudio en el que el 14,6% manifestó que no conocía las ventajas de la lactancia materna, sobre educación en lactancia materna, el 26,8% refirió que no recibió asesoramiento, el 68,7% recibió asesoramiento por el personal de salud y el 4,5% recibió consejos de su madre o suegra (99). Lo que refleja la falta de educación en alimentación infantil a los padres y cuidadores de los niños menores de 5 años.

Según ESANUT (2012), al mes de vida el 52.4% de los niños se nutrieron con lactancia materna exclusiva; a los 2 a 3 meses de edad este número bajó a 48% y entre los niños de 4 a 5 meses, llegó a 34.7%; es decir, que uno de cada dos recién nacidos, se alimentó con lactancia materna exclusiva. Los niños a partir del año que continuaron con lactancia materna fue del 58.5% de niños, sin embargo el 18.9% de los niños de 20 a 23 meses de edad prolongaron la lactancia materna hasta los 2 años (21). Lo que hace referencia que no se cumple con la norma del OMS que recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia materna continua hasta los 2 años de edad.

En el Ecuador el 58,9% de los infantes del área rural se alimentan con leche materna y en el sector urbano un 35,9%. Un 77% de mujeres indígenas amamantan a sus hijos hasta los 5 meses de edad. De igual manera los pequeños de 12 a 15 meses que continúan con la lactancia materna son de 70,5% en el sector rural a diferencia del sector urbano 52,9%; lo que significa que la recomendación de OMS no se está cumpliendo, porque la mitad de los niños no se alimentan con leche materna. Además, el 50% de niños recién nacidos son alimentados con otros líquidos, y un 72% de los

niños entre 5 a 6 meses ya consumen otro tipo de alimentos, siendo la leche de fórmula, entre los principales productos. Estos datos reflejan que la falta de educación que presentan los cuidadores, contribuye a la presencia de desnutrición infantil, tomando en cuenta que en este período, los niños se habitúan a nuevas estructuras, olores y sabores, alterando a su vez los hábitos saludables del niño (3).

Según la OMS 2017, son escasos los menores que reciben alimentación complementaria segura y adecuada; en varios países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses no cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para la edad (24).

La etapa de conversión de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, la complementación de la lactancia hasta los dos años y la incorporación a la dieta familiar, son épocas trascendentales para el desarrollo nutricional del niño, por lo que es imprescindible elegir alimentos ricos en micronutrientes; éstos deben ser los adecuados y necesarios para la edad del niño, mantener la frecuencia de los mismos y evitar productos carentes de nutrientes como son las golosinas, dulces y comida chatarra (29).

Durante el primer año de vida hay un crecimiento acelerado con altos requerimientos nutricionales; en esta edad, se desarrollan las diferentes habilidades orales, motoras y digestivas de los niños; por lo tanto la dieta y comportamiento alimentario atraviesan por grandes transiciones (9,30); está demostrado que la diversidad en la dieta de los niños, tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados, previenen alteraciones en su estado nutricional (31).

Los primeros 2 años de vida representan la edad ideal para promulgar buenos hábitos alimentarios, que incluye una adecuada alimentación durante el embarazo, el amamantamiento precoz durante la primera hora de vida y la continuación de la lactancia materna durante los primeros 6 meses, además complementar esta alimentación con una dieta adecuada para la edad; promoviendo a su vez, la disminución de la tasa de morbi-mortalidad infantil (32).

La mayoría de los cuidadores no saben los beneficios de la lactancia materna exclusiva, entre los comentarios más relevantes encontrados “mmm no, para alimentar para lo que más seria, ahí si no se” (E3), “el seno como cualquier comida diaria” (E10), “para

que este fuerte eso no más se, de ahí no sé más” (E9), “dicen que es buena pero no se para que mismo será bueno”. Otras respuestas encontradas: “mmm para que crezca sana y fuerte y más para que no le haga daño el estómago mientras él pueda comer bien” (E5), “desarrollo, para que no se enferme, y no sean enfermizo les ayuda también con el tiempo para estudias, para todo eso me han dicho los doctores” (E26). Lo que nos da a relucir que falta educar a las madres sobre este punto.

En cuanto a la pregunta sobre la continuación de la lactancia materna, y del por qué dejó de darle, manifiestan: “hasta el año y medio, porque sentía que no le hacía ningún beneficio simplemente cogía por costumbre y de ahí ya se secó la leche, ya le quite yo mismo como ya soy madre de 4 hijos yo siempre les quito al año y medio” (E26); “año seis meses, esque ya no comia solo le gustaba solo le de el seno y no comia”(E23); “hasta el 1 año 3 meses, porque no quería comer, porque el pediatra dijo que le quite para que coma mejor la comida” (E21); “seguí dando hasta el año y medio porque ya come bien sopa” (E11). Continuar con la lactancia materna resulta para esta población en especial la que se autoidentifica como indígena como parte de su cultura y sus costumbres, no valoran el aporte nutritivo incomparable que tiene la lactancia materna.

Tabla 9 Distribución de actitudes y prácticas de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años, de la encuesta de ENSANUT, de la pregunta siete a la doce.

ENSANUT - ECU ENCUESTA (N=30)	Frecuencia	Porcentaje
Desde qué edad le dio al niño/a otros alimentos diferentes a la leche materna y por qué cree que es importante darles otros alimentos y qué alimentos le dio en los primeros meses.		
4 meses (sopa, coladas, leche de vaca, yogurt)	3	10
6 - 8 meses (papa, sopa avena, coladas frutas, verduras)	22	73,3
10 meses y más 5	5	16,7
El niño/a menor de 5 años come en compañía de o con quién se sienta a la mesa para consumir los alimentos		
Se alimenta con madre y abuela	4	13,3
Se alimenta con padres o familia	26	86,7
Cuántas veces al día el niño/a come		
3 o 4 veces al día	16	53,3
5 a 7 veces al día	9	30,0
2 veces al día	3	10,0
No sabe	2	6,7

Por favor, observe estas dos fotos de papillas o sopas.Cuál de estas le da usted a su niño y por qué eligió esta imagen, en cuanto a espesor o consistencia		
Sopa líquida	25	83,3
Sopa espesa	3	10,0
No sabe	2	6,7
Qué agua utiliza usted y su familia para beber, usar en la cocina y lavarse las manos, hace hervir el agua		
Sin hervir	20	66,7
Hervida	7	23,3
De botellón	3	10,0
¿Le han dicho que el niño tiene algún problema de nutrición, bajo peso o baja talla, cuál?		
Le han dicho que tiene baja talla y bajo peso	21	70,0
No le han dicho o no asiste a consulta	9	30,0

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores de los niños
Elaborado por: Andrea Vargas

La tabla N: 9 muestra que la mayor frecuencia para introducir nuevos alimentos estuvo en los niños de 6 a 8 meses de edad con el 73,3% y la mayoría empieza la ablactación con sopa, de la dieta familiar. El 86,7% se dispone a alimentarse en la mesa con sus padres y familia y 53,3% consume sus alimentos de 3 a 4 veces al día. El 83,3%, 25 de ellos, come la sopa tipo líquida, y el 66,7%. ingieren el agua sin hervir De todos estos niños a 21 (70%) si les han dicho a sus padres que tiene baja talla y bajo peso, al otro 30% o no les han dicho, o no asisten a consulta.

Quintero (2018) refiere que la “desigualdad agrava hambre, obesidad y desnutrición en América Latina” por lo que plantea algunas medidas basadas en la prevención y educación de la población, lo que va a permitir mejorar la calidad de vida de la comunidad en forma progresiva; en la que se incluye el hecho de promulgar una higiene correcta, especialmente con respecto a la manipulación y preparación de los alimentos, así como, fomentar el consumo de agua tratada o potable a toda la población (22).

En cuanto a la ablactación y al tipo de alimentos que se incorporaron manifiestan: “desde ... 8 meses... avena y la sopa de avena arveja asi sopitas” (E1); “desde los 8 meses le daba poquito a poquito, sopitas de col, coliflor, eso le empecé a dar pero licuado... porque dijo que ya tiene que alimentarse con la comida y ya no con la leche

materna”(E3); “hasta el año cuatro meses, desde ahí le le daba no más cualquier cosa, así coladita...mmmm polvo de verde...mmm no se para que se fortalezca él” (E4); desde el año para que crezca más le daba papas aplastadas colada de haba arvejas colada de máchica” (E8); “desde los 6 meses, porque acostumbre el estómago ya con otras comidas endurece el estómago y solo con la leche materna no alcanza daba colada de avena, papas aplastadas, horchata así nomás” (E10); “desde los 8 meses para que ayude porque solo seno no alcanza le daba colada de avena, maicena, papas aplastadas y algunas frutas” (E13); “mmm normalmente casi desde los 8 meses, así tapioca coladas, porque al inicio le empecé a dar sopitas, un poco de arroz, así un poco de papilla de plátano así poquito, de ahí después ya empecé a dar coladita, así tapioca, maicena, una coladita de avena le di ya después... para que se alimente bien, para que este un poquito normal de peso...” (E19); “desde los 6 meses, porque ya le hace falta al cuerpito él tiene curiosidad de comer, le daba frutas aplastada, colada con leche, papas aplastadas” (E26); desde los 10 meses, pero solo sopa y así después le iba dando arroz así, porque ya estaba grande, sopas de fideo, sopa de harina, papas aplastada como papilla...” (E30). Por lo que la población indígena tiene predilección por el consumo de carbohidratos, observando la incorporación de una dieta inadecuada a los niños durante la ablactación.

La ablactación se refiere al destete, sin embargo, no significa que se deba retirar el seno materno, sino más bien, la introducción de nuevos alimentos a la dieta del infante en el que incluye también continuar con la lactancia materna, este periodo va aproximadamente desde los 6 meses de edad del niño hasta los 2 años de edad. Esta alimentación complementaria tiene varias finalidades como son: a) originar un correcto crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del sistema digestivo y el sistema neuromuscular; b) suministrar los nutrientes como: el hierro, zinc, selenio, vitamina D; que en esta etapa son insuficientes en la leche materna; c) el niño aprende a distinguir las diferentes texturas, temperaturas, sabores y colores, así mismo, avivar la aceptación de alimentos desconocidos; d) promulgar y fomentar conductas alimentarias saludables; e) mediante la interrelación adecuada entre los padres y sus hijos se favorece el desarrollo psicosocial del niño; f) llevar al niño a la integración a la dieta familiar; finalmente g) promover una correcta alimentación complementaria permitirá prevenir factores de riesgo para el desarrollo a corto o largo plazo de alergias,

obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras patologías (100).

Conforme va creciendo el niño adquiere nuevas necesidades y requerimientos nutricionales, por lo que, a partir del sexto mes de edad, exige un mayor aporte energético y algunos micronutrientes específicos, como: hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D; al no cumplir con estos requerimientos nutricionales el niño empieza a afectar su crecimiento y desarrollo (100).

Según la European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), recomienda la introducción de la alimentación complementaria entre los 4 a 7 meses, ya que, manifiesta que el retrasar la ingesta de alimentos alergénicos no reduce la aparición de alergias; además sugiere que esta alimentación complementaria debería proporcionar más del 90% de los requerimientos de hierro, ya que la leche materna en esta etapa es insuficiente, además, advierte que la leche de vaca no adaptada no se debe administrar a menores de un año (101).

Al niño se le debe introducir alimentos de manera gradual, en pequeñas cantidades e ir aumentando progresivamente, por cada 3 o 7 días más o menos, tomando en cuenta las reacciones adversas que pueden tener ciertos alimentos; no se recomienda dar vegetales de hoja verde como la espinaca o acelga, antes de los 9 a 12 meses porque tiene alto contenido en nitratos y pueden transformarse en nitritos produciendo metahemoglobinemia. Además, no se debe aplicar sal ni azúcar añadidos a los alimentos (101).

Entre los problemas relacionados con la alimentación complementaria precoz, se encuentran: la interferencia con la lactancia materna, aumento de enfermedades respiratorias, daño del riñón por sobrecarga de nutrientes (proteínas y minerales) con posible riesgo de deshidratación; desarrollo de alergias; en el futuro puede desarrollar enfermedades crónicas como hipertensión, obesidad o diabetes, entre otras. En cambio, la alimentación complementaria tardía se puede corresponder con: carencias nutricionales específicas y desnutrición, puede existir un crecimiento lento, también se pueden presentar trastornos alimentarios y/o trastornos en el lenguaje (101).

Tabla 10 Distribución de actitudes y prácticas de los cuidadores de niños desnutridos mayores de 1 año y menores de 5 años, de la encuesta de ENSANUT, de la pregunta trece a la diecisiete.

ENSANUT ENCUESTA (N=30)	Frecuencia	Porcentaje
Cuántas veces ha ido el niño o niña a control médico, sin estar enfermo (en el 1er año, 2do, 3er, 4to año; y hace cuánto tiempo fue su último control)		
Cada mes después del año no va a control	16	53,3
No asiste a los controles	9	30
Asiste a los controles	5	17
Generalmente cada cuanto se enferma el niño/a, que requiera medicación y de qué se enferma		
5 a 6 veces en el año se enferma de respiratorio y/o diarreas	9	30
Se enferman cada 3 o 4 meses de problemas respiratorios	8	26,7
Se enferman todos los meses de problemas respiratorios y diarreas	3	10
Se enferma cada año de enfermedades respiratorias y a veces gastrointestinales	5	17
No se enferma	5	17
Qué tan difícil o complicado es para usted darle diferentes tipos de alimentos a su hijo todos los días		
Por dificultades económicas	10	33,3
Sin dificultad	8	26,7
Por el trabajo	5	17,0
No come carne, o no quiere comer	6	20,0
Se enferma si comida variada	1	3,3
¿Qué tan difícil o complicado es para usted alimentar a su hijo 3 veces al día ó más?		
No quiere comer algunas veces	11	36,7
No quiere comer	13	43,3
No es complicado	6	20,0
¿Qué tipo de productos cultiva usted para su consumo personal?		
No siembra	9	30,0
Raíces granos y verduras	14	46,7
Raíces y granos	7	23,3

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.

Elaborado por: Andrea Vargas

Tabla N: 10, esquematiza el 53.3% de los niños son llevados a control de niño sano cada mes hasta el año de edad, después de esta edad, los padres no acuden a control médico; el 30% no asisten a control médico y tan solo el 17% si asisten continuamente a los controles. Los niños se enferman 5 a 6 veces en el año el 30% y cada 3 o 4 meses el 26,7%, en su mayoría de problemas respiratorios y/o diarreas. Dar alimentación

variada le produce dificultad al 33,3% por dificultades económicas, el 17% se le complica por el trabajo y el 20% refiere que es el niño el que no quiere comer. Darle de comer varias veces al día al niño les resulta complicado porque el niño no quiere comer al 43,3% y algunas veces no quiere comer 36,7%. El 30% de la población en estudio no tienen cultivos sin embargo el resto siembran verduras pocas ocasiones la mayoría siembra granos como habas y tubérculos como zanahoria, mellocos, ocas y papas.

Según el estudio que se realizó en Perú, la presencia de diarrea en las últimas dos semanas afectó a 12,8% de niños y el antecedente de tos en las últimas dos semanas se presentó en 32,2% (40). En relación con este estudio en la que los niños se enferman 5 a 6 veces en el año el 30% y cada 3 o 4 meses el 26,7%, por enfermedades respiratorias y/o diarreas. Lo que se comprueba que los niños con desnutrición crónica sufren de este padecimiento frecuentemente.

4.2.4 Frecuencia de consumo de alimentos del niño

Tabla 11 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP, (primeras cinco preguntas), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años

KAP actitudes y prácticas relacionadas con la nutrición (N=30)	Frecuencia	Porcentaje
Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla		
1-2 veces a la semana	7	23,3
3-4 veces a la semana	6	20,0
más de 5 a la semana	17	56,7
Papas, camote, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces		
3-4 veces a la semana	2	6,7
Más de 5 a la semana	28	93,3
Algún alimento hecho a base de frijoles, habas, lentejas o nueces		
No	2	6,7
1 vez al mes	2	6,7
2-3 veces al mes	4	13,3
1-2 veces a la semana	15	50,0
3-4 veces a la semana	5	16,7
más de 5 a la semana	2	6,7
Fórmula infantil o leche de tarro		
No	28	93,3
1 vez al mes	2	6,7

Leche		
No	1	3,3
1 vez al mes	1	3,3
2-3 veces al mes	1	3,3
1-2 veces a la semana	10	33,3
3-4 veces a la semana	9	30,0
más de 5 a la semana	8	26,7

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores de los niños
Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N:11 sobre el consumo de alimentos se observó la mayor frecuencia del 56,7% para más de 5 veces a la semana, en darle a comer pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, avena o papilla. Los alimentos a base de raíces, papas, camote, yuca también se ofrecen más de cinco veces a la semana al 93,3%, sin embargo, los frijoles y habas o lentejas se ofrecen con menor frecuencia, solamente al 6,7 % se lo ofrecen más de 5 veces a la semana, la fórmula infantil o leche de tarro el 93,3% no la toma. Un 6,7%, solo una vez al mes consume leche de vaca, 1 a 2 veces a la semana el 33,3% y 3 a 4 veces a la semana el 30% de ellos.

Tabla 12 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP (de la pregunta seis a la nueve), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años.

KAP actitudes y prácticas relacionadas con la nutrición (N=30)	Frecuencia	Porcentaje
Yogurt		
No	1	3,3
2-3 veces al mes	3	10,0
1-2 veces a la semana	11	36,7
3-4 veces a la semana	9	30,0
más de 5 a la semana	6	20,0
Queso u otros productos lácteos		
No	7	23,3
1 vez al mes	1	3,3
2-3 veces al mes	4	13,3
1-2 veces a la semana	14	46,7
3-4 veces a la semana	2	6,7
más de 5 a la semana	2	6,7
Hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre		
No	13	43,3
1 vez al mes	6	20,0
2-3 veces al mes	1	3,3
1-2 veces a la semana	6	20,0

3-4 veces a la semana	2	6,7
más de 5 a la semana	2	6,7
Algún tipo de carne como carne: res, cerdo, oveja, pollo, pato u otra		
No	1	3,3
1 vez al mes	3	10,0
2-3 veces al mes	4	13,3
1-2 veces a la semana	13	43,3
3-4 veces a la semana	4	13,3
más de 5 a la semana	5	16,7

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores de los niños
Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N: 12, se muestra que el yogurt se brinda con una frecuencia moderada, de 1 a 2 veces por semana en el 36,7% de los niños y 3 a 4 veces por semana en el 30 % de ellos. El queso u otros productos lácteos, se consume 1 o 2 veces a la semana el 46,7% y solo el 6,7% 3 o 4 veces a la semana o más de 5 veces a la semana se les ofrece estos alimentos. El hígado, el riñón u otros órganos comestibles a base de sangre el 43,3% no lo ingieren, el 20% lo comen una vez al mes y otro 20% una o dos veces por semana; así como algún tipo de carne como res, cerdo, ovejas, si lo comen una o dos veces por semana el 43,3% de los niños.

Tabla 13 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP, (de la pregunta diez a la trece), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años.

KAP actitudes y prácticas relacionadas con la nutrición (N=30)	Frecuencia	Porcentaje
Pescado fresco o secos, o mariscos		
1 vez al mes	7	23,3
2-3 veces al mes	7	23,3
1-2 veces a la semana	13	43,3
3-4 veces a la semana	3	10,0
Huevos		
No	2	6,7
2-3 veces al mes	2	6,7
1-2 veces a la semana	7	23,3
3-4 veces a la semana	9	30,0
más de 5 a la semana	10	33,3
Zapallo, zanahoria, remolacha		
No	3	10,0
1 vez al mes	1	3,3
1-2 veces a la semana	8	26,7
3-4 veces a la semana	5	16,7
más de 5 a la semana	13	43,3

Verduras de hoja verde oscuro como espinacas, brócoli, col		
No	4	13,3
1 vez al mes	1	3,3
2-3 veces al mes	2	6,7
1-2 veces a la semana	12	40,0
3-4 veces a la semana	2	6,7
más de 5 a la semana	9	30,0

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores de los niños

Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N: 13 se presentó que el consumo de pescado fresco o seco y mariscos, se realiza con mayor frecuencia una a dos veces en la semana (43,3%) y el huevo 1 o 2 veces, 3 a 4 veces y más de 5 veces a la semana 23,3%, 30% y 33,3% respectivamente en cada frecuencia. Zapallo, zanahoria y remolacha consumen el 43,3% más de 5 veces en la semana, las verduras de hojas verde oscuro como espinacas, brócoli y col consumen el 40% de 1 a 2 veces por semana y el 30% más de 5 veces a la semana.

Tabla 14 Distribución de la frecuencia del consumo de productos alimenticios de la encuesta KAP (pregunta catorce a la dieciocho), en niños mayores de 1 año y menores de 5 años.

KAP actitudes y prácticas relacionadas con la nutrición (N=30)	Frecuencia	Porcentaje
Mango maduro, papaya madura, melón, durazno		
No	3	10,0
1 vez al mes	3	10,0
2-3 veces al mes	1	3,3
1-2 veces a la semana	10	33,3
3-4 veces a la semana	5	16,7
más de 5 a la semana	8	26,7
Otras frutas o verduras		
No	2	6,7
2-3 veces al mes	1	3,3
1-2 veces a la semana	8	26,7
3-4 veces a la semana	10	33,3
más de 5 a la semana	9	30,0
Algún aceite, grasa, mantequilla, o frituras		
No	2	6,7
1 vez al mes	1	3,3
2-3 veces al mes	1	3,3
1-2 veces a la semana	14	46,7
3-4 veces a la semana	7	23,3
más de 5 a la semana	5	16,7

Alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tortas, galletas		
No	3	10,0
1 vez al mes	4	13,3
2-3 veces al mes	1	3,3
1-2 veces a la semana	8	26,7
3-4 veces a la semana	3	10,0
más de 5 a la semana	11	36,7
Condimentos naturales para dar sabor a comidas		
más de 5 a la semana	30	100,0

Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores de los niños

Elaborado por: Andrea Vargas

En la tabla N:14, se mostró el consumo de mango, papaya madura, melón y durazno en las mayores frecuencias de: 1 a 2 veces por semana 33,3%, 3 a 4 veces a la semana 16,7% y más de 5 veces a la semana 26,7%; otras frutas o verduras también se consumen de forma similar, 3 a 4 veces a la semana y más de 5 veces a la semana 33,3% y 30% respectivamente. Algún aceite, grasa, mantequilla, o frituras, 1 a 2 veces por semana representó el 46,7%; alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tortas, galletas se consumieron 1 a 2 veces por semana con mayor frecuencia, el 26,7%. Los condimentos preparados o naturales para dar sabor a las comidas se consumen más de 5 veces a la semana en el 100% de los niños.

Los niños de entre 2 y 3 años tienen un requerimiento de 1.300 a 1.500 kcal/día. Dentro los que se encuentran los hidratos de carbono y fibra, que aportan el 50-60% del total de energía; de éstos el 90% son hidratos de carbono complejos, como los cereales, legumbres, arroz, frutas) y el 10% como azúcares simples (11). Se recomienda evitar los zumos y batidos envasados, cereales azucarados y bollería industrial, además reprimir el consumo de sacarosa, para prevenir complicaciones como la caries dental, hiperlipemia y obesidad. La fibra dietética es necesaria para el funcionamiento del tubo digestivo, regula los niveles de glucemia y reduce la absorción del colesterol de los alimentos (102).

Las proteínas juegan un papel esencial en el crecimiento y el mantenimiento de la estructura corporal, el organismo del niño requiere de 10 al 15% de proteínas de alto valor biológico (1-1,2 g/kg/día), dentro de los cuales, el 65% debe ser de origen animal (carne, pescado, leche, huevos y derivados lácteos) y la otra parte de origen vegetal.

Se ha registrado que una dieta excesiva en proteínas podría causar una enorme movilización del calcio de los huesos afectando su mineralización (102).

Las grasas representan la fuente de energía, ayuda al transporte de vitaminas liposolubles y provee ácidos grasos esenciales, estas deberían estar entre 30-35% de la ingesta de energía para los niños de 2 a 3 años y entre el 25-35% para niños mayores de 4 años. De estos el 15% será monoinsaturada (aceite de oliva, frutos secos); 10% poliinsaturada, como el omega 3, que se encuentra en el pescado; y el 10% sobrante como grasa saturada. Es importante evitar la ingesta de ácidos grasos trans y grasa saturada (carnes grasas, comida rápida, mantequilla, alimentos industriales hidrogenados, alimentos procesados, bollería industrial y alimentos ricos en aceite de palma y coco, no sobrepasar los 100 mg/1.000 kcal de colesterol total (102).

Los lácteos usar en lo posible descremados, ya que aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B, se la debe ofrecer en 3 porciones diarias, por ejemplo: 1 taza de leche descremada, un yogur o una rebanada de queso. El pescado, porque tiene proteínas, hierro, zinc y cobre, se recomienda una porción al menos 2 veces por semana. Las legumbres, poseen proteínas, hierro, zinc y cobre, se sugiere la ingesta de una porción por lo menos de 2 veces por semana. Las carnes y huevo aportan proteínas, hierro, zinc y cobre, se debe dar una porción 3 veces por semana mínimo, puede ser una presa chica de pollo o pavo sin piel, un bistec chico o asado, dar un huevo diario o al menos 3 veces por semana (46). El huevo tiene un alto valor biológico porque contiene proteínas, 3,6 g en la clara y 2,6 g en la yema por cada unidad, además contiene ácidos grasos oleico y linoleico, vitamina D (18 UI/unidad) y hierro (0,5 g/unidad) (102).

Las verduras tienen vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética, dar 2 a 3 porciones diariamente, puede ser un plato de lechuga, repollo, coliflor, apio o brócoli, o un tomate regular, media taza de acelgas, espinacas, zanahorias o zapallos. Las frutas tienen varias vitaminas, en su mayoría vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética, se debería consumir dos porciones diarias, por ejemplo: una naranja, manzana, pera o membrillo, 2 duraznos, kiwis o tuna, 2 ciruelas, una rebanada de melón, una taza de uvas o cerezas. Los cereales y papas, aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas debe consumirse 1 a 2 porciones diarias, por ejemplo: media taza de arroz, fideos o papas cocidas, una taza de choclos, habas o arvejas frescas (46). El pan, galletas de agua o soda, tienen calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y

proteínas, se recomienda una porción al día, como: media hallulla, una rebanada de pan integral, 2 rebanadas de pan de molde, 4 galletas de agua. El agua debe ingerirse de 1.2 a 1.5 litros diarios, es decir 5-6 vasos (46).

Es importante tomar en cuenta que, a los 6 meses de edad, el almacenamiento de hierro endógeno en el infante se agota, por lo que existe la necesidad de la introducción de hierro exógeno de forma acelerada a medida que el requerimiento fisiológico por kg de peso corporal vaya aumentando. Por lo que el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN) recomienda que el requerimiento de hierro en la dieta sea de 0.9 a 1.3 mg por kg/día de los 6 a 12 meses de edad. De modo que, es probable que se requieran de la ingesta de alimentos enriquecidos, fórmulas suplementadas con hierro o suplementos de hierro; también hay que tomar en cuenta que el hierro se lo encuentra en dos formas hem (hemoglobina y mioglobina de alimentos de origen animal, como: carne roja, hígado y vísceras); y no hem (de origen vegetal, en las legumbres como: frijoles secos, guisantes, lentejas, garbanzos, nueces, vegetales de hojas verdes, frutas secas y alimentos fortificados con hierro como ciertos panes y productos a base de cereales) (103).

4.3 Prueba de hipótesis

Hipótesis alternativa: la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, está relacionada con las conductas alimentarias en la población indígena.

Hipótesis nula: la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, no está relacionada con las conductas alimentarias en la población indígena.

La prueba empleada para relacionar las variables y posibles factores de riesgo para establecer la relación de las conductas alimentarias con la desnutrición crónica fue el chi-cuadrado, que relaciona entre 2 o más parámetros.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Entre las conclusiones de este estudio tenemos:

- Al revisar variables sociodemográficas de los cuidadores de los niños con desnutrición crónica, observamos que la presencia de un estado de malnutrición infantil depende del grado de instrucción de la madre o de su cuidador, al igual que en otros estudios, que lo corroboran. Además, otro factor predisponente para desnutrición crónica, es la edad de la madre, ya que, mientras menor es la edad de la madre existe mayor frecuencia de desnutrición crónica infantil.
- Un factor predisponente para desnutrición crónica es la pertenencia étnica indígena, lo que ha afectado a nivel del callejón interandino, así también en la parroquia de Juan Benigno Vela, donde se encontró un mayor porcentaje de niños que presentan disminución de su talla para la edad, a los niños pertenecientes a la etnia indígena; por lo tanto, todos los niños del estudio presentaron desnutrición crónica, cuyo promedio de edad fue de 37 meses.
- En cuanto a la lactancia materna exclusiva en este estudio, se determinó que en todos los casos recibieron lactancia materna exclusiva, sin embargo, tan solo el 10% de niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta menos de los 6 meses de edad y el 43,3% de los niños recibió lactancia materna exclusiva más de los seis meses de edad. Lo que no cumple con la norma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, la mayoría (73,3%) de los cuidadores refiere que, no sabe cuáles son los beneficios de la leche materna y solo el 26,7%, refiere que sirve para que el niño crezca y se fortalezca. El desconocimiento del valor nutricional, como alimento único e incomparable, así como también los beneficios que le da a la

madre y a su hijo, hace que el cuidador le de poca importancia al hecho de alimentar a su hijo con leche materna.

- La lactancia materna complementaria, tipo fórmula, fue dada en el 33,3% de los niños, los demás no tuvieron este tipo de alimentación. El uso de sucedáneos de la leche, podría ayudar a restablecer el estado nutricional del niño, especialmente en su estado agudo, sin embargo, no debe sustituirse por la lactancia materna, más bien debe ser un complemento nutricional, tanto de la lactancia materna, como de la alimentación complementaria, de todos modos, su alto costo, reduce la adquisición por los cuidadores de este producto.
- La lactancia materna en el 86,7 % de los niños se les dio hasta más de un año de edad, siendo la mayoría hasta el año 8 meses de edad; y solo el 10% destetó al niño antes de los seis meses. Este es otro factor predisponente a la desnutrición crónica, ya que no se cumple con el requerimiento que aconseja la OMS de continuar con la lactancia materna conjuntamente con la incorporación de nuevos alimentos desde los 6 meses hasta los 2 años de edad, por los múltiples beneficios nutricionales irremplazables que ésta cumple.
- La ablactación o lactancia complementaria, se refiere a la incorporación de otros alimentos diferentes a la leche materna, en el estudio, se observa que realizan una ablactación errónea, ya que, la mayoría empieza la ablactación con sopa, de la dieta familiar. Esta práctica produce que los niños presenten mayor riesgo de alergias e infecciones intestinales, lo que, a su vez, afecta a su estado nutricional. Además, estos alimentos los ofrecen en forma líquida, a manera de sopas, ya que manifiestan que al niño no le gusta comer espeso y que es su costumbre ofrecer la comida de ese modo. Lo que implicaría otro factor que le lleva al niño hacia la desnutrición ya que carece de calidad nutricional los alimentos proporcionados.
- Los padres de los niños acuden a control médico durante el primer año de vida de los niños, luego ya no acuden a control de niño sano, solo cuando están enfermos; o acuden por las inmunizaciones de los niños, en que se les solicita como requisito control médico previo a la administración de la misma. Lo que

impide al personal de salud detectar a tiempo la disminución del peso del niño y posteriormente su disminución en la talla.

- Las conductas alimentarias de los padres y/o cuidadores se relacionan con la desnutrición crónica de los niños, puesto que depende del tipo de alimento que ellos les proporcionan, así se observa que la proteína vegetal la ofrecen a los niños en este estudio a solamente el 6,7% en más de 5 veces a la semana; la proteína animal, se observó que el 43,3% no lo ingieren y el 20% lo comen una vez al mes. El niño en edades tempranas necesita de alimentos ricos en proteínas y hierro, para un correcto desarrollo y crecimiento, observando que existe carencia de estos en la dieta proporcionada.
- Si se tuvieron limitaciones en el estudio en cuanto a la determinación de la muestra de la población, ya que por la época de Pandemia por COVID -19 actual, no se pudo acudir a los domicilios, ni tampoco se registraron niños en consulta externa del centro de salud de las edades comprendidas dentro del estudio, por lo que el número de la muestra se redujo.

5.2 Recomendaciones

- Insistir en la educación a los padres sobre las conductas alimentarias de los niños menores de 5 años, para prevenir problemas de malnutrición, conversar sobre los beneficios tanto para el niño como para la madre de la lactancia materna exclusiva y la lactancia continuada hasta los 2 años de edad.
- Recomendar la concurrencia a control de niño sano mensual de los niños menores de un año cada mes, cada 2 meses a partir del año de edad y a partir de los 3 años de edad hasta los 5 años al menos 2 veces al año, como lo recomienda el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018 – 2025 (PIANE), donde se realizará un conversatorio con los cuidadores sobre las prácticas alimentarias saludables.
- Recordar al médico, en especial al médico de familia que durante las consultas médicas de los niños menores de 5 años se debe realizar guías anticipatorias sobre la alimentación adecuada y saludable para la embarazada y los 1000 primeros días de vida del niño, ya que estas conductas van a influir directamente en su salud futura del niño.
- Se recomienda la implementación de huertos saludables en las familias, ya que requieren pocos ingresos económicos y son asequibles a la mayoría de la población en estudio y población rural.
- Se recomienda además la suplementación de alimentos vegetales ricos en proteínas a cambio de la proteína animal, que en caso de falta de recursos económicos se podrían sustituir, como es el caso de la quinua y la soya.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

Tema de la propuesta: Elaboración de una guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica.

Institución Ejecutora: Universidad Técnica de Ambato, Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria.

Beneficiarios: Padres y niños menores de 5 años de la comunidad.

Ubicación: Tungurahua, Ambato, Parroquia Juan Benigno Vela.

Tiempo estimado para la ejecución: 6 meses.

Inicio: A determinarse.

Equipo técnico responsable: El investigador y tutor

6.2 Antecedentes de la propuesta

Se estima que a nivel mundial uno de cada cuatro niños tiene desnutrición crónica (24), afectada por diversos factores socio-culturales y económicos que empeoran el estado nutricional de del niño (6). El ambiente nutricional en el Ecuador, no es diferente a la realidad mundial, por lo que a pesar de los múltiples programas empleados por los gobiernos sigue persistiendo un número estimado de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (24).

Durante los primeros 1000 días del desarrollo infantil es importante mantener un ambiente y alimentación saludables, ya que estas determinan el desarrollo cerebral del niño lo que a largo plazo puede afectar el rendimiento escolar o las funciones cognitivas, además de provocar un declive en su estado inmunológico provocando mayor riesgo de enfermedades infectocontagiosas y dermatológicas entre otras (5). Dando como resultado en el futuro un empeoramiento de las oportunidades laborales y a la reducción de ingresos en la edad adulta, con el consecuente desarrollo de

enfermedades crónicas no transmisibles, produciendo mayores gastos económicos al estado.

Haciendo referencia al estudio realizado, es necesario enfatizar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y complementarla con alimentos nutritivos y lactancia materna hasta los 2 años de edad. Así mismo se ve la necesidad de enfatizar en los alimentos que requiere el niño a partir de los 6 meses hasta los 2 años de edad, que ya se incorpora totalmente a la dieta familiar, ya que conforme se desarrolla el niño va adquiriendo nuevas necesidades nutricionales.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, es importante desarrollar una guía nutricional infantil para padres y/o cuidadores, que les permita entender de mejor forma el tipo de alimentos que deberían proporcionar al niño, de acuerdo a la edad y realidad local, para la prevención de desnutrición crónica; siendo la prevención y promoción de la salud los hitos primordiales de la Atención Primaria, promoviendo la intervención integral de la salud en el individuo, su familia y la comunidad.

6.3 Justificación

La desnutrición crónica sigue siendo un reto a nivel mundial, especialmente en países del callejón interandino donde los valores son elevados, por ende, la necesidad de una intervención directa sobre los padres y/o cuidadores de los niños menores de 5 años, ya que al presentar una baja talla para su edad, acarrea consecuencias a corto y largo plazo para el niño, provocando enfermedades infecto contagiosas, por déficit inmunitario y sobre todo un bajo desarrollo intelectual lo que produce retrasos en la escuela en lo posterior.

En el estudio realizado se corrobora como factores de riesgo la falta de escolaridad de la madre o cuidador, la pobreza entre otros factores socio culturales, además se evidencia que existe una falta de información en el padre, sobre los tiempos de lactancia exclusiva, de ablactación y destete, y sobre todo el tipo de alimentos que se deben incrementar durante la fase de lactancia complementaria, además, muchas personas refieren desconocimiento de las ventajas o beneficios de la lactancia materna, y del por qué se debe respetar cada etapa de alimentación que debería tener un niño de acuerdo a su edad.

Estableciendo esta carencia de información de alimentación en el infante, se encuentra la necesidad, de realizar una guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica, tomando en cuenta la realidad local, y sabiendo que este es un acápite importante en la atención del médico de familia dentro de la atención primaria.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo General:

- Implementar una guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica en la parroquia de Juan Benigno Vela.

6.4.2 Objetivos Específicos:

- Disminuir el riesgo y la prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años.
- Mejorar los conocimientos en alimentación infantil de acuerdo a cada etapa en los padres y/o cuidadores.
- Motivar a los padres para que establezcan dietas nutritivas para sus hijos.
- Promover el control médico de niño sano para establecer factores de riesgo para desarrollar desnutrición crónica.

6.5 Análisis de factibilidad

La presente propuesta es factible y aplicable, porque se cuenta con el recurso físico y humano necesario, en coordinación con el equipo de salud del centro de salud de Juan Benigno Vela, mejorando las prácticas alimentarias en los niños menores de 5 años, y de este modo la prevención de desnutrición crónica. Se considera que la presente propuesta no requiere de fines económicos alarmantes para su ejecución, por lo que es factible de realizarse. Además, no afectará a la integridad individual, sino, más bien se fomenta la integración familiar y comunitario al mejorar los hábitos alimentarios desde etapas tempranas de la vida. Se incentiva además el fortalecimiento de la atención primaria en salud, con el trato integral del individuo en su aspecto bio-psico-social, en el ámbito individual, familiar y comunitario.

6.6 Fundamentación científico técnica

La desnutrición es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos, lo que involucra no solamente a la cantidad de alimentos sino también a la calidad de estos (22). Existen varios factores socio culturales y económicos que afectan al desarrollo de desnutrición crónica, sin embargo, en el estudio se revela la falta de conocimientos sobre alimentación en etapas tempranas de la vida, así como el valor nutricional que tiene la lactancia materna y el tipo de alimentos que deben ser incorporados de acuerdo a las necesidades que tiene el niño en cada etapa de su vida, especialmente durante la etapa de gestación y los primeros 5 años de vida.

Por lo que la misión de la elaboración de la guía, será el despejar dudas y enfatizar en la práctica de hábitos alimentarios adecuados para cada etapa del infante, basados en la realidad local, con la ayuda del equipo de salud, con el fin de disminuir el riesgo de padecer desnutrición crónica infantil o a su vez reducir el nivel de desnutrición que al momento padecen.

6.7 Metodología, Modelo operativo

Tabla 15: Modelo operativo de la propuesta

Fases	Etapas	Metas	Actividades	Recursos	Presupuesto	Responsables	Tiempo
I Fase	Análisis de situación	Identificar la población en estudio (niños menores de 5 años) de la parroquia Juan Benigno Vela	- Recolección de información la de acuerdo al Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE)	- Recursos humanos: Personal Médico Técnicos en Atención Primaria en Salud	20 dólares	Investigador Tutor	1 mes
II Fase	Formulación de objetivos y priorización de las acciones	Planteamiento de objetivos y líneas de acción y socialización del proyecto	- Acta del plan de acción con la presentación de la metodología e inicio del trabajo - Socialización con los miembros del equipo de salud y las autoridades de salud - Socializar entre las autoridades, el equipo médico, el comité local de salud y los miembros de elaboración del plan (tutor e investigador), sobre la elaboración de la guía		70 dólares	Investigador Tutor	1 mes
III Fase	Elaboración del documento macro	Elaboración del borrador de la guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica.	- Presentación del documento borrador de la guía al equipo de salud y autoridades		100 dólares	Investigador Tutor	2 meses

IV Fase	Aprobación del documento macro	Gestionar la aprobación de la guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica por autoridades del distrito, centro de salud y de la Universidad Técnica de Ambato.	<ul style="list-style-type: none"> - Realización definitiva de la redacción del texto definitivo de la guía nutricional - Presentación de la guía nutricional a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos Materiales: Matriz de recolección de datos PIANE Fichas familiares Cuaderno de campo Ordenador portátil Equipo de proyección audiovisual 	50 dólares	Investigador	2 meses
V Fase	Ejecución del plan	<p>Poner en práctica la guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica</p> <p>Promover el trabajo integral del equipo de salud y de la comunidad para prevenir la desnutrición crónica</p>	-Interactuar con los padres y/o cuidadores de los niños menores de 5 años sobre la guía nutricional adaptada a la realidad local.	Equipo de oficina y papelería (actas, oficios, afiches, etc)	100 dólares	<p>Investigador</p> <p>Tutor</p> <p>Equipo de Salud del centro de salud Tipo A de Juan Benigno Vela</p>	Tiempo indefinido

Elaborado por: Andrea Vargas

6.8 Administración

La administración del desarrollo de la guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica estará a cargo del propio investigador y del tutor médico, contando con el apoyo de las autoridades del centro de salud y del equipo de salud del centro de salud Tipo A de Juan Benigno Vela, así como también del comité local de salud y de los líderes formales e informales de la comunidad.

6.9 Previsión de la evaluación

Tabla 16 Evaluación de la propuesta

ASPECTOS	EXPLICACIÓN
Que evaluar	Grado de aceptación y cumplimiento de la guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica.
Por qué evaluar	Porque el grado de aceptación y participación depende de la ejecución de la guía nutricional infantil para padres para la prevención de desnutrición crónica.
Para qué evaluar	Para cumplir con los objetivos de la propuesta: <ul style="list-style-type: none">- Disminuir el riesgo y la prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años.- Mejorar los conocimientos en alimentación infantil de acuerdo a cada etapa en los padres y/o cuidadores.- Motivar a los padres para que establezcan dietas nutritivas para sus hijos.- Promover el control médico de niño sano para establecer factores de riesgo para desarrollar desnutrición crónica.
Con qué criterio	El abordaje de los factores de riesgo y hábitos alimentarios que previene la desnutrición crónica infantil.
Indicadores	Cualitativos: Aceptación de la guía, actividades realizadas, lugares de aplicación de la guía, acciones educativas impartidas, programas de educación personalizadas y colectivas. Cuantitativos: Número de niños registrados en el PIANE, número de estrategias realizadas, número de profesionales que lo emplean asiduamente.

	<p>Resultados a corto plazo: porcentaje de pacientes que incluyen cambios, actitudes y conocimiento sobre hábitos alimentarios infantiles adecuados.</p> <p>Resultados a mediano plazo: porcentaje de pacientes que incluyen cambios en los hábitos alimentarios de sus hijos.</p> <p>Resultados a largo plazo: disminución de la prevalencia de desnutrición crónica en la parroquia de Juan Benigno Vela.</p>
Con qué evaluar	Mediante los lineamientos del Modelo de atención integral de salud (MAIS), curvas de crecimiento del AIEPI o MSP y del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador, además de las políticas de vinculación con la colectividad de la Universidad Técnica de Ambato.

Elaborado por: Andrea Vargas

MATERIALES DE REFERENCIA

BIBLIOGRAFÍA:

1. Meshram II, Arlappa N, Balakrishna N, Mallikharjuna Rao K, Laxmaiah A, Brahman GNV. Trends in the prevalence of undernutrition, nutrient & food intake and predictors of undernutrition among under five year tribal children in India. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2012;21(4):568–76.
2. UNICEF, OMS. Retraso del crecimiento infantil en los países en desarrollo. 2013;7–12. Disponible en: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wrk/wrk9/ES_web_02_capitulo2.pdf
3. Freire W.B, Ramírez M.J., Belmont P, Mendieta M.J., Silva M.K., Romero N. et al. ENSANUT_2011-2013_tomo_1 [Internet]. Vol. 1, Resumen Ejecutivo. 2013. 113 p. Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>
4. Vonaesch P, Tondeur L, Breurec S, Bata P, Nguyen LBL, Frank T, et al. Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). *PLoS One.* 2017;12(8).
5. Banco Mundial. Apuntando Alto Retos de la Lucha Contra la Desnutrición Crónica en Ecuador [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/APUNTANDO-ALTO-4-OCTUBRE-2018-ilovepdf-compressed.pdf>
6. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Wali N, Renzaho AMN, Merom D. Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(8):1–18.
7. Bhattacharjee S, Datta S, Ray K MD. Nutrient adequacy and its correlation in a sub-Himalayan region of West Bengal, India. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2016;5(2):314. Disponible en: <http://www.jfmpc.com/text.asp?2016/5/2/314/192315>
8. Thow AM, Karn S, Devkota MD, Rasheed S, Roy S, Suleman Y, et al. Opportunities for strengthening infant and young child feeding policies in South Asia: Insights from the SAIFRN policy analysis project. *BMC Public Health.* 2017;17(Suppl 2).
9. Delgado D, Liria R. Estrategias Usadas para Alimentar a niños Preescolares por Madres de una Zona Urbano Marginal de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp* [Internet]. 2016; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/363/36346798014.pdf>
10. UNICEF. Niños, alimentos y nutrición. 2019;2–9. Disponible en: <https://www.unicef.org/paraguay/media/4086/file/SOWC.pdf>
11. Osorio AM, Aguado LF. Influencia del contexto socioeconómico de la Coen Colombia: Un enfoque multinivel. 2016;(24):1–45.
12. UNICEF. La nutrición en el período 2017-2018. 2018; Disponible en: https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2019/02/SUN_Report_ES_2018_Chapter_01.pdf
13. Development Initiatives Poverty Research Ltd. Informe de la Nutrición Mundial. 2018;1–12. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/globalnutritionreport/2018_Global_Nutrition_Report_Executive_Summary_sp.pdf?ua=1
14. FAO, OPS, Agricultura O de las NU para la A y la, Salud OP de la. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>

15. Longhi F. Mortalidad Infantil Por Desnutrición Y Condiciones De Pobreza En Tucumán (Argentina): Familiares En Los Primeros Años Del Siglo Xxi Years of the 21St Century. 2017;63.
16. Shamah, Levy T AA. Desnutrición y Obesidad: doble carga en México. Castellanos [Internet]. 2015;16(5):1607–6079. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>
17. Calceto L, Garzón S, Bonilla J, Cala D. Relación del Estado Nutricional con el Desarrollo Cognitivo y Psicomotor de los Niños en la Primera Infancia. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2019;28(2). Disponible en: <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
18. MIES, Mundial B. Proyecto de red de protección en Ecuador. Minist Inclusión Soc y Económ [Internet]. 2019;31. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/3PRIM.pdf>
19. ACNUR, FAO, OIM, OMS, OPS, UNESCO, et al. Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible Ecuador 2019-2022 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/about/execboard/files/Ecuador-UNDAF_2019-2022_FIRMADO_VF.pdf
20. Agbadi P, Urke HB, Mittelmark MB. Household food security and adequacy of child diet in the food insecure region north in Ghana. PLoS One. 2017;12(5):1–16.
21. ENSANUT-ECU. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Vol. Tomo 1, Ensanut-Ecu 2012. 2014. 5–722 p.
22. Moreta H, Vallejo C, Chiluzza C, Revelo E. Desnutrición en Niños Menores de 5 Años : Complicaciones y Manejo a Nivel Mundial y en Ecuador. Rev Científica Mundo la Investig y el Conoc [Internet]. 2019; Disponible en: https://www.unicef.org/about/execboard/files/Ecuador-UNDAF_2019-2022_FIRMADO_VF.pdf
23. UNICEF, OSE. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. 2019; Disponible en: <https://odna.org.ec/wp-content/uploads/2019/02/Situación-de-la-niñez-y-adolescencia-en-Ecuador-2019.pdf>
24. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO- MSP. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025. 2018; Disponible en: <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH01fd.dir/doc.pdf>
25. Chyne DAL, Meshram II, Rajendran A, Kodali V, Getti N, Roy P, et al. Nutritional status, food insecurity, and biodiversity among the Khasi in Meghalaya, North-East India. Matern Child Nutr. 2017;13(June 2017):1–10.
26. Mahmudiono T, Sumarmi S, Rosenkranz RR. Household dietary diversity and child stunting in East Java, Indonesia. Asia Pac J Clin Nutr. 2017;26(2):317–25.
27. Amaral MM, Herrin WE, Gulere GB. Using the Uganda National Panel Survey to analyze the effect of staple food consumption on undernourishment in Ugandan children. BMC Public Health. 2017;18(1):1–12.
28. Hoffman D, Cacciola T, Barrios P, Simon J. Temporal changes and determinants of childhood nutritional status in Kenya and Zambia. J Heal Popul Nutr [Internet]. 2017;36(1):27. Disponible en: <http://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-017-0095-z>
29. Mekonnen TC, Workie SB, Yimer TM, Mersha WF. Meal frequency and dietary diversity feeding practices among children 6–23 months of age in Wolaita Sodo town, Southern Ethiopia. J Heal Popul Nutr [Internet]. 2017;36(1):18. Disponible en: <http://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-017-0097-x>

30. Amugsi DA, Mittelmark MB, Oduro A. Association between maternal and child dietary diversity: An analysis of the Ghana Demographic and Health Survey. *PLoS One*. 2015;10(8):1–12.
31. Workicho A, Belachew FT, Wondafrash B, Lachat C VR, Kolsteren P. Household dietary diversity and Animal Source Food consumption in Ethiopia: Evidence from the 2011 Welfare Monitoring Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):1–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3861-8>
32. Khan GN, Ariff S, Khan U, Habib A, Umer M, Suhag Z, et al. Determinants of infant and young child feeding practices by mothers in two rural districts of Sindh, Pakistan: A cross-sectional survey. *Int Breastfeed J*. 2017;12(1):1–8.
33. Villegas P. Alli mikushka, educación en alimentación y nutrición para la población indígena. 2015; Disponible en: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/1305/1/T-SENESCYT-00440.pdf>
34. Censos IIN de E y. Estadística y Metodologías. *Rev Estadística y Metodol* [Internet]. 2018; Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>
35. Luna J, Hernández I, Rojas A, Cadena M. Nutritional Status and Neurodevelopment in Early Childhood. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2018;44(4):169–85. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/169-185/es>
36. Doustmohammadian A, Omidvar N, Keshavarz-Mohammadi N, Abdollahi M, Amini M, Eini-Zinab H. Developing and validating a scale to measure Food and Nutrition Literacy (FNLIT) in elementary school children in Iran. *PLoS One*. 2017;12(6):1–18.
37. Perumal N, Bassani DG, Roth DE. Use and Misuse of Stunting as a Measure of Child Health. *J Nutr* [Internet]. 2018;148(3):311–5. Disponible en: <https://academic.oup.com/jn/article/148/3/311/4930811>
38. Larson L, Martorell R BP. A Path Analysis of Nutrition, Stimulation, and Child Development Among Young Children in Bihar, India. 2018;00(0):1–16.
39. Irrarázaval B, Barja S, Bustos E, Doirsaint R E a. Influence of Feeding Practices on Malnutrition in Haitian Infants and Young Children. *Nutrients* [Internet]. 2018;10(3):382. Disponible en: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/3/382>
40. Flores J, Calderón J, Rojas B, Alarcón E, Gutiérrez C. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. *Scielo Perú* [Internet]. 2015; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n2/a05v76n2.pdf>
41. Bullón L, Astete L. Determinantes de la Desnutrición Crónica de los menores de Tres Años en las Regiones del Perú : Sub-Análisis de la Encuesta ENDES 2000. 2016;77(2):249–59.
42. Legislativo D. Constitución de la República del Ecuador 2008. 2011;1–136. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
43. Nacional C. Ley Orgánica de Salud. 2015; Disponible en: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
44. Weisstaub G, Osorio J, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2016;(December 2002). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Álvarez R, Cordero G, Altamirano L, Gualpa M. Hábitos alimentarios , su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. 2017;21(6):852–9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n6/rpr11617.pdf>

46. Pinheiro MC. Guía de Alimentación del Niño (a) Menor de 2 años. Guia Aliment Gob Chile [Internet]. 2015;4:1–59. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf>
47. Aranceta J. Influencia de los medios de comunicación en la elección de alimentos y en los hábitos de consumo alimentario. 2015;2015(c). Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/18487/TESIS_ARANCETA_BARTRINA_JAVIER.pdf?sequence=1
48. Palacios G, Caballero A, Alemán T, Duhart F. Alimentación sustentable en Chiapas: hoy y mañana. 2016. 133 p.
49. Díaz D. Antropología alimentaria de la Quebrada de Humahuaca Modos de producción , patrón alimentario y. 2015;
50. FAO O de las NU para la A y la A. Sistemas alimentarios tradicionales de los pueblos indígenas de Abya Yala. Amazonia, Chaco, Willi, Lafken [Internet]. 2015. 148 p. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4670s.pdf>
51. López J, Juárez M ML. Usos y significados contemporáneos de la comida desde la antropología de la alimentación en América Latina y España. Rev Dialectol y Tradic Pop [Internet]. 2017;71(2):327. Disponible en: <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/517>
52. Villalobos D, García D, Falque L, Fernández A, Bravo A. Acercamiento Antropológico de la Alimentación del Pueblo Indígena Anú de Sinamaica, Venezuela. 2016;33–43. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/169-185/es>
53. Murillo G, Pérez L. Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. 2017;33(3):392–402. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n3/0186-4866-mim-33-03-00392.pdf>
54. Anaya S, Álvarez M. Factores Asociados a las Preferencias Alimentarias de los Niños. 2018;4532:58–73. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/eleut/v18/2011-4532-eleut-18-00058.pdf>
55. Padilla C. Creencias y Prácticas de Alimentación de los Cuidadores de Niños y Niñas, hacia las Intervenciones Proporcionadas por el Programa de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario RNEC la Boquilla- Cartagena 2016. 2017;1–123. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n3/0186-4866-mim-33-03-00392.pdf>
56. Cruz M. Cosmovisión Andina e Interculturalidad: Una Mirada al Desarrollo Sostenible desde el Sumak Kawsay. Rev CHAKIÑAN, UNAcH [Internet]. 2018;119–32. Disponible en: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rchakin/n5/2550-6722-rchakin-05-00119.pdf>
57. Molano N, Molano D. Cosmovisión de salud y alimentación en la cultura Guambiana. Univ y Salud [Internet]. 2017;20(1):16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.105>
58. Cuatis M. Características de las comidas indígenas y en la comunidad “La Rinconada”. Univ Técnica del Norte. 2014;
59. Moya A. Atlas Alimentario de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes del Ecuador [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56268.pdf>
60. FAO. Comida , territorio y memoria. Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos. Organ las Nac Unidas para la Aliment y la Agric. 2015;
61. Jiménez M. Desigualdades, consumo y cultura: explorando los factores socioculturales de la desnutrición infantil en familias rurales de Guatemala. 2016;1–34. Disponible en: <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/3149.pdf>
62. Sandoval L, Jiménez M, Olivares S, Cruz T. Atención Primaria Lactancia materna ,

- alimentación complementaria. Atención Primaria [Internet]. 2016;48(9):572–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.004>
63. FAO, CEPAL, ALADI. Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre Celac 2025. 2016; Disponible en: <http://www.fao.org/3/b-i6002s.pdf>
 64. Isidro R. Factores de riesgo determinantes y el estado nutricional en niños menores de tres años, Centro de Salud de Huácar, Huanuco, 2017. 2018; Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2971/TESIS_RITA_VERONICA_ISIDRO_MORY.pdf?sequence=2&isAllow
 65. Plazas M. Nutrición del niño en la edad preescolar y escolar. 2014; Disponible en: <https://dieteticaieselgetares.files.wordpress.com/2014/04/nutricic3b3n-escolar-y-preescolar.pdf>
 66. Rodríguez E. Guía de capacitación en alimentación y nutrición para docentes y comités de alimentación escolar. 2016. 1–25 p.
 67. Zazo B, Pedrón C. Conceptos básicos en alimentación [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>
 68. FAO. Macronutrientes y micronutrientes. Organ las Nac Unidas para la Aliment y la Agric [Internet]. 2015;2. Disponible en: http://www.fao.org/elearning/Course/NFSLBC/es/story_content/external_files/Macronutriente_s_y_micronutrientes.pdf
 69. Carranza L. Fisiología del apetito y el hambre . Physiology of appetite and hunger . Introducción Desarrollo Intervención del hipotálamo. 2016;1(3):117–24.
 70. UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. 2017; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>
 71. Navarro A, Marrodán M. La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico [Internet]. 2018. Disponible en: <https://nutricion.org/wp-content/uploads/2013/11/Desnutricion-infantil.pdf>
 72. Arrunátegui V. Estado Nutricional En Niños Menores De 5 Años Del Distrito De San Marcos, Ancash, Peru. Rev Chil Nutr [Internet]. 2016;43(2):7–7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182016000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 73. Cueva E GJ. La Desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir de Cochapamba Sur (CIBV) en el periodo de Octubre del 2016 a Febrero del 2017. 2017;118. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9859/1/T-UCE-0006-104.pdf>
 74. Gómez F. Desnutrición Malnutrition. 2016;73(5). Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/TALLER-INDUCCIÓN-MONIT-ESTADO-NUTR.pdf>
 75. OMS, OPS, MINSALUD. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. 2016; Disponible en: http://www2.udea.edu.co/webmaster/unidades_academicas/medicina/nacer/0813-aiiep-clinico-2016.pdf
 76. MIES. Seguimiento nominal Monitoreo y seguimiento al estado nutricional durante los 1000 días de vida. 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/TALLER-INDUCCIÓN-MONIT-ESTADO-NUTR.pdf>

77. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI Clínico. 2017;1–21. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/cuadro-procedimientos-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia.pdf>
78. Ecuador M de salud pública del. AIEPI (Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia) Clínico. Cuadros de procedimientos. Minist Salud Pública del Ecuador [Internet]. 2017;2:1–91. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/norma_atencion_integralde_enfermedades_prevalentes_de_lainfancia.pdf
79. Calderón M. El Plan para la Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre 2025 de la CELAC y la Ley de Tierras y Territorios en Ecuador: Análisis de Convergencia. 2017; Disponible en: [http://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/4767/1/TESIS Calderón Guevara Marco Napoleón.pdf](http://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/4767/1/TESIS%20Calderón%20Guevara%20Marco%20Napoleón.pdf)
80. Universidad de Buenos Aires. C de M. Nutrición, Guia Temática Para La Asignatura Orientación En Nutricion. Guia Temática para la Asign en Nutr [Internet]. 2015;1–361. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/nutricion/guia.pdf>
81. Manjarín M, Vaccirca S, Ferrario CC. Crecimiento y desarrollo. 2016;7. Disponible en: https://apelizalde.org/revistas/2016-1-ARTICULOS/RE_2016_1_PP_1.pdf
82. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. 2017;373–9. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n3/art12.pdf>
83. Costa A, Sánchez M, Martín M. La Práctica de la investigación cualitativa : ejemplificación de estudios La Práctica de la investigación cualitativa : ejemplificación de estudios [Internet]. 2017. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n3/art12.pdf>
84. FAO. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i3545e.pdf>
85. Adaptable KAP model questionnaires in MS Word. 2014;2014.
86. La DDE, Métodos CDE. La triangulación Metodológica (pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2018;44(2):431–43. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n2/1561-3127-rcsp-44-02-431.pdf>
87. Maldonado R. El método hermenéutico en la investigación cualitativa. 2016;(May).
88. Álvarez G, Delgado J. Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. Bol Clin Hosp Infant Edo Son [Internet]. 2015;32(1):26–34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
89. Hernández J. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios. Disponible en: <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/investigacion/22.pdf>
90. Flores R, Chango A, Tisalema S, Maliza S, Galarza S, Pozo A. Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Parroquia Juan Benigno Vela. 2017;
91. (IPES), Instituto de Perfeccionamiento y Estudios Superiores. Investigacion Cuantitativa. Investig Cuantitativa [Internet]. 2009;1–38. Disponible en: http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv_cuanti.pdf
92. Clavijo D, Guerra D, Yáñez D. Método, Metodología y Técnicas de la Investigación Aplicada al Derecho [Internet]. Bogotá - Colombia; 2014. Disponible en: http://fui.corteconstitucional.gov.co/doc/pub/31-08-2017_7b9061_60327073.pdf

93. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013;1–9. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
94. MSP. Guía para Promoción y Conformación de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos. Minist Salud Publica del Ecuador. 2017;1–62.
95. García L. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en Mozambique. Inst Univ Investig Biomédicas y Sanit Agencia Española Coop Int para el Desarro [Internet]. 2018; Disponible en: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/0755026_00000_00000\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/0755026_00000_00000(1).pdf)
96. Arza E, Collante V, Sanabria M, Acosta J, Morínigo M. Doble carga de malnutrición en madres y niños menores de cinco años de edad de dos comunidades indígenas del Departamento Central. An Fac Cienc Méd [Internet]. 2018;51(3):53–60. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1816-89492018000300053&lng=en&nrm=iso&tlng=es
97. Gonzales Y, Díaz C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. Rev salud pública [Internet]. 2015;17(6):836–47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a02.pdf>
98. Ordóñez R. Desnutrición crónica y determinantes de la salud asociados, en niños menores a 5 años de la parroquia Baños. 2018. Univ del Azuay [Internet]. 2019; Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8713/1/14372.pdf>
99. Zaragoza J, Trejo L, Ocampo M, Maldonado L, Ortiz A. Poor breastfeeding, complementary feeding and dietary diversity in children and their relationship with stunting in rural communities. 2018; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29756958/>
100. Cuadros C, Vichido M, Montijo E, Zarate F, Cadena J, Cervantes R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2017;38(3):182–201. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm173f.pdf>
101. Jiménez A, Martínez R, Velasco M, Ruiz J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutr Hosp [Internet]. 2017;34:3–7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v34s4/01_jimenez.pdf
102. Lorenzo CS, Tomás-biosca MR, Rincón E. Programa de formación continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Pediatría Integr [Internet]. 2020; Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/04/Pediatria-Integral-XXIV-2_WEB.pdf#page=38
103. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domello M, Emblemton N, Al E. Complementary Feeding : A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Soc Eur [Internet]. 2017;64(1):119–32. Disponible en: https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2017/01000/Complementary_Feeding__A_Position_Paper_by_the.21.aspx

ANEXOS:

Anexo 1: Ficha de identificación

FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Provincia:	Cantón:	Parroquia:
Dirección:		Celular:
Fecha de aplicación de la entrevista:		
Entrevistadora:		
ENTREVISTADO		
Nombre cuidador:		Nombre niño:
Etnia:		Estado civil:
Número de personas que viven en su casa:		
Tipo de Familia:		
Tipo de residencia:		
Nivel de Instrucción:		
Ocupación:		
Edad del niño/a:		Sexo del niño/a:
Relación con el niño/a:		
Peso:		Talla:
Número de niños menores de 5 años:		
Servicios básicos:		

Anexo 2: Entrevista semiestructurada

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA II COHORTE

TEMA: CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN POBLACIÓN INDÍGENA Y SU RELACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA.

de entrevista:

Por favor, responda con completa sinceridad a las siguientes preguntas.

1. *¿La persona que realiza las compras de los alimentos, es la que cocina?*

Si No ¿Quién?

2. *¿EL niño o niña tomó leche materna?*

Si No

Y ¿Hasta qué edad el niño/a recibió “seno” o leche materna únicamente (lactancia materna exclusiva)?

3. *Cuándo sale de su casa y deja al bebé ¿qué tipo de alimentación le proporcionan? En ese caso, ¿quién lo alimenta?*

4. *¿Sabe usted, cuáles son los beneficios para el bebé si recibe solamente leche materna o en qué le ayuda durante los primeros meses de vida?*

5. *¿El niño/a se alimentó con algún otro tipo de leche complementaria “leche de tarro” (fórmula), desde qué edad y por qué?*

Si No

6. *¿Hasta qué edad le dio lactancia materna al niño y por qué dejó de dárselo?*

7. *Desde qué edad le dio al niño/a otros alimentos diferente a la leche materna y Por qué cree Ud, que es importante darles otros alimentos y qué alimentos le dio en los primeros meses?*

8. *¿El niño/a menor de 5 años come en compañía de o con quién se sienta a la mesa para consumir los alimentos?:*

9. *¿Cuántas veces al día el niño/a come?*

10. Por favor, observe estas dos fotos de papillas o sopas ¿Cuál de estas le da usted a su niño y por qué eligió esta imagen, en cuanto a espesor o consistencia?



11. ¿Qué agua utiliza usted y su familia para beber, usar en la cocina y lavarse las manos, hace hervir el agua?
12. ¿Le han dicho que el niño tiene algún problema de nutrición, bajo peso o baja talla, cuál?
13. ¿Cuántas veces ha ido el niño o niña a control médico, sin estar enfermo (en el 1er año, 2do, 3er, 4to año; y ¿hace cuánto tiempo fue su último control?
14. ¿Generalmente cada cuanto se enferma el niño/a, que requiera medicación y de qué se enferma?
15. ¿Qué tan difícil o complicado es para usted darle diferentes tipos de alimentos a su hijo todos los días?
16. ¿Qué tan difícil o complicado es para usted alimentar a su hijo 3 veces al día ó más?
17. ¿Qué tipo de productos cultiva usted para su consumo personal?

18. ¿Con qué frecuencia el niño/a menor de 5 años consume los siguientes productos?:

Grupo	Lista de alimentos	<1 vez al mes	2-3/v mes	1-2/v semana	3-4/v semana	>5 semana
Group 1: Granos, raíces y tuberculos	Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, ¿incluyendo avena o papilla?					
	Papas, camote, yuca, ¿o cualquier otro alimento a base de raíces?					
Group 2: Leguminosas	¿Algún alimento hecho a base de frijoles, habas, lentejas o nueces?					
Group 3: Productos lácteos	Fórmula infantil o leche de tarro					
	¿Leche?					
	Yogurt?					
	¿Queso u otros productos lácteos?					
Group 4: Carnes	¿Hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre?					
	Algún tipo de carne como carne: res, cerdo, oveja, pollo, ¿pato u otra?					
	¿Pescado fresco o secos, o mariscos?					
Group 5: Huevos	Huevos					
Group 6: Frutas y verduras ricas en vitamina A	Zapallo, zanahoria, ¿remolacha?					
	Verduras de hoja verde oscuro como espinacas, brócoli, col					
	Mango maduro, papaya madura, melón, durazno					
Group 7:	Otras frutas o verduras					
Otros alimentos	Algún aceite, grasa, mantequilla, ¿o frituras?					
	¿Alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tortas, galletas?					
	Condimentos preparados ___ o naturales ___ para dar sabor a comidas					

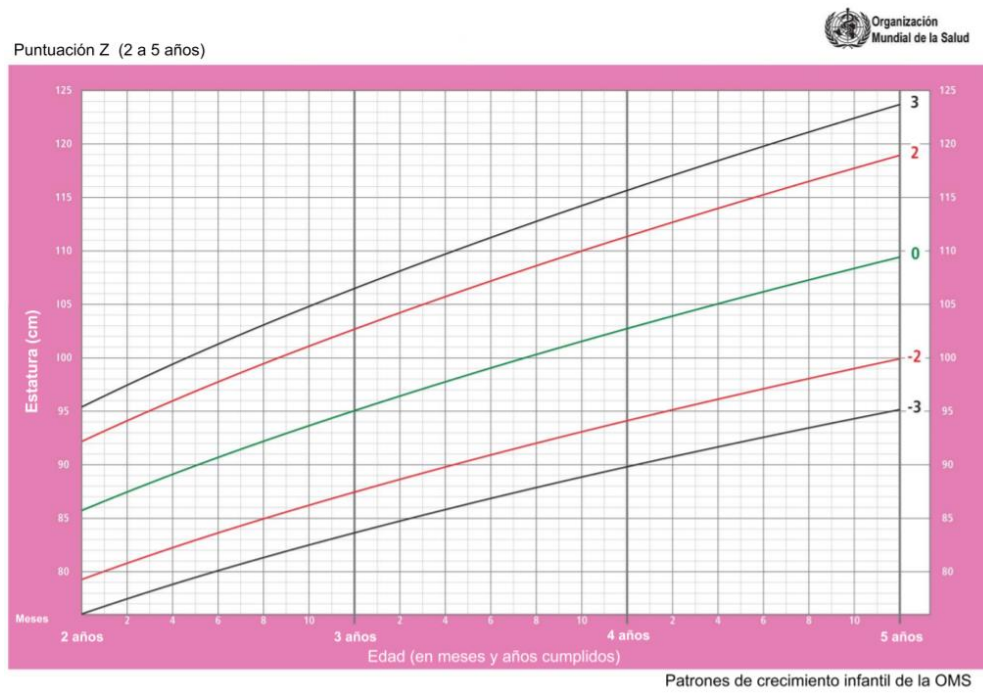
KAP actitudes y las prácticas relacionadas con la nutrición, FAO Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (2014), , <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm>

Anexo 3: Curvas de crecimiento según AIEPI

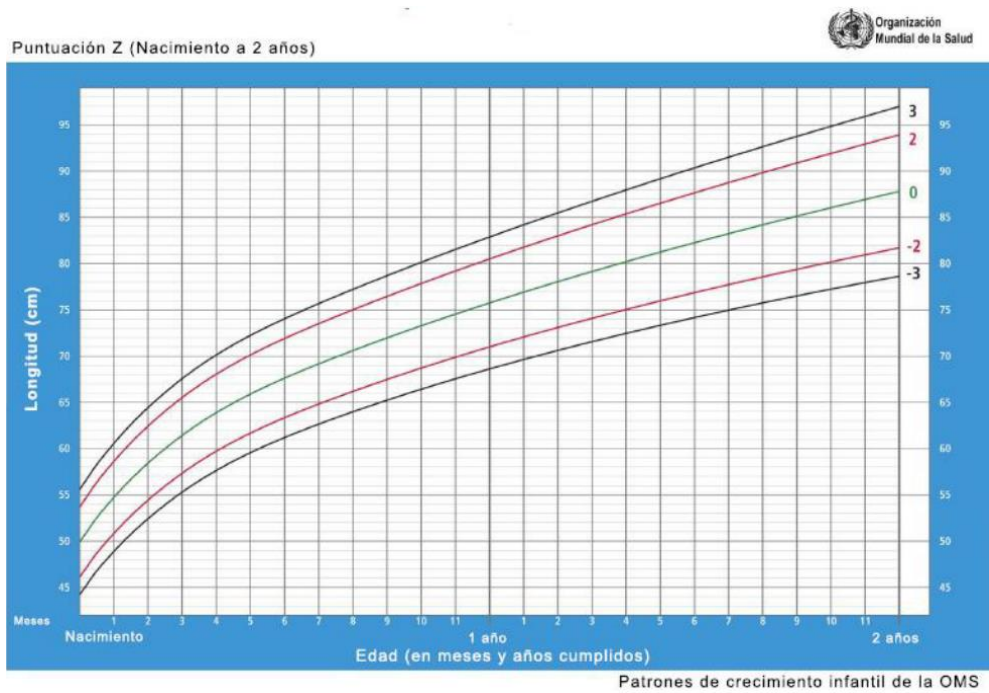
Niñas: Curvas de crecimiento longitud/edad 0 a 2 años



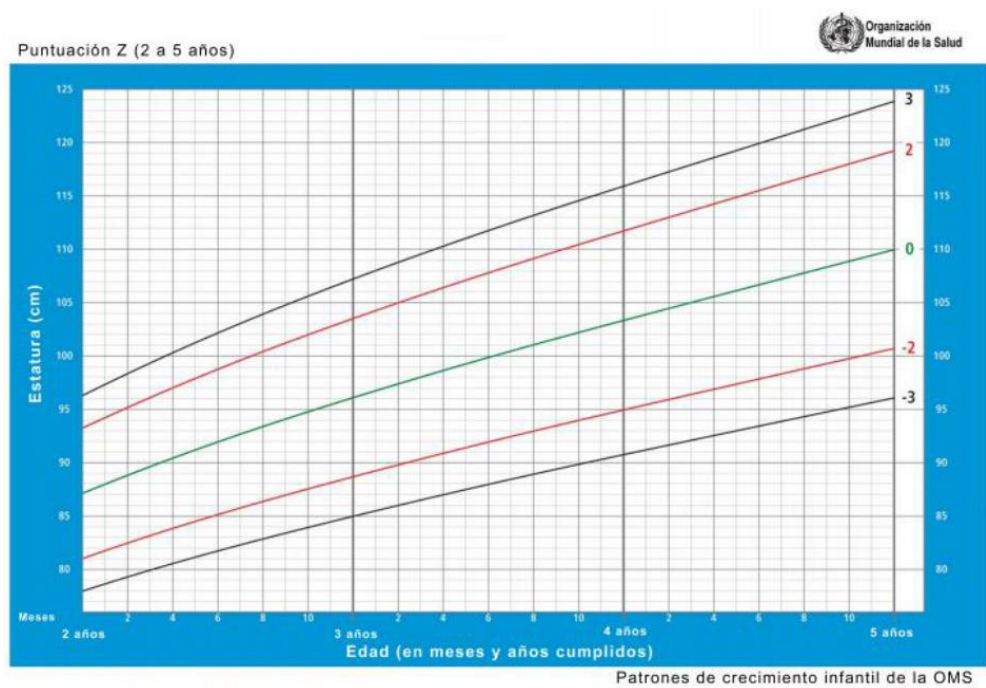
Niñas: Curva de crecimiento talla/edad 2 a 5 años



Niños: curva de crecimiento longitud/edad 0 a 2 años



Niños: curva de crecimiento talla/edad 2 a 5 años



Anexo 4: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN POBLACIÓN INDÍGENA Y SU RELACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA.

ESTUDIANTE: MD. Andrea M. Vargas C.

Lugar: Parroquia Juan Benigno Vela

Correo: andymary21@hotmail.com

Teléfono: 0996511965

El presente documento es para solicitarle de la manera más comedida, nos ayude con su participación en el presente estudio.

Requiere de su responsabilidad y honradez en las respuestas al presente cuestionario a realizarse sobre los hábitos alimentarios que Ud. practica en su hogar. Y además la colaboración de su hijo para realizarle medidas antropométricas como es: peso y talla

Usted no tiene la obligación de participar en el estudio. Si dice que sí, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir. Su atención médica no cambiará de manera alguna si dice que no.

Objetivo General: Analizar las conductas alimentarias de la población indígena en la prevalencia de desnutrición crónica de los niños menores de 5 años en la Parroquia de Juan Benigno Vela.

Justificación: En el sector de Juan Benigno Vela se observa una persistencia de desnutrición crónica, especialmente en niños indígenas menores de 5 años, lo que acarrea problemas de aprendizaje y mayor frecuencia de enfermedades afectando a la salud en el futuro del niño.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) el 45% de las defunciones infantiles están asociadas con la desnutrición; y según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2015) a nivel mundial el 26% de infantes menores de 5 años sufren retraso del crecimiento. En la región de las Américas (2016) el 9,5 % de niños presentan desnutrición crónica. De acuerdo a la última Encuesta Nacional en Salud y Nutrición realizada en el Ecuador (2014), el 13.6% muestran baja talla para la edad. En los niños indígenas prevalece un porcentaje de 42,3% de infantes, con retardo de crecimiento a diferencia de los otros grupos raciales. En Tungurahua existe alrededor de 35,2% de niños con desnutrición crónica o baja talla.

Participantes: Entrevista a padres de familia o cuidadores de los niños menores de 5 años de la parroquia de Juan Benigno Vela y los niños menores de 5 años.

La recolección de la información se realizará durante los meses de octubre del 2019 a enero del 2020. El presente estudio permitirá establecer las conductas alimentarias que presenta esta población, para en un futuro implementar estrategias que ayuden a mejorar cuadros de malnutrición en los niños. Al realizar este estudio no habrá implicaciones personales.

Concluida esta investigación el participante puede solicitar los datos de la misma.

Nombre:

Fecha:

FIRMA:

Huella:

Anexo 5: Operacionalización de Variables

Tabla 17 Variable independiente: conductas alimentarias

Conceptualización	Categorías	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Instrumento
Factores que influyen en el comportamiento concerniente con los hábitos de alimentación, el escogimiento de alimentos que se comen, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. Los tipos de alimentos que ingiere y patrones	Socioculturales	Etnia	Mestizo/ Indígena	Cualitativa	Nominal	Ficha de Identificación
		Tipo de familia	Nuclear/Extensa/ Ampliada	Cualitativa	Nominal	
		Edad del cuidador en años	Grupos decenales del cuidador: 20- 29 / 30- 39 40-49 / 50-59 60-69 / 70-79	Cuantitativa discreta	Discreta	
		Edad del niño en meses	12-23/ 24-35 36-47/ 48-60	Cuantitativa discreta	Discreta	
		Sexo del cuidador y del niño/a	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	
	Educativos	Estado civil	Soltera / Casada Unión libre / Separado	Cualitativa	Nominal	
		Instrucción del cuidador	Ninguno / Primaria Secundaria / Bachiller Superior	Cualitativa	Ordinal	
	Económicos	Ocupación	Ama de casa / Agricultor Jornalero / Negocio privado Servicio público	Cualitativa	Nominal	

Conceptualización	Categorías	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Instrumento	
Factores que influyen en el comportamiento concerniente con los hábitos de alimentación, el escogimiento de alimentos que se comen, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. Los tipos de alimentos que ingiere y patrones	Servicios Básicos	Agua	Agua Potable / Agua Entubada	Cualitativa	Nominal	Ficha de Identificación	
		Eliminación de aguas servidas	Alcantarillado / Pozo ciego Pozo séptico / Letrina	Cualitativa	Nominal		
		Luz eléctrica	Tiene luz eléctrica / Prestada	Cualitativa	Nominal		
		Otros servicios	Internet	Cualitativa	Nominal		
	Lactancia materna	Lactancia materna	Lactancia materna exclusiva Lactancia complementaria Destete	Cuantitativa	Nominal	Cuestionario a los padres o cuidadores	
	Ablactación	Edad de inicio de otros alimentos	Un año de edad y más Hasta los 6 meses Antes de los seis meses	Cuantitativa	Nominal		
	Frecuencia de consumo de alimentos	Frecuencia de consumo de alimentos	Consistencia en la que consume los alimentos	Sopa líquida / Sopa espesa	Cualitativa	Nominal	Cuadro de diversidad alimentaria del niño/a KAP
			Frecuencia con la que consume ciertos alimentos el niño/a	No consume / 1 vez al mes 2-3 veces al mes 1-2 veces a la semana 3-4 veces a la semana más de 5 a la semana	Cuantitativa	Nominal	

Elaborado por: Andrea Vargas

Tabla 18 Variable dependiente: desnutrición crónica infantil

Conceptualización	Categorías	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Instrumento
Estado nutricional patológico sistémico, inespecífico y reversible que se da por la mala utilización de nutrientes por el organismo, en los niños menores de 5 años se observa retardo del crecimiento en estatura para la edad	Estado nutricional: desnutrido	Baja talla para la edad y el sexo	Percentil según talla, edad y sexo	Cuantitativa	Discreta	Toma de Medidas antropométricas a los niños o niñas Curvas de crecimiento AIEPI

Elaborado por: Andrea Vargas