



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TEMA:

**Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de malnutrición
por defecto en niños de 1 a 5 años de edad en dos consultorios del
Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018**

AUTORA:

Cáceres Chávez, Asunta Erika

**Trabajo de Titulación
previo a la Obtención del Título de:
EPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TUTOR:

Dr. Ladrón de Guevara Gainza, Carlos Alberto

Guayaquil, Ecuador

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por *el/la Dr.(a) Asunta Erika Cáceres Chávez*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Asunta Erika Cáceres Chávez

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de la malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años de edad en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Asunta Erika Cáceres Chávez



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Asunta Erika Cáceres Chávez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de la malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años de edad en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Asunta Erika Cáceres Chávez

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis_caceres.docx (D45643845)
Submitted: 12/12/2018 9:01:00 PM
Submitted By: chunty_ecc@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

PROYECTO DESNUTRICION 1.docx (D31199404)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100003
<http://media.axon.es/pdf/70997.pdf>
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469855&fecha=25/01/2017

Instances where selected sources appear:

5

1 Agradecimiento

Primeramente, quiero dar gracias a Dios por darme vida, salud y permitirme cumplir otra meta más en mi vida profesional.

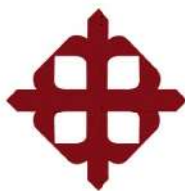
Gracias a mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional en todo momento. Sin su esfuerzo, enseñanzas y ejemplo para hacer las cosas correctamente no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

A mi esposo por su gran ayuda y apoyo constante durante estos años de altas y bajas conmigo. A mis hijos: Yuliana y Camilo, que son el motor que me impulsan a luchar cada día.

A todos los docentes cubanos que han sido parte de nuestra formación académica en el postgrado, a nuestros tutores, director de tesis, gracias por compartir sus conocimientos, tiempo y dedicación para la culminación de esta investigación.

1 Dedicatoria

A mis Padres, hermanos, esposo e hijos, por ser las personas más importantes en mi vida y pilar fundamental en todo lo que soy, tanto académica, como en la formación de valores y principios. Gracias por su apoyo incondicional, aunque sé que este logro, en poco, puede recompensarles todo lo que han hecho por mí.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Escuela de
Estudios de Postgrado
Universidad Católica de
Santiago de Guayaquil

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: "Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de la malnutrición por déficit en niños de 1 a 5 años de edad en dos consultorios de Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018"
ALUMNO: Asunta Erika Cáceres Chávez
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				

NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Observaciones:

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

5 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
5 ÍNDICE GENERAL	X
6 ÍNDICE DE TABLAS	XI
7 ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
8 RESUMEN	XIV
9 ABSTRACT	XV
10 INTRODUCCIÓN.....	2
11 EL PROBLEMA.....	6
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	6
11.2 FORMULACIÓN	7
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	8
12.1 GENERAL	8
12.2 ESPECÍFICOS	8
13 MARCO TEÓRICO.....	9
13.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO.....	9
13.2 BASES CONCEPTUALES	10
13.3 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	26
13.4 MARCO LEGAL.....	30
14 MÉTODOS.....	33
14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	33
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
14.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	33
14.2.2 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
14.2.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
14.2.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	36
14.3 VARIABLES	36
14.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	36
15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
16 CONCLUSIONES.....	53
17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN EDAD, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	39
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	40
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN ESTADO CIVIL, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	41
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN OCUPACIÓN, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	41
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	42
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE GRUPO DE ALIMENTOS QUE DEBE CONSUMIR EL NIÑO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	43
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE FRECUENCIA Y HORARIO DE ALIMENTACIÓN, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	43
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONTIENEN VITAMINAS Y MINERALES, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	44
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA E INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	45
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS HIGIÉNICOS INADECUADOS COMO FACTOR DE RIESGO DE LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	46

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE CONSUMO DE AGUA INSEGURA COMO FACTOR DE RIESGO DE LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	47
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES PARASITARIAS COMO FACTOR DE RIESGO DE LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	48
TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LAS INFECCIONES RECURRENTEES COMO FACTOR DE RIESGO DE LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	48
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LOS MICRONUTRIENTES (CHISPAZ), EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	49
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MALNUTRICIÓN POR DEFECTO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	50
TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE MADRES O TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS SEGÚN LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	51

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
ANEXO 2 ENCUESTA.....	62
ANEXO 3 ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	67

8 Resumen

Antecedentes: La malnutrición por defecto en los niños menores de 5 años afecta su crecimiento y desarrollo cognitivo e implica altos costos en salud. En la actualidad, es todavía uno de los principales problemas que enfrenta toda sociedad, y en el Ecuador es una problemática que se ha reducido pero no lo suficiente. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, en 67 madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años en dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, en el año 2018, que cumplieron con los criterios de inclusión; previo consentimiento informado, se utilizó una encuesta para la recolección de la información elaborado por la autora de acuerdo a los objetivos y variables. **Resultados:** El grupo de edad que predominó fueron madres de 15 a 24 años (46,3%), nivel de escolaridad secundaria (37,3%), en unión libre (70,2%), y amas de casa (64,2%). Existió desconocimiento 59,7% por parte de las madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años sobre los factores de riesgo de la malnutrición por defecto. **Conclusiones:** Existe desconocimiento por parte de las madres o tutores legales sobre los factores de riesgos de la malnutrición por defecto. Los resultados demuestran la pertinencia de la estrategia educativa y se recomienda la implementación para la adquisición del conocimiento.

Palabras Claves: MALNUTRICIÓN, DESNUTRICIÓN, FACTORES DE RIESGO, ESTRATEGIA EDUCATIVA.

9 Abstract

Background: Malnutrition by default in children under 5 years of age affects its cognitive growth and development and implies high health costs. At present, it is still one of the main problems that every society faces, and in Ecuador it is a problem that has been reduced but not enough.

Materials and Methods: An observational, descriptive, prospective and cross-sectional study was conducted in 67 mothers or legal guardians of children from 1 to 5 years of age in two clinics of the Enrique Ponce Luque health center, in 2018, who met the inclusion criteria; prior informed consent, a survey was used to collect the information prepared by the author according to the objectives and variables. **Results:** The age group that predominated were mothers from 15 to 24 years old (46.3%), secondary education level (37.3%), free union (70.2%), and housewives (64.2%). There was no knowledge of 59.7% by the mothers or legal guardians of children from 1 to 5 years old about the risk factors of malnutrition by default. **Conclusions:** There is no knowledge on the part of mothers or legal guardians about the risk factors of malnutrition by default. The results demonstrate the relevance of the educational strategy and implementation is recommended for the acquisition of knowledge.

Keywords: MALNUTRITION, RISK FACTORS, EDUCATIONAL STRATEGY.

10 INTRODUCCIÓN

La malnutrición por defecto se caracteriza por una alimentación deficiente, que no reúne nutrientes de calidad y en cantidades suficientes. La desnutrición es un estado patológico que conlleva a un déficit general de nutrientes y el consumo de tejido muscular a falta de energías externas, además de presentar también déficit de vitaminas y minerales, y la cual está englobada en la categoría de malnutrición por defecto (1).

En la actualidad, la malnutrición por defecto es uno de los principales problemas que enfrenta toda sociedad, pues existen a nivel mundial 159 millones de niños menores de cinco años que padecen de desnutrición crónica (2); se estima que, uno de cada cuatro niños menores de 5 años tienen un peso inferior al normal para su edad, relacionadas tanto a la desnutrición crónica como aguda (3). Se calcula que 7,6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año, una tercer parte de estas muertes están relacionadas con la desnutrición (4).

La nutrición es un tema preocupante en América latina y el Caribe, debido a la alta prevalencia de desnutrición crónica que afecta a 6,1 millones de niños menores de cinco años, y de 700 mil que padecen de desnutrición aguda (5), por lo que todavía sigue siendo un problema prolongado y persistente que refleja múltiples causas afectando negativamente al crecimiento infantil.

En Ecuador los graves problemas nutricionales que afectan de manera especial, a un gran número de niñas y niños menores de cinco años de los sectores urbanos y rurales más pobres del país, demandan fortalecer las actividades y respuestas implementadas hasta ahora por el gobierno (6). El 25,3% de los niños y las niñas menores de cinco años padece desnutrición crónica, según Encuesta Nacional de Nutrición y salud (ENSANUT) en el año 2013(7), siendo todavía un problema de salud que cobra un precio muy alto en los niños y sus familias.

La desnutrición posee ciertas características particulares como enfermedad, está extraordinariamente difundida en los países llamados del “Tercer Mundo”, en los que

constituye una de las patologías más frecuentes, de diagnóstico fácil, de tratamiento eficaz, barato, y es quizás la causa más importante de mortalidad, cuya erradicación prolonga la esperanza de vida de la población.

Según la UNICEF, la desnutrición es una emergencia silenciosa e invisible y por lo mismo muy grave; y que es el resultado de un gran número de causas entre las que podemos destacar el consumo de una dieta inadecuada, la falta de higiene y la presencia de infecciones que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes, el índice de pobreza que incluyen la insuficiente disponibilidad y acceso a los alimentos, conductas desfavorables de la familia por falta de información y educación, entre otras (8),(9).

Como es sabido, los niños dependen para su alimentación enteramente de terceros, que muchas veces no tienen los recursos económicos suficientes o carecen de un nivel cultural o de educación como para cumplir adecuadamente con ese rol (10). Es por eso que para enfrentar el problema se debe instruir acerca de prácticas seguras para una buena nutrición a toda la población tomando como principal elemento a las madres o tutores de los niños menores de cinco años.

Lo señalado demanda fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud, para atender los requerimientos de nutrición en salud de la población, y optimizar la organización, gestión, e institucionalizar los instrumentos normativos que permitan resolver con eficiencia, pero esencialmente con efectividad y solidaridad sus necesidades (11).

Asumiendo la responsabilidad de garantizar la salud y la nutrición como un derecho fundamental de toda persona, el Ministerio de Salud Pública implementa una serie de estrategias destinadas, entre otras cosas, a reducir la desnutrición en los niños menores de cinco años, y eliminar de manera progresiva la desnutrición de los recién nacidos hasta el primer año de edad (11).

La nutrición en los primeros años de vida es importante para el crecimiento físico y el desarrollo intelectual del ser humano. Una adecuada nutrición va a favorecer tanto el crecimiento corporal del niño, como el desarrollo de sus capacidades cognitivas y lo hará más resistente a las enfermedades. Por el contrario, la desnutrición, especialmente en

la infancia, constituye un impedimento para que los individuos y las sociedades desarrollen todo su potencial. Los niños desnutridos tienen una menor resistencia a las infecciones y más posibilidades de morir a causa de enfermedades comunes de la infancia (8).

Los niños necesitan alimentos de calidad y en cantidades adecuadas para alcanzar un crecimiento, desarrollo óptimo, los más pequeños son más vulnerables a una nutrición deficiente debido a las grandes demandas que requieren y a un rápido desarrollo neuronal, es por tal razón que es esencial en esta etapa, además que se trata de un período que ofrece importantes oportunidades para ejercer hábitos higiénicos saludables que persistan a lo largo de toda la vida (8).

Por todo lo mencionado, es importante contribuir a mejorar la situación de salud y erradicar la desnutrición crónica en el país, para realizar esta labor es necesario educar a la población acerca de los riesgos que conlleva la malnutrición por defecto durante los primeros cinco años de vida y las pautas necesarias para prevenir dicha afección, lo que favorecerá a que éstos lleguen a ser adultos saludables, productivos, logrando mayores oportunidades para que salgan del círculo de la pobreza y que nuestro país tenga un verdadero desarrollo.

La potencialidad de desarrollo de los individuos está íntimamente relacionada con la capacidad creadora de las sociedades, razón por la cual el progreso, el bienestar de una sociedad dependen de la salud y el desarrollo de quienes la conforman. A su vez, la salud y el desarrollo humano no son plenos sin una nutrición adecuada, por lo que el estado de nutrición de los individuos es un elemento fundamental del capital humano en la comunidad (12).

Con esta investigación se pretende identificar el conocimiento que poseen las madres o tutores legales de los niños menores de cinco años sobre los principales aspectos que inciden en la malnutrición por defecto en este grupo etáreo en el Centro de salud Enrique Ponce Luque, lo que permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la atención primaria de salud para contribuir al mejoramiento del estado de salud en la población, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática. El diseño de esta estrategia podrá ser implementada y también se

podrá evaluar su impacto en futuras investigaciones con el objetivo de estimar su utilidad y alcance.

Uno de los motivos que lleva al investigador a realizar esta estrategia es porque en la población de estudio existe una alta prevalencia de malnutrición por defecto, además de la escasa información y educación que tienen las madres o cuidadores de los niños menores de cinco años sobre prácticas seguras para una buena nutrición en este grupo etáreo y su repercusión como problema de salud; ya que las implicaciones que existen de una malnutrición por defecto durante las primeras etapas de la vida generan un retraso del crecimiento pondoestatural, afecta el desarrollo cognoscitivo del niño y por ende tendrá dificultades en el aprendizaje, además que lo hace vulnerable a padecer de enfermedades infecciosas a repetición, llevando consigo altos costos en salud, la no asistencia a centros escolares, afectando a largo plazo el talento humano de la población, y generando el círculo de pobreza(8).

Se planteó un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuyo objeto de estudio fueron las madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años de edad pertenecientes a la población de dos consultorios de medicina familiar del Centro de Salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo, durante el periodo 2018, se incluyó en el estudio a 67 madres y tutores legales que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se les aplicó una encuesta elaborada por la autora para determinar el conocimiento que tienen sobre los factores de riesgo de la malnutrición por defecto, identificando los componentes de la estrategia de intervención, previo consentimiento informado y cumpliendo los principios éticos.

La investigación transcurre por la revisión de la bibliografía argumentada en el marco teórico, el planteamiento del problema de investigación y de los objetivos, continua con la presentación detallada de la metodología hasta llegar a la presentación de los resultados en tablas y la discusión de los mismos, para llegar a plantear conclusiones y recomendaciones.

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La atención de salud dirigida a la niñez ecuatoriana ha sufrido transformaciones en estos últimos diez años, mediante estrategias llevadas a cabo por el ministerio de salud pública, en lo que respecta a mejorar la nutrición en menores de cinco años, todavía no se ha llegado a la meta de erradicar por completo la desnutrición infantil en el Ecuador, por lo que continua siendo un problema de salud, tanto nacional como en la población atendida por el Centro de Salud Enrique Ponce Luque en Babahoyo. Actuar sobre los principales factores de riesgo que inciden en esta afección se alcanzaría a mejorar la nutrición en niños menores de cinco años y por ende mejorar la salud de este grupo etario.

Para lograr disminuir las cifras de este indicador de salud en el centro de salud Enrique Ponce Luque se propone realizar una estrategia educativa dirigida a madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años de edad, debido a que son ellas las responsables de la alimentación de éstos. Esta estrategia está basada en hacer conocer a las madres o tutores legales sobre los principales factores de riesgo que inciden en esta afección, esto permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la Atención Primaria de Salud, contribuyendo a mejorar la salud en este grupo de edad, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática.

La desnutrición en los niños menores de 5 años se asocia con la pobreza, afectando el crecimiento y desarrollo cognitivo, además del riesgo de presentar complicaciones en el estado de salud, por ello asegurar una correcta alimentación y nutrición es básico, jugando las madres de familia un papel fundamental en la crianza de sus hijos, el enseñar a las madres que mayoritariamente desconocen como nutrir bien a sus hijos ayudara a disminuir la probabilidad de que los infantes sufran de desnutrición y tengan un crecimiento sano, por lo que es conveniente implementar esta estrategia que ayude a combatir la carencia de información y así tener niños saludables asegurando un futuro productivo para la sociedad.

11.2 Formulación

¿Qué elementos pueden ser incorporados en el diseño de una estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre factores de riesgo de la malnutrición por defecto en madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años de edad de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo?

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Diseñar una estrategia educativa sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto en madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años de edad de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque en el año 2018.

12.2 Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas
- Identificar el conocimiento en las madres o tutores legales del niño de 1 a 5 años sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto.
- Identificar los componentes para el diseño de una estrategia educativa sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto en la población de estudio.
- Elaborar una estrategia educativa sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Aspectos epidemiológicos de la malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años

La base de datos mundiales sobre nutrición de la UNICEF, en el 2012 indica que en todo el mundo había 101 millones de niños y niñas menores de 5 años con un peso inferior al normal, lo que equivale a cerca del 16% de los niños y niñas menores de 5 años (9). La prevalencia del peso inferior al normal es mayor en Asia meridional, con un índice del 33%, seguida de África subsahariana, con el 21%. En Asia meridional hay 59 millones de niños y niñas con peso inferior al normal, mientras que en África subsahariana la cifra es de 30 millones (2), (3).

Los estudios realizados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el 2011, concluyen que: Unos 9 millones de niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica en el continente. El problema se centra principalmente en las poblaciones indígenas, donde la desnutrición crónica llega a afectar en algunos casos hasta el 70 u 80% de los niños (13).

El informe de UNICEF seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres, realizado en 2009, ponía de manifiesto la grave repercusión de los índices elevados de desnutrición en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantiles, destacando la carga social y económica que suponen para los países(14). Dicho informe versaba que en el Ecuador aproximadamente 371.000 niños menores de cinco años están con desnutrición crónica; y de ese total, unos 90 mil tienen desnutrición grave. Los niños indígenas, que corresponden al 10% de la población total infantil, constituyen el 20% de los niños con desnutrición crónica y el 28% con desnutrición crónica grave. Los mestizos representan, el 72% y el 5% del total (7).

Según el Ministerio de Salud del Ecuador en el 2011, en las estadísticas del programa integrado de micronutrientes, expresa que: El 26,0% de los niños ecuatorianos menores de 5 años tiene desnutrición crónica (7).

El último informe del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), cita los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil, Endemain, del 2004, en la cual el indicador nacional de desnutrición crónica es del 23,2%. Según estos datos comparativos de las dos encuestas, entre el 2004 y el 2012 la desnutrición crónica subió dos puntos (15).

El informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por el MSP entre el 2011 y 2013 muestra una desnutrición crónica en menores de 5 años de 25,3%; porcentaje que en los indígenas sube al 42,3%, además muestra que en el quintil económico más pobre la desnutrición alcanza el 36.5%, mientras que el más rico llega al 13,8% (7).

13.2 Bases conceptuales

13.2.1 Malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años

13.2.1.1 Definición de malnutrición por defecto

La malnutrición por defecto se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo (1). Dentro de la malnutrición por defecto se encuentra la desnutrición, la cual es un estado patológico resultante a una dieta deficiente de forma prolongada en energía de uno o varios nutrientes o de una inadecuada absorción o utilización biológica de los nutrientes consumidos, provocando una pérdida de peso(16).

Según la OMS La desnutrición es el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y la energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas (17).

Según Velásquez la desnutrición es “la condición patológica derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo. Existe dos clases: la primaria, cuando

los aportes de nutrientes no pueden ser aportados por la situación económica y educativa; la secundaria si los aportes nutricionales son adecuados pero debido a otras enfermedades, la absorción o utilización de estos alimentos no es adecuada”(18).

La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional y basados en el peso esperado del niño (de acuerdo a su edad o estatura) hacemos el cálculo que determina el grado de desnutrición (1).

La desnutrición proteica-calórica es causada por ingestión inadecuada de nutrientes, dando por resultado la deficiencia de proteínas y micronutrientes (alimentos necesarios en cantidades pequeñas, como las vitaminas y algunos minerales). El crecimiento rápido, la infección o la enfermedad crónica pueden aumentar la necesidad de alimentos, particularmente en niños ya desnutridos. Esta enfermedad es uno de los más comunes en los últimos tiempos, ya que esta indirectamente relacionada con la condición social del hombre, no solo por lo económico sino también por las modas alimentarias que se impone (dietas a base de un elemento como frituras o únicamente hidratos de carbono) (18).

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no saben defenderse por sí solos continua siendo un problema significativo, la desnutrición y el hambre son problemas conocidos en este mundo, como ha quedado demostrado por las sequías y los problemas políticos y de distribución que han aquejado a países, entre ellos el nuestro(6),(7).

13.2.1.2 Causas de la malnutrición por defecto en la infancia.

Primaria o carencial: Por oferta inadecuada de alimentos (déficit de ingesta) en virtud de condiciones socioeconómicas desfavorables, culturales y ecológicos. Incluye dietas pobres en proteínas o con escaso contenido energético; inadecuada disponibilidad de alimentos a causa de pobreza o desigualdad; hambruna por sequías, guerras, disturbios civiles, catástrofes naturales o prácticas inadecuadas en la preparación de alimentos (16),(19).

Secundaria: Se debe a un proceso de enfermedad de base, la célula no puede metabolizar adecuadamente, los nutrientes aportados por los alimentos debido a trastornos en la ingestión, digestión, absorción, transporte y excreción (16),(20).

Mixta: En esta se unen causas primarias y secundarias.

Según la UNICEF en la desnutrición infantil existen causas inmediatas, subyacentes y básicas. Dentro de las causas inmediatas está la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres (3).

13.2.1.3 Factores de riesgo para la malnutrición por defecto

El nivel socioeconómico está íntimamente ligado a la ocupación de los que aportan los ingresos en la familia. En todo grupo familiar la supervivencia implica trabajo para la satisfacción de las necesidades básicas, cómo son la alimentación, ropa, habitación, combustible, recreación, y otras (1), (16),(21).

Unos de los factores más importante que influyen en el crecimiento, está dado por las condiciones socioeconómicas; en este sentido existe una gran cantidad de estudios que se refieren al crecimiento infantil en sectores de distintos niveles socioeconómicos que, en general informan un mejor crecimiento en niños pertenecientes a niveles socioeconómicos más alto y menor en los estratos sociales bajos. Esto se explica por qué a mayor nivel socioeconómico hay un mejor acceso a una alimentación adecuada, aún mejor cuidado de la salud y la protección materno-infantil (16),(22).

Edad de la madre: Un aspecto importante en la desnutrición infantil, es la relacionada a los padres del niño desnutrido, en especial a la madre, como es el caso de la madre adolescente (menor de 18 años) seguramente asociado a su poca experiencia para alimentar y reconocer signos de peligro (14),(22).

Educación: La relación que existe entre los pacientes con desnutrición grave y el nivel educativo de la madre, siendo las madres con bajo nivel educativo las que tiene falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil lo cual incide

negativamente en la nutrición de los hijos. En los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los niños con madres que cursaron educación primaria (ciclo completo), en comparación con niños de madres que no completaron dicho ciclo(12),(23).

El nivel de educación puede moldear la percepción del mundo y puede contribuir al crecimiento social. Puede llevar a la persona a tener la posibilidad de una mejor remuneración, lo que a su vez contribuye a la calidad de vida. También puede contribuir a los procesos de las tomas de decisiones que serán los caminos que se elegirán en la vida (23).

Cultura/Etnia: Son factores socio-económicos que pueden contribuir con los pensamientos y actitudes. Ambas pueden tener un impacto en cómo se cría a los niños, los valores primarios, y el sentido de la familia y la tradición (24).

Remuneración y ocupación: En la actualidad la participación femenina en los diferentes campos laborales es más amplia, la mujer se ha comprometido a no depender o ayudar en la estabilidad del hogar, para dar una seguridad económica a su familia, principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hogares (18),(24). Para miles de mujeres formar una familia y trabajar al mismo tiempo significa tener que enfrentar una gran cantidad de dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre las exigencias de sus hijos y las demandas de su trabajo (16).

Ha aumentado el número de madres solteras, viudas o separadas que tienen que la responsabilidad económica del hogar, donde el principal receptor de ingresos es la mujer. La mujer trabajadora tiene que recurrir a parientes, o guarderías para que estos den la atención y cuidados que sus hijos necesitan, depende de la situación laboral que desempeñe y que beneficios económicos este obteniendo, para poder compensar a sus hijos por su ausencia, ya que si cuenta con un nivel medio alto, tiene la posibilidad de tener a su hijo en una institución que brinde una adecuada atención, sin embargo, si trabaja para sostener la economía del hogar y no cuenta con los medios económicos para brindarle

una atención mejor, sus hijos se verán afectados y repercutirá en su estado de salud (16),(18),(24).

El consumo inadecuado y deficiente de una alimentación variada: Los niños de uno a cinco años de edad están siempre en movimiento y necesitan una amplia variedad de alimentos para su crecimiento desarrollo. Por lo que al no ofrecer diferentes variedades y cantidades adecuadas podría llevar al niño a una malnutrición por defecto. Dentro de la variedad de alimentos que debe consumir los niños están: pan, cereales, arroz y pasta; frutas y vegetales; carnes, pollos, huevos, frutos secos, leche, yogurt y quesos, mientras que en pequeñas cantidades se deben ingerir los dulces, aceites, mantequillas y grasas. La frecuencia de la ingestión de los alimentos debe ser de tres a cuatro comidas principales y dos refrigerios al día (19), (21), (26).

No dar lactancia materna exclusiva: Con una lactancia materna a demanda, está asegurada la nutrición y el desarrollo del bebé sin necesidad de ningún otro alimento, al menos, en los seis primeros meses de vida, además le va a proveer de los anticuerpos para protegerlo. Es como un menú que cambia para cubrir las necesidades de cada niño/a, y que también cambia de composición con la edad del bebé. No tiene la misma composición la leche materna al nacimiento del bebé, que cuando este tiene un año, y no solo se adapta en composición sino también en cantidad, en función a la demanda de éste (1), (18), (27).

Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé, y continuar luego con una lactancia más alimentación complementaria, cualquier alimento que el bebé comienza a tomar pasados los 6 meses; será siempre complemento a la leche materna, que seguirá siendo su principal fuente de alimentación, al menos hasta los 2 años(17),(20).

El agua, la higiene y saneamiento ambiental: Estos tres factores están íntimamente relacionados en lo que respecta a nutrición, ya que la deficiencia de éstos genera un problema que lleva a la desnutrición en los niños, al permitir que haya propagación de enfermedades infecciosas como diarrea, entre otros aspectos indirectos (18).

Un saneamiento y unas prácticas de higiene deficiente, así como agua potable insalubre, crean las condiciones perfectas para el desarrollo de diferentes enfermedades infecciosas vinculadas con la desnutrición. Por ejemplo, los patógenos encontrados en las heces humanas y animales se ingieren accidentalmente cuando una persona toca su boca o traga agua y alimentos contaminados. Las moscas, que también son atraídas por las heces, juegan asimismo un papel en esta transmisión (9), (17),(20).

Esta ingestión de patógenos a través de la vía “fecal-oral” conduce a la diarrea, a parásitos intestinales y a enteropatías ambientales. Todas estas infecciones redundan en una pobre absorción de nutrientes en el cuerpo y, por tanto, en un empeoramiento de la desnutrición (17), (18).

Hay un conjunto de evidencias sólidas y cada vez mayores concernientes a los posibles impactos positivos de los factores de agua, higiene y saneamiento ambiental en la nutrición. En el 2013, la Colaboración Cochrane publicó el primer informe sistemático de evidencia sobre los efectos de los factores de agua, higiene y saneamiento ambiental en la desnutrición infantil. Un hallazgo fundamental fue que la desinfección del agua, el abastecimiento de jabón y la mejora de la calidad del agua tienen un impacto positivo en el crecimiento de los niños menores de cinco años (26).

La mejora de la higiene, específicamente en el lavado de manos, se incluye en la lista de The Lancet de 12 intervenciones directas y comprobadas en la nutrición, también conocida como acciones “específicas en materia de nutrición” (18).

Diarrea: La diarrea es tanto una causa como una consecuencia de la desnutrición: impide que los niños alcancen un crecimiento normal y que ganen peso, mientras que la desnutrición aumenta la frecuencia y la duración de los eventos diarreicos (7), (27).

La diarrea aguda causa pérdida de electrolitos (cloruro, potasio y sodio), es decir, agua, sales y minerales necesarios para la supervivencia. Cuando se vuelve diarrea crónica afecta la cantidad de agua en el cuerpo, acidez de la sangre y actividad muscular, entre otros procesos importantes (27). Por tanto, la diarrea persistente no sólo provoca desequilibrio de electrolitos, sino también síntomas como debilidad, cólicos o espasmos

abdominales y pérdida de apetito, por lo que el riesgo de presentar problemas de desnutrición es elevado (20), (27).

Enteropatía ambiental: Esta enfermedad provoca una serie de cambios en los intestinos, que impiden la absorción normal de alimentos, vitaminas y minerales. Se piensa que la enteropatía ambiental es un factor de riesgo principal para el crecimiento deficiente.

Parasitismo intestinal: Los parásitos intestinales, como los esquistosomas (contraídos al bañarse o beber agua contaminada) y helmintos (transmitidos a través de tierra contaminada con heces) ocasionan pérdida de sangre y reducen el apetito. Ambas cosas afectan negativamente el estatus nutricional de un niño. Las enteroparasitosis pueden transcurrir asintomáticas durante largo tiempo, pero también pueden llegar a provocar cuadros digestivos, inclusive con severa repercusión sobre el crecimiento y desarrollo de los niños (7), (14).

Existen controversias en cuanto a si las alteraciones que producen influyen sobre el estado nutricional. Algunos estudios han mostrado un impacto benéfico del tratamiento antiparasitario sobre el estado nutricional y crecimiento de los niños (27).

Micronutrientes: Es un factor protector la suplementación con micronutrientes y fortificación de alimentos, ya que al ser ingeridos en forma de preparados farmacológicos previene la anemia por deficiencia de hierro, los niños a partir de los 6 meses hasta los 36 meses deben consumir Chispaz que es un sobre con una mezcla de micronutrientes que la madre debe agregar a una de las comidas luego de los seis primeros meses de vida, los niños recibirán 2 veces al año por 3 meses (28).

De inicio es importante reconocer que las deficiencias de micronutrientes son fácilmente prevenibles. Su carencia genera severos problemas en el desarrollo integral de las niñas y niños afectados; produce trastornos que van desde la presencia de procesos infecciosos repetitivos hasta daños cerebrales, pasando por desórdenes como el retraso mental, afectaciones del sistema inmunológico y defectos al nacimiento (20).

Entre las principales causas de la deficiencia de micronutrientes están la desinformación y la agresiva información, que inducen, a gran parte de la población, al consumo de productos que no aportan los nutrientes necesarios. A los factores señalados se añaden determinantes culturales, la presencia de procesos infecciosos asociados y repetitivos durante la niñez, la inadecuada ingesta alimentaria, una baja biodisponibilidad por la incorrecta producción y preparación de los alimentos, y la limitada diversificación de la dieta (14),(18).

13.2.1.4 Clasificación de la desnutrición

Según la clínica, la suma de signos específicos puede encuadrar la desnutrición en marasmo o energético-calórica y kwashiorkor o energético proteica.

En el Kwashiorkor la etiología más frecuentemente descrita es por la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son alimentados con leche materna prolongadamente, o en zonas endémicas donde los alimentos sean pobres en proteínas animales o vegetales. Incluso se describió que en países africanos que fueron alimentados con maíz alterado, la deficiencia del triptófano en este alimento provocó la interrupción de la formación de proteínas propiciando la hipoproteinemia y las manifestaciones descritas (20), (29).

Usualmente se presenta en pacientes de más de un año de edad, en particular aquellos que han sido destetados de la leche materna tardíamente, la evolución es aguda. Las manifestaciones clínicas son con una apariencia edematosa, el tejido muscular es disminuido, pueden acompañarse de esteatosis hepática y hepatomegalia, lesiones húmedas de la piel (dermatosis). El comportamiento del paciente es usualmente asténico. Pueden cursar con alteraciones hidroelectrolíticas caracterizadas por hipokalemia e incremento del tercer espacio. Cursan con hipoalbuminemia e hipoproteinemia marcada (29).

El marasmo o desnutrición energético-calórica es una serie de desnutrición calórica y proteica. Se debe a una infra consumo de calorías con los alimentos. El niño tiene un peso corporal demasiado bajo, atrofia muscular, retraso de crecimiento, anorexia, íleo parcial, enfermedades relacionadas de evolución crónica y envejecimiento prematuro. (16), (29).

El niño usa sus reservas de energía del tejido adiposo y de los músculos, con adelgazamiento, consumo de masa muscular, pérdida de tejido adiposo y cuando progresa la enfermedad puede tener pérdida de la inmunidad. Causa principal es la inanición por dieta deficiente tanto en proteínas como en calorías, aparece en los 3 primeros años de vida. Los síntomas principales son: falta de crecimiento (peso corporal), diarreas, alteraciones en el cabello, deshidratación (16), (20).

Kwashiorkor-marasmático o mixta, es la combinación de ambas entidades clínicas, esto es, cuando un paciente presenta desnutrición de tipo marasmática que puede agudizarse por algún proceso patológico (infecciones por ejemplo) que ocasionará incremento del cortisol de tal magnitud que la movilización de proteínas sea insuficiente, las reservas musculares se agoten y la síntesis proteica se interrumpa en el hígado ocasionando hepatomegalia, aunado a una hipoalbumemia que disminuya la presión oncótica desencadenando el edema(29).

Según el grado de desnutrición infantil se clasifica en leve, moderada y severa. La desnutrición leve se da cuando el niño presenta un retraso en el crecimiento, indica que el niño tiene carencias de nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, estas carencias afectan el desarrollo físico y mental de niño y se debe de actuar antes de los 2 años de edad para evitar daños irreversibles que se harán presente durante el resto de su vida (16),(30).

La desnutrición moderada es cuando el niño pesa menos de lo que debería de acuerdo a su altura. Requiere que el niño sea atendido de manera inmediato para evitar que la situación empeore (30).

La desnutrición grave o severa: Esta es la desnutrición más grave, es cuando el peso del niño está muy bajo por debajo de los estándares establecidos de acuerdo a la altura. Este tipo de desnutrición altera el desarrollo normal del niño y existe mayor probabilidad de mortalidad (30),(31).

Según tiempo de evolución, se clasifica en aguda y crónica. La desnutrición crónica es cuando la falta de alimento se mantiene por un periodo de tiempo prolongado, el cuerpo del infante no podrá desarrollarse de manera correcta. Se ha notado que la talla se ve comprometida gravemente sin posibilidad de recuperarla. Hay un retardo de la talla para la edad (T/E). (16),(20),(31)

La desnutrición aguda es cuando la falta de alimento lleva poco tiempo, lo primero que el paciente pierde es peso. Si el paciente tiene una talla aproximadamente normal a su edad, pero su peso es muy bajo, podemos concluir que la falta de alimento lleva poco tiempo. Hay una deficiencia de peso para la talla (P/T). (31)

Desnutrición global, se define como desnutrición global a la deficiencia del peso con relación a la edad (P/E). La desnutrición global es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño/a de una edad dada, manifiesta peso insuficiente cuando éste es menor al mínimo que se espera para esa edad según los patrones de desarrollo físico establecidos para una población considerada sana y bien nutrida (20),(31)

13.2.1.5 Diagnóstico del estado nutricional en menores de cinco años de edad.

El estado nutricional de un niño o niña, es el resultado final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y niñas, especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento (16).

La evaluación del estado nutricional se realiza a través de las mediciones del peso y la talla, siendo la base del monitoreo del crecimiento y el desarrollo del niño y niña (7), (20).

Para determinar el estado nutricional del niño y niña menor de cinco años, se puede realizar por medio de medidas antropométricas, así como pruebas bioquímicas y signos clínicos; entre otros. Las medidas antropométricas son: peso, talla y longitud, perímetro cefálico (7).

El peso, refleja el aumento de la masa muscular. Es una medida fácil de obtener y en niños y niñas indica el crecimiento apropiado. Esta medida sirve para detectar algún grado de desnutrición, se realiza con el mínimo de ropa (7), (16).

La longitud es cuando un niño o niña no se puede parar, o tiene menos de dos años se mide acostado y a esta medida se le llama longitud (16). La talla se utiliza cuando el niño es mayor de dos años o mide más de 85.0 centímetros, se mide parado y a esta medida se la llama talla o estatura (16), (20).

La edad del niño es importante al momento en que se evalúa o que se le toman las medidas antropométricas. Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes, y deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia (31).

El peso como parámetro aislado no tiene validez y debe expresarse en función de la edad o de la talla, lo mismo sucede con las otras medidas.

En Ecuador se utilizan los patrones de crecimiento infantil de la OMS, los cuales se reflejan en curvas y tablas de percentiles y de puntuaciones Z de la talla para la edad, peso para la edad e IMC para la edad. El peso para la edad, así como la talla para la edad, llegan hasta los 10 años. Esto es debido a que el peso para la edad no es suficiente para monitorear el crecimiento a lo largo de la infancia debido a su discapacidad para distinguir entre talla relativa y masa corporal; por esta razón estas nuevas curvas ofrecen el indicador IMC para la edad, con el fin de complementar el indicador talla para la edad en la evaluación de la delgadez (IMC bajo para la edad), sobrepeso y la obesidad (IMC alto para la edad) en los escolares y adolescentes (7).

En estudios poblacionales, generalmente los indicadores son expresados en puntuaciones Z (Z-scores), que significa la desviación estándar de un valor observado en relación con

la mediana del valor de referencia específico para el sexo y edad dividido entre la desviación estándar de la población de referencia.

La principal ventaja del empleo de puntuaciones Z es que la mediana y la desviación estándar pueden ser calculadas en estudios basados en la población. Además, permite detectar cambios en los extremos de la distribución de la población estudiada. Por estos motivos, este sistema de clasificación ha sido recomendado por la OMS (17).

Cuando se relacionan las medidas antropométricas, se obtienen los llamados índices, que son: Longitud/talla para la edad; Peso para la longitud/talla; Peso para la edad; IMC/edad (31).

Longitud/talla para la edad, la baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a períodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad, a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas, así como también a las deficiencias en nutrientes específicos, tales como zinc y calcio(31).

Los niños que sufren de una nutrición deficiente crecen poco y tienen baja talla para la edad, es decir, son pequeños. A este retardo en el crecimiento lineal también se le conoce como desnutrición crónica o desmedro. El déficit de talla que ha ocurrido durante los primeros 2 años de vida rara vez es recuperado, provocando que el niño tenga desnutrición crónica (retardo en talla) permanente (7), (21).

Peso para la longitud/talla, este indicador es una medida del estado nutricional actual. El bajo peso para la talla es llamado emaciación o desnutrición aguda, y es generalmente el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente en períodos cortos y/o episodios repetidos de enfermedades agudas recientes, en especial diarrea. Las dos formas extremas de emaciación grave son el kwashiorkor y el marasmo, y se producen en situaciones de desnutrición extrema (14), (32).

Peso para la edad, los niños que tienen un bajo peso para la edad pueden tener bajo peso por dos razones diferentes. En primer lugar, pueden ser muy delgados, lo que resultaría

en tener un bajo peso para la edad. Pero, en segundo lugar, pueden ser pequeños o tener retardo en el crecimiento, lo que a su vez resultaría en que tengan bajo peso para la edad. Por lo tanto, este indicador puede proporcionar información sobre la longitud/talla para la edad o sobre el peso para la longitud/talla para la edad, es decir, es un indicador influenciado tanto por el retardo en talla como por la emaciación (20), (33).

Este puede ser un indicador “ambiguo” particularmente después del primer año de vida, cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la longitud/talla. Un niño clasificado con “bajo peso” puede tener una relación normal entre el peso y la longitud/talla debido a que tiene baja talla. En contraste, un niño clasificado como con peso “normal” puede tener sobrepeso si tiene talla baja (33).

IMC/edad, es un indicador útil para la evaluación temprana de riesgo de sobrepeso y obesidad en menores de 60 meses, por lo que se utiliza para detectar los riesgos cuando el problema ya se haya presentado, proporcionando la detección de niños en riesgo de estar con sobrepeso y obesidad (25), (33).

Con el propósito de evaluar el crecimiento en relación con los nuevos patrones de crecimiento de la OMS (2006) se generaron, para los niños y niñas de entre 0 y 60 meses cumplidos, curvas de puntuación Z para la longitud/talla para la edad, peso para la talla/longitud, peso para la edad, y el índice de masa corporal para la edad. Los rangos utilizados en este grupo de edad para cada indicador son los establecidos por la OMS, y se detallan a continuación (7), (17), (34).

Cuadro 1. Rangos utilizados para los indicadores antropométricos en menores de 60 meses

Indicador	Rangos
Peso para longitud	45-110 cm
Peso para talla	65-120 cm
Peso para edad	0-60 meses cumplidos
Longitud/talla para edad	0-60 meses cumplidos
IMC para edad	0-60 meses cumplidos

Se clasificó con retardo en talla, bajo peso y emaciación a los niños y niñas cuyo puntaje Z fue menor a -2DE en longitud/talla para la edad, peso para la edad, y peso para la longitud/talla, respectivamente. Se clasificó con riesgo de sobrepeso a niños con puntajes Z entre +1DE y +2DE; con sobrepeso a niños con puntajes Z entre +2DE y +3DE, y con obesidad a niños con puntajes z por encima de +3DE en el indicador de IMC para la edad (7), (25).

La circunferencia del brazo para la edad (CB-E) ha sido uno de los indicadores antropométricos más utilizados tradicionalmente en el cribado de la desnutrición. Refleja reservas tanto calóricas como proteicas y tiene las ventajas de ser una medida fácil, rápida, económica y con menos posibilidad de error en su determinación que otras variables antropométricas, por lo cual ha sido muy valorada y de amplia utilización, en particular en Atención Primaria de Salud y en programas de Nutrición Comunitaria. La interpretación de la CMB es: normal mayor de 12.5 cm; desnutrición aguda moderada de 12.5 a 11.5 cm y la desnutrición aguda severa menor de 11.5 cm (22).

13.2.1.6 Consecuencias de la malnutrición por defecto.

El retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición son sin duda uno de los principales factores de mortalidad, enfermedad y discapacidad en la infancia. Las deficiencias nutricionales específicas como la carencia de vitamina A, hierro o zinc, incrementan también el riesgo de muerte. La desnutrición puede ocasionar diversas enfermedades, como la ceguera, a consecuencia de una carencia de vitamina A, y defectos en el tubo neural debido a la carencia de ácido fólico (9), (35)

La comprensión más profunda de las devastadoras consecuencias de la desnutrición en la mortalidad y morbilidad se fundamenta en evidencias bien establecidas. El conocimiento acerca de cómo el retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición inciden en el desarrollo social y económico y en la formación de capital humano se deriva de estudios más recientes (35).

Estudios practicados con anterioridad arrojaron luz sobre cómo la ingesta inadecuada de micronutrientes específicos, como el hierro, el ácido fólico y el yodo, perjudica al cerebro,

al sistema nervioso y, por ende, el rendimiento escolar. Asimismo se han documentado los efectos de la carencia de hierro, que limita el rendimiento escolar en los niños y niñas y la capacidad física para el trabajo en los adultos (11), (34).

Está claro que la desnutrición en las primeras etapas de la vida tiene importantísimas consecuencias para los futuros resultados en materia de educación, productividad e ingresos económicos. El retraso en el crecimiento se asocia con unos rendimientos y unos resultados deficientes en la escuela. Una menor escolarización y unos peores resultados escolares traen consigo una menor capacidad para generar ingresos en la edad adulta (35).

13.2.1.7 La malnutrición por defecto y las infecciones comunes.

Se estima que una tercera parte de las muertes registradas entre niños y niñas menores de 5 años se deben a la desnutrición. La desnutrición expone a los niños y niñas a un riesgo mucho mayor de muerte o enfermedad grave como consecuencia de infecciones habituales en la infancia como la neumonía, la diarrea, el paludismo, y el sarampión. Un niño o niña que padezca desnutrición grave tiene 9,5 veces más probabilidades de morir por causa de la diarrea que un niño o niña sano; en los niños y niñas que experimentan retraso en el crecimiento, el riesgo de muerte es 4,6 veces superior (35) .

La desnutrición debilita el sistema inmunológico, y deja a los niños y niñas en situación de mayor riesgo de sufrir brotes de enfermedad más frecuentes, graves y prolongados. La desnutrición es también el resultado de infecciones recurrentes, que pueden empeorar aún más el estado nutricional del niño o niña en un tiempo en que sus necesidades nutricionales son mayores (36).

Esta interacción entre la desnutrición y la infección origina una espiral letal de empeoramiento de las enfermedades y deterioro del estado nutricional. Entre las intervenciones fundamentales que pueden interrumpir este círculo vicioso figuran la promoción de prácticas óptimas de lactancia materna, prácticas adecuadas de nutrición y alimentación, el empleo de suplementos de micronutrientes (36).

13.2.1.8 Acciones a tomar en niño menor de 5 años con malnutrición por defecto.

Según las guías del MSP 2015, todo niño que presente desnutrición severa, alteraciones del perímetro cefálico deberá ser referido de inmediato al hospital más cercano. Si presenta alteraciones graves en su desarrollo deberá ser enviado a una unidad especializada donde se enseñe a la madre a aplicar medidas de estimulación temprana. Todos los niños que presente desnutrición se debe enviar para que reciba ayuda alimenticia; la dieta varía según la enfermedad que tenga la gravedad del caso, si está más o menos desnutridos o bajo peso, si está en riesgo (21), (37).

13.2.1.9 Recomendaciones para la alimentación de 1 a 5 años, según (MPS, 2015)

Durante cada etapa de la vida, las necesidades biológicas son diferentes, al igual que la alimentación, por lo tanto los aspectos básicos se han organizado de doce a veintitrés meses; y de dos a cinco años (21).

Al niño de 1 a 4 años desnutrido se debe proporcionar alimentación a libre demanda, por lo menos 5 comidas al día. Se seleccionará conjuntamente con la madre ejemplos para las comidas diarias que incluya en ellas el suplemento alimenticio (21).

Algunas recomendaciones que se debe tener en cuenta son: sugerir una dieta equilibrada en carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales; lavar los alimentos con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada); lavar las manos de la niña o niño, padres o cuidadores con agua segura y jabón antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, antes y después de ir al baño o del cambio de pañal; lavar los platos, cubiertos y otros utensilios empleados para cocinar y comer, con agua segura (14), (21).

El niño de doce a veintitrés meses, debe incorporarse a la alimentación familiar, continuar con la lactancia materna, luego de la alimentación complementaria. Se le ofrecerá comidas sólidas y variadas que contengan ácidos grasos esenciales como omega 3 y 6, pueden

comer huevo entero, tomar leche de vaca, frutillas, chocolates, frutas cítricas, pescado (21).

No se le debe ofrecer frituras, enlatados, embutidos, gaseosas, caramelos, mariscos, sal, azúcar, café. Se le debe ofrecer diariamente por lo menos una porción de alimentos de origen animal. La frecuencia de las comidas es de tres a cuatro veces al día que incluyan lácteos, frutas, pan, galletas. Hasta los 2 años habrá que darle el suplemento alimenticio (21).

En el niño de 2 a 5 años, se debe brindar comidas sólidas y variadas que contengan alimentos que sean consumidos por el resto de la familia, ricos en proteínas de alto valor biológico (lácteos, vísceras, huevos, leguminosas y cereales integrales); frutas y vegetales; alimentos ricos en omega 3 y 6 (aceites vegetales, nueces, semillas y pescado)(21), (37).

La cantidad debe ser acuerdo con la edad, actividad física y estado nutricional. Se debe ofrecer tres comidas principales y dos refrigerios que incluyan lácteos descremados, frutas, pan. Si al niño o niña no le gusta un alimento, motivarlo a comer o reemplazarlo por otro de igual valor nutritivo (16), (21), (37).

Llevar al niño o niña al centro de salud para el control semestral y para que reciba la suplementación de vitamina A, hasta que cumpla treinta y seis meses de vida (37).

13.3 Estrategias de intervención educativa.

La intervención educativa es la acción intencional para realizar acciones que llevan al desarrollo integral del alumno. Tiene carácter teleológico, ya que existe un sujeto agente (educando-educador), un lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr una meta y los acontecimientos se relacionan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales o no formales (38).

Las estrategias de intervención son muy necesarias para alcanzar una buena salud y prevenir la enfermedad. Conseguir el máximo potencial de salud es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que tiene que ver, no sólo con el individuo en diferentes edades, características, y etapas vitales, sino también con el ambiente en que vive (39).

La intervención educativa debe responder a la satisfacción de necesidades reales siendo un impulsor del dinamismo interno de las organizaciones sociales, porque el capital más importante lo constituye sus actores, que multiplican sus esfuerzos, tomando en cuenta los aspectos relevantes que influyen en las prácticas cotidianas, la experiencia de los participantes y las problemáticas a las que se enfrentan (40).

Desde el momento que la intervención implica la introducción de un cambio, estamos frente a una situación experimental cuyo grado de control va a depender del planeamiento de la intervención. Lo ideal es que toda intervención sea cuidadosamente planeada de modo que pueda ser evaluada (40).

Para planificar y realizar una intervención se debe tener conocimientos necesarios acerca de la dimensión del problema, los factores asociados a su propagación, las medidas eficaces y las características de la población afectada (41).

Las intervenciones son el resultado de la aplicación de modelos interpretativos del origen y naturaleza de los problemas de salud. Existe tres grandes modelos que se usan a menudo en la planificación de intervenciones en epidemiología: la historia natural, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud (42).

Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia (41),(42).

2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previsto para un período de tiempo en un contexto determinado (41).

3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos (41), (42).

4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves (41).

5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado (41).

En la identificación del contexto o entorno del problema se trata de focalizar el conjunto de variables sociales, económicas, políticas, tecnológicas y culturales que intervienen e influyen en un determinado problema de investigación (42).

En el análisis e identificación del problema de sus causas, factores y consecuencias se establecen las causas mediatas e inmediatas, las causas principales y secundarias; los factores centrales que determinan y componen el problema; y los efectos mediatos e inmediatos que resultan de dichos factores (42), (43).

Se establecen los objetivos generales y operacionales de la estrategia de intervención; los medios, técnicas y recursos (humanos, financieros, materiales y tecnológicos) que se utilizarán en la intervención. La estrategia de medios debe incluir una estimación de todos los recursos necesarios en una combinación que depende principalmente de los recursos financieros y del equipo humano y profesional puesto a disposición del proyecto (41), (42).

Se identifican metas e indicadores de logro observables, las cuales deben ser coherentes con los objetivos de la estrategia, y finalmente se utilizan criterios de evaluación e indicadores de logro (41).

La Educación para la Salud (EpS) es una de las disciplinas más jóvenes en el ámbito de las ciencias de la salud. Clásicamente, el término EpS sugería la comunicación hacia fuera y hacia debajo de conocimientos sobre la salud, a individuos a los que se suponía desprovistos de los mecanismos cognitivos sobre el modo de prevenir las enfermedades. Así, Gilbert consideraba en los años 40-50 que la EpS consistía en instruir a las personas sobre temas de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al cuidado de su salud (43).

Los actores que intervienen en la educación para la salud no solo son profesionales de la salud, sino también organismos nacionales e internacionales que tienden a señalar como objetivo común la modificación de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los individuos, para mejorar la salud (44).

Es frecuente que la labor educativa en el campo de la salud adopte un enfoque de tratamiento, aunque se enmarque en la prevención y el cambio de actitud de las personas y en la adopción de estilos de vida saludables, como base para la recuperación de la salud; esa colocación desconoce el conjunto de medios operantes en la conducta social (44).

Las nuevas necesidades de salud sólo se pueden cubrir incorporando la participación de individuos responsables de su propia salud. Los servicios sanitarios han de responder a este nuevo planteamiento y será por ello necesaria también una reorientación de dichos servicios sanitarios. La acción comunitaria será básica para lograr esa participación. Se tratará de desarrollar un modelo que gire en torno a tres conceptos: acción social en salud, participación social e intervención comunitaria, y se hará corresponsabilizando a los agentes sociales para generar nuevos recursos y cambiar comportamientos y actitudes. La OMS plantea la EpS relacionando el desarrollo personal y el enfoque social (concepción socio-ecológica de la salud) y señala una serie de prerequisites sociales para la salud

como son, entre otros, la paz, la justicia social, los derechos humanos, la equidad, etc. (44).

13.4 Marco legal

Constitución de la república del Ecuador (2008).

En la constitución del Ecuador en un artículo hace referencia del derecho sobre la ingesta de alimentos sanos y nutritivos que tiene todas las personas en el territorio ecuatoriano.

Art. 13.- “Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos, preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia a sus diversas identidades y tradiciones.”

La salud es un aspecto holístico del ser humano el cual debe mantener absoluto equilibrio para que un ser humano se considere sano y es derecho legalmente avalado en Ecuador así lo manifiesta la constitución del Ecuador.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social

y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (45)

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”.

Numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”.

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención,

recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables (45).

El sistema nacional de salud para lograr un mejoramiento continuo en la atención se fundamenta en: El objetivo 3 del Plan del Buen Vivir “Mejorar la calidad de vida de la población” establece en la Constitución en el Art.66.-El derecho a una vida digna que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios. Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de derechos mediante la garantía de los servicios de salud. Ya que es importante consolidar políticas de prevención y de generación de un ambiente saludable (45).

14 MÉTODOS

14.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio en dos consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Enrique Ponce Luque en el año 2018, con las madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años de edad, para diseñar una estrategia educativa sobre factores de riesgo en la malnutrición por defecto. De acuerdo con los objetivos y alcance de la investigación fue un estudio de nivel descriptivo, ya que existe una sola variable de estudio, variable de interés, por lo que es un estudio univariado; de tipo observacional, en el cual no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de los eventos investigados; de acuerdo al número de ocasiones que se mide la variable de estudio se clasifica de corte transversal donde las variables son medidas en una sola ocasión y prospectivo ya que los datos se obtienen de una fuente de información primaria.

14.2 Diseño de la investigación

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población del estudio fueron 67 madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años de edad pertenecientes a dos consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Enrique Ponce Luque, de la ciudad de Babahoyo, en el año 2018.

Criterios de inclusión.

Madre o tutor legal del niño de 1 a 5 años que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

Madre o tutor legal del niño de 1 a 5 años que después de dos o más citas y/o visitas domiciliarias no se haya podido contactar para aplicar el cuestionario.

Madre o tutor legal del niño de 1 a 5 años con discapacidad mental que le impida el correcto llenado de la encuesta a aplicar.

14.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Previo a la recolección de la información, la investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en su realización se cumplieron con las normas éticas contempladas en la declaración de Helsinki y con los principios éticos y bioéticos de toda investigación científica, las participantes expresaron su consentimiento de participación voluntaria en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado (Anexo 1). Se utilizó como técnica la encuesta, y como instrumento un cuestionario de preguntas cerradas elaborado por la autora de la investigación, a partir de la revisión documental de instrumentos para evaluar el tema de estudio (Anexo 2). El instrumento fue evaluado por expertos en Bioestadística, Pediatría, Medicina familiar y se realizó un estudio piloto para verificar la correcta comprensión de las preguntas por la población. Se utilizaron los criterios de Moriyama para la evaluación del instrumento y se fijó como punto de corte para considerar aceptado los ítems un 70%.

La versión final del cuestionario quedó conformada por tres componentes divididos en:

- Componente I aspectos sociodemográficos: incluye de la pregunta 1 a la 4.
- Componente II conocimiento en las madres sobre factores de riesgo de la malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años, incluyen las preguntas 5 a la 14.
- Componente III aspectos dirigidos a los componentes de la estrategia para su elaboración, de la pregunta 15 a la 19.

El instrumento confeccionado fue aplicado por la autora de la investigación en el consultorio 1 de medicina familiar del centro de salud Enrique Ponce Luque, y en los domicilios de algunas de las participantes. En todos los casos se garantizó la privacidad entre el encuestado y la investigadora en el momento en que transcurría la colecta de la información.

Se utilizó el puntaje cuantitativo para valorar el conocimiento de las madres de los niños de 1 a 5 años con respecto a los factores de riesgo de la malnutrición por defecto. El total de preguntas tiene un valor general de 100 puntos y un valor variable por cada pregunta de 10 puntos según corresponda. El sistema de puntuación que se empleó fue simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo con un puntaje igual o mayor de 70 puntos considerados como que conoce y con un puntaje de menos de 70 puntos, como que no conoce.

14.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variables	Tipo de técnica
Edad de la madre o tutor legal del niño	Encuesta
Nivel de escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Conocimiento sobre la evaluación del estado nutricional del niño	Encuesta
Conocimiento sobre grupos de alimentos que debe consumir el niño	Encuesta
Conocimiento sobre la frecuencia y horario de alimentación del niño	Encuesta
Conocimiento sobre tipos de alimentos que contienen vitaminas y minerales	Encuesta
Conocimiento sobre el tiempo de duración de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria	Encuesta
Conocimiento sobre hábitos higiénicos inadecuados como factor de riesgo de la malnutrición por defecto	Encuesta
Conocimiento sobre consumo de agua insegura como factor de riesgo de la malnutrición por defecto	Encuesta
Conocimiento sobre enfermedades parasitarias como factor de riesgo de la malnutrición por defecto	Encuesta
Conocimientos sobre las infecciones recurrentes como factor de riesgo de la malnutrición por defecto	Encuesta
Conocimiento de los beneficios de los micronutrientes (chispaz)	Encuesta
Forma de recibir información sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto	Encuesta
Frecuencia con la que le gustaría recibir información	Encuesta

Disponibilidad de tiempo para recibir información	Encuesta
Número de personas con las que le gustaría recibir información	Encuesta
Momento del día para recibir información	Encuesta

14.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Una vez obtenida la información de la población se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel donde se codificaron las variables, esta base se transportó al programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 22 donde fueron procesados y analizados. La información se presentó en formas de tablas para su mejor comprensión. Se utilizaron medidas de resumen para variables categóricas (números absolutos y porcentajes).

14.3 Variables

14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad de la madre o tutor del niño	Años cumplidos	15-24 años 25-34 años 35 años y más	Numérica discreta
Nivel de escolaridad	Nivel escolar último alcanzado	Ninguna Primaria Secundaria Bachiller Superior	Categórica ordinal politómica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda	Categórica nominal politómica
Ocupación	Actividad laboral que realiza	-Ama de casa -Empleada doméstica -Empleada pública -Empleada privada -Independiente	Categórica nominal politómica

Conocimiento sobre la evaluación del estado nutricional del niño	Conocer que existe una evaluación que utiliza el médico y que permite clasificar el estado nutricional del niño.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el grupo de alimentos que debe consumir el niño	Conocer sobre la variedad de alimentos que deben consumir los niños.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre la frecuencia y horario de alimentación del niño	Conocer el número de comidas al día y la hora en que se le deben administrar al niño.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre tipos de alimentos que contienen vitaminas y minerales	Conocer que las frutas y vegetales son la principal fuente de vitaminas y minerales.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el tiempo de duración de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria	Conocer el tiempo de lactancia materna exclusiva e inicio de la alimentación complementaria	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre hábitos higiénicos inadecuados como factor de riesgo para la malnutrición por defecto	Conocer que los hábitos higiénicos inadecuados puede traer como consecuencia una malnutrición por defecto.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre consumo de agua insegura como factor de riesgo para la malnutrición por defecto	Conocer que el no consumir agua segura puede traer como consecuencias la malnutrición por defecto.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica

Conocimiento sobre enfermedades parasitarias como factor de riesgo de la malnutrición por defecto	Conocer las consecuencias de las enfermedades parasitarias como factor importante de la malnutrición por defecto.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimientos sobre las infecciones recurrentes como factor de riesgo para la malnutrición por defecto	Conocer que las enfermedades infecciosas recurrentes puede traer como consecuencia la malnutrición por defecto.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento de los beneficios de los micronutrientes (chispaz)	Conocer que ayuda a prevenir la anemia y suple carencias vitamínicas.	Conoce No Conoce	Categórica nominal dicotómica
Forma de recibir información sobre factores de riesgo de la desnutrición	Preferencia para recibir información	-Charlas -Videos -Reuniones grupales -Material impreso -otro	Categórica nominal politómica
Frecuencia con la que le gustaría recibir información	Periodicidad	-Una vez a la semana -Cada 15 días -Una vez al mes	Categórica nominal politómica
Disponibilidad de tiempo para recibir información	Tiempo disponible	-15 minutos -30 minutos -60 minutos	Categórica ordinal politómica
Número de personas con las que le gustaría recibir información	Cantidad de personas	-Solo -Con 5 a 10 personas -Grupo de 11-15 personas	Categórica ordinal politómica
Momento del día para recibir información	Horario del día disponible	-Mañana -Tarde	Categórica nominal dicotómica

15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la investigación para la presentación de resultados y discusión de las variables sociodemográficas, están las tablas de la 1 a la 4, correspondientes al primer objetivo del estudio.

Tabla 1: Distribución de madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años según edad, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Características sociodemográficas		
Grupos de edades	N°	%
15 - 24 años	31	46,3
25 – 34 años	23	34,3
35 años y más	13	19,4
Total	67	100

En la investigación se incluyeron 67 madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años, en las cuales de acuerdo a la edad tabla 1, se observó que en la población de estudio el grupo de edad que predominó fue de 15 a 24 años que corresponden a 31 madres o tutores legales, representando el 46,3%, estos resultados son similares al estudio realizado por Morán López en Riobamba 2016, sobre estrategia educativa para la prevención de desnutrición infantil en madres de niños menores de 5 años, predominado el grupo de edad de 16 a 24 años con 48,3% (46).

Centeno Quintero en su estudio realizado en Nicaragua 2016 sobre características sociodemográficas, culturales y estado nutricional en niños menores de cinco años, el grupo de edad que prevaleció fue el de madres jóvenes con un 56,1% (47)similar a nuestro estudio .

La edad de las madres podría determinar el estado nutricional de los menores, ya que a menor edad materna es menor el grado de conocimiento en cuanto a la alimentación de los mismos, las mujeres que se convierten en madres a temprana edad están en su pleno desarrollo físico, fisiológico, emocional, no tienen independencia económica, factor importante para padecer malnutrición por defecto debido a la incapacidad económica, de madurez y de responsabilidad que a esta edad se tiene, ya que no se está

capacitado para asumir roles, por lo tanto la edad materna es un elemento importante ligado al estado nutricional deficiente y normal de los menores de cinco años.

Existen otros estudios como el de Pally Callisaya del 2012 sobre factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años de la sociedad boliviana de pediatría (48), que resalta la relación de la madre menor de 18 años como factor de riesgo importante para padecer malnutrición por defecto, por lo que el profesional de la salud debe tomar en cuenta estos datos para lograr mejores resultados a la hora de realizar la intervención educativa.

Tabla 2: Distribución de madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años según nivel de escolaridad, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Características sociodemográficas		
Nivel de escolaridad	N°	%
Primaria	23	34,4
Secundaria	25	37,3
Bachiller	13	19,4
Superior	6	8,9
Total	67	100

En relación al nivel de escolaridad que se refleja en la tabla 2, predominó el de secundaria correspondiente a 25 madres o tutores legales, representando el 37,3%, resalta también un gran porcentaje de madres o tutores legales con escolaridad primaria 23 de éstas, representando el 34,4%. Este resultado se contrapone al de varios estudios, como son los de Centeno Quintero 2016 en Nicaragua (47), y al de Morán López de Riobamba 2016 (46) en ambos predominó la escolaridad primaria de las madres.

Un nivel bajo de educación en las madres puede afectar la nutrición de los menores, esto podría deberse a que solo se instruyen por lo que otras personas les expresen, ignorando el nivel nutricional o los componentes de cada alimento que proporcionen a su familia; por el contrario un nivel de educación más elevado mejora los conocimientos en general de las sociedades.

Tabla 3: Distribución de madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años según estado civil, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Características sociodemográficas		
Estado civil	Nº	%
Soltera	6	9
Unión libre	47	70,2
Casada	12	17,9
Divorciada	2	2,9
Total	67	100

Con relación a la tabla 3 predominó la unión libre correspondiente a 47 madres o tutores legales con 70,2%, este resultado coincide con los del INEC 2013, el cual indica que en la población de Los Ríos predominó la unión libre (49).

Similares resultados se encontraron en el estudio realizado Morán López en Riobamba 2016 en el que prevaleció la relación de pareja con el 55,2%(46), y al estudio de Valencia Olalla en el 2016 Riobamba, sobre “Conocimiento y conducta alimentaria de las madres que inciden en la malnutrición del niño menor de cinco años”(50), en el cual predominó la relación de pareja con unión libre.

Tabla 4: Distribución de madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años según ocupación, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Características sociodemográficas		
Ocupación	Nº	%
Amas de casa	43	64,2
Empleada doméstica	2	3
Empleada pública	6	9
Empleada privada	3	4,4
Independiente	13	19,4
Total	67	100

En lo referente a la ocupación que tiene la población de estudio, predominaron 43 madres o tutores legales como amas de casa (64,2%), a diferencia de las empleadas domésticas con 2 madres o tutores legales que representó un 3%.

Estos resultados son similares al estudio que realizó Guerrero Solís (2014), Ambato, en el que las madres en su mayoría se dedicaban a ser amas de casa con un 53%, lo que les permitía mantenerse mayor tiempo junto a sus hijos (51).

En los datos que hace referencia el INEC 2013, la mayor parte de la población en Los Ríos tiene como ocupación la de independiente o cuenta propia (49), cabe aclarar que este resultado toma en cuenta ambos sexos, mientras que la población de estudio de la investigación solo toma en cuenta a madres o tutores legales, de los cuales todos son de sexo femenino, razón por la cual arroja estos resultados.

Las tablas de la 5 a la 15, resumen el conocimiento que tienen las madres o tutores legales del niño de 1 a 5 años sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto, correspondientes al segundo objetivo.

Tabla 5. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre la evaluación del estado nutricional del niño, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre evaluación del estado nutricional del niño	N°	%
Conoce	39	58,2
No conoce	28	41,8
Total	67	100

En la tabla 5 se evidencia que 39 madres o tutores legales, el 58,2% si conocen sobre evaluación del estado nutricional del niño, mientras que 28 madres o tutores legales (41,8%) no lo conocen. Es importante que las madres conozcan que los niños reflejan su estado nutricional mediante la valoración antropométrica, y de esa manera saber si está creciendo y ganando peso adecuadamente.

En el estudio realizado por Morán López , Riobamba 2016, resalta la importancia de que las madres acudan a los controles de salud con sus hijos, por lo menos una vez al mes, para poder observar la talla y peso del niño, y evaluar el estado nutricional de

éste mediante su crecimiento y desarrollo, que, como ya se sabe, mientras más temprano es detectado cierto grado de desnutrición en menores de tres años, mejores serán los resultados en cuanto al tratamiento se refiere, de ahí la importancia del fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y el rol que cumple la Medicina Preventiva, en la localización de estos casos, que requieren el seguimiento y estricta vigilancia (46).

Tabla 6. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre grupo de alimentos que debe consumir el niño, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018

Conocimiento sobre grupos de alimentos que debe consumir el niño	Nº	%
Conoce	29	43,3
No conoce	38	56,7
Total	67	100

En lo referente al conocimiento sobre grupos de alimentos que deben consumir los niños de 1 a 5 años (tabla 6) predominaron 38 madres o tutores legales que no conocen (56,7%), a diferencia de 29 madres o tutores legales que si conocen (43,3%). En el estudio realizado por Valencia Olalla en las madres de los niños menores de 5 años, se evidenció similares resultados, predominando el conocimiento no satisfactorio sobre grupos de alimentos saludables con el 55,1% (50).

Mayor Salas en su investigación realizada en Perú, 2015, se observó que las madres de los niños preescolares presentaron 63,3% de desconocimiento sobre grupos de alimentos saludables (52) similar resultado al encontrado en el estudio.

El conocimiento en las madres sobre alimentación infantil es uno de los determinantes del estado nutricional de los niños, ya que promueve el adecuado crecimiento y desarrollo apropiado de sus hijos, evitando carencias nutricionales.

Tabla 7. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre frecuencia y horario de alimentación del niño, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre frecuencia y horario de la alimentación del niño	Nº	%
Conoce	31	46,3
No conoce	36	53,7
Total	67	100

Con respecto al conocimiento que tienen las madres sobre la frecuencia y horario de alimentación que deben tener los niños de 1 a 5 años, prevaleció el no conocimiento con 36 madres o tutores legales el 53,7%, en contraste con 31 madres o tutores legales que si conocen sobre este aspecto (46,3%). Tabla 7.

Valencia Olalla en su estudio refiere que el 91,8% de las madres de los niños menores de cinco años tenían conocimientos no satisfactorios en lo que respecta a horarios y frecuencias relacionadas con la conducta alimentaria (50), resultados similares al mostrado en el estudio.

Tabla 8. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre tipos de alimentos que contienen vitaminas y minerales, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre tipos de alimentos que contienen vitaminas y minerales	Nº	%
Conoce	24	35,8
No conoce	43	64,2
Total	67	100

En el estudio acerca del conocimiento sobre tipos de alimentos que contienen vitaminas y minerales existe desconocimiento en 43 madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años que corresponden a 64,2%, mientras 24 madres o tutores legales el 35,8% tienen conocimiento. Tabla 8.

Este resultado es similar al estudio realizado por Herrero Aguirre y Salas Palacios en el 2008, en el municipio de Contramaestre en Cuba que se realizó con el propósito de modificar los conocimientos sobre nutrición y alimentación en las madres de niños

menores de 6 años con desnutrición, el cual predominó el conocimiento inadecuado sobre las principales fuentes de vitaminas y minerales (53).

Los niños deben consumir desde las etapas tempranas de la vida frutas y vegetales diariamente, debido a que éstos alimentos aportan fibra dietética, vitaminas y minerales necesarios para el normal desarrollo de los niños. Una dieta diversa con alimentos de todos los grupos es necesaria para que los niños satisfagan sus requerimientos de nutrimentos indispensables. Incrementar la diversidad dietética es importante durante los primeros años de vida (54).

Tabla 9. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre el tiempo de duración de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre tiempo de duración de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria	N°	%
Conoce	54	80,6
No conoce	13	19,4
Total	67	100

La tabla 9 refleja que predominó el conocimiento en las madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años sobre el tiempo de duración de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria con 54 un 80,6%; mientras 13 madres o tutores legales desconocen sobre este aspecto, correspondientes al 19,4%.

Este resultado es similar al estudio realizado por Herrero Aguirre y Salas Palacios en las cuales el 90,2% de madres dominaban el tema sobre la alimentación de pecho (53).

Pilco Yambay en un estudio realizado en el 2016 en Riobamba, sobre estrategia educativa para la prevención de anemia en niños de uno a cuatro años, se contraponen a estos resultados, ya que predominaron las madres con el conocimiento insuficiente sobre el tema, y se observó además, que los niños presentaron lactancia materna exclusiva en periodos de tiempos menores a los 6 meses, además de iniciar alimentación complementaria antes del tiempo establecido (55).

Cabe mencionar que, aunque existe un elevado conocimiento sobre el tiempo de duración de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria por parte de las madres de la población de estudio, son pocas las que muestran estos conocimientos, debido a que en la práctica diaria inician la alimentación complementaria en el lactante a los 4 meses e incluso antes, además la supresión temprana de la lactancia materna es frecuente en la población, debido a la influencia que ejercen terceras personas a la hora del cuidado del lactante. Además es común encontrarse con madres que utilizan lactancia mixta, ya que desconocen la importancia y beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva, pues la leche materna es capaz de aportar en los primeros seis meses de vida, los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo óptimos; por lo que se hace necesario incluir este aspecto para reforzar y poder lograr conocimientos que sean sólidos a la hora de abordar este tema, por lo tanto se incluirá en la elaboración de la estrategia educativa pese a los resultados obtenidos.

Tabla 10. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre hábitos higiénicos inadecuados como factor de riesgo de la malnutrición por defecto, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre hábitos higiénicos inadecuados como factor de riesgo de la malnutrición por defecto	N°	%
Conoce	32	47,8
No conoce	35	52,2
Total	67	100

La tabla 10 evidencia que en el estudio 35 madres o tutores legales, que representan el 52,2% no conocen que los hábitos higiénicos inadecuados son un factor de riesgo para la malnutrición por defecto, a diferencia de 32 madres o tutores legales, correspondientes al 47,8% que si conocen sobre este aspecto. Es de señalar que, si bien es cierto que algunas madres lo conocen, son pocas las que lo ponen en práctica, siendo éste un factor de riesgo muy importante para desarrollar una malnutrición por defecto en niños menores de cinco años.

Resultados similares se encontraron en el estudio realizado por Agüero y Cambillo sobre los factores asociados al estado nutricional de niños en el Perú 2013, el 67% de

las madres tenían un escaso conocimiento sobre hábitos higiénicos saludables para prevenir la desnutrición (6)

En el estudio realizado por Ajete Careaga en Cuba 2017 sobre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 24 meses, se contraponen al de la investigación, ya que se observó el predominio del conocimiento satisfactorio sobre hábitos higiénicos como forma de prevenir enfermedades transmisibles en los niños (56).

La falta de higiene personal se asocia a una serie de enfermedades transmisibles, como las digestivas, las respiratorias agudas, entre otras y son factores determinantes del retraso del crecimiento. El lavado de manos con agua y jabón es la intervención de salud más eficaz, en función de los costos y la efectividad, para reducir la incidencia de la diarrea aguda, y de infecciones respiratorias en niños menores de cinco años.

Tabla 11. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre el consumo de agua insegura como factor de riesgo para la malnutrición por defecto, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre consumo de agua insegura como factor de riesgo para la malnutrición por defecto	Nº	%
Conoce	16	23,9
No conoce	51	76,1
Total	67	100

En el estudio acerca del conocimiento sobre consumo de agua insegura como factor de riesgo para la malnutrición por defecto existió desconocimiento en 51 madres o tutores legales el 76,1%. Tabla 11.

Según datos del INEC 2013 la mayor parte de la población en Los Ríos bebe el agua tal como llega al hogar (49).

En las madres o tutores legales es importante este conocimiento por las consecuencias que conlleva ésta situación, es común que la población consuma agua directamente de la llave, sin hervir, ni clorar, sabiendo que las condiciones del agua que sale por la tubería en la población de estudio no están aptas para el consumo.

Tabla 12. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre enfermedades parasitarias como factor de riesgo para la malnutrición por defecto, en dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre enfermedades parasitarias como factor de riesgo para la malnutrición por defecto	N°	%
Conoce	42	62,7
No conoce	25	37,3
Total	67	100

La tabla 12 con respecto al conocimiento sobre enfermedades parasitarias como factor de riesgo para la malnutrición por defecto se mostró conocimientos en 42 madres o tutores legales, correspondientes al 62,7%.

Resultados similares se encontraron en el estudio realizado por Gaviria Luisa et al en Cauca Colombia, 2015, en el que prevaleció el desconocimiento por parte de los padres con respecto a la parasitosis y la relación de la desnutrición en sus hijos menores de 5 años (57).

Los niños son más susceptibles a adquirir enfermedades parasitarias, principalmente las causadas por aquellos parásitos cuya forma infectante penetra por vía oral, por haber más oportunidades de contagio con menor nivel inmunológico, pudiendo provocar en éstos malnutrición por defecto, trastornos en el aprendizaje, anemia, retardo del crecimiento, entre otros (58).

Tabla 13. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre las infecciones recurrentes como factor de riesgo de la malnutrición por defecto, de dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre infecciones recurrentes como factor de riesgo de la malnutrición por defecto	N°	%
Conoce	14	21
No conoce	53	79
Total	67	100

La tabla 13 refleja que 53 madres o tutores legales (79%) no conocen que padecer de infecciones recurrentes es un factor de riesgo para desarrollar malnutrición por defecto en los niños de 1 a 5 años, mientras que 14 madres o tutores legales (21%) si conocen.

Tamayo Pérez et al, en un estudio realizado en Cuba en el 2012, evidenció que los niños menores de cinco años que padecieron de infecciones respiratorias recurrentes tuvieron una mayor afectación nutricional (59).

Tabla 14. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años según conocimiento sobre los beneficios de los micronutrientes (chis paz), de dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre los beneficios de los micronutrientes	Nº	%
Conoce	28	41,8
No conoce	39	58,2
Total	67	100

En lo referente al conocimiento sobre los beneficios que aporta el chis paz como micronutriente, prevaleció el desconocimiento con 39 madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años (58,2%), a diferencia de 28 madres o tutores legales que si conocen, correspondientes al 41,8%. Tabla 14.

Similares resultados se encontraron en la investigación de Pilco Yambay, Riobamba 2016, en el que se evidenció el conocimiento no satisfactorio por parte de las madres de los niños menores de dos años sobre los beneficios que aporta el micronutriente, además de un porcentaje elevado de éstos que no cumplen con el tratamiento según lo establecido por las Normas del MSP del Ecuador, lo que favorece el riesgo de padecer anemia en estas edades (55).

Estos resultados se contraponen al estudio realizado por García Guillén en Lima Perú, 2015, el cual se evidenció que el 57,4% de los padres conocen sobre los beneficios de los micronutrientes (60).

El consumo de Chis paz ha tenido sus inconvenientes por el mal uso, desconocimiento o reacciones adversas que ocasiona el producto, lo cual hace que muchas de las madres administren este producto de manera incorrecta o simplemente no lo hagan. El consumo deficiente de este micronutriente puede generar daños irreversibles a nivel

individual e incrementa la morbimortalidad infantil, con efectos perjudiciales durante todo el ciclo de vida y por ende, es importante el cumplimiento de la administración del suplemento de hierro con micronutrientes.

Tabla 15. Distribución de madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años según conocimiento de los factores de riesgo de la malnutrición por defecto, de dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre factores de riesgo de la malnutrición por defecto	Nº	%
Conoce	27	40,3
No conoce	40	59,7
Total	67	100

La tabla 15, resume de forma general que predominó el desconocimiento en 40 madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años sobre los factores de riesgo de la malnutrición por defecto (59,7%), por el contrario 27 madres o tutores legales conocen sobre este aspecto, correspondientes al 40,3%.

Resultados similares se encontraron en el estudio realizado por Morán López, en Riobamba 2016, en el que predominó de igual manera el conocimiento no satisfactorio en las madres sobre los factores de riesgo de la desnutrición con un 72,4% (46), con un porcentaje superior al obtenido en esta investigación.

El estudio realizado por Barrera Sánchez et al, en Boyacá Colombia en el año 2014, fueron similares al de la investigación, ya que se encontró un déficit del conocimiento en las madres de niños menores de 10 años sobre factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica (61).

Herrero Aguirre y Salas Palacios en su investigación realizada en el municipio de Contramaestre en Cuba en el 2008, los resultados fueron similares, predominando el conocimiento insuficiente en las madres con un 64%(53).

Al ser la madre, quien proporciona la alimentación a sus hijos como al resto de la familia, debería poseer un conocimiento adecuado que le permita brindar los cuidados necesarios al niño en las mejores condiciones y con responsabilidad, el cual no se encontró en el presente estudio, y que, junto a otros factores como la mala calidad de

los alimentos, las inadecuadas condiciones de higiene, darían como resultado la malnutrición por defecto, propio de los países en desarrollo como el Ecuador.

La tabla 16, resumen las variables de los componentes para el diseño de la estrategia educativa, correspondientes al tercer objetivo del estudio.

Tabla 16. Distribución de madres o tutores legales de niños 1 a 5 años, según los componentes de la estrategia educativa, de dos consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Componentes de la estrategia educativa		Nº	%
FORMA DE RECIBIR INFORMACIÓN	Charlas	35	52
	Videos	12	18
	Reuniones grupales	18	27
	Material impreso	2	3
	Total	67	100
FRECUENCIA	Una vez a la semana	17	25,3
	Cada 15 días	29	43,3
	Una vez al mes	21	31,4
	Total	67	100
DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	15 minutos	10	15
	30 minutos	14	21
	60 minutos	43	64
	Total	67	100
NÚMERO DE PERSONAS	Solo	14	21
	Grupo de 5 a 10 personas	23	34,3
	Grupo de 11 a 15 personas	30	44,7
	Total	67	100
MOMENTO DEL DÍA	Mañana	23	34,3
	Tarde	44	65,7
	Total	67	100

La tabla 16 refleja los componentes de la estrategia educativa para su elaboración sobre los factores de riesgo de la malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años; con respecto a la

forma recibir la información predominaron 35 madres o tutores legales que la prefieren a través de las charlas (52%), con una frecuencia de cada 15 días 29 madres o tutores legales (43,3%), la disponibilidad de tiempo fue de 60 minutos con 43 madres o tutores legales (64%), con respecto a la cantidad de personas 30 madres o tutores legales eligieron recibir la información en grupos de 11 a 15 personas (44,7%), y el momento del día que predominó fue por la tarde, con 44 madres o tutores legales, correspondientes al 65,7%.

Muchos autores como Sánchez V, refieren que las estrategias son uno de los elementos fundamentales de la educación para la salud, ya que fortalece la participación e implicación de las personas en el cuidado de la propia salud (62).

Cabe señalar que la malnutrición por defecto se puede erradicar y prevenir con una forma de vida más sana, eliminando en lo posible factores de riesgo, entre los cuales revisten particular importancia los hábitos y actitudes alimentarias de la población, así como también su nivel de conocimiento sobre nutrición. El dominio de estos temas pudiera hacer cambiar el comportamiento de las madres hacia la alimentación de sus hijos.

El médico de la familia constituye el eslabón principal del sistema de salud, pues procura crear y reforzar las condiciones que permiten a las personas tomar las mejores decisiones sobre su salud y las alienta a que mantengan estilos de vida saludables. Es por tal motivo que, en este trabajo de investigación la autora se propuso identificar el conocimiento que tienen las madres de niños de uno a cinco años de edad sobre los principales factores de riesgo que influyen en la malnutrición por defecto y a partir de éste elaborar una estrategia educativa que permita capacitar a las madres para prevenir dicha afección, la cual puede influir positivamente en los hábitos y actitudes alimentarias, y por ende permitir un desarrollo y crecimiento óptimo en los niños.

Los resultados obtenidos en la investigación demuestran la pertinencia de la estrategia educativa, por lo que se elabora y se recomienda la implementación para la adquisición del conocimiento. (Ver anexo 3).

16 CONCLUSIONES

En la población de las madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años predominan el grupo de edad de 15 a 24 años, con nivel de escolaridad secundaria, estado civil unión libre y de ocupación amas de casa.

Prevalece el desconocimiento en las madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años sobre los factores de riesgos de malnutrición por defecto en: grupos de alimentos, frecuencia y horario de la alimentación, tipos de alimentos que contienen vitaminas y minerales, hábitos higiénicos inadecuados, consumo de agua insegura, infecciones recurrentes como factor de riesgo de la malnutrición por defecto, y beneficios que aportan los micronutrientes.

En el estudio existe conocimiento sobre evaluación del estado nutricional del niño, duración de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria, enfermedades parasitarias como factor de riesgo de la malnutrición por defecto.

En los componentes de la estrategia se identifican que se impartirán en forma de charlas, cada 15 días, durante sesenta minutos cada sesión, en grupo de 11 a 15 personas y en los horarios de la tarde.

Se elabora una estrategia educativa que permitirá modificar el conocimiento en las madres o tutores legales sobre los factores de riesgos de malnutrición por defecto.

17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación contó con la total colaboración de las personas que han apoyado en todo momento su elaboración, no encontrando aspectos que limiten su progreso.

Es de gran importancia y valor científico, por aportar resultados importantes sobre el conocimiento de los factores de riesgo de la malnutrición por defecto en las madres de niños de 1 a 5 años del centro de salud Enrique Ponce Luque, y la elaboración de una estrategia educativa para la prevención de dicha afección.

Se hace necesario realizar una evaluación del impacto de la estrategia educativa a corto y largo plazo, para poder identificar si se cumplieron los objetivos propuestos.

La autora desea que esta investigación sirva para la realización de otras investigaciones una vez que se haya aplicado la estrategia, para prevenir y erradicar dicha afección.

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wanden C, Camilo M, Culebras J. Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010. [citado 2017 oct 22]; 25 (Suppl 3): 1-9. Disponible en: http://scielo.isci.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112010000900001&lng=es.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2016. [Internet]. 2016. [Citado 20 abril 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mejorar la nutrición infantil. [Internet].;2013.[Citado:16 abril 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Informe Anual 2013. [Internet].;2014. [Citado:20 abril 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SP_UNICEF_Annual_Report_2013_web_10_June_2014.pdf
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2016. [Internet]. 2017. [Citado: 18 abril del 2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
6. Agüero Y, Cambillo E. Factores asociados con el estado nutricional de niños y niñas en el Perú. Revista de la FCM Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Mar 2013;15(1):38-47.. [Online]. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/matema/article/download/9601/8415/0>.
7. Freire WB, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva MK, Romero N, et al. Resumen Ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013. [Internet]. 2014. [Consultado 16 Abr 2017].Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito, Ecuador. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>
8. Londoño A, Mejía S.. Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá. 2006-2007. Gerencia y Políticas de Salud, v. 7, n. 15. 2008. [Internet]. [Citado:20 agosto 2017]. [Online]. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2671>.
9. Pelletier, David L., et al.. Efectos de la malnutricion en la mortalidad de menores de 5 años en países en desarrollo. [Online].; 1996. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/15470>.
10. Kac G, García Alvear J. L.. Epidemiología de la desnutrición en Latinoamérica: situación actual. Nutr. Hosp. [Internet].. [Online].; 2010 Oct [citado 2017 Nov 1]; 25(Suppl (2) (3) (4) (5) (6)3): 50-56.. Available from:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121611201000090008&lng=es.
11. Vázquez J. Hambre, desnutrición y pobreza: una solución de todos. Comercio exterior. [Internet]. 2001. Oct. [Citado el 8 de nov de 2017]; Vol (31):pp. 910915. [Online]. Available from: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/31/8/RCE.pdf>.
 12. Hernández T, Rodríguez M, Giménez C.. La malnutrición un problema de salud global y el derecho a una alimentación adecuada. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS), [S.l.], v. 2, n. 1, p. 3-11, mar. 2017. [Online]. Available from: .
 13. Arias M, Tarazona C, Lamus F, Granados C. Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños arhuacos menores de 5 años de edad. Revista De Salud Pública. 2013. Journal of Public Health, 15(4), 565-576. Disponible de: <http://search.proquest.com/docview/1677206855?accountid=36724>
 14. Wachs T, Creed-Kanashiro H, Cueto S, Jacoby E.. Maternal education and intelligence predict off spring diet and nutritional status. J Nutr 2005;135:2179-86. [Online]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=570472&pid=S1024-067.
 15. Duran B.. La ocupación de la madre como factor determinante del estado de nutrición en niños menores de 7 años. Ciudad Juárez: Universidad Autónoma de ciudad Juárez; 2009.. [Online]. Available from: <http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Publicaciones/Tesis.pdf>.
 16. Jiménez D, Rodríguez A, Jiménez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 Oct [citado 2017 Nov 20] ; 25(Suppl 3): 18-25.. [Online]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121611201000090003&lng=es.
 17. Generación Nutrición.. El papel del agua, saneamiento ambiental y la higiene en la lucha contra la desnutrición infantil. Ficha informativa de prevención.2013. Nov;Vol (1): 120-2. [Online]. Available from: http://www.generationnutrition.org/sites/default/files/editorial/generation_nutrition_ficha_informativa_num._1_wash.pdf.
 18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. <https://www.unicef.org>. [Internet].;2011.[Citado:16 abril 2017].. [Online]. Available from: <https://www.unicef.es/publicacion/la-desnutricion-infantil-causasconsecuencias-y-estrategias-para-su-prevencion.pdf>.
 19. Organización Mundial de la Salud.. Estadísticas Sanitaria Mundiales 2014.Ginebra.2014. pág. 116. ISBN 978 92 4 069269 5 (PDF).
 20. Cruz V, Bernal L, Buitrago G, Ruiz J.. Frecuencia de riesgo de desnutrición según la Escala de Tamizado para Desnutrición (MST) en un servicio de Medicina Interna. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Abr [citado 2017 Nov 17] ; 145(4): 449-457.. [Online]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887201700040005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4067/S003498872017000400005>.
 21. OMS. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Determinantes Sociales de la salud.[Internet]. [citado:15 nov 2017].. [Online]. Available from:

- http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/close_the_gap_how/es/.
22. Ortiz A, Peña Quintana L, Albino A, Mönckeberg F, Serra L. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 Ago [citado 2017 Nov 2] ; 21(4): 533-541.. [Online]; http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112006000700011&lng=es..
 23. Ministerio coordinador de desarrollo social.. www.desarrollosocial.gob.ec. [Internet].; 2012 [citado 2017 06 05].. [Online]. Available from: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-accion-nutricion/>.
 24. Alvarez S. Medicina General integral. En: Rodríguez B, Concepción D. Afecciones por defecto y por exceso Medicina General Integral. La Habana, Cuba: Ecimed 2014.Vol (4). P 1349-1360 25. [Online].
 25. MATA CDL. MALNUTRICIÓN, DESNUTRICIÓN Y SOBREALIMENTACIÓN. Revista Médica de Rosario. 2008 Mar; 17(20) 26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sitio Web de WHO. [Internet].;2017. [citado: 20 abril 2017]. [Online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/es/>.
 26. Echagüe G, Sosa L, Díaz V, Funes P, Rivas L, Granado D, et al.. Malnutrición en niños menores de 5 años indígenas y no indígenas de zonas rurales, Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(2):25-34. [Online].
 27. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson, J, et al. (2012). Nutrición. En Dwyer, J. Harrison. Principios de Medicina Interna (pp. 588-593). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
 28. Portillo V, Pérez M, Loya Y, Hidalgo N, Puente A.. Perfiles psicopatológicos de niños obesos y desnutridos medidos con el CBCL/6-18. Revista Latinoamericana de Psicología. 2016; 48: 108-116.. [Online]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.10.001..>
 29. Ministerio de salud pública del Ecuador. NORMAS, PROTOCOLOS Y CONSEJERÍA PARA LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES.. <http://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales/> ed. Quito: Coordinación Nacional de nutrición.; 2011.
 30. Cano Pérez J, Santos Tomás P. Crecimiento y desarrollo. En: Zurro MA, Cano Pérez JF , editor. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 7 ed. Barcelona: Elsevier; 2014.p. 927 - 945; 2014.
 31. Márquez H, García V, Caltenco M, et al. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. Rev Med.Vol. VII Nú18 (2)-2012: 5969. [internet].[citado 16 nv 2017]. [Online]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>.
 32. León A, Terry B, Quintana I.. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Nov 12] ; 47(1). [Online]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032009000100003&lng=es.
 33. Segura J, Montes C, Hilario M, Asenjo P., Baltazar G. Pobreza y Desnutrición Infantil.1 ed.Lima:PRISMA ;2002. [internet]. [citado 12 Oct 2017].. [Online].

- Available from:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Pobreza_y_Desnutricion.pdf.
34. Síntesis de las normas para la prevención de la malnutrición. Ministerio de salud pública del Ecuador. Quito 2012. [Online]. Available from:
<http://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales/>.
 35. Educación alimentaria y nutricional. libro del docente. Proyecto de alfabetización científica. 9789253062744th ed. Buenos Aires: Ministerio de educación, Ciencias de la salud; 2009; 2009.
 36. Organización Mundial de la Salud.. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. [internet].2014. [citado 4 octubre 2017]. [Online]. Available from:
http://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/es/.
 37. MANUAL DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL para el crecimiento y alimentación de niños y niñas menores de cinco años y de cinco a nueve años. Ministerio de salud pública del Ecuador. Quito 2011. [Online]. Available from:
<http://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales/>.
 38. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS. Ministerio de salud pública del Ecuador. Coordinación Nacional de nutrición. Quito 2013. [Online]. Available from:
<http://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales/>.
 39. Touriñán J. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada pedagógica. España. 2011. Rev Port. [internet].. [Online]. Available from:
<https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5325/2/29%20%20Intervencion%20Edu>.
 40. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. España. 2014. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud.. [Online]. Available from:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>.
 41. Jiménez E. D. La intervención educativa: Una visión holística de los problemas sociales. México. 2007. [Online]. Available from:
http://upn291.edu.mx/revista_electronica/DanielIntervencion.pdf.
 42. Santacreu M. J.. Protocolo general de intervención clínica en Psicología. Madrid. 2011.. [Online]. Available from:
https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf.
 43. Olivero I. manual básico de epidemiología en alimentación y nutrición. Argentina. 2013.. [Online]. Available from:
<http://www0.unsl.edu.ar/~disgraf/neuweb2/pdf/Manual%20basico%20de%20Epidemiologia%20en%20alimentacion%20y%20nutricion.pdf>.
 44. Rodríguez M.. Estrategia de intervención. Algunos aspectos metodológicos y epistemológicos. Chile 2010.. [Online]. Available from:
<https://metodologiasdelainvestigacion.wordpress.com/2010/11/19/estrategias-de-intervencion-algunos-aspectos-metodologicosyepistemologicos/>.
 45. Constitución de la República del Ecuador, 2008, Capítulo I, sección segunda.. [Online]. Available from:

- http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/leytransparencia/literal_a/normas_deregulacion/constitucion_republica_ecuador_2008.pdf.
46. Morán D. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prevención de la desnutrición infantil en madres de niños menores de cinco años. Comunidad Shobol Llinllin, enero a junio 2016.[Tesis de Especialización internet]. Riobamba: Escuela Superior Politécnica. [Online]. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5971/1/10T00165.pdf>.
 47. Centeno A.. Características sociodemográficas, culturales y estado nutricional de niños menores de cinco años de edad en la comunidad de Narajo, Municipio de Jinotega. [Tesis de Masterado]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016 [citado 9 de may. [Online]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/7891/1/t934.pdf>.
 48. Pally E, Mejía H.. Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. Rev. bol. ped. [Internet]. 2012 [citado 2018 Jun 01] ; 51(2): 90-96. [Online]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10240675201200020200002&lng=es.
 49. Censos INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Internet]; 2013 [citado 2018 septiembre 28].. [Online]. Available from: www.inec.gob.ec.
 50. Valencia G.. Conocimientos y conducta alimentaria d las madres que inciden en la malnutrición de niños menores de 5 años. San Vicente.Yaruquíes, enero a junio 2016. (Tesis de Especialización). Riobamba Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016. [Online]. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5971/1/10T00165.pdf>.
 51. Guerrero G.. Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el Subcentro de Salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el período diciembre- marzo 2013. (Tesis Licenciatura). [Online].; Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2014. [Citado 6 de noviembre 2018].. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7475/1/Guerrero%20Sol%20C3%ADs%20Gabriela%20Elizabeth.pdf>.
 52. Mayor D.. Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa. (Tesis Licenciatura). Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2015.[Citado 3 de septiembre 2018]. [Online]. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/376/1/Mayor_di.pdf.
 53. Herrero Aguirre H, Salas Palacios S, Álvarez Cortés J, Pérez Infante Y.. Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años [artículo en línea]. MEDISAN 2008; 10(2). [citado 2018 Jun 3].. [Online]. Available from: [consulta:fecha de acceso](#)].
 54. Jiménez S, Martín I, Rodríguez A, et al. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. Rev Cub Pediatr [Internet]. 2018 [citado 2018 Oct 28] ; 90(1): 79-93. [Online]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312018000100009&lng=es.
 55. Pilco N.. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prácticas alimentarias adecuadas en la prevención de anemia en niños de 1 a 4 años. Laime San Carlos, Guamote. Enero a junio 2016.(Tesis de Especialización). Riobamba.

- [Online].; cuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016.[Citado 10 de noviembre 2018].. Available from: <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/5971/1/10T00165.pdf>.
56. Ajete S.. Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en Cuba. RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición [Internet], 16.4 (2017): 10-19. [citado 11 de nov 2018].. [Online]. Available from: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/339>.
 57. Gaviria L, Soscue D, Campo L, Cardona J, Galván A. Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa, Cauca, Colombia, 2015. Rev. Fac. Nac. Salud Pública.[Internet].2017; 35(3): 390-399.. [citado 12 de nov 2018]. [Online]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n3/0120-386X-rfnsp-35-0300390.pdf>.
 58. Espinosa M, Alazales M, García A.. Parasitosis intestinal, su relación con factores ambientales en niños del sector «Altos de Milagro», Maracaibo. [Internet]. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(3): [Citado 10 de nov 2018].. [Online]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0864-21252011000300010 & lng=es.
 59. Tamayo V, Esquibel M, Gonzáles C.. Infecciones respiratorias recurrentes y estado nutricional en niños de 0 a 6 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet].2012;11(1)37-44. [Citado 8 nov 2018]. [Online]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v11n1/rhcm06112.pdf>.
 60. García C.. Conocimiento de los padres de la población infantil sobre la suplementación de micronutrientes en polvo en un centro de salud del Minsa 2015. (Tesis de Licenciatura). Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Citado 10 de noviembre 2018]. [Online]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4255/Garcia_gc.pdf;jsessionid=B794CCD1BF06276C77171BEE90EFA33A?sequence=1.
 61. Barrera Sánchez, L., Herrera Amaya, G., & Ospina Díaz, J. Intervención educativa para modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en Boyacá Colombia: Revista Cuidarte, 5(2), 8518. ; 2014.
 62. Sánchez V.. Evaluación de tres intervenciones educativas colectivas para transmitir conocimientos nutricionales. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2016. [citado 2018 Jun 1];35(2):127-35.. 086403002016000200003th ed.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado.

Yo, _____ con C.I. _____, recibí de la Dra. _____ la información sobre la investigación titulada: Diseño de estrategia educativa sobre los factores de riesgo de la malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años de edad, de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. Durante la misma se me aplicarán varias preguntas como madre o tutor responsable con el objetivo de conocer los factores de riesgo para la malnutrición por defecto en los niños de 1 a 5 años, los datos aportados se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio. Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación. Mi participación es absolutamente voluntaria y en cualquier momento de la investigación puedo retirarme voluntariamente, así como decidí participar, sin que ello conlleve a afección alguna en la atención que recibo de la doctora y en el centro de salud. Doy mi consentimiento para que los resultados de la investigación sean publicados, siempre que se mantenga el anonimato de mi persona. He tenido la oportunidad de preguntar y se ha respondido en todos los casos, conozco que si me surgen algunas dudas puedo dirigirme a la Dra. Asunta Erika Cáceres en el consultorio N° 1 del centro de salud Enrique Ponce Luque o al teléfono 0998573363. Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora en Babahoyo a los _____ días del mes de _____ del 20_____.

Nombre y Apellido de la paciente:	

Firma: _____	C.I.: _____
Nombre y Apellido de la autora:	

Firma: _____	C.I.: _____

ANEXO 2

Encuesta sobre factores de riesgo para la malnutrición por defecto en los niños de 1 a 5 años de edad en el centro de salud Enrique Ponce Luque.

El cuestionario es totalmente anónimo, sus respuestas deben ser lo más sinceras posibles. Coloque una equis (X) según corresponda

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Edad: ___ años

2.- Qué nivel de educación terminado tiene usted?

1. ___ Ninguna

2. ___ Primaria

3. ___ Secundaria

4. ___ Bachiller

5. ___ Superior

3.- Señale su estado civil actual

1. ___ Soltera

2. ___ Casada

3. ___ Unión libre

4. ___ Divorciada

5. ___ Viuda

4.-Cuál es su ocupación?

1. ___ Ama de casa

2. ___ Empleada doméstica

3. ___ Empleada pública

4. ___ Empleada privada

5. ___ Independiente

ASPECTO SOBRE EL CONOCIMIENTO

Señale con una x la respuesta que considere correcta:

5- Conoce usted como el médico puede evaluar el estado nutricional de su niño

1. ___ Coloración de la piel

2. ___ Cantidad de alimentos que consume

3. ___ peso y talla para la edad

4. ___ No sabe

6- Señale con una X el grupo de alimentos más adecuado que usted considera que debe consumir su niño

1. ___ arroz, pan, frutas, papas, embutidos, mariscos, jugos procesados, pollo.

2. ___ cereales, frutas, vegetales, lácteos, carnes, pescado, pollo, arroz, pan.

3. ___ lácteos, carnes, vegetales, grasas de animales, embutidos, colas, papas, pescado

4. ___ No sabe

7.- Cuántas veces al día debería comer su niño y en que horario.

Señale con una X la que considera correcta.

1. ___ menos de 3 veces al día (desayuno y almuerzo)

2. ___ 3 veces al día (desayuno, almuerzo y merienda)

3. ___ Entre 4 y 7 veces al día (desayuno-refrigerio-almuerzo-refrigerio-merienda-refrigerio)

4. ___ No sabe

8.- Que alimentos aportan mayor cantidad de vitaminas y minerales. Marque con una (X) la que considera correcta

1. ___ arroz, carnes

2. ___ frutas y vegetales

3. ___ Embutidos y dulces

4. ___ No sabe

9.- Hasta que edad debe un niño recibir solo la lactancia materna y seguir con lactancia materna y otros alimentos.

1. ___ Hasta los 6 meses de lactancia materna sola sin otros alimentos y lactancia materna hasta los 2 años con otros alimentos.

2. ___ Hasta los 4 meses de lactancia materna sola sin otros alimentos y lactancia materna con otros alimentos hasta el año

3. ___ Hasta los 5 meses de lactancia materna sola sin otros alimentos y lactancia materna con otros alimentos hasta el año.

4. ___ No sabe

10.- Con respecto a los hábitos higiénicos saludables para una buena nutrición, marque con una X la o las respuestas que usted cree que son adecuadas para evitar que el niño enferme y como consecuencia baje de peso.

1. ___ Peinarse todos los días antes de comer

2. ___ Lavarse los dientes antes de comer

3. ___ Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño

4. ___ Lavarse la cara antes de comer

5. ___ Lavar los alimentos antes de consumirlos

6. ___ Tapar los alimentos cocinados

7. ___ Conservar los alimentos en refrigeración

8. ___ No sabe

11.- El consumir agua sin hervir, sin clorar o agua no potable, puede traer a su niño como consecuencia (Pueden ser una o varias respuestas):

1. ___ que su niño aumente de peso

2. ___ que su niño aumente las defensas inmunológicas

3. ___ que su niño baje de peso

4. ___ que su niño tenga caries en los dientes

5. ___ que su niño tenga parásitos

6. ___ No sabe

12.- Los niños que tienen parásitos y NO reciben tratamiento para éste, pueden traer como consecuencia: (Marque la respuesta que considere correcta con una X).

1. ___ que tenga gastritis

2. ___ que tengan mucha tos

3. ___ que coman mucho y aumenten de peso

4. ___ que coman poco y bajen de peso

5. ___ No sabe

13.- Las infecciones respiratorias frecuentes en los niños (como los resfriados, neumonías, faringitis, otras) y digestivas (diarreas) puede traer como principal consecuencia: (Marque con una X la respuesta que usted considere correcta).

1. ___ Aumento de sus defensas inmunológicas
2. ___ No tolere la lactosa
3. ___ No aumente de peso y no crezca adecuadamente
4. ___ Que el niño cambie frecuentemente de humor
5. ___ No sabe

14.- El chis paz es un micronutriente que contiene vitaminas y minerales, marque con una (X) para lo que usted cree que ayuda a los niños

1. ___ Evita que los niños no padezcan de gripes y diarreas
2. ___ Ayuda a que el niño aumente de peso
3. ___ Ayuda para que el niño nunca padezca de cáncer, ni diabetes.
4. ___ Ayuda para que el niño no tenga anemia y evita que baje de peso
5. ___ No sabe

ASPECTOS DIRIGIDOS A LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

15.- Por qué medio le gustaría recibir información sobre factores de riesgo de la malnutrición por defecto?. Marque solo una opción.

1. ___ Charlas
2. ___ Reuniones grupales
3. ___ Viendo videos
4. ___ Materiales impresos
5. ___ Otros

En caso de responder otros especifique cual: _____.

16.- ¿Con qué frecuencia usted podría recibir información?. Marque solo una opción.

1. ___ Una vez a la semana
2. ___ Cada 15 días
3. ___ Una vez al mes

17.- ¿Con qué tiempo usted considera que dispone para recibir la información?. Marque solo una opción.

1. ___ 15 minutos
2. ___ 30 minutos

3. ___ 1 hora

18.- Con qué número de personas desearía usted recibir la información?. Marque solo una opción.

1. ___ Sólo(a)

2. ___ Grupo de 5 a 10 personas

3. ___ Grupo de 11 a 15 personas

19.- En qué momento del día cree usted que le sería más cómodo para recibir información?. Marque solo una opción.

1. ___ Mañana

2. ___ Tarde

Anexo 3

Diseño de estrategia educativa

1. Título de la estrategia educativa: “Niños con nutrición saludable, niños con un futuro brillante”.

2. Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Población Beneficiada: Comunidad de Barrio Lindo

Provincia: Los Ríos

Cantón: Babahoyo

Parroquia: Camilo Ponce

Beneficiarios: Niños de uno a cinco años, madres o tutores legales, familia y comunidad

Autora: Dra. Asunta Erika Cáceres Chávez

Equipo técnico responsable:

Dra. Asunta Erika Cáceres Chávez (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria)

Dr. Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza (Tutor de tesis)

Ayudantes: EAIS y líderes comunitarios.

Duración: 12 horas

Frecuencias: 1 hora cada 15 días en cada grupo. (4 grupos)

Tiempo estimado: (4 meses)

3. Justificación de la propuesta educativa.

La malnutrición por defecto, especialmente en la infancia, constituye un impedimento para que los individuos y las sociedades desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen una menor resistencia a las infecciones y más posibilidades de morir a causa de enfermedades comunes de la infancia.

En la actualidad, la malnutrición por defecto es uno de los principales problemas que enfrenta toda sociedad pues existen a nivel mundial 159 millones de niños menores de cinco años que padecen de desnutrición crónica, se estima que cerca de uno de cada cuatro niños menores de 5 años tienen un peso inferior al normal para su edad, relacionadas tanto a la desnutrición crónica como aguda. Se calcula que 7,6 millones de niños menores de 5

años mueren cada año, una tercer parte de estas muertes están relacionadas con la desnutrición.

En América latina y el Caribe, debido a la alta prevalencia de desnutrición crónica que afecta a 6,1 millones de niños menores de cinco años, y de 700 mil que padecen de desnutrición aguda, por lo que todavía sigue siendo un problema prolongado y persistente que refleja múltiples causas afectando negativamente al crecimiento infantil.

En Ecuador los graves problemas nutricionales que afectan, de manera especial, a un gran número de niñas y niños menores de cinco años de los sectores urbanos y rurales más pobres del país, demandan fortalecer las actividades y respuestas implementadas hasta ahora por el gobierno. El 25,3% de los niños y las niñas menores de cinco años padece desnutrición crónica, según Encuesta Nacional de Nutrición y salud (ENSANUT) en el año 2013, siendo todavía un problema de salud que cobra un precio muy alto en los niños y sus familias.

Si bien es cierto, que la atención de salud dirigida a la niñez ecuatoriana ha sufrido transformaciones en estos últimos diez años, mediante estrategias llevadas a cabo por el ministerio de salud pública, en lo que respecta a mejorar la nutrición en menores de cinco años, todavía no se ha llegado a la meta de erradicar por completo la desnutrición infantil en el Ecuador, por lo que continua siendo un problema de salud, tanto nacional como en la población atendida por el Centro de Salud Enrique Ponce Luque en Babahoyo. Actuar sobre los principales factores de riesgo que inciden en esta afección se alcanzaría a mejorar la nutrición en niños menores de cinco años y por ende mejorar la salud de este grupo etario.

Para lograr disminuir las cifras de este indicador de salud en el centro de salud Enrique Ponce Luque se propone realizar una estrategia educativa dirigida a madres o tutores legales de los niños de 1 a 5 años de edad, debido a que son ellas las responsables de la alimentación de éstos. Esta estrategia está basada en hacer conocer a las madres o tutores legales sobre los principales factores de riesgo que inciden en esta afección, esto permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la Atención Primaria de Salud, contribuyendo a mejorar la salud en este grupo de edad, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática.

4. Objetivos

Objetivo General

- Modificar el conocimiento que tienen las madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años de edad, de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo, sobre los factores de riesgo de la malnutrición por defecto y la forma de prevenirlos por medio de una estrategia educativa.

Objetivos Específicos

- Educar sobre malnutrición por defecto, factores de riesgo y sus repercusiones para el niño, familia y comunidad.
- Conocer los diferentes grupos de alimentos, pirámide nutricional, frecuencia y horario de alimentación que deben tener los niños.
- Explicar los beneficios que aporta la lactancia materna exclusiva y la edad de inicio de la alimentación complementaria.
- Demostrar e incentivar la práctica de hábitos higiénicos saludables.
- Fomentar el consumo de agua segura y explicar las diferentes formas de tratamiento del agua.
- Informar sobre los beneficios que aportan los micronutrientes (chispaz).

5. Metodología

La estrategia educativa sobre factores de riesgo de la malnutrición por defecto fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población de madres de los niños de 1 a 5 años de edad donde se incluyeron diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo para esta afección.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención, las 67 participantes serán distribuidas de la siguiente manera: 3 grupos de 17 personas y 1 grupo de 16 personas.

La estrategia será implementada en un tiempo de 4 meses.

Los horarios serán durante la tarde de 4 a 5 pm. Las sesiones tendrán tiempo de duración aproximado de 45 a 60 minutos, de forma quincenal, el tipo de actividad serán a través de charlas, videos y taller. Además se determinará el local a utilizar para desarrollar dichas actividades.

Técnicas

En este programa se van a usar distintos métodos y actividades pedagógicas según los módulos. Las técnicas utilizadas serán charlas mezcladas con videos, talleres. Posterior a cada sesión se realizará retroalimentación de lo aprendido.

6. Desarrollo de la estrategia.

Módulo 1. Tema: Introducción al programa educativo y definición de malnutrición por defecto.

Objetivos:

- Realizar presentación de los participantes.
- Explicar el curso y sus objetivos.
- Definir malnutrición por defecto y su repercusión en niños, familia y comunidad.

Actividades:

- Apertura y presentación de cada participante.
- El facilitador explicará principales características de la malnutrición por defecto, y su repercusión en niños, familia y comunidad,
- Se dividirá el grupo en cuatro subgrupos y cada uno de ellos mediante la lluvia de ideas irá aportando alguna de las manifestaciones clínicas y factores de riesgo que conocen de esta entidad, con ayuda del facilitador.
- Se realiza el cierre con preguntas reforzando el tema, mediante técnicas didácticas.

- Día: 1º sesión
- Tiempo: 45 – 60 minutos.
- Materiales: Trípticos, proyector, computadora, pizarra, marcadores.
- Técnicas: Charla y taller

Objetivos	Actividades	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnicas
1.Realizar introducción del curso. 2.Definir malnutrición por defecto y su repercusión en niños, familia y comunidad.	-Apertura y presentación de cada participante. -Exposición. -Se divide en 4 grupos. -Lluvia de ideas -Cierre con preguntas reforzando el tema.	45-60 Min.	Trípticos Proyector Computador Pizarra Marcadores	Médico Enfermera Taps	Charla Taller

Módulo 2. Tema: Alimentación no saludable y deficiente como factor de riesgo para la malnutrición por defecto.

Objetivos:

- Explicar las repercusiones que conlleva una dieta no saludable y deficiente.
- Conocer los diferentes grupos de alimentos y la pirámide nutricional.
- Orientar sobre la frecuencia y horario de la alimentación que deben tener los niños de 1 a 5 años.

Actividades:

- Breve recordatorio de la actividad anterior.

-El facilitador explicará sobre: las repercusiones que conlleva una dieta no saludable y deficiente en niños de 1 a 5 años, además de la frecuencia y horario de la alimentación que deben tener los niños de 1 a 5 años.

- Mediante power point y videos se dará a conocer los diferentes grupos de alimentos de la pirámide nutricional y la importancia de cada uno de ellos.

-Se realiza el cierre: Cuatro participantes elegidos al azar arman un rompecabezas de pirámide nutricional y otros cuatro explican de forma breve la importancia de cada grupo alimenticio.

- Día: 2º sesión
- Tiempo: 45 – 60 minutos.
- Materiales: Trípticos, proyector, computadora, pizarra, marcadores, rompecabezas.
- Técnicas: Charla y videos.

Objetivos	Actividades	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnicas
-Explicar las repercusiones de dieta inadecuada y deficiente -Conocer los diferentes grupos de alimentos, pirámide nutricional, frecuencia y horario de la alimentación	-Breve recordatorio de actividad anterior. -Exposición con power point y videos -Cierre: Cuatro participantes elegidos al azar arman rompecabezas de pirámide nutricional.	45-60 min.	Trípticos Proyector Computador Pizarra Marcadores Rompecabezas	Médico Enfermera Taps	Charla Videos

Módulo 3. Tema: Las prácticas inadecuadas de lactancia materna, lactancia artificial y de la alimentación complementaria como factor de riesgo de la malnutrición por defecto.

Objetivos:

- Explicar las repercusiones que conlleva las prácticas inadecuadas de lactancia materna (LM), lactancia artificial (LA) y de la alimentación complementaria (AL), como factor de riesgo de la malnutrición por defecto.

- Conocer los beneficios que aporta la lactancia materna exclusiva (LME) para la prevención de malnutrición por defecto.
- Educar sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria, los alimentos adecuados con los que se debe empezar.

Actividades:

-Breve recordatorio de la actividad anterior.

-El facilitador explicará sobre: las repercusiones que conlleva las prácticas inadecuadas de lactancia materna, lactancia artificial y de la alimentación complementaria como factor de riesgo de la malnutrición por defecto mediante una charla interactiva.

-Se explicará sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, la edad de inicio y los alimentos adecuados de la alimentación complementaria mediante power point y videos.

-Se realiza el cierre: Se pedirá que cada participante nombre un beneficio de la lactancia materna.

- Día: 3º sesión
- Tiempo: 45 – 60 minutos.
- Materiales: Trípticos, proyector, computadora, pizarra, marcadores.
- Técnicas: Charla y videos

Objetivos	Actividades	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnicas
-Explicar las repercusiones de prácticas inadecuadas de LM, LA y AL. -Conocer los beneficios de la LME. -Educar sobre edad de inicio de AC y alimentos adecuados para ésta.	-Breve recordatorio de actividad anterior. -Exposición con power point y videos. -Cierre: se pedirá que cada participante nombre un beneficio de LM	45-60 Min.	Trípticos Proyector Computador Pizarra Marcadores	Médico Enfermera Taps	Charla Videos

Módulo 4. Tema: Hábitos higiénicos inadecuados como factor de riesgo para la malnutrición por defecto.

Objetivos:

- Explicar las repercusiones negativas que conlleva las prácticas inadecuadas de higiene en la nutrición del niño.
- Demostrar e incentivar las prácticas de hábitos higiénicos saludables para prevención de la malnutrición por defecto en niños.

Actividades:

-Breve recordatorio de la actividad anterior.

-El facilitador explicará sobre: las repercusiones negativas que conlleva las prácticas inadecuadas de higiene para la nutrición del niño.

- Mediante power point y videos se demostrarán las prácticas adecuadas de higiene para la prevención de malnutrición por defecto.

- Cierre: Se pedirá a cada participante que explique una práctica adecuada de higiene y los momentos en que se las debe realizar para evaluar comprensión del tema.

- Día: 4º sesión
- Tiempo: 45 – 60 minutos.
- Materiales: Trípticos, proyector, computadora, pizarra, marcadores.
- Técnicas: Charla y videos

Objetivos	Actividades	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnicas
-Explicar repercusiones de las prácticas inadecuadas de higiene. -Demostrar e incentivar la práctica de hábitos higiénicos saludables como prevención de la malnutrición por defecto	-Breve recordatorio de actividad anterior. -Demostrar por medio de videos y power point hábitos higiénicos saludables -Cierre: se pedirá a cada participante que explique una práctica adecuada de higiene.	45-60 Min.	Trípticos Proyector Computador Pizarra Marcadores	Médico Enfermera Taps	Videos Charla

Módulo 5. Tema: El consumo de agua insegura como factor de riesgo para la malnutrición por defecto

Objetivos:

- Explicar el significado de agua insegura y su repercusión en la salud de las personas.
- Conocer los diferentes métodos para mejorar la calidad del agua de consumo.
- Fomentar el consumo de agua segura para la prevención de enfermedades digestivas y por ende de la malnutrición por defecto.

Actividades:

- Breve recordatorio de la actividad anterior.
- El facilitador explicará el significado de agua insegura y su repercusión en la salud de las personas mediante charla interactiva.
- Mediante power point y videos se demostrarán los diferentes métodos para mejorar la calidad del agua (métodos físicos, químicos y de filtración) para su óptimo consumo.
- Cierre: Se reforzarán conocimientos mediante preguntas para evaluar comprensión del tema.

- Día: 5º sesión
- Tiempo: 45 – 60 minutos.
- Materiales: Trípticos, proyector, computadora, pizarra, marcadores.
- Técnicas: Charla y videos

Objetivos	Actividades	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnicas
-Explicar el significado de agua insegura y su repercusión en la salud. -Conocer los diferentes métodos para mejorar la calidad del agua.	-Breve recordatorio de actividad anterior. -Exposición y Demostrar por videos y power point métodos de tratamiento del agua. Cierre: se reforzaran	45-60 Min.	Trípticos Proyector Computador Pizarra Marcadores	Médico Enfermera Taps	Charla Video

-Fomentar el consumo de agua segura para prevención de enfermedades digestivas y malnutrición por defecto	conocimientos mediante preguntas y respuestas				
---	---	--	--	--	--

Módulo 6. Tema: Beneficios que aportan los micronutrientes en la prevención de la malnutrición por defecto y preparación de alimentos saludables.

Objetivos:

- Conocer los beneficios que aportan los micronutrientes como el chis paz para la prevención de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años
- Incentivar la preparación de refrigerios y comidas saludables.
- Fomentar el consumo de una dieta balanceada y saludable.

Actividades:

-Breve recordatorio de la actividad anterior.

-El facilitador explicará los beneficios que aportan los micronutrientes como el chis paz mediante charla interactiva.

- Mediante videos se demostrarán la preparación de diferentes recetas de comidas y refrigerios saludables.

- Cierre: Se reforzarán conocimientos mediante preguntas para evaluar comprensión del tema.

- Día: 6º sesión
- Tiempo: 45 – 60 minutos.
- Materiales: Trípticos, proyector, computadora, pizarra, marcadores.
- Técnicas: Charla y videos

Objetivos	Actividades	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnicas
-Conocer los beneficios que aportan los micronutrientes (chispaz) para prevenir la malnutrición por defecto. -Incentivar la preparación de refrigerios y comidas saludables	-Breve recordatorio de actividad anterior. -Exposición -Demostrar la preparación de diferentes recetas(videos) -Cierre: se reforzaran conocimientos mediante preguntas.	45-60 Min.	Trípticos Proyector Computador Pizarra Marcadores	Médico Enfermera Taps	Charla Videos

Módulo 7. Tema: Conclusiones

Objetivos:

- Verificar el conocimiento adquirido.

Actividades:

- Se formarán grupos de cuatro personas, cada grupo explicará un factor de riesgo para la malnutrición por defecto y la forma de prevenirlo.
- Se aplicará una encuesta de preguntas cerradas en la que no deben colocar su nombre, la misma que se utilizó para medir el conocimiento sobre los factores de riesgo para la malnutrición por defecto durante el desarrollo de la investigación.
- Se concluye el programa educativo agradeciendo a las madres o tutores legales por su participación en las actividades y se obsequia un pequeño regalo sorpresa en gratitud a cada una de las participantes.

- Día: 7º sesión
- Tiempo: 45 – 60 minutos.
- Materiales: Pizarra, marcadores, hojas, plumas.
- Técnicas: Taller, encuesta tipo test

Objetivos	Actividades	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnicas
Verificar el conocimiento adquirido	<p>-Se formaran grupos de 4 personas y cada grupo explicará un factor de riesgo para la malnutrición por defecto y la forma de prevenirlo</p> <p>-Se aplicará una encuesta tipo test.</p> <p>-Cierre: Agradecimiento a los participantes por su colaboración.</p>	60 Min.	Pizarra Marcadores Hojas Plumas	Médico Enfermera Taps	Taller Encuesta tipo test



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cáceres Chávez Asunta Erika** con C.C: # **0954016333** autora del trabajo de titulación: **“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años de edad en dos consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018”** previo a la obtención del título de **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17** de diciembre del 2018

f. _____

Cáceres Chávez Asunta Erika

C.C: 0954016333



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años de edad en dos consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018”		
AUTOR(ES)	Asunta Erika Cáceres Chávez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrado Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
TITULO OBTENIDO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	79
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la Salud, Medicina, Medicina Familiar y comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Malnutrición, desnutrición, factores de riesgo, estrategia educativa.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: La malnutrición por defecto en los niños menores de 5 años afecta su crecimiento y desarrollo cognitivo e implica altos costos en salud. En la actualidad, es todavía uno de los principales problemas que enfrenta toda sociedad, y en el Ecuador es una problemática que se ha reducido pero no lo suficiente. Materiales y Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, en 67 madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años en dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, en el año 2018, que cumplieron con los criterios de inclusión; previo consentimiento informado, se utilizó una encuesta para la recolección de la información elaborado por la autora de acuerdo a los objetivos y variables. Resultados: El grupo de edad que predominó fueron madres de 15 a 24 años (46,3%), nivel de escolaridad secundaria (37,3%), en unión libre (70,2%), y amas de casa (64,2%). Existió desconocimiento 59,7% por parte de las madres o tutores legales de niños de 1 a 5 años sobre los factores de riesgo de la malnutrición por defecto. Conclusiones: Existe desconocimiento por parte de las madres o tutores legales sobre los factores de riesgos de la malnutrición por defecto. Los resultados demuestran la pertinencia de la estrategia educativa y se recomienda la implementación para la adquisición del conocimiento.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

CONTACTO AUTOR/ES:	CON	Teléfono: 0998573363	E-mail: chunty_ecc@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas	
		Teléfono: +593 4 3804600 ext: 1830 – 1811	
		E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			