



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

Estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

AUTOR:

López Córdova, Marcel Orlando

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTORA:

Aranda Canosa, Sanny

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Marcel Orlando López Córdova, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa

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
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Marcel Orlando López Córdova

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a 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 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Marcel Orlando López Córdova



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, Marcel Orlando López Córdova

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Marcel Orlando López Córdova

REPORTE URKUND

URKUND

Curiginal

Document Information

Analyzed document LÓPEZ CORDOVA MARCEL ORLANDO.pdf (D126511158)
Submitted 2022-01-29T19:24:00.0000000
Submitted by
Submitter email marcel.lopez@cu.ucs.g.edu.ec
Similarity 1%
Analysis address xavier.landivar.ucs.g@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / urkund2022.pdf Document urkund2022.pdf (D126510137) Submitted by: wafraaice@gmail.com Receiver: xavier.landivar.ucs.g@analysis.orkund.com		5
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / YAGUAL YAGUAL WILSON LENIN.pdf Document YAGUAL YAGUAL WILSON LENIN.pdf (D126483157) Submitted by: wilson.yagual@cu.ucs.g.edu.ec Receiver: xavier.landivar.ucs.g@analysis.orkund.com		1
W	URL: http://repositorio.ucs.g.edu.ec/handle/3317/46/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=55&etal=45&null=&offset=77 Fetched: 2022-01-29T19:33:48.8230000		2
SA	ALIMENTOS TERAPEUTICOS LISTOS PARA SU USO BIEN.docx Document ALIMENTOS TERAPEUTICOS LISTOS PARA SU USO BIEN.docx (D55425618)		1

Agradecimiento

A todos los docentes 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.

Dedicatoria

A mis Padres, 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

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: Estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.
POSGRADISTA: LÓPEZ CÓRDOVA, MARCEL ORLANDO
FECHA: 20/Noviembre/2021

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 VARA
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICES GENERAL

Agradecimiento	VI
Dedicatoria	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ÍNDICES GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE ANEXOS	XV
RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN	2
1. EL PROBLEMA	5
1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento	5
1.2 Formulación	6
1.3 Objetivos Generales y Específicos	7
1.3.1 General	7
1.3.2 Específicos	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8
Marco conceptual	8
1.7 Aspectos epidemiológicos.....	8
2.2 Malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años	9
2.2.1 Causas de la malnutrición infantil.....	10

2.2.2	Consecuencias de la malnutrición en niños	11
2.2.3	Factores de riesgos.....	13
2.2.4	Tipo de desnutrición	16
2.3	Tomado de la agencia de la ONU para los refugiados	17
2.4	Sobrepeso y Obesidad	18
	Obesidad grado I	18
2.5	Diagnóstico del estado nutricional en menores de cinco años	19
2.5.1	La malnutrición por defecto y las infecciones comunes.	20
2.5.2	La lucha contra la desnutrición, clave para los países en desarrollo....	20
2.6	Evaluar necesidades nutricionales	21
2.6.1	Tratar la desnutrición aguda.....	21
2.6.2	Prevenir la desnutrición aguda.....	21
2.6.3	Construir la capacidad local.	21
2.6.4	Investigar e innovar.	22
2.7	Estrategias de intervención educativa	22
2.8	Antecedentes investigativos	24
2.9	Marco Conceptual.....	26
2.10	Marco Legal	27
2.10.1	Constitución de la república del Ecuador (53).....	27
2.10.2	Ley Orgánica de Salud (54).	29
3.	MÉTODOS	31
3.1	Nivel de la investigación	31

3.2 Tipo de investigación	31
3.3 Diseño de investigación	31
3.4 Justificación de la elección del método.....	31
3.5 Población de estudio	32
3.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	32
3.5.2 Criterios de inclusión.....	32
3.5.3 Criterios de exclusión.....	32
4.7 Procedimiento de recolección de la información	33
4.8 Técnicas de recolección de información	35
3.8 Técnicas de análisis estadístico	36
3.9 Variables.....	36
3.9.1 Operacionalización de las variables.....	36
4. REPRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
5. CONCLUSIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de padres o cuidadores según edad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	39
Tabla 2 Distribución de padres o cuidadores según nivel de escolaridad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	39
Tabla 3 Distribución de padres o cuidadores según nivel estado civil. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	40
Tabla 4 Distribución de padres o cuidadores según nivel ocupación. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	40
Tabla 5 Distribución de padres o cuidadores de los niños menores de 2 años según nivel per cápita. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	41
Tabla 6 Distribución de los niños menores de 2 años según edad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	42
Tabla 7 Distribución de los niños menores de 2 años según peso. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	42
Tabla 8 Distribución de los niños menores de 2 años según talla. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	43
Tabla 9 Distribución de menores de 2 años según peso al nacer. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	43
Tabla 10 Distribución de menores de 2 años según edad gestacional al nacer. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	44
Tabla 11 Distribución de menores de 2 años según la ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	44
Tabla 12 Distribución de menores de 2 años según enfermedades de la madre presentes durante la gestación. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	45

Tabla 13	Distribución de menores de 2 años según la duración de lactancia materna. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	45
Tabla 14	Distribución de menores de 2 años según la alimentación durante el embarazo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	46
Tabla 15	Distribución de padres o cuidadores según el conocimiento sobre malnutrición por defecto. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	46
Tabla 16	Distribución de padres o cuidadores según el tipo de actividad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	47
Tabla 17	Distribución de padres o cuidadores según la frecuencia con la que le gustaría recibir información. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	48
Tabla 18	Distribución de padres o cuidadores según el número de personas con las que le gustaría recibir información. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	49
Tabla 19	Distribución de padres o cuidadores horario del día para recibir información. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	49

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado.	63
Anexo II. Encuesta.	65
Anexo III Estrategia Educativa.....	70

RESUMEN

Antecedentes: La malnutrición por defecto muchas veces es consecuencia de una alimentación deficiente en la cual no se cuenta con nutrientes de calidad y/o en cantidades necesarias. En América Latina y el Caribe el 11% de los niños menores de dos años padecen frecuentemente de malnutrición por defecto, comportándose de manera diferente según la región o el país. En Ecuador, el 24% de los infantes menores de dos años están afectados por este problema de salud. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal que incluyó los niños menores de dos años atendidos en dos consultorios del centro de salud Pascuales durante el año 2021 y los padres o cuidadores de estos, que cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. Se utilizó una encuesta para la recolección de la información elaborada por el autor de acuerdo con los objetivos y variables a estudiar. **Resultados** El grupo de edad que predominó fueron padres o cuidadores de 25 a 29 años (52,5%), nivel de bachillerato (66%), en unión libre (76%), y amas de casa (56%). El grupo de edad que predominó de niños menores de 2 años de 13 a 18 meses (60%), con peso adecuado el 90%, talla adecuada 82%, peso adecuado al nacer 96%. Existió desconocimiento 76% por parte de los padres o cuidadores legales de niños de menores 2 años sobre malnutrición por defecto. **Conclusiones:** Se determinó que la mayoría de los padres no conocían sobre malnutrición por defecto. En la estrategia educativa se consideró las charlas como técnica educativa, en el horario de la tarde, con una frecuencia de una vez por mes, una duración de 30 minutos cada charla y un grupo de 5 a 10 personas como participantes.

Palabras clave: ESTRATEGIA EDUCATIVA, MALNUTRICIÓN POR DEFECTO.

ABSTRACT

Background: Malnutrition by default is often the consequence of a deficient diet in which there are not enough quality nutrients and / or in necessary quantities. In Latin America and the Caribbean, 11% of children under two years of age frequently suffer from malnutrition by default, behaving differently depending on the region or country. In Ecuador, 24% of infants under two years of age are affected by this health problem.

Methods: An observational, descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out that included the parents or caregivers of children under two years of age, attended in two offices of the Pascuales health center during the year 2021 and who met the due inclusion criteria and informed consent. A survey was used to collect the information prepared by the author according to the objectives and variables to be studied. **Results:** The age group that predominated were parents or caregivers aged 25 to 29 years (52.5%), high school level (66%), in common union (76%), and housewives (56%). The age group that predominated of children under 2 years of age from 13 to 18 months (60%), with adequate weight 90%, adequate height 82%, adequate weight at birth 96%. There was 76% ignorance on the part of parents or legal caregivers of children under 2 years of age about malnutrition by default.

Conclusions: Most parents were found to be unaware of malnutrition by default. The educational strategy that was designed is planned to be developed through talks, in the afternoon, with a frequency of once a month, a duration of 30 minutes and with a group of 5 to 10 people

Keywords: EDUCATIONAL STRATEGY, MALNUTRITION BY DEFAULT.

INTRODUCCIÓN

La definición de malnutrición según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (1) se refiere a una deficiencia, exceso y desequilibrio en la ingesta de calorías y nutrientes de una persona, la desnutrición relacionada con los micronutrientes, incluida la deficiencia de micronutrientes (falta de vitaminas o minerales esenciales) o el exceso de micronutrientes, sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (como enfermedades cardíacas, diabetes y algunos cánceres).

El término de malnutrición abarca dos amplios grupos de enfermedades. Uno de ellos es la desnutrición, que incluye retraso en el crecimiento (crecimiento apropiado para menores de edad), emaciación (peso apropiado para menores de edad) y bajo peso (peso apropiado para menores de edad) y deficiencias o de micronutrientes (deficiencias en vitaminas y minerales esenciales). (2)

Para el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF), La desnutrición es más que una simple falta de alimentos, es una combinación de factores: proteínas, energía y micronutrientes insuficientes, infecciones o enfermedades frecuentes, prácticas deficientes de atención y alimentación y salud, agua y saneamiento inadecuados. (3). También se están logrando avances limitados en diversas formas de desnutrición, desde las acrobacias infantiles hasta la obesidad adulta, que pone en peligro la salud de cientos de millones de personas (4).

El Informe Anual de la ONU señala que los principales impulsores del crecimiento del hambre son los eventos climáticos extremos como sequías e inundaciones, la variabilidad climática, que afecta los patrones de lluvia y las temporadas agrícolas, así como los conflictos y las crisis económicas. Se ha avanzado poco en la reducción de

la desnutrición crónica (retraso del crecimiento): en 2017, casi 151 millones de niños menores de 5 años eran demasiado pequeños para su edad debido a una nutrición inadecuada, frente a 165 millones en 2012. A nivel global, África y Asia contaban con el 39 y el 55 % de todos los niños con desnutrición crónica, respectivamente. (5).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (6), define a la desnutrición es un desafío importante para romper el ciclo de la pobreza, ya que tiene un impacto directo en la salud, la educación y la economía de las personas. El cambio demográfico, la migración, los cambios en los hábitos y patrones de consumo, el aumento de la urbanización y los efectos del cambio climático representan nuevos desafíos que deben abordarse con urgencia debido al creciente riesgo de inseguridad alimentaria.

En Ecuador, los graves problemas nutricionales que afectan particularmente a un gran número de niños menores de cinco años de los sectores urbanos y rurales más pobres del país requieren una mayor respuesta y respuesta del gobierno. Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT) de 2013 (7), el 25,3% de los niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica, que sigue siendo un problema de salud a un costo muy elevado. Niños y sus familias. (7).

Con todo esto, es importante contribuir a mejorar la salud y disminuir la desnutrición crónica en el país. Para realizar este trabajo de investigación, es necesario diseñar una estrategia educativa dirigidas a madres especialmente, que permita la correcta orientación sobre estos temas y brindar un mejor futuro para los niños y las niñas en pleno crecimiento.

Esta investigación se estructura iniciando con la identificación, valoración y planteamiento del problema, la formulación del problema, seguido de los objetivos de la investigación tanto general como específicos, así mismo el marco teórico que es

realizada por medio de estudios bibliográficos argumentados de otras investigaciones , luego una presentación detallada de la metodología antes de que los resultados sean tabulados y discutidos para finalizar dicha investigación con las conclusiones y las recomendaciones.

1. EL PROBLEMA

1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Los datos más recientes muestran que el número de personas que mueren de hambre en el mundo sigue aumentando, alcanzando los 821 millones en 2017, uno de cada nueve, según el Informe Mundial de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2018.

En la región de las Américas, la malnutrición por defecto continúa siendo un problema muy serio para la salud pública. Según estimaciones de la OMS, más de un millón de niños nacen con bajo peso, 8,8 millones de menores de 5 años presentan un déficit grave de peso, como resultado de la interacción entre la desnutrición y una amplia gama de factores.

La brecha de supervivencia urbana, alimentada por la creciente desigualdad entre ricos y pobres, tanto en los países del Norte industrial como del Sur en desarrollo, determina si millones de niños y niñas vivirán o morirán antes de cumplir los cinco años. Aunque el número de niños que muere a causa de la desnutrición en Sudáfrica disminuyó, todavía este es un fenómeno que continúa cobrando muchas vidas jóvenes, advirtió recientemente el Departamento Nacional de Salud.

El estudio de la mortalidad en edades tempranas de la población suele hacerse para dos rangos distintos: menores de un año y menores de cinco años. Su disminución es un indicador de desarrollo social, razón por la cual fue establecida como la cuarta meta de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas para el 2015.

La desnutrición crónica infantil afecta al 27,2% de los niños menores de 2 años en Ecuador. Esta problemática repercute en la productividad del país y tiene un impacto a lo largo de la vida de las personas. La atención médica dirigida a los niños en Ecuador ha sufrido transformaciones en la última década, a través de estrategias

realizadas por el ministerio de salud pública, en lo que respecta a mejorar la malnutrición en menores de dos años, todavía no se ha logrado llegar a la meta de erradicar por completo la desnutrición infantil en Ecuador, por lo que continúa siendo un problema de salud, tanto a nivel nacional como en la población atendida por el centro de salud Pascuales en Guayaquil. Al implementar acciones sobre los principales factores de riesgo que inciden en esta afección, se alcanzaría a mejorar la nutrición en niños menores de dos años y por consecuente mejorar la salud de este grupo etario.

A pesar de existir en el centro de salud Pascuales estudios anteriores que describen la desnutrición en niños, no se corresponden con este grupo de edad ni con la comunidad que se investigará en esta ocasión, lo que permitirá modificar los factores de riesgo para este grave problema de salud a través de la educación sanitaria a las madres y cuidadores.

Con el propósito de disminuir los factores de riesgo de desnutrición en el centro de salud Pascuales se propone realizar una estrategia educativa dirigida a los padres o cuidadores de los niños menores de dos años. Esta estrategia está basada en brindar conocimiento a las madres o tutores legales sobre los principales factores de riesgo que inciden en esta afección, esto permitirá implementar planes de acción y prevención en la Atención Primaria de Salud, logrando mantener un estado óptimo salud en este grupo de edad, así como servirá de guía a médicos familiares para actuar en los problemas relacionados con la desnutrición.

1.2 Formulación

¿Qué elementos pueden incluirse en la estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto, dirigida a los padres o cuidadores de niños menores de dos años pertenecientes a dos consultorios del centro de salud Pascuales?

1.3 Objetivos Generales y Específicos

1.3.1 General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en niños menores de dos años atendidos en dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021.

1.3.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables biosociodemográficas.
- Identificar los factores de riesgo para la malnutrición por defecto presentes en los niños estudiados.
- Determinar el conocimiento sobre malnutrición por defecto en los padres o cuidadores
- Identificar los componentes de la estrategia educativa.
- Elaborar una estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en niños menores de dos años.

2. MARCO TEÓRICO

Marco conceptual

1.7 Aspectos epidemiológicos

A nivel mundial la desnutrición sigue siendo alarmante: el retraso del crecimiento está disminuyendo lentamente, mientras que el desgaste sigue afectando la vida de demasiados niños pequeños (8). Casi la mitad de todas las muertes en niños menores de 5 años son atribuibles a la desnutrición; la desnutrición pone a los niños en mayor riesgo de morir por infecciones comunes, aumenta la frecuencia y la gravedad de tales infecciones y retrasa la recuperación (9).

La malnutrición por defecto es un estado pluricarenal donde prevalece la pérdida proteica energética, a consecuencia de una dieta impropia en términos de cantidad y calidad, que no aporta al organismo los nutrientes necesarios para el funcionamiento, crecimiento y el normal desarrollo (10). Puesto que, la desnutrición se relaciona con la pobreza, se identifican factores de riesgos nutricionales en niños pequeños con individuos, los padres, hacinamiento y el entorno en general, así como factores socioculturales que influyen en el estado nutricional (11).

La interacción entre la desnutrición y la infección puede crear un ciclo potencialmente letal de empeoramiento de la enfermedad y deterioro del estado nutricional. La mala nutrición en los primeros 1,000 días de vida de un niño también puede conducir a un retraso en el crecimiento, que se asocia con una capacidad cognitiva deteriorada y un rendimiento escolar y laboral reducido.

Sin embargo, todavía se está lejos de un mundo sin desnutrición. Si bien la edición 2020 de las estimaciones conjuntas de desnutrición muestra que la prevalencia del retraso en el crecimiento ha disminuido desde el año 2000, más de uno de cada cinco

(144 millones de niños menores de 5 años) sufrieron retraso en el crecimiento en 2019 y 47 millones sufrieron emaciación. Mientras tanto, el número de niños con sobrepeso en todo el mundo se ha mantenido estancado durante más de una década.

Las medidas de desnutrición infantil se utilizan para seguir el progreso del desarrollo. En la era de desarrollo posterior a 2015, las estimaciones de la desnutrición infantil ayudarán a determinar si el mundo está en camino de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular, el objetivo 2 para “acabar con el hambre, lograr la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible”.

2.2 Malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la desnutrición como el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y energía y la demanda del cuerpo para garantizar el crecimiento, el mantenimiento y las funciones específicas.

La malnutrición es una condición común y generalizada que generalmente ocurre como una deficiencia en la ingesta de energía, proteínas o micronutrientes (11). La desnutrición es una de las principales causas de muerte de niños menores de 5 años y es una de las causas más comunes de la disminución de la salud y la vida de los niños, lo que resulta en una disminución de la capacidad de aprendizaje, la ineficiencia y la incapacidad para adquirir habilidades (12). La desnutrición contribuye a la muerte de casi la mitad de los niños menores de cinco años en Asia y África. Una nutrición inadecuada aumenta el riesgo de muerte debido a infecciones comunes, aumenta el número y la gravedad de las infecciones y puede llevar a una recuperación tardía (13), (14).

Puesto que, la malnutrición generalmente implica desnutrición y se refiere a todas las desviaciones del estado nutricional adecuado y óptimo en bebés, niños y adultos. En los niños, la desnutrición se manifiesta como bajo peso y retraso en el crecimiento

(baja estatura), mientras que los niños con desnutrición severa presentan los síntomas y signos que caracterizan las condiciones conocidas como Kwashiorkor, Marasmo o Marasmic – Kwashiorkor, (15), (16).

En general, a pesar de que los niveles de desnutrición en la región se han disminuido en más de la mitad desde 1990, en varios países existen altos niveles de desnutrición y anemia y los promedios nacionales tienden a ocultar grandes diferencias geográficas o de grupos de población de acuerdo con el nivel educativo, ingreso o etnia. Asimismo, la región se ve afectada por un nivel progresivo de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes (12).

2.2.1 Causas de la malnutrición infantil.

La desnutrición es una condición compleja que puede involucrar deficiencias múltiples y superpuestas de proteínas, energía y micronutrientes, llamadas así porque son nutrientes que el cuerpo necesita en cantidades muy pequeñas. Un niño sufre desnutrición debido a una enfermedad en combinación con una ingesta inadecuada de alimentos. El acceso insuficiente a los alimentos, los servicios de salud deficientes, la falta de agua potable y saneamiento y la atención inadecuada de los niños y las madres son causas subyacentes.

Otra de las causas se debe a la atención inadecuada para los niños y las mujeres es una causa subyacente de la desnutrición reconocida recientemente en todas sus ramificaciones dañinas. Una buena higiene dentro y alrededor del hogar y al manipular alimentos reduce el riesgo de enfermedad. La atención también incluye toda interacción entre padres e hijos que ayuda a los niños a desarrollarse tanto emocional como físicamente. Varios estudios han encontrado que los niños desnutridos que fueron estimulados verbal y cognitivamente tuvieron tasas de crecimiento más altas que los que no lo fueron.

El retraso del crecimiento es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. Estudios longitudinales han demostrado que los efectos acumulativos de la desnutrición en los niños están aumentando. Unas de las causas más directas del retraso en el crecimiento son la lactancia materna inadecuada, la alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas. La ingesta inadecuada de energía y nutrientes se debe a prácticas alimentarias inadecuadas, la calidad de la dieta utilizada para la alimentación complementaria y la pobreza extrema de la población y la inseguridad alimentaria en el hogar. (17).

La discriminación contra las mujeres y las niñas es una causa básica importante de desnutrición. Las tasas muy altas de desnutrición infantil y bajo peso al nacer en gran parte del sur de Asia están vinculadas a factores como el bajo acceso de las mujeres a la educación y sus bajos niveles de participación en el empleo remunerado, en comparación con otras regiones.

La lactancia materna es la base de una buena nutrición para los bebés, y la lactancia materna inadecuada puede poner en peligro la salud y nutrición de los bebés, particularmente en áreas donde el saneamiento y la higiene son deficientes.

2.2.2 Consecuencias de la malnutrición en niños

Existe una extensa seguridad sobre las secuelas de la desnutrición en niños en relación con sus habilidades, el desarrollo cognitivo, la mortalidad y la prevalencia de morbilidades a lo largo del ciclo de vida. Desde varios el análisis se ha centrado en ahondar las consecuencias de la malnutrición, tanto por déficit como por exceso.

Estas consecuencias para la salud infantil y el desarrollo cognitivo se traducirán en costos económicos para la sociedad en su conjunto. Además de los costos de la atención médica por enfermedades comórbidas o del tratamiento de la desnutrición en sí, los costos educativos surgen de los años adicionales de reutilización de los

niños en el sistema debido a la menor capacidad de atención y aprendizaje. Los efectos en la salud y la educación también conducen a una reducción de la productividad. Por un lado, hay una pérdida de productividad, equivalente a la pérdida de capital humano, ya que las personas con desnutrición tienen un menor nivel de educación y, por otro lado, hay una pérdida de capacidad de producción por el número de muertes asociadas a la desnutrición. (18).

La desnutrición afecta negativamente a varios aspectos de la vida de las personas, incluidos los efectos en la salud, la educación y la economía. Estos efectos pueden ocurrir inmediatamente o durante toda la vida útil. Las personas que se vuelven más propensas a la desnutrición son las que sufrieron episodios en las primeras etapas del ciclo de vida y con mayor frecuencia que otros. Entonces, los problemas de desnutrición intrauterina pueden causar dificultades desde el nacimiento hasta el crecimiento (18).

La desnutrición crónica es tóxica exclusivamente para las mujeres: las consecuencias físicas son peores para las niñas que la padecen, ya que cuando quedan embarazadas sus caderas son más pequeñas de lo habitual. Y sufrir graves complicaciones durante el parto que pueden resultar en la muerte o la muerte del niño. Además, estas mujeres pueden sufrir un desarrollo uterino anormal y problemas como la disminución del flujo sanguíneo, lo que afecta la placenta y el desarrollo del feto. (19).

Como resultado, sus bebés pueden sufrir problemas neurológicos o intelectuales, y también es más probable que nazcan con bajo peso al nacer. Así se mantiene el ciclo de desnutrición crónica. El retraso en el crecimiento y otras formas de malnutrición son, sin duda, uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad, las enfermedades y la discapacidad infantil. Ciertas deficiencias de

nutrientes como las deficiencias de vitamina A, hierro o zinc también aumentan el riesgo de muerte. La desnutrición puede conducir a diversas enfermedades como ceguera por deficiencia de vitamina A y defectos del tubo neural por deficiencia de folato. (20).

2.2.3 Factores de riesgos

Según la OMS La desnutrición es el desequilibrio a nivel celular entre el intercambio de nutrientes y la energía y la demanda que el cuerpo requiere para garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones vitales específicas del mismo (15).

La malnutrición por defecto se afirma como una condición fisiológica anormal causada por un consumo poco suficiente de macronutrientes necesarios e importantes en el aporte de energía alimentaria tales como los hidratos de carbono, proteínas y grasas, y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que desempeñan un rol esencial para el crecimiento y desarrollo físico y cognitivo. Dentro de la conformación de la malnutrición por defecto se encuentra la desnutrición, la misma que es un estado patológico resultante de una dieta deficiente de uno o varios nutrientes o de una mala absorción o utilización biológica de los nutrientes ingeridos, provocando una pérdida de peso notoria (14).

La desnutrición proteico-calórica se origina por la ingesta inadecuada de nutrientes, dando como resultado la deficiencia de aminoácidos y micronutrientes esenciales. El rápido crecimiento, las infecciones recurrentes o las enfermedades crónicas pueden aumentar la ingesta necesaria de alimentos, de manera especial en niños ya desnutridos. Ésta se ha vuelto una enfermedad habitual en los últimos años en estudio, ya que se relaciona de manera indirecta con la condición social del hombre, y por las modas alimentarias que se anteponen ante la nutrición adecuada (dietas a base de un elemento como frituras o únicamente hidratos de carbono) (16)

Las condiciones socioeconómicas son uno de los factores más importantes que influyen en el crecimiento. En este sentido, existen cientos de estudios sobre el crecimiento de los niños en sectores con diferentes niveles socioeconómicos, dando como resultado un mejor crecimiento en niños pertenecientes a niveles socioeconómicos más altos y menor en clases sociales más bajas. Esto explica por qué cuanto más alto es el nivel socioeconómico, mejor acceso a una nutrición adecuada, mejor atención médica y protección de la madre y el niño. (21).

La pobreza aumenta el riesgo de desnutrición y sus consecuencias. Las personas pobres tienen más probabilidades de sufrir diversas formas de desnutrición. La desnutrición, a su vez, aumenta los costos de la atención médica, reduce la productividad y frena el crecimiento económico, lo que puede perpetuar el ciclo de pobreza y enfermedad. (1).

Otro aspecto a considerar es que, una mujer trabajadora debe buscar ayuda de familiares o jardines de infancia para brindarles la atención y el cuidado que necesitan sus hijos. Depende de la situación laboral y de los beneficios económicos que estén recibiendo para compensar a sus hijos por su ausencia porque si estás en un nivel intermedio o avanzado tienes la opción de colocar a tu hijo en una institución que sea adecuada, ofertas de atención. Sin embargo, si trabaja para mantener un hogar y no tiene los recursos financieros para proporcionarlo. (22).

La ingesta inadecuada de alimentos en los niños de entre uno y cinco años siempre están en movimiento y necesitan una variedad de alimentos para crecer y desarrollarse. Por lo tanto, no ofrecer diferentes variedades y en cantidades suficientes puede conducir a la desnutrición por defecto. Entre los diferentes alimentos que deben consumir los niños: pan, cereales, arroz y pasta; Frutas y vegetales; Carne, pollo, huevos, nueces, leche, yogur y queso, así como pequeñas cantidades de

dulces, aceites, aceites y grasas. La frecuencia de las comidas debe ser de tres a cuatro comidas principales y dos refrigerios por día. (22).

Las mujeres, los bebés, los niños y los jóvenes corren un riesgo especial de desnutrición. Optimizar la dieta temprano (especialmente en los 1000 días entre la concepción y el segundo cumpleaños del bebé) ofrece el mejor comienzo en la vida con beneficios a largo plazo (22). Un embarazo joven de adolescentes (menores de 18 años) son las más calificadas en correr riesgos de desnutrición, esto se debe a que la mayoría de los casos estas madres tienen poca experiencia y desconocen los riesgos de no ofrecer una buena alimentación para él bebe y ellas mismas, es por ello que la lactancia materna exclusiva garantiza la nutrición y el desarrollo del bebé sin la necesidad de otros alimentos. Durante al menos los primeros seis meses de vida, también proporciona anticuerpos para protegerlo (23).

El saneamiento e higiene deficiente crean las condiciones desafortunadas para el desarrollo de diversas enfermedades infecciosas asociadas con la desnutrición. Existen agentes patógenos que se encuentran en las heces de humanos y animales, ingresan accidentalmente al cuerpo cuando una persona se toca la boca o ingiere alimentos y aguas contaminadas. Las moscas, que también se sienten atraídas por las heces, también juegan un papel en esta transmisión (24).

En los países de ingresos bajos y medianos, alrededor de 842.000 personas mueren cada año a causa del agua no potable y el saneamiento e higiene deficientes. Estas muertes representan el 58% de todas las muertes por diarrea. Se cree que el saneamiento deficiente es la principal causa de alrededor de 280.000 de estas muertes.

La diarrea sigue siendo una de las principales causas de muerte, pero en gran medida se puede prevenir. Mejorar la calidad del agua, el saneamiento y la higiene podría prevenir la muerte de 361.000 niños menores de 5 años cada año. (24).

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. Causa la 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. (25).

La diarrea es la segunda enfermedad que causa la muerte en niños menores de cinco años, matando a 525.000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. Actualmente existen otras causas como B. infecciones bacterianas sépticas, probablemente responsables del aumento de la proporción de muertes asociadas con la diarrea. Los niños desnutridos o inmunodeprimidos corren mayor riesgo de padecer diarrea potencialmente mortal. (26).

Las alteraciones del desarrollo ponderal y la pérdida de peso son las manifestaciones más importantes del mal estado nutricional y basados en el peso esperado del niño (de acuerdo con su edad o estatura) se realiza el cálculo que determina el grado de desnutrición.

2.2.4 Tipo de desnutrición

De acuerdo con lo descrito por la agencia de la ONU para refugiados (27). No todos los niños padecen del mismo tipo de desnutrición, puesto que hay varios niveles o tipos entre los cuales están:

Marasmo: Suele aparecer en niños que viven situaciones de pobreza en zonas urbanas. Se trata de un tipo de desnutrición que se produce por el bajo consumo de alimentos. Este tipo de desnutrición produce retrasos en el crecimiento, pérdida del tejido graso o poco peso para la talla del niño.

Proteica: Se trata de casos en los que el niño se alimenta fundamentalmente de hidratos de carbono, pero no come proteínas. Los niños suelen tener infecciones como consecuencia de la desnutrición.

2.3 Tomado de la agencia de la ONU para los refugiados

Desde el punto de vista clínico, la malnutrición puede mostrarse de dos maneras: marasmo, y proteica. Las formas puras son poco frecuentes y la mayoría de los individuos muestran signos y síntomas de ambas. Su mayor o menor predominio dependerá del balance de proteínas y no-proteínas como fuentes energéticas. Cada una de estas puede ser dividida en función de su intensidad como ligera, moderada o grave según el porcentaje de peso esperado para la altura empleado estándares internacionales: normal, 90% a 110%; malnutrición ligera, 85% a 90%; moderada, 75% a 85%; grave, < 75%. Además, se puede diferenciar tres grados de desnutrición:

Grado 1 o leve: Se produce cuando el peso es normal para la edad, pero es bajo para la talla.

Grado 2 o moderado: Se da cuando el niño menor de un año no llega al peso que corresponde a esa edad o cuando los niños de uno a cuatro años tienen poco peso en relación con su talla.

Grado 3 o grave: Aparece cuando un niño de menos de un año tiene un peso inferior al 40% respecto al que corresponde a su edad o cuando un niño mayor de un año tiene un peso inferior al 30% en relación con el que le corresponde.

Falta de vitaminas y minerales. En esta situación, la persona no puede realizar las tareas diarias normales debido a la fatiga, niveles inmunológicos bajos que contribuyen a la infección o dificultades de aprendizaje.

Las consecuencias de este tipo de desnutrición se hacen evidentes a largo plazo: principalmente porque el niño o niña se ha marchitado, es decir, no ha logrado las metas para los menores de su edad. Esto sucede cuando el cuerpo no obtiene todos los nutrientes que necesita, especialmente en los primeros dos años de vida y también durante el embarazo. Es decir, la desnutrición crónica en niños también afecta el estado nutricional de la madre. (19).

Por otro lado, la desnutrición global se define como déficit de peso (P / E). La malnutrición mundial es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Un niño de cierta edad se considera bajo de peso si está por debajo de la edad mínima esperada para esa edad que corresponde a los patrones de desarrollo físico que se consideran comunes a la población sana y bien alimentada. (28).

2.4 Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son otras formas de desnutrición, para ambas el peso es “demasiado grande” en relación con el tamaño del cuerpo. (29). A continuación en la figura 1 se observa el método para calcular el índice de masa corporal.

Clasificación	IMC(Kg/m ²)	Riesgo
Normal	18,5 — 24,9	Promedio
Sobrepeso	25 — 29,9	Aumentado
Obesidad grado I	30 — 34,9	Moderado

Obesidad grado II	35 — 39,9	Severo
Obesidad grado III	Mayor o igual de 40	Muy Severo

Fuente:OMS

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la altura y se usa ampliamente para medir el sobrepeso y la obesidad en adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros (kg / m²) (30).

En 2016, alrededor de 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban anteriormente un problema en los países de ingresos altos, ahora ambos se agravan en los países de ingresos bajos y medios, especialmente en los entornos urbanos. En África, el número de niños menores de cinco años con sobrepeso ha aumentado casi un 50% desde 2000. En 2016, alrededor de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre niños y adolescentes (de 5 a 19 años) aumentó drásticamente del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento fue el mismo para ambos sexos: el 18% en 2016 eran niñas y el 19% de los niños tenían sobrepeso. (30).

2.5 Diagnóstico del estado nutricional en menores de cinco años

El estado nutricional se evalúa midiendo el peso y la altura, que son la base para monitorear el crecimiento y desarrollo de un niño. (28). Ecuador utiliza los estándares de crecimiento infantil de la OMS, que se reflejan en curvas y tablas con percentiles y valores z para la edad, el peso para la edad y el IMC para la edad. La relación peso por edad y altura por edad alcanza los 10 años. Esto se debe al hecho de que la relación entre el peso y la edad no es suficiente para capturar la altura en la infancia

porque no pueden distinguir entre la altura relativa y el peso corporal. Debido a esto, estas nuevas curvas sugieren que el IMC para la edad complementa la altura para la edad al evaluar la delgadez (IMC más bajo para la edad), el sobrepeso y la obesidad (IMC alto para la edad) con los escolares y jóvenes. (31).

2.5.1 La malnutrición por defecto y las infecciones comunes.

Un tercio de las muertes de niños menores de 5 años se deben a la desnutrición. La desnutrición pone a los niños en un riesgo mucho mayor de muerte o enfermedades graves debido a infecciones infantiles comunes como neumonía, diarrea, malaria y sarampión. Un niño gravemente desnutrido muere de diarrea 9,5 veces más a menudo que un niño sano. Los niños con retraso en el crecimiento tienen 4,6 veces más probabilidades de morir. (33).

La desnutrición debilita el sistema inmune y aumenta el riesgo de que los niños se enfermen con más frecuencia, de manera más grave y durante más tiempo. La desnutrición también es el resultado de infecciones recurrentes que pueden empeorar el estado nutricional de un niño en un momento en que sus necesidades nutricionales son mayores. (34).

2.5.2 La lucha contra la desnutrición, clave para los países en desarrollo.

El primer paso para eliminar otros problemas es asegurarse de que la población esté bien alimentada. Los países en desarrollo pueden reducir principalmente flagelos como la alta mortalidad infantil, pero también combatir el analfabetismo y otros problemas profundamente arraigados en la sociedad. Para combatir los diferentes tipos de desnutrición, las sociedades y los países deben crecer y crecer: un niño bien alimentado se convierte en un adulto que puede ayudar al desarrollo de su comunidad. (19).

La desnutrición es el resultado físico del hambre, una enfermedad devastadora de proporciones epidémicas que afecta a 50,2 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo. Este es el resultado de la falta de alimentos o una mala alimentación. Más de 3,1 millones de niños mueren cada año. Estas muertes podrían haberse evitado con una dieta adecuada.

2.6 Evaluar necesidades nutricionales

Para determinar las causas de la desnutrición, recopilamos datos nutricionales clave, como capacidades y recursos locales, prácticas culturales, acceso a infraestructura y geografía. Estas encuestas son importantes para iniciar una respuesta eficaz.

2.6.1 Tratar la desnutrición aguda.

Tratamos la desnutrición aguda severa mediante atención hospitalaria (para pacientes con complicaciones médicas) y programas ambulatorios en la comunidad. Las mujeres y los niños desnutridos se enfrentan a una muerte segura sin un tratamiento adecuado.

2.6.2 Prevenir la desnutrición aguda.

Trabajamos para prevenir las causas fundamentales de la desnutrición a medida que intervenimos en la seguridad alimentaria, la atención médica básica, el acceso al agua, el saneamiento y la higiene y la prevención de desastres.

2.6.3 Construir la capacidad local.

Fortalecer los sistemas de salud pública locales para combatir la desnutrición e integrar nuestros programas en las estructuras de salud existentes. Una vez que la crisis ha amainado, adaptamos nuestros programas para que se integren en los sistemas de salud y compartamos nuestras experiencias con las organizaciones locales.

2.6.4 Investigar e innovar.

Mejorar continuamente la calidad y efectividad de nuestro trabajo investigando diversas áreas relacionadas con la prevención y el tratamiento de la desnutrición. (35).

2.7 Estrategias de intervención educativa

Una intervención educativa es el acto consciente de realizar acciones que conduzcan al desarrollo integral del alumno. Es de naturaleza teleológica porque involucra a un sujeto agente (docente-formador), un lenguaje oracional (se lleva a cabo una acción para lograr algo), una persona para lograr una meta, y los eventos están intencionalmente vinculados. Las intervenciones educativas se realizan a través de procesos formales o informales de autoeducación y hetero educación. (36).

Las intervenciones educativas deben responder a necesidades reales y ser el motor de la dinámica interna de las organizaciones sociales, pues el capital más importante son sus participantes, quienes realizan sus esfuerzos tomando en cuenta los aspectos relevantes que la práctica diaria, las vivencias de los participantes y las problemáticas con que se enfrentan, influyen, se multiplican. (36).

Desde el momento en que la intervención supone un cambio, nos encontramos ante una situación experimental, cuyo grado de control depende de la planificación de la intervención. Idealmente, cada intervención se planifica cuidadosamente para que pueda evaluarse. (36). Las intervenciones resultan de la aplicación de modelos interpretativos del origen y naturaleza del problema de salud. A menudo se utilizan tres modelos básicos en la planificación de intervenciones epidemiológicas: historia natural, factores de riesgo y determinantes sociales de la salud. (37).

El desarrollo e implementación de estrategias de intervención comprende 5 pasos:

1. Diagnóstico de la situación actual, que informa sobre el estado actual del objeto de investigación y sobre el problema en torno al cual se desarrolla la estrategia, (38), (37).

2. Descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas que se han fijado en este contexto durante un período de tiempo determinado

3. Planificación estratégica definiendo las actividades y medidas compatibles con los objetivos propuestos anteriormente y los recursos materiales y técnicos a utilizar, así como los recursos humanos e instituciones responsables del logro de estos objetivos, (38), (37).

4. Implementación de una estrategia que consiste en explicar cómo y bajo qué condiciones se aplicará durante cuánto tiempo y con la participación de factores clave. Implementación de una estrategia que consiste en explicar cómo y bajo qué condiciones se aplicará durante cuánto tiempo y con la participación de factores clave (38).

5. Evaluación de la estrategia, que incluye indicadores y herramientas para medir y confirmar los resultados esperados y alcanzados, así como identificar los logros y los obstáculos encontrados, tomando como referencia axiológica el enfoque alcanzado para el estado deseado (38), 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 (37).

Al definir el contexto o el entorno de un problema, el objetivo es centrarse en una serie de variables sociales, económicas, políticas, tecnológicas y culturales que perturban e influyen en un problema de investigación en particular. Al analizar e identificar el problema, sus causas, factores y consecuencias, causas mediadas e

inmediatas, se identifican las causas principales y menores. Factores centrales que determinan y componen el problema; y efectos indirectos y directos resultantes de estos factores (37).

2.8 Antecedentes investigativos

De acuerdo con el informe realizado por Moshseni, et al, (39) El objetivo del estudio fue realizar una revisión sistemática de la desnutrición y sus factores asociados entre los niños menores de cinco años de Irán. Materiales y métodos: los datos se recopilaron mediante búsquedas en bases de datos electrónicas y motores de búsqueda de PubMed, Science Direct, Scopus, Google Scholar, Scientific Information Database, Magiran e IranMedex utilizando palabras clave de “desnutrición”, “desnutrición”, “retraso en el crecimiento” “Bajo peso”, “emaciación”, “factor”, “niños”, “menores de 5 años”, “Irán” y sus sinónimos persas. Se realizaron búsquedas manuales en algunas de las revistas y sitios web relevantes. Resultados: De 608 artículos recuperados preliminarmente, 36 fueron seleccionados para la fase final del estudio. Los factores más importantes relacionados con el bajo peso fueron el nivel educativo de la madre, el nivel educativo del padre y el peso al nacer. Con respecto a la emaciación, el género fue uno de los principales factores y los siguientes cuatro fueron la ubicación de vida, el peso al nacer, los niveles de educación de la madre y el padre. El nivel de educación de la madre, la educación del padre, el género, el peso al nacer y el grupo de edad se mencionaron como los factores más importantes que también provocan retraso en el crecimiento. Conclusiones: En algunas regiones con un bajo nivel socioeconómico, especialmente en las zonas rurales, la atención debería centrarse en la mejora de las condiciones de vida de los hogares, como la nutrición de las madres y los niños. La mejora en la educación de los padres, particularmente la educación de las madres puede tener un impacto significativo en la

salud de los niños. Las niñas menores de 5 años necesitan más atención que los niños con respecto a sus indicadores más pobres.

Por otra parte, según un informe de UNICEF en 2014, la prevalencia de bajo peso, aturdimiento y emaciación en el mundo fue del 15%, 25% y 8%, respectivamente. (40). Las estadísticas para Irán, según el último estudio nacional (Encuesta demográfica y de salud, 2010), fueron 4.08%, 6.83% y 4%, respectivamente. En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre un plan integral de nutrición materno infantil, que incluye seis objetivos nutricionales globales para 2025. Los objetivos incluyeron una reducción del 40% del número global de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento, una reducción del 50% de anemia en mujeres en edad reproductiva, una reducción del 30% del bajo peso al nacer, ningún aumento en el sobrepeso infantil, un aumento en la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos el 50% y, finalmente, reducción y mantenimiento de emaciación infantil a menos del 5%, (41). Los informes mundiales sobre retraso en el crecimiento muestran que el número de niños con baja estatura durante la reducción de 255 millones a 159 millones de 1990 a 2014. En los países en desarrollo, se estima que la prevalencia del retraso del crecimiento nutricional en los niños disminuirá del 29,8% en 2000 al 16,3% en 2020. (41)

Los estudios en algunos países muestran que, a pesar del desarrollo económico, la desnutrición en los niños sigue siendo un problema de salud importante en los países en desarrollo. Una revisión del contenido de las políticas de nutrición en diferentes países sugiere que estas políticas tienen las mismas generalidades, principalmente orientadas a apoyar a los niños, especialmente a los niños vulnerables. (34). Con respecto al contenido de las políticas alimentarias y nutricionales en Irán, el Documento Nacional de Nutrición y Seguridad Alimentaria puede considerarse el

documento más completo disponible entre los documentos existentes. Este documento ha sido diseñado de acuerdo con las definiciones de seguridad nutricional y seguridad alimentaria, experiencias globales, revisiones analíticas de informes y planes de alimentación y nutrición anteriores, y las opiniones de expertos y partes interesadas Inter seccionales. Los resultados de las políticas de prevención de la desnutrición infantil en Irán indican su éxito general en la reducción de la desnutrición infantil; sin embargo, todavía hay problemas con las políticas y la formulación de políticas existentes. (42).

2.9 Marco Conceptual

Alimentación: consiste en una amplia variedad de alimentos que le brindan los nutrientes que necesita para mantener la salud, el bienestar y la energía. Estos nutrientes incluyen proteínas, carbohidratos, grasas, agua, vitaminas y minerales. (43).

Crecimiento: El crecimiento normal varía en cantidad de la materia viva. El crecimiento es un aspecto cuantitativo del desarrollo biológico medido en unidades de tiempo. (44).

Desnutrición: es la condición patológica de diversa gravedad y diversas manifestaciones clínicas causadas por una mala ingesta de alimentos por parte del cuerpo. (45).

Diarrea: Se define como tener más deposiciones blandas de lo habitual, generalmente acompañadas de más deposiciones. (46).

Enfermedad: Es una condición caracterizada por valores anormales de funciones del cuerpo, (tanto cuantitativas como cualitativas) que afectan a todo el sistema humano. (47).

Higiene: La higiene es la recopilación de conocimientos y métodos mediante los cuales las personas controlan los factores que tienen o pueden tener efectos nocivos. (48).

Nutrición: es la ingesta de alimentos de acuerdo con las necesidades nutricionales del organismo. (49).

Malnutrición: Condición física caracterizada por la desnutrición como consecuencia de una nutrición inadecuada o inadecuada y que no aporta todos los nutrientes necesarios para una vida activa y saludable. (50).

Lactancia Materna: La leche materna se considera el alimento ideal e indispensable para un bebé recién nacido. No solo es nutritivo, sino que también contiene anticuerpos que ayudan a proteger a su hijo de los problemas de la dentición y sus beneficios perdurarán a largo plazo. (51).

Saneamiento: se refiere a la provisión de equipos y servicios para eliminar de manera segura la orina y las heces. (52).

2.10 Marco Legal

2.10.1 Constitución de la república del Ecuador (53).

Art. 13. “Las personas y las comunidades tienen derecho a un acceso seguro y permanente a alimentos saludables, suficientes y nutritivos, preferiblemente de origen local y de acuerdo con su identidad y tradición.” La salud debe mantener un equilibrio para que todo ser humano pueda gozar de los beneficios, ya que se considera un derecho avalado por la carta magna.

Art. 32. La salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya realización está vinculada al ejercicio de otros derechos, como el derecho al agua, la alimentación, la

educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, un medio ambiente sano y otros derechos. Llevar una buena vida.

El estado garantizará este derecho a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Y el acceso continuado, oportuno y no exclusivo a programas, actividades y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de servicios de salud se basa en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interacción intercultural, calidad, eficacia, eficiencia, prevención y bioética, teniendo en cuenta un enfoque de género e intergeneracional.

Art.66. El derecho a una vida digna, salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, salud ambiental, educación, trabajo, empleo, recreación y esparcimiento, educación física, vestimenta, seguridad social y otros servicios sociales necesarios. La mejora de la calidad de vida de la población requiere la universalización de los derechos garantizando los servicios médicos. Porque es importante combinar medidas de prevención y la creación de un entorno saludable. Todo ser humano tiene derecho a gozar de una vida optima, buena alimentación, con acceso a agua potable, educación, empleo y otros. Garantizando un estado de salud buena, tanto física, emocional y psicológica.

Art. 360. El sistema, a través de sus instituciones y miembros, garantizará la promoción, prevención y atención integral a la familia y la comunidad con base en la atención primaria de salud, articular diferentes niveles de atención; y facilitará la complementariedad con las medicinas tradicionales y alternativas.

El ente gubernamental es el encargado de garantizar la promoción, prevención y la atención a la comunidad, con diferentes niveles de atención y provisión de todas las medicinas que se requieran, ya sea alternativas y tradicionales.

Art. 361. El estado regulará el sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de la formulación de la política sanitaria nacional y regulará y supervisará todas las actividades sectoriales y relacionadas con la salud. Será el encargado de coordinar los estándares y así mismo la supervisión de todas las actividades competentes a la salud.

Art. 362. La atención de la salud como servicio público es brindada por organismos estatales, privados, públicos autónomos, así como por organizaciones que utilizan medicinas alternativas y complementarias de los antepasados. Los servicios médicos son seguros, de alta calidad y garantizan el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información del paciente.

El sistema de atención a la salud pública es un servicio que será brindado de manera universal y de forma gratuita, con estándares de alta calidad, garantizando el consentimiento informado, información y la confiabilidad del paciente.

2.10.2 Ley Orgánica de Salud (54).

Art. 69. La atención y control integral de las enfermedades y problemas no transmisibles, crónicamente degenerativos, congénitos y hereditarios que han sido identificados como prioritarios de salud pública se realiza mediante la acción coordinada de todos los integrantes del sistema nacional de salud y la participación de la población en general.

Incluirá el estudio de las causas, alcance y efectos en la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reintegración social de los afectados y cuidados paliativos.

Los miembros del Sistema de Salud velarán por la disponibilidad y acceso a los programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en los genéricos y priorizando a los grupos vulnerables.

Artículo 96 – El agua para consumo humano es declarada prioridad nacional y socialmente beneficiosa. El estado está obligado a abastecer de agua potable a la población a través de los municipios calidad apta para el consumo humano.

Toda persona física o jurídica está obligada a proteger acuíferos, manantiales y cuencas estructuras hidrográficas para el suministro de agua a las personas. Está prohibido realizar cualquier tipo de actividad donde las fuentes de captación de agua estén en riesgo de contaminación. La autoridad sanitaria nacional lo adoptará en coordinación con otras autoridades competentes medidas para prevenir, controlar, reducir, eliminar y sancionar la fuente de contaminación agua para consumo humano.

Esto con el fin de garantizar la calidad y seguridad de todas las fuentes de agua para consumo humano, está supervisado por la autoridad sanitaria nacional responsable de la instalación, responsables de las normas y reglamentos para la protección de la salud humana.

3. MÉTODOS

3.1 Nivel de la investigación

De acuerdo con los objetivos y alcance de la investigación es un estudio descriptivo ya que describe el comportamiento de una variable y no se hicieron asociaciones, siendo un estudio univariado.

3.2 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo observacional, dado que no existió intervención por parte del investigador y los datos reflejaron la evolución natural de los eventos investigados. De acuerdo con el número de ocasiones que se mide la variable de estudio es de corte transversal pues las variables fueron medidas en una sola ocasión y de tipo prospectivo ya que los datos se obtuvieron de una fuente de información primaria.

3.3 Diseño de investigación

Es un estudio de prevalencia o de corte transversal, pues permitió estudiar la malnutrición por defecto en una población determinada.

3.4 Justificación de la elección del método

Considerando las consecuencias negativas de la malnutrición por defecto en los niños, sobre todo menores de dos años, es importante identificar los factores de riesgo a los que estuvo expuesta la población de estudio, así como el conocimiento de los padres o cuidadores sobre la nutrición adecuada, ya que estos datos pueden ser utilizados para intervenir en la población de estudio a través de una estrategia educativa que contribuya a disminuir este problema de salud en este grupo vulnerable,

contribuyendo a prevenir otras enfermedades y complicaciones como consecuencia de esta enfermedad.

3.5 Población de estudio

La población de estudio estuvo compuesta por un total de 50 niños menores de dos años atendidos en los consultorios 13 y 14 del área del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales, además 50 padres o cuidadores, uno por cada niño, en este caso el que tenía la responsabilidad de preparar sus alimentos.

3.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La población de estudio incluyó un total de 50 niños menores de dos años pertenecientes a dos consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales y 50 padres o cuidadores de estos, uno por cada niño, en este caso se seleccionó la persona que asumía mayor responsabilidad con su cuidado, estando a cargo de preparar sus alimentos.

3.5.2 Criterios de inclusión.

1. Niños incluidos a la población de estudio, cuyos padres o cuidadores aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.
2. Padres o cuidadores de los niños incluidos en el estudio que desearon participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

3.5.3 Criterios de exclusión.

2. Niños y padre o cuidador que no se pueda contactar luego de ser citados hasta dos ocasiones al centro de salud o hasta dos visitas a su hogar.
3. Niños con diagnóstico de alguna enfermedad crónica que cause malnutrición por defecto, así como padres o cuidadores de estos.

4. Niños cuyos padres o cuidadores tengan alguna discapacidad que le impida aportar los datos solicitados en el estudio.

4.7 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, 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 manera 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 el autor (anexo 2). El instrumento fue evaluado por expertos en Bioestadística, Pediatría y Medicina Familiar. Finalmente, los criterios de Moriyama se tomaron en cuenta para la evaluación del instrumento y se fijó como punto de corte para considerar aceptado los ítems un 70%.

La primera sección de la encuesta abarcó la caracterización biosociodemográfica de la población donde se incluyeron siete variables, edad de la madre, escolaridad, estado civil, ocupación, per cápita familiar que se recogió considerando todos los ingresos mensuales de la familia y dividiéndolo entre el número de miembros, categorizándolo como adecuado (84,49 USD), Pobreza (84,48 a 47,62 USD), Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)

Las variables del niño, la edad y el peso (datos que se obtuvieron del PRAS) (preguntas de la 1 a la 8 de la encuesta).

En la segunda sección las preguntas estaban dirigidas a obtener datos relacionados con factores de riesgo para la malnutrición por defecto presentes en el niño y la madre, dentro de estos se investigó el peso al nacer del niño (se consideró factor de riesgo si

el peso fue menor a 2500gr), la edad gestacional al nacer (se consideró factor de riesgo si el nacimiento ocurrió antes de las 37 semanas de gestación), la ingesta de hierro y ácido fólico insuficiente durante el embarazo (se consideró factor de riesgo si la respuesta fue nunca o de vez en cuando), además haber padecido alguna enfermedad durante el embarazo, niños que no recibieron lactancia materna adecuada (la respuesta acertada de 18 a 24 meses), la alimentación durante el embarazo inadecuada (se considera adecuado si consumió diariamente frutas verduras, proteínas, fibras caso contrario se considera alimentación inadecuada como factor de riesgo). (Preguntas de la 9 hasta la 14).

En la tercera sección las preguntas indagaron los conocimientos que sobre malnutrición por defecto tenían los padres y cuidadores, se preguntó a la madre o cuidador si conocía cuál es el estado nutricional del niño, el tipo y la frecuencia de alimentos que consumía el niño, se consideró como que conoce el estado nutricional del niño cuando respondían que: Si conoce sobre el estado nutricional del niño, que consumen frutas, vegetales y proteínas, diariamente entre 4 y 7 porciones diarias. (preguntas de la 15 a la 17)

Los aspectos dirigidos a los componentes de la estrategia para su elaboración, incluyó preguntas sobre el medio para recibir información, frecuencia, tiempo, momento del día y número de personas con quien le gustaría recibir información. (preguntas de la 18 hasta la 22).

El instrumento confeccionado fue aplicado por el autor de la investigación en el consultorio 13 y 14 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. En todos los casos se garantizó la privacidad entre el encuestado y el investigado durante el proceso de recolección de la información.

4.8 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar información se establecieron de la siguiente manera: Edad del niño

Variable	Tipo de técnica
Edad del padre o cuidadores	Encuesta
Nivel de escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Per cápita familiar	Encuesta
Edad del niño	PRAS
Peso del niño	PRAS
Talla del niño	Encuesta
Peso al nacer	Encuesta
Edad gestacional al nacer	Encuesta
Ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo	Encuesta
Enfermedades de la madre presentes durante la gestación	Encuesta
Duración de lactancia materna	Encuesta
Alimentación durante el embarazo	Encuesta
Conocimiento sobre malnutrición por defecto	Encuesta
Técnica educativa para recibir información sobre la prevención de la desnutrición	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
Horario del día para recibir información	Encuesta

3.8 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas.

Finalmente, la información se presentó en formas de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

3.9 Variables

3.9.1 Operacionalización de las variables.

Variables	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/escala
Edad de padres o cuidadores	Edad (grupos específicos)	15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 años y mas	Cuantitativa discreta
Escolaridad	Escolaridad.	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universidad terminada Posgrado terminado	Cualitativa ordinal

Estado civil	Estado civil	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda	Cualitativa nominal
Ocupación	Ocupación.	Empleados públicos Empleados privados Cuenta propia Ama de casa Trabajadora no remunerada Estudiantes Jubilados Desempleados Otra	Cualitativa nominal
Percápita	Ingreso mensual total de la familia. Número de integrantes de la familia.	Adecuado (84,49 USD) Pobreza (84,48 a 47,62 USD). Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)	Cualitativa ordinal
Edad del niño	Edad (grupos específicos)	De 0 a 5 meses De 6 a 12 meses De 13 a 18 meses De 19 a 24 meses	Cuantitativa discreta
Peso actual del niño	Peso actual del niño	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Talla actual del niño	Talla actual del niño	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Peso al nacer	Recién nacido con riesgo bajo 2500 – 3499 gramos. Recién nacido con riesgo alto menos de 2500 gramos y mayor a 3499 gramos.	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Edad gestacional al nacer	- Menor de 37 semana de gestación - Semana 37 – 41 semana de gestación - Mayor de 42 semana de gestación	Pre término A término Post término	Cualitativa ordinal

Ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo	Ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo	Diariamente De vez en cuando Nunca	Cualitativa ordinal
Enfermedades de la madre presentes durante la gestación	- Enfermedades de la madre presentes durante la gestación	Si No	Cualitativa Nominal
Duración de lactancia materna	Cantidad de meses que recibió lactancia materna	Menos de un mes De 3 a 5 meses De 6 a 12 meses De 12 a 18 meses De 18 a 24 meses	Cualitativa ordinal
Alimentación durante el embarazo	Tipo de alimentos Frecuencia de alimentos	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Conocimiento sobre malnutrición por defecto	Conocimiento del estado nutricional del que presenta el niño, la frecuencia en que debe recibir los alimentos y los tipos de alimentos que deben brindarse.	Conoce No conoce	Cualitativa nominal
Técnica educativa para recibir información sobre la prevención de la desnutrición	Técnica educativa para recibir información	-Charlas -Videos -Reuniones grupales -Material impreso -otro	Cualitativa nominal politémica
Frecuencia con la que le gustaría recibir información.	Periodicidad	-Una vez a la semana -Cada 15 días -Una vez al mes	Cualitativa nominal politémica
Disponibilidad de tiempo para recibir información.	Tiempo disponible	-15 minutos -30 minutos -60 minutos	Cualitativa ordinal politémica
Número de personas con las que le gustaría recibir información.	Cantidad de personas	-Solo -Con 5 a 10 personas -Grupo de 11-15 personas	Cualitativa ordinal politémica
Horario del día para recibir información	Horario del día disponible	-Mañana -Tarde	Cualitativa nominal dicotómica

4. REPRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1
Distribución de padres o cuidadores según edad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Grupo de edades	No	%
20 – 24 años	8	16,0
25 – 29 años	26	52,0
30 – 34 años	15	30,0
35 – 39 años	1	2,2
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #1 la población de padres o cuidadores predominó el grupo de edad de 25 a 29 años con el 52,5% seguido del grupo de edad de 30 a 34 años con 30,0% el grupo de edad de 20 a 24 años tuvo el 16,0% y el grupo de 35 a 39 años tuvo el 2,2%.

Cáceres (2018) en su estudio de malnutrición por defecto el grupo de edad que predominó fue de 15 a 24 años que corresponden a 31 madres o tutores legales, representando el 46% (55); al igual 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% (56) similar a nuestro estudio. Sin embargo, Sánchez en su estudio realizado en Cuba mencionó predominó los padres adolescentes de 18 años. (57)

Tabla 2
Distribución de padres o cuidadores según nivel de escolaridad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Escolaridad	No	%
Primaria terminada	1	2,0
Secundaria terminada	16	32,0
Bachillerato terminado	33	66,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #2 la población de padres o cuidadores predominó la escolaridad bachillerato terminado con el 66% seguido de secundaria terminada con el 32% y solo el 2% de la población de padres o cuidadores tuvo escolaridad primaria terminada.

En relación al nivel de escolaridad, Cáceres (2018) en su estudio de malnutrición por defecto predominó el nivel secundario correspondiente a 25 madres o tutores legales, representando el 37,3% (55). A diferencia Centeno Quintero 2016 en Nicaragua, predominó la escolaridad primaria de las madres. al igual Morán López de Riobamba 2016 predominó la escolaridad primaria. (56)

Tabla 3
Distribución de padres o cuidadores según nivel estado civil. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Estado civil	No	%
Unión libre	38	76,0
Casada (o)	10	20,0
Soltera (o)	2	4,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #3 la población de padres o cuidadores predominó el estado civil unión libre 76% seguido del estado civil casada 20% y el 4% tiene estado civil soltera (o).

Similares resultados se encontraron en el estudio realizado Morán López en Riobamba 2016 en el que prevaleció la relación de pareja unión libre con el 55,2%, 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”, en el cual predominó la relación de pareja con unión libre.(57)

Tabla 4
Distribución de padres o cuidadores según nivel ocupación. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Ocupación	No	%
Ama de casa	28	56,0
Cuenta propia	18	36,0

Trabajadora no remunerada	3	6,0
Empleados públicos	1	2,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #4 la población de padres o cuidadores tuvo una ocupación de ama de casa 56% cuenta propia 36% seguido de trabajadora no remunerada 6% y 2% de empleados públicos.

Tenorio (2019) en su estudio de “Estrategias para disminuir la malnutrición en niños de 1 a 3 años del centro infantil del buen vivir” determinó que predominó la ocupación ama de casa en los padres de familias. (58)

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. (59)

Tabla 5

Distribución de padres o cuidadores de los niños menores de 2 años según nivel per cápita. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Per cápita	No	%
Adecuado	17	34,0
Pobreza	32	64,0
Pobreza extrema	1	2,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #5 la población de padres o cuidadores el nivel de economía es pobre con el 64% seguido de un ingreso económico adecuado con 34%; 2% tiene pobreza extrema.

González Hernández en su artículo sobre la “Importancia de la nutrición: primeros 1,000 días de vida” determino que la mayor parte de su población 60% fue catalogado como pobreza al igual que el estudio realizado por morán López, resalta ingresos económicos bajos 80% y Dávila en su estudio de “Factores asociados a la malnutrición en niños menores de 5 años” determino el 70% nivel económico de pobreza en su población de estudio. (60)

Tabla 6

Distribución de los niños menores de 2 años según edad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Edad del niño	No	%
De 0 a 5 meses	1	2,0
De 6 a 12 meses	4	8,0
De 13 a 18 meses	30	60,0
De 19 a 24 meses	15	30,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #6 el grupo de edad de la población de niños menores de 2 años predominó de 13 a 18 meses con 60% seguido de 19 a 24 meses 30%; de 6 a 12 meses tuvo un 8% y de 0 a 5 meses tuvo el 2%.

En un estudio de Martínez sobre el Estado nutricional en pacientes menores de 5 años internados en el hospital regional de Huacho, 2018 predominó la población de 1 año de edad. (57)

Gloria Echagüe en su estudio de Malnutrición en niños menores de 5 años Paraguay su población predominó de 1 año 6 meses al igual que nuestro estudio. Al igual que Héctor Ochoa menciona en su estudio sobre la “Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años: concordancia entre índices antropométricos en población indígena de Chiapas (México)” de 1 año 2 meses. (58)

Tabla 7

Distribución de los niños menores de 2 años según peso. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Peso	No	%
Adecuado	45	90,0
Inadecuado	5	10,0
Total	50	100

Fuente: PRASS

Como se observa en la tabla #7 el peso de la población de los niños menores de 2 años predominó la categoría adecuada con el 90% inadecuado tuvo 10%.

León Valencia en su estudio Sobre “Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador)” determinó que su población con peso adecuado fue de 59,4% resultados similares a nuestro estudio. (61)

Tabla 8
Distribución de los niños menores de 2 años según talla. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Talla	No	%
Adecuado	43	86,0
Inadecuado	7	14,0
Total	50	100

Fuente: PRASS

Como se observa en la tabla #8 la talla de la población de niños menores de 2 años predominó la categoría adecuada con el 86% seguido de inadecuado que tuvo 14%. Chacón menciona en su estudio sobre valoración nutricional mediante curvas de crecimiento de la OMS que la alteración nutricional más frecuentemente encontrada fue la talla baja 20.8% el resto de la población se presentó con talla adecuada. (62)

Tabla 9
Distribución de menores de 2 años según peso al nacer. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Peso al nacer	No	%
Adecuado	48	96,0
Inadecuado	2	4,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #9 el peso al nacer de la población de menores de 2 años fue adecuado 96% y solo el 4% fue inadecuado.

Velázquez, en su artículo de “Peso al nacer. Su influencia en la salud durante el primer año de vida” Estudio 37 niños nacidos con peso < 2,500 g y 37 nacidos con > 2,500 g y determinó que el peso bajo al nacer es un factor de riesgo de morbilidad y desnutrición en el primer año de vida. (63)

Tabla 10
Distribución de menores de 2 años según edad gestacional al nacer. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Edad gestacional al nacer	No	%
Pre término	1	2
A término	49	98,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #10 la edad gestacional de la población de niños menores de años tuvo fue a término con el 98% seguido de pretérmino 2%.

Delgado en su estudio sobre la “Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso”, la edad gestacional menor de 37 semanas y la desnutrición se relacionaron con la ocurrencia de recién nacidos pretérmino. (64)

Tabla 11
Distribución de menores de 2 años según la ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo	No	%
Diariamente	26	52,0
De vez en cuando	24	48,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #10 la ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo de las madres respondieron que fue diariamente el 52% y de vez en cuando 48% respectivamente.

Estos datos se relacionan con el estudio de Majares sobre “La Ingesta de hierro y folatos durante el embarazo y su relación con indicadores bioquímicos maternos” La ingesta promedio de hierro en el primer trimestre de gestación fue 10,9 mg/ valor que solo cubrió el 40,4% de la población que diariamente consumía suplementos. (65)

Tabla 12

Distribución de menores de 2 años según enfermedades de la madre presentes durante la gestación. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Enfermedades de la madre presentes durante la gestación	No	%
SI	38	76,0
NO	12	24,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Nota: las enfermedades que se mencionó fueron de anemias e infección de las vías urinarias.

Como se observa en la tabla #12 sobre las enfermedades de la madre presentes durante la gestación que se obtuvo de la población de padres o cuidadores fue que Si estuvieron presentes el 76% y NO el 24%

Bendezú en su estudio "Características y riesgos de gestantes adolescentes" El embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. (59)

Tabla 13

Distribución de menores de 2 años según la duración de lactancia materna. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Duración de lactancia materna.	No	%
Menos de un mes	2	4,0
De 3 a 5 meses	15	30,0
De 6 a 12 meses	21	42,0
De 12 a 18 meses	7	14,0
De 18 a 24 meses	5	10,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #13 predominó la población de niños menores de 2 años que recibió lactancia materna en un periodo de 6 a 12 meses que corresponde al 42%; seguido de 3 a 5 meses con 30% de 12 a 18 meses 14%; de 18 a 24 meses 10% y menos de un mes 4%.

Resultados comparados con Arias, “Duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica” demostró que solo el 42,7% de los niños o niñas llegan a los seis meses alimentados con leche de sus madres, siendo la zona urbana la que presenta una mayor proporción de niñas y niños alimentados de esta forma (43,1%) en comparación con la zona rural (42,2%). (60)

Tabla 14

Distribución de menores de 2 años según la alimentación durante el embarazo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Alimentación durante el embarazo	No	%
Adecuado	27	54,0
Inadecuado	23	46,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #14 sobre la alimentación durante el embarazo que se obtuvo de la población de padres o cuidadores fue de 54% adecuada; 46% inadecuada.

A diferencia de Sánchez presento en su estudio sobre” La alimentación de la madre durante el embarazo que la calidad de la dieta de las madres del Estudio Mérida era en términos generales bastante inadecuada. (65)

Tabla 15

Distribución de padres o cuidadores según el conocimiento sobre malnutrición por defecto. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Conocimiento sobre malnutrición por defecto	No	%

No conoce	38	76,0
Conoce	1	24,0
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla #15 sobre conocimiento sobre malnutrición por defecto que se obtuvo de la población de padres o cuidadores fue de 76% no conoce; 24% no conoce.

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.

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. (61)

Tabla 16

Distribución de padres o cuidadores según el tipo de actividad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Tipo de actividad	No	%
Charlas	44	88,0
Reuniones grupales	6	12,0
Total	50	100

La tabla 16 refleja los componentes de la estrategia educativa para su elaboración sobre la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años con respecto a la forma de recibir la información predominaron 44 padres o cuidadores que la prefieren a través de las charlas (88%).

Leo e su estudio “Estrategia educativa para mejorar el estado nutricional del adulto mayor residente en el hogar de ansianos Instituto Estupiñán” mencionó que el 75% de su población prefiere charlas educativas. (62)

Tabla 17

Distribución de padres o cuidadores según la frecuencia con la que le gustaría recibir información. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Frecuencia con la que le gustaría recibir información.	No	%
Una vez al mes	25	50,0
Una vez a la semana	15	30,0
Cada 15 días	10	20,0
Total	50	100

La tabla 17 refleja el componente de la estrategia la frecuencia con la que le gustaría recibir información predominó 25 padres o cuidadores que la prefieren una vez al mes el 50%.

Tenorio correa en su estudio “tecnología y ciencias médicas; medicina familiar; población infantil; niños de 1 a 3 años; anemia; desnutrición por defecto; factores de riesgo; nutrición saludable” determinó que en su estrategia la población de estudio decide recibir información 1 vez al mes al igual que nuestro estudio. (66)

Tabla 18:

Distribución de padres o cuidadores según la disponibilidad de tiempo para recibir información. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Disponibilidad de tiempo para recibir información.	No	%
30 minutos	36	72,0
15 minutos	14	28,0
Total	50	100

La tabla 18 refleja el componente de la estrategia disponibilidad de tiempo para recibir información. Predominaron 25 padres o cuidadores que la prefieren 30 minutos 72%.

Díaz en su estudio sobre “Intervención educativa sobre nutrición en un grupo poblacional con riesgo de malnutrición por defecto” determinó que en su estrategia la población de estudio decide disponibilidad de tiempo para recibir información 30 minutos. (67)

Tabla 18
Distribución de padres o cuidadores según el número de personas con las que le gustaría recibir información. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Número de personas con las que le gustaría recibir información	No	%
Con 5 a 10 personas	46	92,0
Solo	3	6,0
Grupo de 11-15 Personas	1	2,0
Total	50	100

La tabla 19 refleja el componente de la estrategia según el número de personas con las que le gustaría recibir información fue de 5 a 10 personas con el 92%.

Cáceres, en su estudio sobre 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. Determinó que en su estrategia la población de estudio decide que el número de personas con las que le gustaría recibir información es de 20. (66)

Tabla 19
Distribución de padres o cuidadores horario del día para recibir información. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Horario del día para recibir información	No	%
Mañana	28	56,0
Tarde	22	44,0
Total	50	100

La tabla 20 refleja el componente de la estrategia según el horario del día para recibir información, predominó 28 padres o cuidadores que la prefieren en la tarde sin embargo no es mucha la diferencia en relación con 22 personas que respondieron en la tarde 44%.

Cáceres, en su estudio sobre 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. determinó que en su estrategia la población de estudio decide que el horario del día para recibir información es de mañana. (55)

5. CONCLUSIONES

En la presente investigación la variable edad de los padres o cuidadores predominó el grupo de 25 a 29 años; la escolaridad de bachiller, el estado civil unión libre, ocupación ama de casa, el ingreso económico adecuado; la edad de los niños fue de 13 a 18 meses con peso adecuado.

El comportamiento de los factores de riesgo en la población de estudio según la edad gestacional al nacer predominó a término, la ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo fue diariamente, presencia de enfermedades durante el embarazo, y la duración de la lactancia materna fue de 6 a 12 meses, la alimentación durante el embarazo fue adecuada.

Se determinó que la mayoría de los padres no conocían sobre malnutrición por defecto.

La estrategia educativa que se diseñó está planificada para que se la técnica educativa que se utilice sea de charlas, en el horario de la tarde, con una frecuencia de una vez por mes, una duración de 30 minutos y con un grupo de 5 a 10 personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2020 [cited 2020 08 14. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2020 08 24. Available from: <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>.
3. UNICEF. Los rostros de la malnutrición. UNICEF. 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 08 24. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-09-2018-global-hunger-continues-to-rise---new-un-report-says>.
5. UNICEF. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 08 24. Available from: <https://www.unicef.es/noticia/aumenta-el-hambre-en-el-mundo>.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Prevalencia de la desnutrición crónica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2018.
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2019.
8. UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2019: Niños, alimentos y nutrición. [Online].; 2019 [cited 2020. Available from: <https://www.unicef.org/lac/informes/el-estado-mundial-de-la-infancia-2019-ni%C3%B1os-alimentos-y-nutrici%C3%B3n>.
9. OMS. Preguntas y respuestas: malnutrición y emergencias. [Online].; 2017 [cited 2020. Available from: <https://www.who.int/features/qa/malnutrition-emergencias/es/>.
10. Cala A, Rodríguez N, Cipriano Z, Quevedo A, Crobet E. Factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años. Rev Inf Cient.. 2015; 91(3).
11. OMS. Malnutrición. [Online].; 2020 [cited 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

12. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. [Online].; 2018 [cited 2020]. Available from: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>.
13. UNICEF. Progreso para la infancia. [Online].; 2006 [cited 2020]. Available from: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progreso_para_la_infancia_-_No._4.pdf.
14. Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. [Online].; 2016 [cited 2020]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>.
15. MEDLINEPLUS. Kwashiorkor. [Online].; 2020. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001604.htm>.
16. FAO. Malnutrición proteinoenergética. [Online].; s/f [cited 2020]. Available from: <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0g.htm>.
17. Organización Panamericana de la Salud. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: Alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
18. Martínez R, Fernández A. Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Serie Manuales. 2006 Diciembre.
19. Ayuda en Acción. Fundación Ayuda en Acción. [Online].; 2017 [cited 2020 08 14]. Available from: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/derechos-humanos/tipos-de-desnutricion/>.
20. Pelletier D, Frongill E, Schroeder , Habicht J. Efectos de la malnutrición en la mortalidad de menores de 5 años en países en desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1996 Mayo; 120(5).
21. Jiménez B, Rodríguez M. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutrición Hospitalaria. 2010 Octubre; vol.25.
22. UNICEF. La Desnutrición Infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF. 2011 Noviembre.

23. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2008 [cited 2020 08 14. Available from: https://www.who.int/social_determinants/es/.
24. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2019 [cited 2020 08 14. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sanitation>.
25. Graham G, Baertl J. La Diarrea y la mal nutricion infantil. Boletin de la oficina sanitaria panamericana. 1966;: p. 46-50.
26. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2020 08 14. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
27. UNHCR. Tipos de desnutrición infantil. [Online].; 2018. Available from: https://eacnur.org/blog/tipos-desnutricion-infantil-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/.
28. Cruz V, Bernal L, Buitrago G. Frecuencia de riesgo de desnutrición según la Escala de Tamizado para Desnutrición (MST) en un servicio de Medicina Interna. Revista medica de Chile. 2017 Abril; 145(4).
29. Burgess A, Glasauer P. Guía de nutrición de la familia. In Alimentacion OdINUpIAYl. Guia de Nutricion de la Familia.: FAO 2006; 2006. p. 114 -115.
30. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2020 [cited 2020 08 14. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,\(kg%2Fm2\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,(kg%2Fm2)).
31. ENSANUT-ECU. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion. Primera ed. Quito; 2013.
32. Ministerio de Salud Publica. Ministerio de Salud Publica. [Online].; 2018 [cited 2020 08 14. Available from: <https://www.salud.gob.ec/plan-intersectorial-de-alimentacion-y-nutricion-2018-2025/>.
33. Ministerio de Educacion de la Nacion. Educacion Alimentaria y Nutricional Argentina; 2009.

34. Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño: Organización Mundial de la Salud; 2014.
35. Acción contra el Hambre. Acción contra el Hambre. [Online].; 2020 [cited 2020 08 14]. Available from: <https://www.accioncontraelhambre.org/es/que-hacemos/nutricion-salud>.
36. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Estudio e Investigación. Madrid.; 2014.
37. Santacreu J. Protocolo general de intervención clínica en Psicología. Madrid: UAM; 2011.
38. Jimenez D. La Intervención Educativa: Una visión holística de los problemas sociales. Tlaxcala, Mexico: Universidad Pedagógica Nacional; 2007.
39. Mohseni M, Aryankhesal A, Kalantari N. Factores asociados con la desnutrición en niños menores de cinco años en Irán: una revisión sistemática. ATMPH. 2017; 10(5).
40. Unicef. La malnutrición por sobrepeso es el problema de salud más frecuente de la población infantil y adolescente. Unicef. 2018 Diciembre 14.
41. Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud; 2014.
42. Unicef. Mejorar la Nutrición Infantil. New York: Unicef; 2013. Report No.: ISBN#: 978-92-806-4688-7.
43. Breastcancer. Breastcancer.org. [Online].; 2018 [cited 2020 08 14]. Available from: https://www.breastcancer.org/es/consejos/nutricion/alimentacion_saludable#:~:text=Una%20alimentaci%C3%B3n%20saludable%20consiste%20en,las%20vitaminas%20y%20los%20minerales.
44. Urbano C. Módulo para el control y desarrollo de la niña y niño según las normas del ministerio de salud. Perú: USAID; 2008.
45. Unicef. Desnutrición Infantil una lacra que podemos evitar. 2020..

46. Lopez R. Diarrea Aguda. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2005 Abril; 97(4).
47. Peña A. El concepto general de enfermedad. revisión, crítica y propuesta. Anales de la facultad de medicina. 2003 Marzo; 64(1).
48. Espinoza G. Los hábitos de higiene y su incidencia en el desarrollo escolar. Quito: Universidad Tecnológica Equinoccial; 2012.
49. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]. España; 2020 [cited 2020 08 14. Available from: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>.
50. Kapaport J. Diccionario de acción comunitaria y acción al desarrollo. 2006..
51. Latham M. Nutrición Humana en el mundo en desarrollo Nueva York: FAO 2002; 2002.
52. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2020 08 14. Available from: <https://www.who.int/topics/sanitation/es/>.
53. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador Quito; 2008.
54. Asamblea Constituyente. Ley Orgánica de salud Quito; 2006.
55. Guevara, 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. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12144>
56. Ceteno. Características sociodemográficas, culturales y estado nutricional de los niños menores de cinco años de edad en la comunidad el naranjo, municipio de Jinotega, Nicaragua, octubre 2015. centro de investigaciónES Y ESTUDIOS DE LA SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
57. Sánchez Hidalgo. María del Rosario, Valdés Madrigal. Idalmis, González Fonseca. Zulin, Leyva Fonseca. Dayana, Figueroa Rodríguez. Fernando Alberto. Factores socio-ambientales de riesgo de malnutrición por defecto. Multimed [Internet]. 2020 Ago [citado 2021 Sep 20] ; 24(4): 853-869.

- Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000400853&lng=es. Epub 10-Jul-2020.
58. Mamani-Ortiz Y, Rojas-Salazar EG, Caero-Suarez RI, ChoqueOntiveros MC. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas en edad escolar del municipio de Vinto. *Rev Méd-Cient "Luz Vida"*. 2013; 4(1): 36-40
59. Velasco-Lavín MR. La desnutrición y la obesidad: dos problemas de salud que coexisten en México. *Rev Mex Pediatr*. 2016; 83(1): 5-6
60. Urquía-Fernández N. La seguridad alimentaria en México. *Salud Pública Méx*. 2014; 56(Suppl 1): s92-s98.
61. León Valencia Alexandra, Terry Berro Blanca, Quintana Jardines Ibrahim. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2009 Abr [citado 2021 Oct 16] ; 47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100003&lng=es.
62. Chacón Abril KL, Segarra Ortega JX, Lasso Lazo RS, Huiracocha Tutivén ML. Valoración nutricional mediante curvas de crecimiento de la OMS y las clasificaciones de Gómez / Waterlow. Estudio de prevalencia. Cuenca-2015. [Internet]. 2015-12 [cited 16 Oct. 2021]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25147>.
63. Velázquez Quintana Nora Inés, Masud Yunes Zárraga José Luis, Ávila Reyes Ricardo. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*. [revista en la Internet]. 2004 Feb [citado 2021 Oct 16] ; 61(1): 73-86. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010&lng=es.
64. Delgado Álvarez Ilenis, Roca Rosales Maria del Carmen, Suárez Vega Mercedes, Rodríguez Alarcón Juan Daniel, Ruiz Echavarría Yilsy. Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso. *MEDISAN* [Internet]. 2012 Oct [citado 2021 Oct 16] ; 16(10): 1478-1485. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000002&lng=es.

65. Milman Nils. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2012 [citado 2021 Oct 16]; 58(4): 293-312. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400009&lng=es.
66. Tenorio, estrategias para disminuir la malnutrición en niños de 1 a 3 años del centro infantil del buen vivir “los alfaritos”. Escuela superior politecnica de chimborazo. 2019
67. Diaz. Intervención educativa sobre nutrición en un grupo poblacional con riesgo de malnutrición por defecto. MEDICIEGO. Revista médica electronica. Volumen 14, suplemento 2 (2008)

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en conocer cómo se cumple el tratamiento médico en los pacientes hipertensos.

He recibido la información por el médico: Marcel López Córdova posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad y número de teléfono: 0979389960.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas sobre mis hábitos alimentarios, conocimiento de malnutrición y el cumplimiento de medicamentos durante la gestación.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 30 minutos.
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
9. Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO

INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha.....

Anexo II. Encuesta dirigida a los padres o cuidadores.

Estimado (a) la presente encuesta forma parte de la investigación titulada: Diseño de estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años de edad, de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021. Los resultados que se obtengan serán de gran importancia ya que contribuirán a mejorar este problema de salud en los niños. Su aporte es considerable y de antemano le quedamos muy agradecidos por su colaboración.

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

Aspectos biosociodemográficos

1. ¿Cuál es su edad? _____ años
2. ¿Cuál fue su último grado escolar terminado? _____
3. ¿Cuál es su estado civil? Marque con una X

Soltero(a)
 Casado(a)
 Viudo(a)
 Divorciado(a)
 Unión libre.

4. ¿Cuál es su ocupación? Marque con una X

Empleado(a) público
 Empleado(a) privado
 Cuenta propia
 Ama de casa
 Trabajador(a) no remunerado(a)
 Estudiante
 Jubilado(a)
 Desempleado(a)
 Otra

5. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Relacione a continuación todos los ingresos económicos mensuales que percibe su familia

6. ¿Cuál es la edad del niño? _____ años

7. Peso actual del niño

_____ kg

8. Talla actual del niño

_____ cm

Aspectos de factores de riesgo del niño y la madre sobre desnutrición.

9 ¿Cuál fue el peso al nacer del niño?

10 ¿Cuál fue la edad gestacional del niño al nacer?

11 ¿Con qué frecuencia fue la ingesta de hierro y ácido fólico durante el embarazo?

_____ Diariamente.

_____ de vez en cuando

_____ Nunca

12. ¿presento alguna enfermedad durante el embarazo?

_____ SI

_____ NO

13.- ¿Cuál fue la duración de la lactancia materna exclusiva?

_____ Menos de un mes

_____ De 3 a 5 meses

_____ De 6 a 12 meses

_____ De 12 a 18 meses

_____ De 18 a 24 meses

14.- ¿Con qué frecuencia consumió los siguientes alimentos durante su embarazo?
Frutas, verduras, proteína animal y vegetal, fibra y productos lácteos pasteurizados.

- Diariamente.
- 3 veces por semana o más
- Menos de 3 veces por semana.
- Nunca

Aspectos sobre conocimiento

15 ¿cuál es el estado nutricional de su niño?

- Si
- No

16 ¿Con que frecuencia su niño consume legumbres, proteínas vegetales?

- Diariamente.
- 3 veces por semana o más
- Menos de 3 veces por semana.
- Nunca

17 ¿Cuántas veces al día debería comer su niño y en que horario? Señale con una X la que considera correcta.

- menos de 3 veces al día (desayuno y almuerzo)
- 3 veces al día (desayuno, almuerzo y merienda)
- Entre 4 y 7 veces al día (desayuno-refrigerio-almuerzo-refrigerio-merienda- refrigerio)
- No sabe

Aspectos dirigidos a los componentes de la estrategia

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

Charlas

Reuniones grupales

Viendo videos

Materiales impresos

Otros

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

Una vez a la semana

Cada 15 días

Una vez al mes

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

15 minutos

30 minutos

1 hora

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

Sólo(a)

Grupo de 5 a 10 personas

Grupo de 11 a 15 personas

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

Mañana

Tarde

Estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en niños menores de 2 años. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Autor: López Córdova, Marcel Orlando

Fundamentación

Problemática

La desnutrición crónica infantil afecta al 27,2% de los niños menores de 2 años en Ecuador. Esta problemática repercute en la productividad del país y tiene un impacto a lo largo de la vida de las personas. La atención médica dirigida a los niños en Ecuador ha sufrido transformaciones en la última década, a través de estrategias realizadas por el ministerio de salud pública, en lo que respecta a mejorar la malnutrición en menores de dos años, todavía no se ha logrado llegar a la meta de erradicar por completo la desnutrición infantil en Ecuador, por lo que continúa siendo un problema de salud, tanto a nivel nacional como en la población atendida por el centro de salud Pascuales en Guayaquil. Al implementar acciones sobre los principales factores de riesgo que inciden en esta afección, se alcanzaría a mejorar la nutrición en niños menores de dos años y por consiguiente mejorar la salud de este grupo etario.

En Ecuador, los graves problemas nutricionales que afectan particularmente a un gran número de niños menores de cinco años de los sectores urbanos y rurales más pobres del país requieren una mayor respuesta y respuesta del gobierno. Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT) de 2013 (7), el 25,3% de los niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica, que sigue siendo un problema de salud a un costo muy elevado. Niños y sus familias

Objetivo general

El objetivo general que se pretende alcanzar con esta estrategia educativa es informar a la población de las formas de prevención para malnutrición por defecto en niños menores de 2 años en los próximos 10 así como evitar la presencia de nuevos factores de riesgos.

Justificación de la estrategia educativa.

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, un 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.

Para lograr disminuir las cifras de este indicador de salud en el centro de salud Pascuales se propone realizar una estrategia educativa dirigida a padres o cuidadores de los niños menores de 2 años de edad, debido a que son los 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.

Duración total.

La duración total de la aplicación a través de la estrategia es de 4 semanas.

Planeación estratégica

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

1.1: Bienvenida al programa educativo de malnutrición por defecto

- Actividad 1: Video conferencia sobre malnutrición por defecto
- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Infocentro
- Horario: 15:00 am.
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.
- Recursos materiales: Infocus

1.2: Charla educativa sobre la función de los diferentes grupos de alimentos sobre nuestro cuerpo.

- Actividad 2: Charla educativa sobre la función de los diferentes grupos de alimentos sobre nuestro cuerpo.
- Duración. 20 minutos.
- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 15:00 am.
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.
- Recursos materiales: Papelógrafo.

1.3: Demostración sobre los diferentes grupos de alimentos, pirámide nutricional, frecuencia y horario de la alimentación.

- Actividad 3: Demostración sobre los diferentes grupos de alimentos, pirámide nutricional, frecuencia y horario de la alimentación. Cuatro participantes elegidos al azar arman rompecabezas de pirámide nutricional.

- Duración. 30 minutos.

- Horario: 14:00.

- Número de participantes: 5

- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.

- Recursos materiales: Trípticos, alimentos nutricionales, frutas legumbres proteínas.

Tema 2: Factores de riesgo de malnutrición por defecto.

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

- Actividad 1: Grupo focal sobre factor de riesgo para la malnutrición por defecto.

- Duración. 30 minutos.

- Lugar: Centro de salud Pascuales

- Horario: 14:00 am.

- Número de participantes: 5

- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.

- Recursos materiales: Sillas para todos, papel, bolígrafo y grabadora de audio.

2.2: Las prácticas inadecuadas de lactancia materna como factor de riesgo de la malnutrición por defecto.

- Actividad 2: Charla educativa sobre lactancia materna .

- Duración. 20 minutos.

- Lugar: Centro de salud Pascuales

- Horario: 14:00 am.

- Número de participantes: 10
- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.
- Recursos materiales: Papelógrafo.

2.3 Hábitos higiénicos inadecuados como factor de riesgo para la malnutrición por defecto.

- Actividad 3: Lluvia de ideas sobre hábitos higiénicos inadecuados
- Duración. 40 minutos.
- Horario: 14:00.
- Número de participantes: 15
- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.
- Recursos materiales: Sillas para todos, papel, bolígrafo y pizarrón.

Tema 3: Beneficios que aportan los micronutrientes en la prevención de la malnutrición por defecto.

3.1: Prevención de la malnutrición por defecto.

- Actividad 1: Demostración sobre Beneficios que aportan los micronutrientes.
- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 13:00 am.
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.
- Recursos materiales: (materiales que se necesiten para hacer la demostración, en dependencia de sobre qué sea)

3.2. Conocer los beneficios que aporta la vitamina A para prevenir malnutrición por defecto.

- Actividad 2: Charla educativa sobre beneficios que aporta la vitamina A
- Duración. 20 minutos.
- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 8:00 am.
- Número de participantes: 15
- Responsable: Dra. Sanny Aranda Canosa.
- Recursos materiales: Infocus, carteles con información visual y trípticos para repartir.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **López Córdova, Marcel Orlando**, con C.C: # 0925562969 autor/a del trabajo de titulación: **Estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.** previo a la obtención del título de **Especialista en 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, **20 de noviembre de 2021**

f. _____
Nombre: **López Córdova, Marcel Orlando**
C.C: **0925562969**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Estrategia educativa para la prevención de la malnutrición por defecto en menores de dos años en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.		
AUTOR(ES)	López Córdova, Marcel Orlando		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Aranda Canosa, Sanny		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	77
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Pediatría		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Estrategia educativa, malnutrición por defecto.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: La malnutrición por defecto muchas veces es consecuencia de una alimentación deficiente en la cual no se cuenta con nutrientes de calidad y/o en cantidades necesarias. En América Latina y el Caribe el 11% de los niños menores de dos años padecen frecuentemente de malnutrición por defecto. Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal que incluyó los niños menores de dos años atendidos en dos consultorios del centro de salud Pascuales durante el año 2021 y los padres o cuidadores de estos. Se utilizó una encuesta para la recolección de la información elaborada por el autor de acuerdo con los objetivos y variables a estudiar. Resultados El grupo de edad que predominó fueron padres o cuidadores de 25 a 29 años (52,5%), nivel de bachillerato (66%), en unión libre (76%), y amas de casa (56%). El grupo de edad que predominó de niños menores de 2 años de 13 a 18 meses (60%), con peso adecuado el 90%, talla adecuada 82%, peso adecuado al nacer 96%. Existió desconocimiento 76% por parte de los padres o cuidadores legales de niños de menores 2 años sobre malnutrición por defecto. Conclusiones: Se determinó que la mayoría de los padres no conocían sobre malnutrición por defecto. En la estrategia educativa se consideró las charlas como técnica educativa, en el horario de la tarde, con una frecuencia de una vez por mes, una duración de 30 minutos cada charla y un grupo de 5 a 10 personas como participantes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0979389960	E-mail: marcel18ok@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Francisco Landivar Varas		
	Teléfono: +593-43804600 ext: 1830- 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@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):			