



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE LAS
MADRES QUE INCIDEN EN LA MALNUTRICIÓN DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS. SAN VICENTE. YARUQUÍES, ENERO A
JUNIO 2016”**

GRICELDA EMPERATRIZ VALENCIA OLALLA

**Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo,
presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH
como requisito parcial para la obtención del grado de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo, titulado: “CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE LAS MADRES QUE INCIDEN EN LA MALNUTRICIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. SAN VICENTE. YARUQUÍES, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la doctora Gricelda Emperatriz Valencia Olalla, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

Msc. Liana Elisa Rodríguez Vargas.

PRESIDENTE

FIRMA

Dra. Iliana del Valle Infante.

DIRECTOR DE TESIS

FIRMA

Dra. Paulina Robalino.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dra. María Muquinche.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Gricelda Emperatriz Valencia Olalla soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

GRICELDA EMPERATRIZ VALENCIA OLALLA

N°. Cédula: 060235606

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, GRICELDA EMPERATRIZ VALENCIA OLALLA, declaro que presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Cono autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo.**

GRICELDA EMPERATRIZ VALENCIA OLALLA

N°. Cédula: 0602356016

DEDICATORIA

A mi familia, que con su apoyo incondicional fueron mi más grande inspiración y motivación, los que hicieron posible que día a día me levante, pese a las adversidades, pese a los obstáculos, pese a las lágrimas, pese al silencio. A ellos a quien amo mucho.

Gricel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios primeramente por haberme bendecido y permitido culminar una de mis metas, porque cada día me demostró que por más dura que se vea la vida, Él siempre estaba allí, dándome fuerza y sobretodo me dio una familia de la cual disfruto.

Gracias a mi familia por su apoyo en mis decisiones y proyectos, lo que me ha permitido cumplir con el desarrollo de esta tesis, gracias por confiar y creer en mí.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por darme la oportunidad de cumplir uno más de mis logros profesionales.

A mi directora de tesis, que gracias a su esfuerzo, dedicación, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que culmine con éxito esta tesis.

Agradezco también a mis profesores durante toda la especialización del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Gricel

INDICE

	Pág.
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>	3
1.2 Justificación de la investigación	3
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.4 Hipótesis	5
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes del problema	6
2.2 Bases teóricas	9
2.2.1 <i>Nutrición</i>	9
2.2.1.1 <i>Nutrición infantil</i>	9
2.2.1.2 <i>Requerimientos nutricionales</i>	9
2.2.1.3 <i>Estado Nutricional</i>	10
2.2.1.4 <i>Factores que determinan el estado nutricional</i>	10
2.2.1.5 <i>Evaluación del estado nutricional</i>	11
2.2.2 <i>Alimentación saludable</i>	12
2.2.2.1 <i>Determinantes de la alimentación</i>	14
2.2.3 <i>Malnutrición</i>	14
2.2.3.1 <i>Desnutrición</i>	16
2.2.3.2 <i>Obesidad</i>	18
2.2.3.3 <i>Situación en el Ecuador</i>	19
2.2.4 <i>Conocimiento</i>	22
2.2.5 <i>Conductas alimentarias</i>	24
2.2.6 <i>Estrategia de intervención educativa</i>	27

CAPÍTULO III	
3.	METODOLOGÍA..... 29
3.1	Tipo y diseño de la investigación..... 29
3.2	Localización y temporalización..... 29
3.3	Población de estudio..... 29
3.4	Variables de estudio..... 30
3.4.1	<i>Identificación</i>..... 30
3.4.2	<i>Operacionalización</i>..... 31
3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos..... 34
3.5.1	<i>Características del instrumento</i>..... 34
3.5.1.1	<i>Validación del instrumento</i>..... 35
3.6	Procedimientos..... 36
3.7	Procesamiento y análisis de datos..... 36
3.8	Aspectos éticos..... 37
CAPÍTULO IV	
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 38
4.1	Resultados y Discusión..... 38
CAPÍTULO V	
5.	PROPUESTA..... 51
	CONCLUSIONES..... 64
	RECOMENDACIONES..... 65
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTADO DE TABLAS

	Página
Tabla 1-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según grupos etarios.	38
Tabla 2-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según nivel de instrucción.	40
Tabla 3-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según estado conyugal.	41
Tabla 4-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según ocupación.....	42
Tabla 5-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según conducta alimentaria.	43
Tabla 6-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según dimensiones de conducta alimentaria.	44
Tabla 7-3. Distribución de madres según conocimiento sobre alimentación en niños menores de 5 años.	46
Tabla 8-3. Distribución de madres según dimensiones de conocimientos sobre alimentación en niños menores de 5 años.	47
Tabla 9-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según variables demográficas y conducta alimentaria.....	48
Tabla 10-3. Distribución de madres según variables demográficas y conocimiento sobre alimentación en niños menores de 5 años.	49
Tabla 11-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según nivel de conocimiento y conducta alimentaria.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según grupos etarios.	39
Gráfico 2-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según nivel de instrucción.	40
Gráfico 3-3: Distribución de madres de niños menores de 5 años según estado conyugal.	41
Gráfico 4-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según ocupación.	42
Gráfico 5-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según conducta alimentaria.	43
Gráfico 6-3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según dimensiones de conducta alimentaria.	45
Gráfico 7-3. Distribución de madres según conocimiento sobre alimentación en niños menores de 5 años.	46
Gráfico 8-3. Distribución de madres según dimensiones de conocimientos sobre alimentación en niños menores de 5 años.	48

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el conocimiento y conducta alimentaria de las madres, que inciden en la malnutrición de niños menores de 5 años. Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal. La población de estudio fue el universo de 49 madres de menores de 5 años del barrio San Vicente de Yaruquíes, cantón Riobamba, de Enero a Junio del 2016. Los datos fueron recolectados mediante entrevista con cuestionario validado por grupo de expertos. Se usó el Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05, y se usó el paquete estadístico SPSS versión 21. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: predominaron las madres de 25 a 29 años 34,6%, de instrucción primaria 46,9%, con relación de pareja en un 85,7% y trabajadoras el 48,9%. El conocimiento sobre alimentación infantil de las madres fue no satisfactorio en un 87,7% y el 79,5% presentaron conductas alimentarias inadecuadas. No existió relación estadísticamente significativa entre conducta alimentaria y conocimiento de las madres; pero si existió relación estadísticamente significativa entre conducta y edad e instrucción de las madres. Se concluye que la conducta alimentaria es inadecuada y el conocimiento de las madres es no satisfactorio, lo que evidencia la pertinencia de diseñar una estrategia de intervención educativa para la prevención de malnutrición en niños menores de 5 años.

Palabras Clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <CONOCIMIENTO ALIMENTARIO>, <CONDUCTA ALIMENTARIA>, <MADRES DE FAMILIA>, <MALNUTRICIÓN INFANTIL>, YARUQUÍES (PARROQUIA)>, <RIOBAMBA (CANTÓN)>.

ABSTRACT

This research's goal was to determine the relationship between the knowledge and mother's nutritional behavior that effects poor nutrition in children under 5 years old. We did a descriptive correlational research of cross sectional. Our main target was 49 mothers with children under 5 years old from San Vicente de Yaruquíes District, Riobamba city, from January to June 2016. Data were collected by a professional interview. We used Chi Square (χ^2) to determinate the relationship and significant differences between study variables, with a significance level of 0.05, and we used statistics box SPSS Version 21. The results we got were: the majority were mothers from 25 to 29 years old 34.6%, 46.9% with high school, whit a sentimental partner 85.7% and 48.9% with employment. The mother's knowledge about infantile nutrition was under the normal such 87.7% and 79.5% showed bad food behaviors. There wasn't a relationship statistically significant between behavior, age, and mother's instruction. We conclude that food behavior is unsuditable and mother's knowledge isn't satisfactory. So it shows the importance to design educative intervention strategy to prevent infantile malnutrition with children under 5 years old.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCE>, <FAMILY MEDICINE>, <FOOD KNOWLEDGE>, <FOOD BEHAVIOR>, <MOTHERS> < INFANTILE MALNUTRITION>, <YARUQUÍES DISTRICT>, <RIOBAMBA CITY>

CAPITULO 1

1. INTRODUCCIÓN

Una adecuada alimentación durante la edad preescolar es muy importante, ya que va a generar un estado de bienestar y de energía al niño, sentando bases para una buena calidad de vida en edades avanzadas, además es en esta etapa de la vida en donde se empieza a establecer una conducta alimentaria (Díaz, M. 2014).

La alimentación, es influenciada por costumbres y creencias que cada familia tiene, es por tanto que las preferencias alimentarias se ven influenciadas por factores económicos, sociales y culturales, así como la forma de consumirlos, prepararlos y demás conductas alimentarias (Gómez, L. 2012).

La madre siendo la persona encargada directa del cuidado de los niños cumple un papel importante en la adopción de conductas alimentarias en los primeros años de vida del menor de 5 años que sumadas a las conductas establecidas en el entorno constituyen patrones alimentarios que persistirán el resto de su vida (Black, M.; y Creed-Kanashiro, H. 2012). Además el conocimiento nutricional que posea junto al resto de la familia son puntos claves para un buen estado de salud durante el crecimiento del niño (Velásquez, A.; Zavala, R. 2013). Para la Organización Panamericana de Salud (1996) el nivel de conocimiento materno sobre alimentación juega un papel importante ya que permite modificar comportamientos, asumir o adoptar medidas adecuadas para una alimentación saludable ya que mide la información, actitud y practica materna acerca de las medidas preventivas (Aráuz, G. 2013).

Una inadecuada alimentación, es decir una mala nutrición sea por déficit o exceso puede ser causa para el desarrollo de enfermedades afectando a poblaciones vulnerables como son los niños (Córdova, L. 2012).

1.1 Planteamiento del problema

Una conducta alimentaria inadecuada en niños menores de 5 años constituye un problema social que va a afectar a toda una población, por las graves consecuencias que esta trae a los niños, como son el retraso del crecimiento, la desnutrición, enfermedades infantiles crónicas, de ahí la necesidad de tomar decisiones importantes en salud y en educación para modificar conductas inadecuadas y reforzar las adecuadas.

Cuando el niño adquiere una conducta alimentaria sea ésta adecuada o inadecuada, cumple un papel importante su familia, en especial la madre, y en este subsistema que es parte de un sistema está influenciado por aspectos socioculturales, así como también por el nivel económico y nivel de instrucción educativa de la misma (Ministerio de salud Pública y FUNBBASIC/IBFAN. 2009), como lo argumentan algunos investigadores indicando que cada individuo presenta una conducta alimentaria, que está asociada a factores familiares, económicos, políticos, creencias, género, edad (Reinoso, P.; Sigüencia, J.; y Tigre, D. 2013).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 45% de la morbilidad a nivel mundial de los menores de 5 años es por desnutrición. En el Ecuador el 26% de los niños menores de 5 años tienen desnutrición crónica (Talla Baja/Edad) y de este total, el 6,35 % tiene desnutrición extrema y el 2,24 % tiene desnutrición aguda (OMS, MSP, 2011). Prevalciendo en la población de la zona rural del Ecuador, los cuales en su mayor parte viven en la extrema pobreza, es decir que tienen menor acceso a los alimentos, siendo susceptibles a presentar problemas por deficiencias nutricionales, situación que se agrava si se suma a el nivel de instrucción inadecuado de los miembros de la familia (Reinoso, P.; Sigüencia, J.; y Tigre, D. 2013).

En el año 2007 en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública determinó que un 17% de niños en edad preescolar poseían sobrepeso, relacionados en la mayor parte de los casos con una inadecuada conducta alimentaria; de igual manera la OMS (2010) registro en este país una alta incidencia de sobrepeso y obesidad.

En el Análisis Situacional de Salud de la población asignada al médico familiar en el barrio San Vicente del año 2014, así como también a través del proceso de dispensarización y visitas domiciliarias periódicas realizadas a las familias de esta comunidad y por la observación directa como por la información recibida por parte de los líderes formales e informales del sector, se pudo evidenciar que uno de los factores de riesgo más importantes que tienen que ver con el estado nutricional de los niños menores de 5 años de la población en estudio, está relacionado con las conductas alimentarias que se relacionan directamente con los otros factores de riesgo identificados es decir con los económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos de la zona. Es así que durante el periodo enero a agosto de 2014, en la Unidad Asistencial Docente de Yaruquies, de 273 niños menores de 5 años atendidos, el 53% presentan malnutrición, 94 niños presentaron baja talla, lo que representa el 34%, 18 niños tienen bajo peso, es decir el 6,6%, 14 niños presentaron baja talla y bajo peso lo que representa el 5,1%, sobrepeso lo presentó 12 niños siendo el 4,4% y sobrepeso y baja talla 8 niños representando el 2,9% de los menores de 5 años atendidos en el Subcentro.

1.1.1 *Formulación del problema*

¿Qué relación existe entre conocimiento, conducta alimentaria y variables sociodemográficas de las madres de niños menores de 5 años y la malnutrición en el barrio San Vicente de Yaruquies?

¿Qué necesidades de capacitación tendrán las madres para ser incorporadas en una estrategia educativa con acciones de información, educación y comunicación para prevenir la malnutrición infantil en el barrio San Vicente de Yaruquies?

1.2 Justificación de la investigación

La adecuada alimentación en los niños menores de 5 años constituye un tema de especial interés ya que va a generar en ellos un buen estado de salud, que sienta bases de una

buena calidad de vida para edades futuras, estando en estrecha relación con los conocimientos y conductas que cada familia posee al respecto (Domínguez, 2012).

La ingesta de alimentos y la conducta alimentaria en los niños menores de 5 años se encuentran influenciados en su mayoría por el ambiente familiar; las actitudes de los padres hacia los alimentos han demostrado ser un factor que influye en sus hijos, por lo tanto los padres y los adultos que están a cargo del cuidado de los niños son responsables de la alimentación nutritiva y adecuada para el desarrollo del infante. Una correcta alimentación durante la edad preescolar juega un papel muy importante, ya que es en esta etapa de la vida en donde se empieza a crear la conducta alimentaria (Díaz, M. 2014).

Otro de los puntos clave para un correcto desarrollo, crecimiento y buen estado de salud de los niños menores de 5 años es el conocimiento nutricional que los padres posean sobre todo el de la madre y/ o responsable directo (Velásquez, A.; Zavala, R. 2013).

El mal uso de los alimentos disponibles, la toma de decisiones incorrectas que conjuntamente a la carencia de una adecuada educación alimentaria no permite que se brinde una dieta equilibrada durante los primeros años de vida del niño, por lo que es necesario crear en ellos conductas adecuadas basadas en un buen conocimiento alimentario para poder marcar la diferencia entre una vida sana y sufrir enfermedades a lo largo de su vida.

La mayoría de las intervenciones para prevenir la malnutrición en los niños menores de 5 años están dirigidas sobre la dieta, y dan poca atención a los comportamientos de las personas responsables del cuidado directo de los niños, sin tomar en consideración que en los primeros años los niños adoptan conductas establecidas en su entorno y las conductas de sus padres, donde cumple un rol importante la madre, los cuales constituyen patrones alimentarios que persistirán a lo largo de su vida(Black, M.; y Creed-Kanashiro, H. 2012).

En el barrio San Vicente de la parroquia Yaruquíes donde se ha identificado problemas de malnutrición de los niños menores de cinco años es importante y necesario determinar la relación entre el conocimiento y la conducta alimentaria, para de esa manera diseñar una estrategia educativa que profundice el conocimiento de la madre sobre alimentación y mejore la conducta alimentaria, lo que permitirá el uso equilibrado y la optimización de los recursos alimentarios disponibles en el medio, brindando al niño el mejoramiento de su nivel nutricional, previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social; determinando las acciones a seguir en cuanto a promoción de salud y prevención de enfermedad y adecuada nutrición en niños.

1.3 Objetivos de la investigación

General:

Determinar la relación entre conocimiento y conducta alimentaria de las madres, que inciden en la malnutrición de niños menores de 5 años. San Vicente. Yaruquíes, enero a junio del 2016.

Específicos:

1. Caracterizar la población de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar el conocimiento y conducta alimentaria en madres de niños menores de 5 años.
3. Determinar la posible relación entre conocimiento, conducta alimentaria y variables sociodemográficas.
4. Identificar las necesidades de capacitación en las madres de los niños menores de 5 años.

1.4 Hipótesis

Existe relación entre conocimiento, conducta alimentaria y variables sociodemográficas de las madres en la incidencia de la malnutrición de niños menores de 5 años del barrio San Vicente de Yaruquíes.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

Realpe, F., en el año 2014, en Ecuador, realizó la investigación titulada *“Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Arquita de Noé”*, tuvo como objetivo relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar con el estado nutricional de los niños. El método utilizado fue de tipo observacional, descriptivo, y transversal. Se aplicó una encuesta con 25 preguntas abiertas y cerradas para conocer el nivel de conocimiento sobre alimentación, las actitudes que tienen los cuidadores de los niños al momento de la alimentación y las prácticas que aplican tanto en la preparación como en la manipulación e higiene de los alimentos. Los resultados que obtuvieron indican que las personas evaluadas poseen un buen nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en aspectos de nutrición saludable y normas de higiene, lo cual se ve reflejado en el estado nutricional de los niños evaluados, el 81% presentan un estado nutricional normal, el 11% riesgo de sobrepeso, el 2% sobrepeso, y el 6% riesgo de desnutrición.

Zamora, Y.; y Ramírez, E. en el año 2012, en Perú, realizaron la investigación titulada *“Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad”*, tuvo por objetivo determinar el conocimiento y prácticas alimentarias sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables. La investigación fue descriptivo-correlacional de corte transversal, realizado a madres con niños de 1 a 2 años de edad; en la recolección de datos se empleó encuestas sobre conocimiento en alimentación y prácticas alimentarias. La información obtenida fue procesada y organizada en tablas simples y doble entrada, para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado. Concluyeron que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación

altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio.

Córdova, L. en el año 2014, en Perú, realizó la investigación titulada *“Efecto de una intervención educativa en el conocimiento de madres y estado nutricional del niño utilizando productos oriundos peruanos”*, tuvo como objetivo mejorar el estado nutricional, las conductas alimentarias de los niños preescolares y los conocimientos de las madres, a partir de un programa educativo basada en productos oriundos peruanos. El método utilizado fue de tipo cuantitativo, diseño pre experimental. El estudio se realizó en la Institución Educativa Inicial Pública N°112 “Mi Pequeño Mundo” en San Juan de Lurigancho, con una población de 15 niños preescolares y 15 madres de cada niño. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario sobre conocimientos de las madres, otro para las conductas alimentarias de los niños a base de productos oriundos y una ficha de evaluación nutricional. El análisis de datos se llevó a cabo bajo el programa llamado Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 19.0. Los resultados en esta investigación demostraron que los niños mejoraron su estado nutricional y obtienen adecuadas conductas alimentarias. Concluyendo que el programa educativo basado en productos oriundos peruanos fue efectivo en el incremento del estado nutricional y las conductas alimentarias en los niños además de mejorar los conocimientos de las madres de los preescolares.

Mayor, D. en el año 2015, en Perú, realizó la investigación titulada *“Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa”*, tuvo como objetivo determinar el efecto de la intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares en el grupo experimental y control de la Institución Educativa Mi Jesús N° 083 – Puente Lurín. El método fue cuantitativo de tipo aplicativo, cuasi experimental. La población de estudio estuvo constituida por 270 madres de niños preescolares y una muestra de 60 madres, distribuidas: 30 en cada grupo experimental y control. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que midió el nivel de conocimientos y las prácticas alimentarias. El análisis de datos se llevó a cabo bajo el programa llamado Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 19.0. Obtuvieron los siguientes resultados: el nivel de conocimiento en el grupo experimental y control en la mayoría de las madres era de nivel

medio y las prácticas alimentarias eran de poco adecuadas a inadecuadas antes de la intervención; después de la intervención educativa, en el grupo experimental, predominó el nivel de conocimiento alto y las prácticas alimentarias adecuadas y en el grupo control mejoró ligeramente. Se concluyó que la intervención educativa sobre alimentación saludable, demostró ser efectiva en el grupo Experimental, para la mejora de las prácticas alimentarias y conocimientos de las madres de los niños preescolares de la institución educativa “Mi Jesús N° 083.

Reinoso, P.; Sigüencia, J.; y Tigre, D. en el año 2013, en Ecuador, realizaron la investigación titulada *“Prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con factores asociados. Centros de salud del Ministerio de Salud Pública de Cuenca. Febrero-agosto 2013”*, con el objetivo de determinar la prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de los centros de salud del Ministerio de Salud Pública, en la ciudad de Cuenca y su relación con factores asociados como familia, cuidador, sexo, migración y nivel de instrucción del cuidador. Realizaron un estudio analítico transversal en los centros de salud del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Cuenca en 228 niños y niñas de 1 a 5 años, los datos fueron recolectados mediante formularios (general y CEBQ). Se ingresaron los datos a software SPSS versión 18 para Windows y se presentan los resultados en tablas de frecuencia. Los resultados obtenidos fueron: la media de edad de la población se ubicó entre 30,23 meses y una desviación estándar de 13,71 meses, la mayoría fue de sexo femenino (52,6%), cuidador materno (82,9%), familia nuclear (61,4%) y el nivel de instrucción del cuidador fue básica (36,8%). Sobre la conducta alimentaria el 89% es inadecuada; el 11% se colocó en conducta alimentaria adecuada. La mayoría fue de sexo femenino (90%), cuidadores no maternos (92,3%); familia no nuclear (89,8%), migración (100%), nivel de instrucción inadecuado (91,7%). Ningún factor de riesgo se asoció con conducta alimentaria inadecuada ($p > 0,05$) y valores de chi cuadrado no significativos. Concluyendo que existe alta prevalencia de conducta alimentaria inadecuada, importante factor de riesgo para desarrollo de enfermedades crónicas.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Nutrición

La nutrición constituye el conjunto de procesos biológicos mediante los cuales el organismo asimila los alimentos y los líquidos e incorpora en sus propias estructuras, siendo necesarios para el crecimiento, funcionamiento y mantenimiento de las funciones vitales. La mejor nutrición es la que cubre los requerimientos de suministración de energía a través de la metabolización de los nutrientes, de micronutrientes no energéticos como las vitaminas y minerales, la hidratación (agua) y el consumo de fibra dietética; además de construir y reparar estructuras orgánicas (Bueno, M. 2013). Esta debe ser complementada con conductas alimentarias saludables, siendo importantes ya que el desbalance de cualquiera de ellas conlleva a enfermedades relacionadas con la malnutrición sino se las lleva correctamente (Córdova. L. 2014).

2.2.1.1 Nutrición infantil

Los alimentos que los niños requieran deben ser de alta calidad y en cantidades adecuadas indispensables para un crecimiento y desarrollo correcto. Durante la edad infantil una adecuada nutrición es indispensable para mantener un buen estado de salud, además de ser un periodo en donde se establece, hábitos, conductas alimentarias saludables que van a persistir a lo largo de la vida. Es decir que una nutrición óptima en los infantes debería verse no solo como algo que genera beneficios inmediatos sino también como una inversión en salud y calidad de vida a largo plazo (Bueno, M. 2013).

2.2.1.2 Requerimientos nutricionales

Al encontrarse el niño en un ciclo de vida que requiere necesidades nutricionales superiores a las de cualquier otro periodo, una administración insuficiente de los nutrientes conlleva a efectos no deseados durante su desarrollo, ya que no solo depende de la cantidad de nutriente ingeridos y la forma de recibirlos sino de la actitud del niño ante la alimentación.

Para una dieta equilibrada en lo que respecta a las proteínas y aminoácidos los niños requieren que entre el 11 y 15% de las calorías provengan de estas; que entre el 30 al 35% de las calorías procedan de las grasas; y que entre el 50 al 55% de las calorías venga de los hidratos de carbono (Olivares, J.; y Bueno, M. 2013).

Los niños de entre 1 a 3 años de edad al existir un descenso de las necesidades energéticas y una desaceleración del crecimiento, requieren aproximadamente unas 1.300 kcal/día, proteínas 1,2 g/kg/día. A partir del cuarto año de vida, al ser el ritmo de crecimiento estable, las necesidades energéticas disminuyen, existiendo inapetencia pero existe la consolidación de las conductas nutricionales por aprendizaje del ambiente familiar y su entorno (Olivares, J.; y Bueno, M. 2013).

2.2.1.3 *Estado Nutricional*

El estado nutricional es la condición que el individuo presenta como resultado de la relación de las necesidades nutricionales de cada persona entre la ingesta y utilización de los nutrientes obtenidos de los alimentos. Este equilibrio se encuentra influenciado por diferentes factores como la edad, el sexo, la educación cultural, situación fisiológica, patológica y psicosocial de cada individuo (Córdova. L. 2014). Siendo una situación tanto cuantitativa como cualitativa de los depósitos energéticos y del contenido proteico del organismo. Por lo que es necesario que el aporte de los alimentos sea adecuado tanto en cantidad, como en calidad y proporción armónica de sus componentes para poder suplir estos requerimientos. Los alimentos van a aportar los nutrientes que van a cumplir con las finalidades de formación y mantenimiento de los tejidos, el funcionamiento de los órganos y la provisión de la energía necesaria para la vida. Es decir que el crecimiento de los niños y niñas está influenciado directamente por el tipo de nutrición que recibe y su valoración constituye un indicador del estado nutricional (Machado, K.; Montano, A. y Armúa, M. 2012).

2.2.1.4 *Factores que determinan el estado nutricional*

- Estado Fisiológico: Las necesidades nutricionales van a variar durante los diversos ciclos de la vida. En la niñez existen mayores necesidades nutricionales a comparación de los adultos, debido a que están en periodo de crecimiento.

- Ambiente: existe distintos factores que rodean al niño que influyen en estado nutricional como son la ocupación de los padres o responsables de su cuidado, el status familiar, los ingresos económicos, la vivienda, el clima, la cultura, la religión, ya que dependerán de estas situaciones por ejemplo el número de comidas que hace la familia, el horario de las mismas, el tipo de alimentos que consumen.
- Disponibilidad de alimentos: la accesibilidad, la selección, la preparación, la composición, el consumo, la utilización de los alimentos son otros factores que determinan el estado nutricional de la población infantil, debido a que al no tener acceso a todos los alimentos necesarios para su optima nutrición no pueden tener un buen estado de salud, así como la selección de los mismos y la preparación, si no son las óptimas, afectan al estado nutricional.
- Costumbres: las costumbres de la población, las preferencias constituyen otros factores importantes que tienen que ver con el estado nutricional, porque depende de la cultura y los hábitos alimentarios existentes.
- Educación: el nivel de educación de la población, en especial de las mujeres o las madres que son las responsables de decidir que alimentos se consumen en sus hogares, va a estar influenciando el estado nutricional especialmente de sus hijos, ya que se ha observado que si la madre tiene mayor desconocimiento o a menor educación, menor será su interés de una la buena alimentación, y el estado nutricional, especialmente de los niños y niñas, se puede ver deteriorado.
- La situación económica: constituye un factor importante debido a que si no se tiene la capacidad de adquirir los alimentos no puede existir una adecuada alimentación.
- Medios de comunicación: sea los televisivos, radiales, públicos, informáticos tienen gran influencia en la población al momento de seleccionar alimentos que se van a consumir, debido a que generalmente estos medios están inundados de anuncios de comida chatarra siendo muy probable que estos alimentos sean los más escogidos como parte de la alimentación diaria (Proaño, G. 2014).

2.2.1.5 Evaluación del estado nutricional

La valoración del estado nutricional constituye a lo largo del ciclo de la vida uno de los principales determinantes de salud, así como uno de los mejores indicadores individuales como poblacionales, en especial en la etapa de la niñez donde su crecimiento y maduración están condicionados por la nutrición, para ello es necesario identificar si

existe o no alteraciones nutricionales y se lo realizará a través de una valoración clínica completa y cuidadosa del niño (Leis, R.; y Tojo, R. 2013), además se puede también valorar los requerimientos nutricionales y predecir la posibilidad de presentar riesgos nutricionales.

Al realizar la valoración del estado nutricional del niño es posible constatar la situación nutricional del mismo pudiendo ser normal, o presentar estados de malnutrición, sea esta por exceso (sobrepeso y obesidad) o por defecto (desnutrición) (Leis, R.; y Tojo, R. 2013; Proaño, G. 2014).

2.2.2 Alimentación Saludable

Los individuos deben tomar en cuenta que al momento de alimentarse, los alimentos escogidos deben satisfacer las necesidades nutricionales del organismo, esto va a estar en función del sexo, de la edad, de la actividad y situaciones fisiológicas específicas como son el embarazo, la lactancia, o ciclo de vida. Al alimentarse el ser humano toma una serie de productos naturales o transformados del mundo exterior, los mismos que contienen sustancias químicas conocidas como nutrientes, además de elementos que les aportan características propias los mismos que son seleccionados por la disponibilidad de éstos y por el aprendizaje adquirido.

La alimentación está en estrecha relación con los factores socioeconómicos y culturales que una población posee, donde los componentes psicológicos, religiosos y pragmáticos juegan un papel importante, conjuntamente con la disponibilidad, la caducidad y el costo de los alimentos crean hábitos dietéticos en una población. Cabe mencionar que los cambios sociales que se producen en un país modifican las costumbres alimentarias en la población, en especial por la migración sea esta interna o externa. La publicidad que las empresas alimentarias presentan a través de los medios de comunicación escritos o hablados también influye en los hábitos alimentarios.

Cuando se habla de una alimentación saludable, se está hablando de una educación nutricional adecuada, que debe iniciarse desde edades muy tempranas, en el seno familiar, ya que es aquí donde se adopta conductas para una correcta alimentación, que persistirá

el resto de su vida y de ello dependerá obtener resultados positivos o negativos que repercutirá tarde o temprano en la salud del individuo.

Al ser la alimentación un acto voluntario, consciente donde a través de una serie de procesos y actividades se toma de los alimentos sustancias necesarias para obtener energía para el mantenimiento de la vida, esta susceptible de educación.

La alimentación tiene las siguientes finalidades:

1. Suministrar energía (calorías) la misma que debe ser suficiente para llevar a cabo todos los procesos metabólicos y de trabajo físico de acuerdo al ciclo de vida.
2. Suministrar suficientes nutrientes que regulan los procesos metabólicos (proteínas, minerales y vitaminas).
3. Que las cantidades de cada uno de los nutrientes estén equilibradas entre sí, de esa manera se permite la construcción y reparación de las estructuras vitales (Bueno, M. 2013).

De esa manera el individuo mantendrá un óptimo estado de salud, permitiéndole ejercer las diferentes actividades cotidianas, actividades físicas en su diario vivir.

Los puntos claves en una alimentación saludable y que siempre se deben considerar es el equilibrio, la variedad y la moderación en la alimentación, incluyendo también la actividad física regular que son parte un estilo de vida saludable.

Para que sea una alimentación equilibrada debe guiarse en las siguientes normas:

- La porción o ración alimentaria que diariamente se consume debe aportar la cantidad de energía necesaria para el buen funcionamiento del organismo así como también debe ser adecuada de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentre el individuo.
- La función de nutrición debe estar cubierta con el aporte de los nutrientes energéticos y no energéticos.
- Los alimentos que se agrupan según su aporte nutritivo deben ser consumidos en cantidades determinadas de acuerdo a los requerimientos basales del ciclo de vida de la persona.

Es decir que para conseguir una alimentación equilibrada es necesario tomar un determinada porción o ración de cada grupo de alimentos, consiguiendo de esta manera un equilibrio en la dieta, y de esa manera un buen estado de salud (Chávez, J. 2012).

2.2.2.1 *Determinantes de la alimentación*

Para Benalcázar, D. (2011), los siguientes son los determinantes de la alimentación:

1. **Biológicos:** en este grupo de determinantes se encuentran el apetito, el hambre y el gusto, que son importantes en el momento de elección de los alimentos.
2. **Económicos:** en esta determinante se encuentra los ingresos del hogar, como los costos de los alimentos, que afectan en el poder de adquisición de la familia y el consumo de alimentos adecuados. Los costos de los alimentos van a depender de muchos otros factores como son las condiciones geográficas de la localidad, así como las condiciones climáticas que enmarca a la población, que está influenciada directamente por la estructura económica, política de un país.
3. **Educación:** es una determinante muy importante y en la alimentación es un factor muy importante la disponibilidad como el acceso a la misma.
4. **Sociales:** en este determinante se encuentra la familia, amigos, cultura, patrones alimenticios, actitudes, conocimientos y creencias que forman conductas familiares e individuales sobre la nutrición y alimentación (Benalcázar, D. 2011).

Estas determinantes son las que influyen en el estado nutricional de los niños menores de 5 años y es papel de los padres garantizar el adecuado suministro de nutrientes y alimentos para sus hijos para un buen desarrollo integral de sus hijos.

2.2.3 *Malnutrición*

La malnutrición según la OMS es el desequilibrio que existe entre el aporte de nutrientes, de energía y los requerimientos necesarios para un correcto cumplimiento de las funciones vitales, siendo muy importante si se presenta antes de los 5 años de edad del individuo (Moya, M.; y Mestre, J. 2013). Existe dos estados de malnutrición: el primero es cuando existe un déficit de nutrientes y el segundo cuando existe un exceso de los mismos, es decir que en el organismo no existe un aporte adecuado de vitaminas, minerales, calorías entre otros nutrientes, que son necesarios para el correcto

cumplimiento de las funciones del organismo humano, interfiriendo en la respuesta normal frente a diferentes condiciones en la que se puede encontrar la persona como por ejemplo frente a una enfermedad o en el caso de los niños durante su crecimiento (Machado, K.; Montano, A. y Armúa, M. 2012).

La ingesta deficiente de nutrientes sea por falta de consumo o secundaria a una enfermedad conduce a la desnutrición que si se presenta sobre todo durante los cinco primeros años de vida del individuo, va a afectar en especial su salud, crecimiento y desarrollo, repercutiendo a lo largo de toda su vida, no solo en su estado biológico sino también en el aspecto social, pues constituye un limitante para su desarrollo no solo personal, sino también familiar, a nivel de su comunidad y su país. Pero esta ganancia de peso inadecuado puede iniciarse antes del nacimiento del individuo, conocido como retardo de crecimiento intrauterino, o una vez nacido conduciendo al niño a un retardo temprano en su crecimiento, de ahí la necesidad de brindar a los niños una alimentación rica en nutrientes.

La malnutrición que resulta por el excesivo consumo de alimentos conlleva al sobrepeso o a la obesidad, que constituyen factores de riesgo importantes y que al no ser modificados conducen al desarrollo de diferentes enfermedades crónicas infantiles relacionadas con estos factores como son problemas cardiovasculares, diabetes, el estigma, y problemas de salud mental que pueden persistir aún en la edad adulta por lo que constituye un problema de salud pública a nivel mundial (Black, M. y Creed-Kanashiro, H. 2012).

Hay que tomar en cuenta que ambas formas de malnutrición tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad tienen un mismo origen, porque se inician en la desnutrición en el útero materno y en sus primeros años de vida (Freire W.B., at col. 2013). Como se puede evidenciar tanto las alteraciones en el crecimiento, ya sea por los diferentes tipos de desnutrición o por sobrepeso y obesidad, pueden causar graves daños en la salud de los niños y, por ende, su bienestar. En estos últimos tiempos se ha observado que en muchas familias existen ambos estados, por lo que se plantean para los estados desafíos a las políticas de salud pública y directrices o programas nacionales de nutrición. A pesar de que se conoce que la familia es parte fundamental en la alimentación infantil por el papel que esta desempeña sobre todo en los primeros años de vida de los niños, las

intervenciones realizadas han tenido más que ver con la dieta que con la conducta de los responsables directos del cuidado del infante.

En América Latina y en los países en vías de desarrollo se ha observado que la población que tiene bajo poder adquisitivo, sumado a un limitado nivel educativo y las malas condiciones higiénicas sobre todo en la utilización de los alimentos se encuentran relacionados con problemas de malnutrición, siendo la desnutrición la que presenta altas tasas que sumado infecciones concomitantes, complican la situación de salud sobre todo en el niño, de igual forma se ha visto un aumento de la prevalencia de obesidad infantil que se asocia a las enfermedades crónicas que estarán presentes aún en la época adulta por lo que constituye parte importante dentro del perfil epidemiológico en América Latina (Silva, J. 2013).

Las brechas de inequidad existente en el Ecuador asociadas a factores sociales, a la pobreza, a la desigualdad de oportunidades es decir a los diferentes determinantes de salud, han hecho que la malnutrición constituya un problema de salud pública en este país, que pese a las políticas de salud pública existentes actualmente y que constituyen parte del nuevo modelo de atención integral de salud ha sido difícil alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en especial lo que tiene que ver con la reducción del porcentaje de personas que padecen hambre, ya que según el informe realizado en el Balance 2014 por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades), solo ha disminuido en 8 puntos entre 1986 y 2014 en lo que tiene que ver con la insuficiencia de peso en niños y niñas menores de 5 años y en 16,3 puntos la desnutrición crónica, es decir que queda aún camino por recorrer en este tema de trascendental importancia como es la malnutrición infantil.

2.2.3.1 *Desnutrición*

La desnutrición infantil es el estado patológico inespecífico, de tipo sistémico y de condición reversible, de etiología multicausal, resultante de un déficit en la utilización o ingestión de los nutrientes dando como resultado una falta de aporte adecuado de energía que no llega a satisfacer las necesidades biológicas de individuo, cuyas manifestaciones clínicas se relacionan con diferentes factores y a los tipos o grados de desnutrición que existe (Márquez, H.; y et al. 2012).

La desnutrición infantil constituye uno de los problemas más graves que existe en el mundo. Ya que repercute en forma directa no sólo en la estatura y peso de los niños, sino también en el deficiente desarrollo cerebral e intelectual de la población infantil. Existen múltiples factores que contribuyen a la desnutrición en el niño, como son la situación social, condiciones ambientales, disposición de alimentos, aspectos psicológicos, el medio familiar y el entorno en que se desenvuelve. Siendo la pobreza el principal causante de la desnutrición, que afecta generalmente a la población campesina e indígena (Proaño, G. 2014). Trayendo efectos negativos tanto en la salud del niño, en su educación así en la economía y productividad de la población, pues sus efectos repercuten de forma inmediata o a lo largo de la vida de la persona (Sevilla, S.; y Ricardo, M. 2011. Proaño, G. 2014).

Los factores asociados a la desnutrición y que influyen en la ingesta insuficiente de alimentos tanto en la cantidad como en la calidad, se distinguen en los siguientes tipos: los de tipo inmediato como son la alimentación insuficiente, enfermedades concomitantes, y una inadecuada atención integral ; los de tipo subyacente se encuentran la falta de acceso a alimentos, a la atención sanitaria, a la insalubridad del agua y en el ambiente; y los de tipo básico que son la pobreza, la desigualdad, y el nivel de instrucción bajo de las madres. Todos estos factores tienen estrecha relación con las políticas en salud pública de un país ya que estas a través de los programas gubernamentales deben orientarse a la resolución de los problemas alimentarios-nutricionales de la población (Wisbaum, W. 2011).

La desnutrición en la población infantil se manifiesta de diversas formas y su clasificación va a depender del tipo de carencia que la cause, es decir de la etiología, la clínica y la intensidad (Sevilla, S.; y Ricardo, M. 2011). En una forma general se le clasificará en:

1. Desnutrición crónica: es aquella en el que el niño evidencia un retraso en su crecimiento, generalmente producido por una carencia de nutrientes en una forma crónica o tiempo prolongado, presentando riesgo de presentar enfermedades, así como también un retraso en su desarrollo físico como intelectual. Este retraso de crecimiento puede comenzar antes que el niño nazca, es decir en su vida intrauterina, que si no se actúa tanto en el embarazo como durante los dos primeros años de vida, presentará consecuencias irreversibles que persistirán durante toda su vida.

2. Desnutrición aguda moderada: en este tipo de desnutrición el niño presenta menos peso en relación a su altura, además de que su perímetro del brazo se encuentra por debajo del estándar de referencia.
3. Desnutrición aguda grave o severa: Constituye la forma más grave de desnutrición infantil puesto que el niño presentará un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura y como altera sus procesos fisiológicos, el niño va a presentar un alto riesgo de mortalidad, hasta 9 veces más en relación a un niño sano (Wisbaum, W. 2011).

2.2.3.2 *Obesidad*

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial, compleja, cuya característica principal es que se puede prevenir. Se inicia en la infancia generalmente y continúa en la adolescencia y edad adulta; va a ser causada por un consumo de energía mayor a la energía efectivamente gastada, es decir que existe un desequilibrio entre el consumo y el gasto. (Bueno, M.; y Bueno G. 2013. Saldaña, A. 2011). En la etiología de la obesidad se encuentran involucrados factores genéticos, metabólicos así como los ambientales y psicosociales; el aumento en estas últimas décadas de la prevalencia de la obesidad se relaciona con los factores ambientales; todos ellos van a provocar alteraciones metabólicas en el organismo, produciéndose una acumulación de grasa corporal mayor en relación a la edad, a la talla y al sexo (Saldaña, A. 2011. Valverde, M.; y et al. 2016).

Para evaluar la obesidad en niños el parámetro aceptado para determinarla es el índice de masa corporal (IMC); que es la relación entre peso y talla (kg/m^2), estableciendo que el niño se encuentra en obesidad cuando se encuentre en el percentil 95.5 o sobre este y sobrepeso cuando el niño se encuentra sobre el percentil (Hurtado, E.; y Macías, R. 2014. Bueno, M.; y Bueno G. 2013. Parreño, D. 2011). La obesidad infantil se la puede clasificar en obesidad moderada cuando el IMC se ubica entre el percentil 97 al 99.5, y obesidad severa cuando el IMC se encuentra en el percentil 99.5.

El principal problema de la enfermedad llamada obesidad así como el sobrepeso es que son considerados como factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades crónicas importantes y de gran prevalencia como la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares principalmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales,

diabetes mellitus tipo II, dislipidemias, esteatosis hepática no alcohólica, colelitiasis, la artrosis y algunos tipos de cánceres (de endometrio, mama y colon) (Martínez, M.; y et al. 2016).

La adopción de hábitos alimentarios, conductas alimentarias poco saludables conlleva a la población infantil a la aparición de sobrepeso y obesidad, además del nivel de instrucción y conocimientos de alimentación de los padres, responsables del cuidado del niño, en especial el de la madre, influyen en la aparición de malnutrición en sus hijos (Martínez, M.; y et al. 2016), ya que es en la infancia donde se imitan algunas preferencias alimentarias de familiares o de personas que los niños consideren modelo para la alimentación, trayendo efectos en el patrón de su alimentación que contribuyen a la malnutrición y un compromiso del estado de su salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció que la obesidad y el sobrepeso alcanzaron caracteres de epidemia a nivel mundial. Más de mil millones de personas adultas tienen un exceso de peso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas. Existiendo un incremento dramático de obesidad y sobrepeso en la población infantil, que de 32 millones de niños menores de 5 años que sufrían de obesidad y sobrepeso en el año de 1990 aumento a 42 millones en el año 2013. Como se puede evidenciar la obesidad y sobrepeso va afectar a toda una población sin hacer diferencias entre edad, raza o sexo (Martínez, M.; y et al. 2016). Estas cifras alarmantes han hecho que la obesidad y sobrepeso constituyan tanto a nivel mundial como local un problema de salud pública, ya que va a afectar directamente sobre la salud, asociándose con las principales enfermedades crónicas, reduciendo de esta manera la esperanza de vida hasta en diez años y representando una elevada carga económica para la sociedad como para la persona y su familia, ya que se empieza a temprana edad a gastar parte de su presupuesto en consultas médicas, exámenes complementario y medicación, sin gozar una buena calidad de vida, debido a que los niños con obesidad o con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta (Proaño, G. 2014).

2.2.3.3 *Situación en el Ecuador*

Como se ha podido evidenciar en múltiples estudios realizados en el Ecuador, el país no está exento de los problemas de malnutrición, situación que de igual manera prevalece

en el resto de América Latina y el Caribe. Presentando al igual que en la mayoría de los países déficit y excesos nutricionales así como desbalances, que se agrupan en tres categorías como es el retardo en talla, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la publicación científica No. 549, han alertado que:

“La malnutrición infantil es uno de los factores de riesgo que, aun siendo prevenible, ocasiona de forma directa o indirecta más muertes en todo el mundo. A nivel mundial la malnutrición es responsable, directa o indirectamente, del 60% de los 10.9 millones de muertes que ocurren anualmente entre niños y niñas menores de 5 años y más de las dos terceras partes de estas muertes están asociadas con prácticas de alimentación no apropiadas durante el primer año de vida” OMS (2006).

Según los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2013, revelan que en el Ecuador coexisten los problemas de malnutrición tanto en déficit y exceso nutricional, evidenciando la doble carga de malnutrición como nuevo perfil epidemiológico del país, es decir que si bien la desnutrición es provocada por la deficiente alimentación, esta se ve asociada con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en los años posteriores de la vida.

Una investigación a 2 300 escolares de Guayaquil, Quito y Cuenca, presentada en 2006 por el MSP y la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición, reveló que en Ecuador el 17% de los niños mayores de 5 años tiene sobrepeso u obesidad.

En el Ecuador las causas de estas cifras se deben a que cada vez los padres tienen menos control sobre la alimentación de sus hijos, ya que hoy en día en la mayoría de hogares los niños comen solos, porque ambos padres trabajan, así que se alimentan de lo primero que encuentran y no siempre es una alimentación saludable, debido a que lo que está más al alcance de los niños es precisamente comida que carece de nutrientes es decir comida chatarra o rápida, a esto se le suma que los niños y niñas casi no realizan ejercicio, son sedentarios pasan horas frente al computador, televisor o videojuegos, y solo realizan el

poco ejercicio de las horas de educación física que se les da en las escuelas y colegios, que no es suficiente para que lleven una vida saludable y activa (Proaño, G. 2014).

En la población de 0 hasta los 60 meses de edad se observa que la subregión más afectada por el retardo de talla es la Sierra rural (38.4%), a nivel de provincias el retardo de talla se observa que entre las más perjudicadas se encuentra la provincia de Chimborazo con un 48.8%.

El estado nutricional de la población escolar (de 5 a 11 años), a nivel nacional, el 15% de la población escolar presenta retardo en la talla, la prevalencia de baja talla varía muy poco por edad y sexo, y va acompañada de un aumento dramático de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en un 29.9%. Cifra que es alarmante si se toma en cuenta que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la edad preescolar es de 8.5% triplicándose al pasar a la edad escolar. La provincia de Chimborazo presenta elevada prevalencia de retardo de talla con un 35.1%, es decir que aproximadamente 6 de cada 10 niños en edad escolar tienen problemas de malnutrición ya sea por déficit o por exceso.

Las inequidades existentes en Chimborazo como es el escaso acceso de la población a los servicios de salud, educación, bienestar social, bajos ingresos económicos, entre otros, que se reflejan con mayor fuerza en la provincia y en sus cantones, especialmente en los sectores rurales y urbano marginales, son las principales causas de malnutrición (Freire W.B., at col. 2013).

De igual manera por estudios realizados se ha observado que las prácticas inadecuadas de alimentación en niños y niñas son factores predisponentes a la malnutrición en la provincia, de acuerdo con un estudio de línea de base en niños menores a cinco años, realizado por la Cooperación técnica Internacional de Japón (JICA) en la provincia de Chimborazo, (MSP del Ecuador. 2011).

En Chimborazo se ha evidenciado también, según el Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, la oficina de Unicef y el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social en el Ecuador, que las cifras de muertes prematuras son alarmantes, pues 405 menores mueren anualmente antes de cumplir los seis años por mala nutrición, siendo la falta de agua potable y de saneamiento ambiental factores que podrían

desembocar en el problema de la desnutrición crónica sobre todo en el área rural, donde sólo el 27% de las familias tiene agua potable, y sólo el 24% cuenta con alcantarillado.

Siendo la provincia de Chimborazo la que ocupa el primer lugar en desnutrición infantil en el país por casi diez años, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En Chimborazo, el 9,1% de niños y niñas presenta sobrepeso y el 6% obesidad en un universo de 0 a 60 meses, mientras que en los jóvenes de 12 a 19 años esta cifra se duplicó al 16% durante 2014 (Apuntalar la cultura alimenticia en escuelas y colegios de Riobamba. 2015).

A nivel de la cabecera cantonal, en Riobamba, la desnutrición infantil actualmente ocupa el 54.3% de desnutrición crónica (talla/edad), y el 37.9 % de desnutrición global (peso/edad) de las enfermedades clínicas más comunes y más atendidas en los centros y subcentros de salud.

2.2.4 Conocimiento

Conocer es el proceso de averiguar, aprehender, mediante procesos mentales, mediante la inteligencia, el porqué, como, cuando, además de las relaciones y cualidades de las cosas, obteniendo de esa manera el conocimiento, que no es sino el efecto y acción de conocer (González, E. 2011).

El conocimiento es el almacenamiento de la información que pudo ser adquirido por el aprendizaje de las experiencias vividas del mundo que le rodea o por cualquier tipo de investigación que se realice, es decir que puede ser un conocimiento empírico o conocimiento científico, los mismos que pueden ser transmitidos, derivados o acumulados (Córdova, L. 2012). La adquisición del conocimiento va a ser de forma constante debido al interaccionar de los seres humanos (Colmenares, O. 2011).

El conocimiento empírico es conocido también como conocimiento vulgar, y como se mencionó anteriormente se caracteriza porque éste se obtiene después de la experiencia y proviene del azar, teniendo como base la práctica, por lo que es de fácil accesibilidad (González, E. 2011) (Cisneros, E.; y Vallejo, Y. 2015). En cambio que el conocimiento científico conocido también por algunos autores como puro, se caracteriza porque se

obtiene antes de la experiencia, pudiendo ser general, sistemático, objetivo, racional, metódico, falible, crítico, desinteresado y demostrativo. (Campos, M.; Gaspar, H. 1990) (Jarillo, S.; López, A. (2007) (Cisneros, E.; y Vallejo, Y. 2015).

Sin embargo el conocimiento va a depender de otros factores propios del individuo o del ser humano como es la etapa del ciclo de vida que este atravesando, sus experiencias previas, su grado de instrucción, el medio familiar que le rodea, que se relaciona muchas veces con creencias que pueden o no ser correctas pero que son parte de su cultura (Zamora, Y. y Ramírez, G. 2013) (Clavo, J. 2014).

Según la OMS/OPS (2011) la buena recolección de información, de datos, de nociones, de experiencias acumuladas y logradas durante la vida de una madre es conocimiento alimentario que constituye un factor muy importante para mantener un buen estado de salud principalmente en los niños menores de 5 años, así como también la prevención de aparición de enfermedades; debido a que es la madre la cuidadora primaria de su hijo, constituyendo un importante agente de salud ya que interviene directamente en la alimentación de su niño y esta dependerá del grado de instrucción o educación que ella posea, así como el poder adquisitivo de la familia, ya que es en el hogar donde se desarrollan procesos que combinan recursos, comportamientos y conocimientos; sin embargo la madre no siempre podrá estar encargada del cuidado de sus hijos como del resto de su familia ya que en el mundo actual, las mujeres, madres se incluyen al mundo laboral, teniendo el riesgo de descuidar la alimentación en especial de sus niños, situación que se observa tanto en la población urbana como en la población rural pudiendo provocar situaciones de riesgo que conlleven a la pérdida de salud. En estudios realizados se ha observado que el estado nutricional de los niños tiene relación directa con el cuidado así como la educación de la madre ya que se ha identificado que hay una mejor utilización de los conocimientos disponibles sobre alimentación y de los servicios de salud; incluso teniendo únicamente escolaridad primaria o alfabetizada (Velásquez, A.; Zavala, R. 2013). Ya que de esto dependerá las habilidades, destrezas y actitudes que adquiera la madre sobre nutrición infantil (Clavo, J. 2014).

La educación de la madre mejora el desarrollo del estado de salud de sus hijos debido a que una educación adecuada o formal la instruye directamente sobre conocimientos sobre nutrición, permitiendo conocer, no solo como alimentar a sus niños sino también a

identificar cuando sus hijos tienen problemas de salud, así como también su acercamiento a los servicios de salud, constituyendo de esta manera la madre un determinante de salud en la nutrición infantil (Alcázar, L. 2011).

2.2.5 Conducta alimentaria

El comportamiento que relaciona acciones, hábitos, preparaciones, cantidades y selección de alimentos con el individuo hace referencia a la conducta alimentaria, los que se condicionan por las experiencias, aprendizajes vividos durante la niñez especialmente durante los primeros 5 años de vida, interviniendo factores biológicos como la predisposición genética que proviene de los padres a través de los genes, por ejemplo van a ser los causantes del rechazo a cierto tipo de alimentos; la fisiología del apetito donde existe componentes fisiológicos que regulan la ingesta, el peso corporal y el crecimiento; así como también los factores ambientales como el entorno familiar donde se escogen los métodos durante la alimentación; todos estos factores en conjunto van a influenciar en las futuras conductas alimentarias del niño.

La conducta alimentaria va a persistir durante toda la vida del individuo desde la niñez donde es definida hasta etapas posteriores de la existencia (Córdova. L. 2014). Hay que aclarar que las conductas alimentarias no son rígidas, sino que pueden presentar cambios de acuerdo al ciclo de vida que se encuentre atravesando el individuo (Castrillón, I.; y Giraldo, O. 2014)

Durante los primeros años de vida es frecuente que pueda encontrar alteraciones en la conducta alimentaria y se manifiestan en el niño como aversiones alimentarias, dificultades durante la alimentación, retraso de crecimiento resultantes del entorno familiar, cuyo manejo se basaría en la educación preventiva sobre modificaciones conductuales del ambiente familiar.

Otro factor importante durante el aprendizaje de los niños que establecen rechazos o preferencias alimentarias tienen que ver con procesos asociativos y no asociativos. Los procesos asociativos, son los procesos que tienen que ver con el contexto social, en donde los niños asocian comida con contexto y consecuencia. Los procesos no asociativos

tienen que ver con la exposición repetida a un alimento, que pueden causar en el niño aceptación a nuevos alimentos.

Se ha observado que la madre como cuidadora primaria es la que influye directamente en el estado nutricional y comportamiento alimentario del niño como en el resto de su familia, ya que es ella la que interviene tanto en la cantidad de la comida, como en la frecuencia y deseo de comer y estos están determinados por las actitudes y pautas alimentarias que ella aprendió y que posee, pudiendo tener efectos negativos o positivos en la alimentación, sobre todo en los niños, que se encuentran en una etapa en donde se instaura y se consolida hábitos y conductas alimentarias, además de que es en la infancia donde las necesidades nutricionales se incrementan y deben ser suplidas para un adecuado crecimiento y buen estado de salud (Martínez, M.; y Álvarez, M. 2012) (Córdova. L. 2014). Es en este contexto familiar donde se usa diferentes modelos durante alimentación, por ejemplo para la elección de la comida la madre o cuidadora primaria o los padres pueden ser autoritarios o permisivos con el niño, influyendo también en horarios de alimentación, cantidad o tipo de comida que va ingerir, además de la edad en los que se introducen los alimentos, basándose generalmente en la disponibilidad de los alimentos, tradiciones familiares, conocimiento y la cultura (Silva, J. 2013). Así vemos también que en las madres jóvenes sus preparaciones alimentarias se caracterizan por ser más ricas en grasa y por ende con alto contenido calórico, el mismo que es desequilibrado y sobre todo que carece de los nutrientes esenciales para el desarrollo adecuado del niño. Siendo la edad de la madre otro factor determinante para desarrollar riesgo en las conductas alimentarias de los niños. La hora de comer, es el ambiente donde se crea patrones de alimentación, los mismos que van a posibilitar la interacción social entre la familia, pudiendo en ese momento reforzar conductas alimentarias saludables, previniendo las inadecuadas, o todo lo contrario estableciendo contextos erróneos en torno a la alimentación y las emociones negativas. Otro factor que se evidencia no solo en la madre, sino en la familia entera, es la conducta sobreprotectora que se tiene hacia los hijos, lo que va a generar un ambiente inadecuado durante la comida pues genera emociones negativas, creando en el niño dependencia, que se manifiesta generalmente con problemas relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal. Estos patrones alimentarios pueden afectar a varios miembros de la familia lo que podría ocasionar la aparición de trastornos en la conducta alimentaria de los niños (Álvarez, L. y et al. 2014).

La situación socioeconómica, lugar de residencia así como los estilos de vida que el individuo como su familia posea entre otros factores socio-culturales, también van a determinar las conductas alimentarias, otros factores como por ejemplo la publicidad, influye en la elección de alimentos tanto en niños como en los adolescentes.

Es decir que la conducta alimentaria va a ser adquirida por la experiencia que el individuo tenga con la comida así como por la imitación de los modelos culturales, familiares pero sobre todo de sus padres, en donde juegan un papel también importante las emociones que están implícitas en el acto de comer. Siendo la familia quien proporciona información, actitudes, modos, relacionados con la alimentación y que repercutirá en el niño y posteriormente durante toda su vida tanto en su condición de salud como estilos de vida.

La conducta alimentaria desde un punto de vista de evaluación dietética resulta de la estrecha relación que existe entre los sentimientos, actitudes internas sobre alimentación y el medio que le rodea al momento de la comida, como es el ambiente, el lugar, el horario, la duración, la compañía y la interacción que existe entre el niño y el cuidador, el mismo como se manifestó anteriormente puede acarrear efectos negativos o positivos en el infante. Se ha evidenciado que los padres para controlar la alimentación de los hijos lo realizan mediante dos formas: la primera es a través de la restricción para las comidas poco o nada saludables, o la cantidad total de alimentos a comer; la otra forma para controlar la alimentación es ejerciendo presión para que el niño consuma alimentos saludables o en mayor cantidad. Los efectos que generan estas dos formas de control van a presentarse a corto o a largo plazo.

Los efectos a corto plazo, van a incrementar las preferencias por el consumo y atención del niño, sin embargo posteriormente puede generar ingesta de alimentos a pesar de que haya ausencia de hambre, evitando el desarrollo de la capacidad de autocontrol en la alimentación en los niños. Por lo que para investigar las conductas alimentarias en los niños es necesario conocer el ambiente que rodea al infante durante la alimentación, donde se puede evidenciar la presencia o no de elementos distractores, el horario y duración de las comidas, la respuesta del niño al momento de interactuar con su cuidador durante la comida (Domínguez, C. 2012). Los elementos distractores por ejemplo, la televisión, radio, juguetes, libros, al estar presentes en el momento de la alimentación

causan distracción y dificultando la ingesta de alimentos. Los intervalos entre comida y comida, deberán ser establecidas de acuerdo a la capacidad o fisiología del niños. La presencia del cuidador del niño durante la alimentación, es lo ideal para moldear la conducta alimentaria de los niños. El tiempo que el niño usa para consumir las comidas principales debería ir desde 30 a 45 minutos, permitiendo de esta manera mantener un adecuado ritmo de alimentación en el niño. Todos estos factores van a estar condicionando la conducta alimentaria y los que indican si la conducta alimentaria es adecuada, o inadecuada, por eso intervenir en las modificaciones de las mismas, mejoran la ingesta de los niños (Papp, J. 2006)

2.2.6 Estrategia de Intervención Educativa

La estrategia de intervención educativa es un instrumento donde se va a organizar actividades tanto de enseñanza como de aprendizaje, información, educación, comunicación que se da en un periodo de tiempo, con la finalidad de cumplir el tema del objetivo planteado, utilizando diversos modelos pedagógicos además de métodos educativos con el objeto de hacer que el aprendizaje sea más fácil y sobre todo efectivo (Allain, R. 2012). Es decir que tiene el propósito de generar procesos de transformación hasta alcanzar el objetivo deseado, a través de la planificación y dirección de acciones organizadas (Beltrán, B. 2007), las mismas que son conscientes, intencionadas conducidas a solucionar problemas (Díaz, C 2003), venciendo dificultades y tratando de la mejor utilización del tiempo y de los recursos disponibles (Planeación Estratégica en las organizaciones. 2004). Constituyendo una herramienta efectiva sobre todo en los programas de salud, porque informan, concientizan y en especial motivan de una manera profunda a la población en estudio o a la población en general para que se empoderen de los temas que son importantes para mejorar su salud, tanto a nivel individual, familiar y a nivel de la comunidad. De esta forma la población que recibe activamente la información específica de la intervención educativa, adquirirá los conocimientos necesarios y se dará cumplimiento a las metas planteadas (Allain, R. 2012), a través de dos procesos básicos: El primer proceso es la intencionalidad ya que se induce procesos que aún no existen pero que son imprescindibles, además de potencializar los existentes y de esa manera concebir los efectos deseados por la estrategia planteada. El segundo proceso es la autoridad, que se encuentra asociada a la capacidad técnica, moral, profesional del que implementa la estrategia en busca de un cambio. Todo en busca del

cambio inducido y condicionado por la predisposición, flexibilidad del comportamiento (Ravenet, M. 2003).

Para la elaboración de la estrategia de intervención se requiere los siguientes elementos:

- El diagnóstico, es decir que necesita ser intervenido.
- Una misión, qué se debe hacer.
- Plantear objetivos, cuáles son las intenciones por las que se realiza la intervención.
- Fijar metas, que ayuden a dar dirección, sentido, organización, motivación para integrar tanto los esfuerzos como las acciones.
- Análisis y evaluación.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Clasificación de la investigación: Se realizó una investigación no experimental, aplicada (Artiles, Iglesias, & Barrios, 2008).

Nivel de investigación: Descriptivo.

Tipo de estudio: Correlacional de corte transversal

3.2 Localización y temporalización

Se realizó el estudio en el barrio San Vicente de la parroquia Yaruquíes del cantón Riobamba. Distrito Chambo-Riobamba, Provincia Chimborazo, en el período de enero a junio de 2016.

3.3 Población de estudio

Estuvo constituida por el universo de 49 madres de niños menores de 5 años pertenecientes al barrio San Vicente de Yaruquíes.

Criterios de inclusión:

- Madres de niños menores de 5 años del barrio San Vicente.
- Dar su consentimiento informado para participar en este estudio
- Madres que residen en el barrio San Vicente de Yaruquíes.

Criterios de exclusión:

- Tener alguna discapacidad o enfermedad invalidante que le impida participar en el estudio.
- Madres de niños mayores de 5 años

Criterios de salida:

- Abandono del estudio por parte de las madres por cualquier causa.

3.4 Variables de estudio

3.4.1 Identificación

Variable Independiente:

Malnutrición: Es el estado o condición dietética en la cual existe una insuficiencia o exceso de uno o más nutrientes en la dieta. Y no satisface sus necesidades nutricionales.

Variable Dependiente:

Variables Sociodemográficas:

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado conyugal
- Ocupación

Variable Conducta: La conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

Para dar salida a la variable nivel de conducta se establecerán 7 dimensiones que corresponden a la conducta alimentaria de la madre:

- Horarios de comida.
- Lugar en donde se alimenta
- Compañía durante la alimentación
- Duración de las comidas
- Elementos distractores
- Respuesta de la madre durante la alimentación

Variable Conocimiento: Es la conciencia o la percepción de la realidad que se adquiere por el aprendizaje o la investigación y se basa en datos objetivos.

Para dar salida a la variable conocimiento se establecerán 2 dimensiones que corresponden al conocimiento alimentario de la madre:

- Conocimiento sobre alimentación saludable
- Conocimiento sobre consecuencias de la mala nutrición

3.4.2 Operacionalización

Dimensiones para evaluar las variables sociodemográficas				
Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	19 – 24 a 25 - 29 a 30 - 34 a 35 - 40 a	Se refiere a los años cumplidos	Porcentaje de madres por grupos de edad
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Superior Ninguno	Según último año de educación culminado de acuerdo a la anterior clasificación del Sistema de Educación Primaria: Culminó el sexto grado Secundaria: Culminó el sexto curso Superior: Culminó la carrera universitaria o técnica Ninguno: No sabe leer ni escribir	Porcentaje de madres según nivel de instrucción
Estado conyugal	Cualitativa nominal	Casada Unida Soltera Separada Divorciada Viuda	Según términos del status legal matrimonial	Porcentaje de madres según estado conyugal

Ocupación	Cualitativa nominal	Trabaja Estudiante Ama de casa Jubilada o pensionada	Según la ocupación que realiza	Porcentajes de madres según la ocupación
Dimensiones para evaluar la variable conductas alimentarias				
Horarios de comida	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a horarios de comida</p> <p>Adecuada: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuada: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de madres según horarios de comida
Lugar en donde se alimenta	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a lugares donde alimenta la madre al niño</p> <p>Adecuada: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuada: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de madres según lugar donde alimenta al niño
Compañía durante la alimentación	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a compañía durante la alimentación del niño</p> <p>Adecuada: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuada: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de madres según compañía durante la alimentación del niño
Duración de las comidas	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas duración de las comidas del niño</p>	Porcentaje de madres según duración de

			<p>Adecuada: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuada: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	las comidas del niño
Elementos distractores	Cualitativa nominal dicotómica	<p>No existe</p> <p>Existe</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a elementos distractores durante la alimentación del niño</p> <p>No existe Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Existen: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de madres según elementos distractores durante la alimentación del niño
Respuesta de la madre durante la alimentación	Cualitativa nominal politómica	<p>Adecuada</p> <p>Inadecuada</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a respuesta de la madre durante la alimentación del niño</p> <p>Adecuada: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuada: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de madres según su respuesta durante la alimentación del niño
Dimensiones para evaluar la variable conocimientos				
Conocimientos sobre alimentación saludable	Cualitativa nominal	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a alimentación saludable</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de madres según conocimiento sobre alimentación saludable

<p>Conocimiento sobre consecuencias de la mala nutrición</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a consecuencias de la mala nutrición</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>Porcentaje de madres según conocimiento sobre mala nutrición</p>
--	----------------------------	--	--	---

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista por parte de la investigadora. Como instrumento de recolección de datos se usó un cuestionario diseñado por la investigadora, el que fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte madres con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su aceptación y determinar las dificultades que existían para su solución, además se procuró que la información recibida sea confiable, válida y diversa, dentro de los objetivos del estudio.

3.5.1 Características del instrumento

El cuestionario estuvo estructurado en partes, una parte inicial que recogió datos sociodemográficos y otra que contempló un test de conocimiento y conducta alimentaria. El conocimiento sobre alimentación y conducta alimentaria fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró una sola alternativa correcta. El sistema de puntuación que fue empleado es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando respondió correctamente el 60 % o más, de los ítems realizados y no satisfactorios cuando respondió correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.5.1.1 *Validación del instrumento*

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultó a expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre conocimiento y conductas alimentarias de madres niños menores de 5 años. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adición de cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0. Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieron calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos.

El estudio piloto se realizó con 20 madres con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación.

3.6 Procedimientos

Etapas de la investigación

En una primera etapa, se estableció la comunicación con las madres participantes que formaron parte del estudio, las cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejarían los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico; se determinó el conocimiento sobre alimentación y conducta alimentaria y se determinó la posible relación entre conocimiento, conducta y variables sociodemográficas que dio salida al segundo y tercer objetivo específico respectivamente.

Para dar salida al cuarto objetivo, a partir de los resultados obtenidos, se procedió a aplicar la Fase 3 del modelo PRECEDE, el cual permitió identificar las necesidades de capacitación en base a la determinación de factores protectores, refuerzo, predisponentes por lo que se diseñó una estrategia educativa sobre conocimiento y conducta alimentaria para las madres de niños menores de 5 años del barrio San Vicente de Yaruquies, que incluyen acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se realizó utilizando porcentajes y medias. Se empleó el Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia de $p < 0.05$, y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21. Los resultados se reflejan en tablas y gráficos mediante números absolutos y porcentajes para su mejor representación y comprensión. Para la verificación de la hipótesis se aplicó la prueba T

3.8 Aspectos éticos

Previo a la realización de la presente investigación se explicó a las participantes que intervinieron los objetivos del estudio y se solicitó la autorización a través de un formulario de consentimiento informado. Se aplicaron los principios éticos de confidencialidad, autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información obtenida fue usada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la convención de Helsinki, ya que la investigación no represento riesgo para las participantes, ni les representó gasto económico alguno para el mismo.(Anexo A)

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

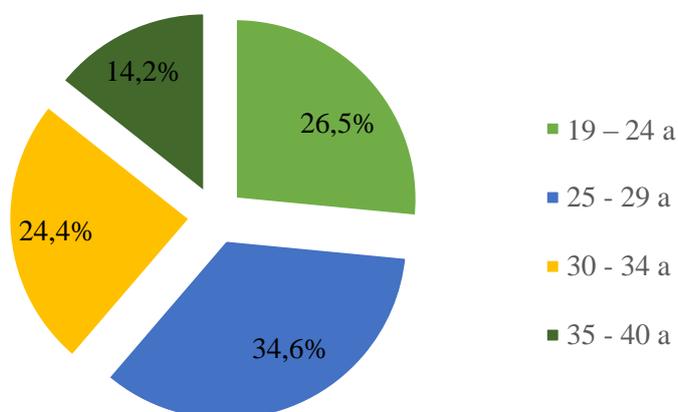
4.1 Resultados y Discusión

El grupo etario de las madres de niños menores de 5 años (Tabla 1), que predominó en la presente investigación fue el de 25 a 29 años de edad con un 34,6%; en el estudio realizado por Silva, J. (2012) “*Ingesta y conducta alimentaria en el niño en edad pre escolar*”, presento similares resultados con respecto a la edad de la cuidadora principal de los niños, la madre, con una edad media de la madre de 28 años. En el estudio realizado por Rolandi, M. (2014) “*Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses*” de igual manera se encontró que la edad de las madres estuvieron en un valor medio de 27 años, teniendo el mayor porcentaje (28%) las madres que se encontraron entre los 22 a 27 años de edad. Aunque no exista muchos estudios que relacionan problemas de nutrición infantil con la edad materna se ha observado que en mujeres muy jóvenes hay un mayor riesgo de tener hijos con malnutrición fetal y sus consecuencias posteriores después del nacimiento, en la investigación “*Factores que influyen en la desnutrición proteico en menores de cinco años*” de Díaz, J y Mendoza, T. (2008) se encontró que los niños de bajo peso de su estudio, tenían como madre a una adolescente (Menor de 19 años), en un 23,1 %, frente a hijos normo peso que solo hubo el 7,7%.

Tabla 1. Distribución de madres de niños menores de 5 años según grupos etarios.

Edad	N°	%
19 – 24 a	13	26,531
25 - 29 a	17	34,693
30 - 34 a	12	24,490
35 - 40 a	7	14,286
Total	49	100,000

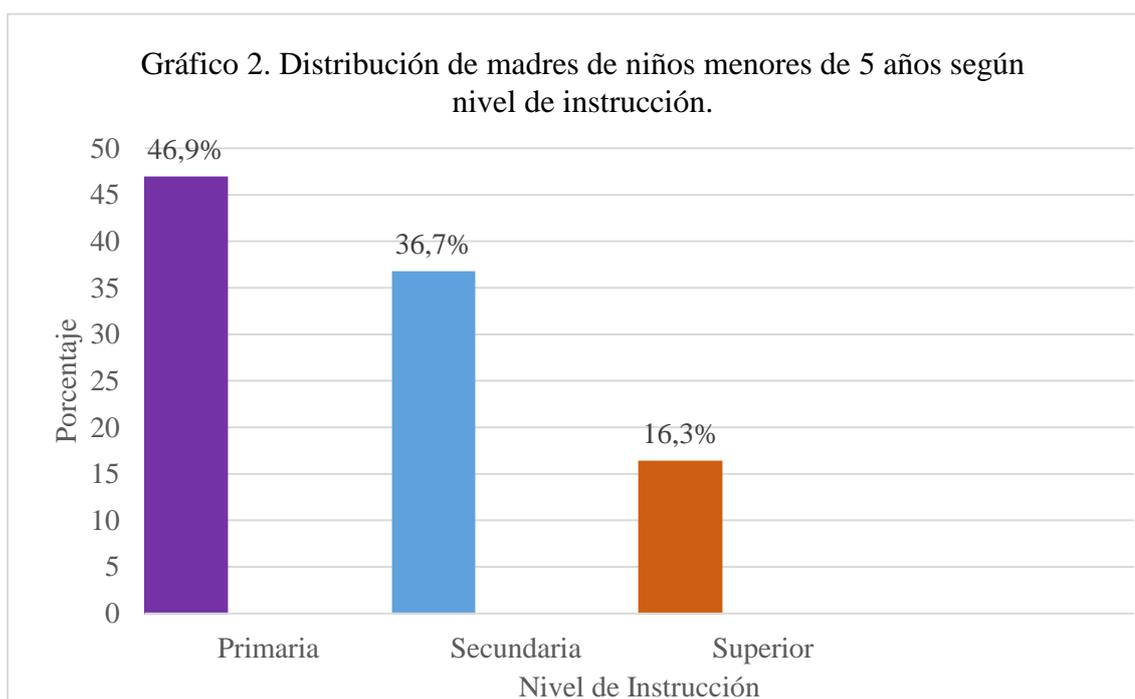
Gráfico 1. Distribución de madres de niños menores de 5 años según grupos etarios.



Conocer las determinantes de la nutrición infantil es muy importante ya que es herramienta que construye los cimientos de la economía de un país, pudiendo encontrar muchas variables sin embargo entre las más importantes esta la educación de la madre, observando que el nivel de instrucción de la madre influye directamente en el bienestar familiar y sobre todo en el estado nutricional de los niños (Chávez, J. 2012), en la investigación (Tabla 2) se observó que el nivel de instrucción de las madres de los niños menores de 5 años que prevaleció fue el nivel de instrucción primaria con un 46,9%, en contraste con el nivel de instrucción superior que en la población de estudio solo fue el del 16,3%. En el estudio realizado por Asencio, L.; y Muñoz, K. (2012) *“Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guarderías “San Pablito” y “Mis Primeros Pasos” comuna San Pablo. Santa Elena. 2011-2012”*, se observó similares resultados ya que el mayor porcentaje corresponden a madres que tiene nivel de instrucción primaria con el 75% y solo el 2% con nivel superior.

Tabla 2. Distribución de madres de niños menores de 5 años según nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	N°	%
Primaria	23	46,939
Secundaria	18	36,734
Superior	8	16,327
Total	49	100,000

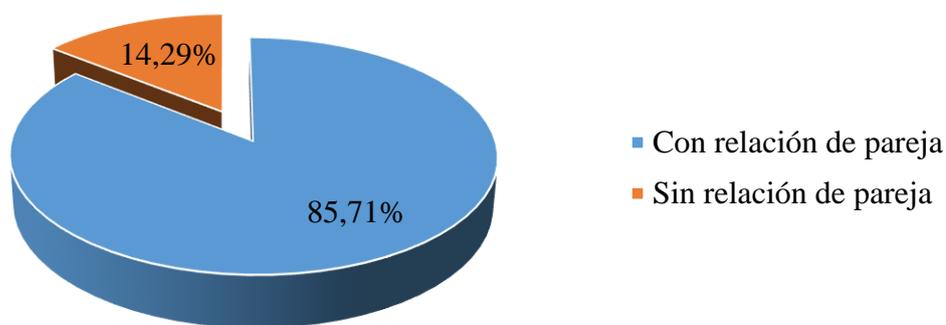


En la Tabla 3, se puede observar que el 85,7% de las madres de los menores de 5 años de edad estuvieron en el grupo de con relación de pareja, en esta dimensión se incluyeron a las madres que tenían como estado conyugal casada o unión estable; en cambio un 14,2% no presentaron relación de pareja, en esta dimensión se incluyeron a las madres solteras y viudas. En el estudio *“Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el Subcentro de Salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el período diciembre- marzo 2013.”* realizado por Guerrero, G. (2014) se observó una población materna similar al del presente estudio, encontrando una mayor cantidad de madres con relación de pareja, casadas en un 70% y unión libre en un 16%, y sin relación de pareja, madres solteras en un 14%.

Tabla 3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según estado conyugal.

Estado conyugal	N°	%
Con relación de pareja	42	85,714
Sin relación de pareja	7	14,286
Total	49	100,000

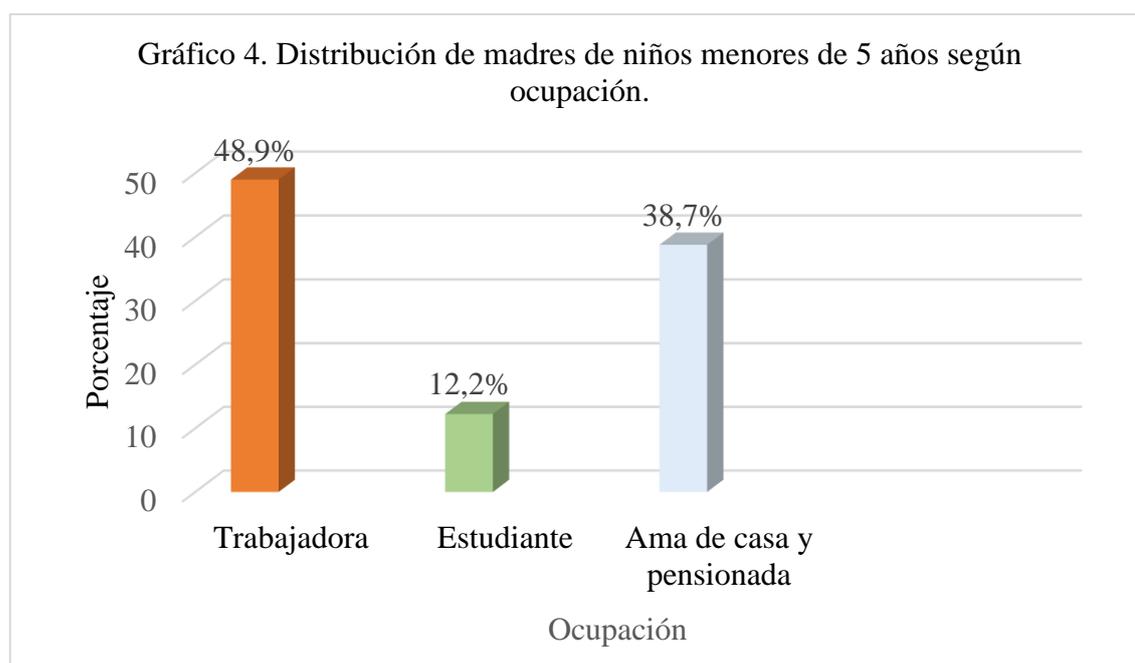
Gráfico 3. Distribución de madres de niños menores de 5 años según estado conyugal.



En lo referente a la ocupación (Tabla 4) el 48,9% de las madres de los niños menores de 5 años del Barrio San Vicente fueron trabajadoras, el 38,7% fueron amas de casa y solo un 12,2% fueron estudiantes, en contraste con el estudio que realizó Guerrero, G. (2014). “*Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el Subcentro de Salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el período diciembre- marzo 2013.*” las madres en su mayoría se dedicaban a ser amas de casa en un 53%, lo que les permitía mantenerse mayor tiempo junto a sus hijos y un 47% trabajaban o estudiaban por lo que hacía que terceras personas se encargaban del cuidado de sus niños, influenciando en el estado nutricional de los mismos.

Tabla 4. Distribución de madres de niños menores de 5 años según ocupación.

Ocupación	N°	%
Trabajadora	24	48,980
Estudiante	6	12,244
Ama de casa y pensionada	19	38,776
Total	49	100,000

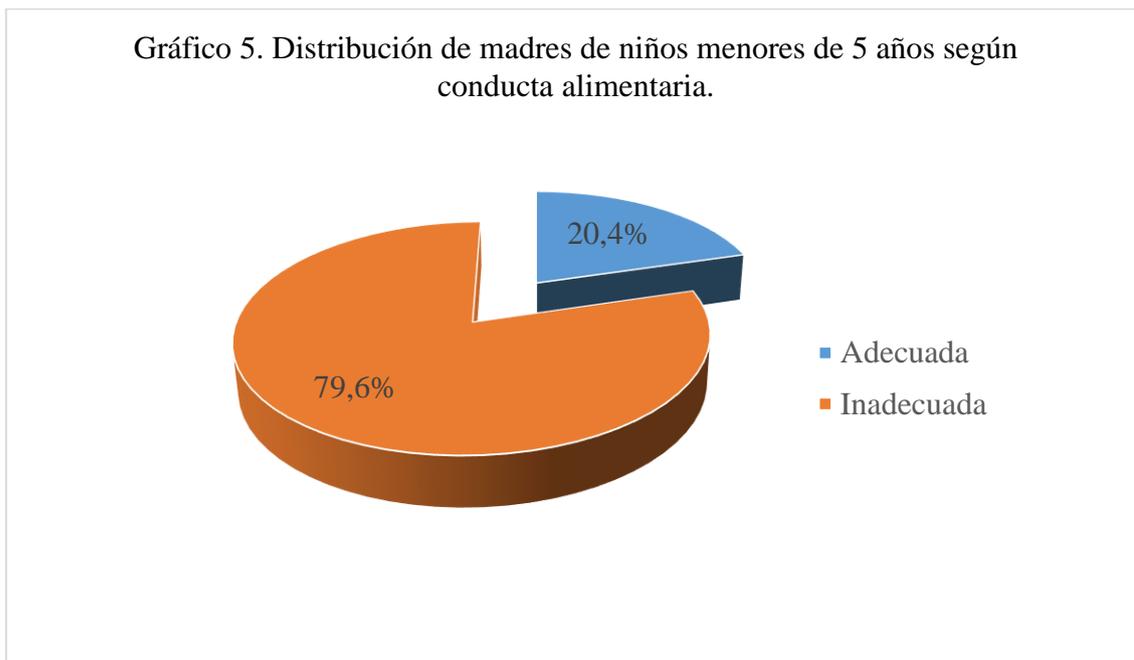


La conducta alimentaria en forma general (Tabla 5) en las madres de niños menores de 5 años de edad fue inadecuada, encontrándola en el 79,5% de la población estudiada, frente a solo el 20,4% de madres que tuvieron conducta alimentaria adecuada. En estudios realizados se observa similares porcentajes con respecto a una conducta alimentaria inadecuada como en la investigación realizada por Córdova. L. y Flores, R. (2014) en su trabajo titulado “*Efecto de una intervención educativa en el conocimiento de madres y estado nutricional del niño utilizando productos oriundos peruanos*”, donde se evidenció un 53% de conductas alimentarias inadecuadas.

Tabla 5. Distribución de madres de niños menores de 5 años según conducta alimentaria.

Conducta alimentaria	N°	%
Adecuada	10	20,409
Inadecuada	39	79,591
Total	49	100,000

Gráfico 5. Distribución de madres de niños menores de 5 años según conducta alimentaria.

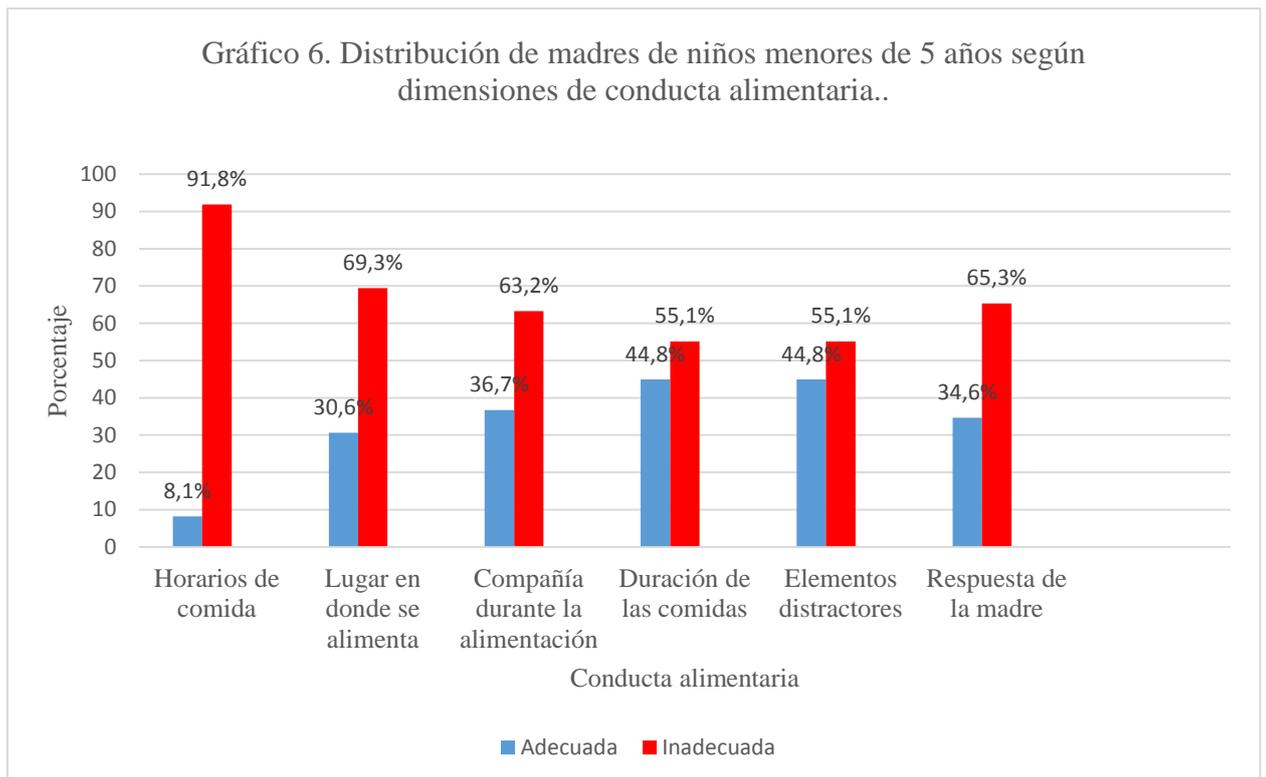


En relación a las dimensiones conducta alimentaria en las madres de los niños menores de 5 años del barrio San Vicente (Tabla 6), con lo que respecta a los horarios de comida el 91,8% de las madres presentaron horario inadecuado, en relación al lugar donde alimenta al niño el 69,3% de la población en estudio tuvieron un lugar inadecuado, en lo referente a la duración de las comidas el 55,1% de las madres fue inadecuada, el 55,1% tuvieron elementos distractores durante la alimentación de sus niños, y el 65,3% tuvieron una respuesta durante la alimentación del niño inadecuada. Similares resultados se obtuvieron en el estudio realizado por Domínguez, C. (2012), en su investigación “*Modificaciones en conductas y hábitos alimentarios y su influencia en el apetito de menores de dos años con desnutrición primaria*” se observó que en un alto porcentaje presentó horarios inadecuados (82,5%), ni lugar fijo para la alimentación (61,9%), había cuidador presente durante la comida (92,8%), aunque en comparación con el presente

estudio en la investigación realizada por Domínguez, C. (2012) tuvieron una duración adecuada en un 57,7%, sin embargo con la respuesta del cuidador durante la alimentación siguió la tendencia con el estudio actual con un alto porcentaje de 57,7%.

Tabla 6. Distribución de madres de niños menores de 5 años según dimensiones de conducta alimentaria.

Conducta alimentaria	N=49	
	N°	%
Horarios de comida		
Adecuada	4	8,163
Inadecuada	45	91,837
Lugar en donde se alimenta		
Adecuada	15	30,612
Inadecuada	34	69,388
Compañía durante la alimentación		
Adecuada	18	36,734
Inadecuada	31	63,266
Duración de las comidas		
Adecuada	22	44,898
Inadecuada	27	55,102
Elementos distractores		
No existen	22	44,898
Existen	27	55,102
Respuesta de la madre durante la alimentación		
Adecuada	17	34,693
Inadecuada	32	65,307



El conocimiento materno sobre alimentación infantil es otro de los determinantes del estado nutricional de los niños, siendo la madre y sus conocimientos en alimentación infantil los que aseguran el adecuado crecimiento y desarrollo apropiado de sus hijos. En la Tabla 7 la distribución de las madres según el conocimiento sobre alimentación en niños menores de 5 años fue no satisfactoria en un 87,7%, y solo un 12,2% presentó un conocimiento satisfactorio.

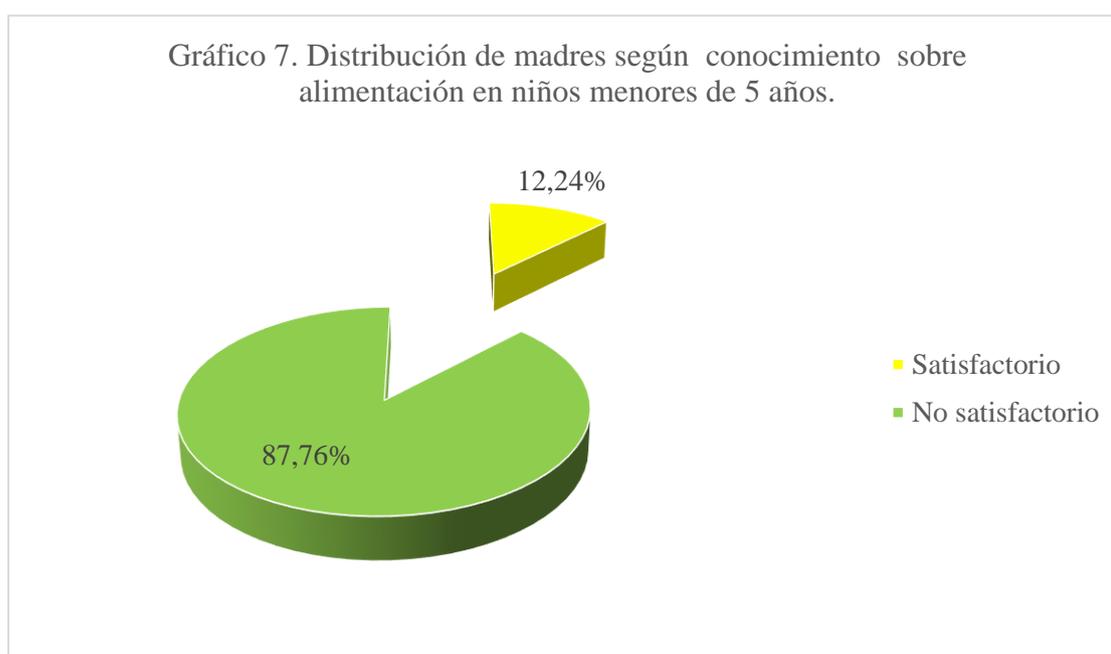
Zamora, Y. y Ramírez, E. (2012) en el estudio que realizó en madres evidenció que al igual que la presente investigación existió un alto porcentaje de madres (63,3%) que presentó desconocimiento sobre la alimentación infantil, similares resultados se evidenció en los estudios de Ramírez y Sifuentes (2009) quienes en su trabajo de investigación sobre conocimiento de las madres sobre nutricional, reportaron un inadecuado conocimiento en un 67,6%.

Siendo la madre la que proporciona la asistencia sanitaria a sus hijos como al resto de la familia, debe ser la que debe poseer un conocimiento adecuado que le permita brindar los cuidados necesarios al niño en las mejores condiciones y con responsabilidad, que según se evidencia en el presente estudio no se encontró, que junto a otros factores que pueden

estar relacionados como son la mala calidad de alimentos, las inadecuadas condiciones de salubridad darían como resultado la malnutrición, propio de los países en desarrollo como el Ecuador.

Tabla 7. Distribución de madres según conocimiento sobre alimentación en niños menores de 5 años.

Conocimiento	N°	%
Satisfactorio	6	12,244
No satisfactorio	43	87,756
Total	49	100,000

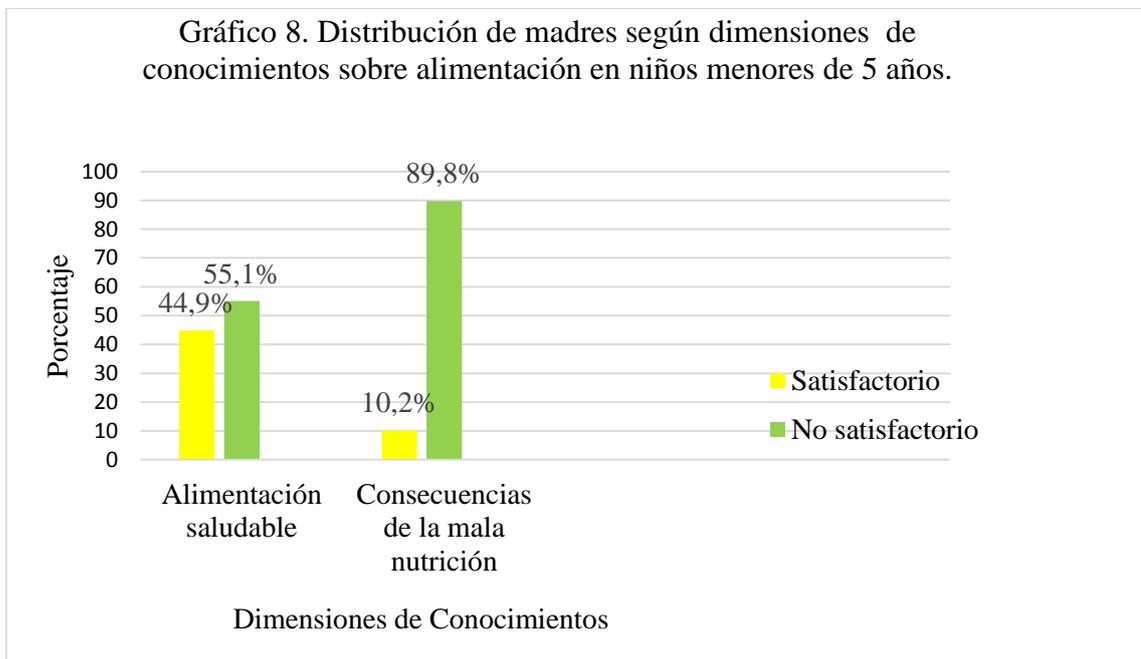


En relación a las dimensiones de conocimientos sobre alimentación en las madres de los niños menores de 5 años (Tabla 8), se evidenció que el conocimiento sobre alimentación saludable fue no satisfactorio en el 55,1% y tenían un desconocimiento sobre las consecuencias de la mala nutrición en el 89,7% de los casos, similar situación se evidencio en el estudio de Mayor, D (2015), en su investigación “*Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa*” donde se observó que las madres de los niños preescolares presentaron 63,3% de desconocimiento sobre alimentación saludable. En el estudio realizado por Condemaita, D. (2013) “*Influencia de los hábitos*

alimentarios en el estado nutricional de niños y niñas en edad preescolar (2-5 años), en el Centro de Desarrollo Bilingüe “Tinytoon” en el período abril-septiembre 2011 de la parroquia Huachi- Loreto de la ciudad de Ambato”, los resultados que reflejo son similares a los obtenidos en la presente investigación pues el desconocimiento sobre la malnutrición fue del 63%.

Tabla 8. Distribución de madres según dimensiones de conocimientos sobre alimentación en niños menores de 5 años.

N=49		
Conocimiento	N°	%
Alimentación saludable		
Satisfactorio	22	44,898
No satisfactorio	27	55,102
Consecuencias de la mala nutrición		
Satisfactorio	5	10,204
No satisfactorio	44	89,796



En relación a variables sociodemográficas y conducta alimentaria (Tabla 9), se observó que el 79,5% de madres presentaron conducta alimentaria inadecuada y de este grupo las madres de 30 a 34 años fue donde más prevaleció con un 30,7%, de igual manera con respecto al nivel de instrucción las madres que tuvieron un nivel primaria presentaron conducta inadecuada con un 56,4%, y en un 84,6% en las que presentaron relación de

pareja. Se encontró una relación significativa entre conducta inadecuada y nivel de instrucción primaria ($p=0,001$). En estudios realizados por Reinoso, P.; Siguencia, J.; y Tigre, D. en el año 2013, en Ecuador, se encuentra similar situación en las variables sociodemográficas ya que su media de edad se ubicó entre 30,23 años, el nivel de instrucción del cuidador fue básica (36,8%). Sobre la conducta alimentaria el 89% es inadecuada, nivel de instrucción inadecuado (91.7%), sin embargo no observaron relación estadísticamente significativa entre conducta y otro factor de riesgo.

Tabla 9. Distribución de madres de niños menores de 5 años según variables demográficas y conducta alimentaria.

Variables demográficas	Conducta				Total		P
	Adecuada		Inadecuada		N= 49		
	N= 10	20,408%	N= 39	79,591%	N= 49	100,000%	
	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad							
19 – 24 a	4	40,000	9	23,077	13	26,530	
25 – 29 a	6	60,000	11	28,205	17	34,694	0,020
30 - 34 a	0	0	12	30,769	12	24,490	
35 - 40 a	0	0	7	17,949	7	14,286	
Nivel de instrucción							
Primaria	1	10,000	22	56,410	23	46,939	0,001
Secundaria	4	40,000	14	35,898	18	36,734	
Superior	5	50,000	3	7,692	8	16,327	
Estado conyugal							
Con relación de pareja	9	90,000	33	84,616	42	85,714	0,667
Sin relación de pareja	1	10,000	6	15,384	7	14,286	

El estado nutricional de los niños menores de 5 años está directamente influenciado por el conocimiento alimentario que la madre posee, ya que es ella quien decide que alimentos, la cantidad de los mismos, proporciona a sus hijos, es decir si la madre tiene buenos o insuficientes conocimientos acerca de una buena alimentación en niños menores de 5 años, se verá reflejado en el estado nutricional de sus hijos. En la distribución de las madres según conocimiento alimentario y variables sociodemográficas (Tabla 10), se evidencio que el 87,7% de las mismas poseen un conocimiento no satisfactorio sobre alimentación en niños menores de 5 años, de las cuales el 32.5% pertenecía al grupo de 25 a 29 años, el 53, 4% fueron de instrucción primaria y el 83,7%

perteneían al grupo de con relación de pareja. Mayor, D. en el año 2015, en Perú, realizó la investigación para determinar el efecto de la intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, pudiendo observar previo a la intervención que la mayoría de las madres tuvieron un conocimiento de nivel medio únicamente; después de la intervención educativa, en el grupo experimental, predominó el nivel de conocimiento alto.

Tabla 10. Distribución de madres según variables demográficas y conocimiento sobre alimentación en niños menores de 5 años.

Variables demográficas	Conocimiento				Total		P
	Satisfactorio		No Satisfactorio		N=49		
	N= 6		N= 43		100,000%		
	12,244%		87,755%				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad							
19 – 24 a	2	33,333	11	25,581	13	26,531	
25 - 29 a	3	50,000	14	32,559	17	34,693	0,495
30 - 34 a	0	0	12	27,907	12	24,490	
35 - 40 a	1	16,667	6	13,953	7	14,286	
Nivel de instrucción							
Primaria	0	0	23	53,489	23	46,939	
Secundaria	5	83,333	13	30,232	18	36,734	0,096
Superior	1	16,667	7	16,279	8	16,327	
Estado conyugal							
Con relación de pareja	6	100,000	36	83,720	42	85,714	0,547
Sin relación de pareja	0		7	16,280	7	14,286	

Al ser el conocimiento de la madre sobre alimentación en niños menores de 5 años la noción y experiencia, lograda y acumulada, que se alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos, es lo que le permite mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades, este va a depender de factores, como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieren del profesional de salud, entre otros. Es evidente que el adecuado conocimiento de la madre sobre alimentación hace que ella presente conductas alimentarias adecuadas mejorando de esta manera las conductas alimentarias en el niño a partir sus conocimientos y de esta manera mejora el estado nutricional del niño. En la Tabla 11, se puede observar que en el estudio realizado no hubo relación estadísticamente significativa entre conocimientos y conductas en las madres de los niños menores de 5 años de edad del

Barrio San Vicente de Yaruquíes. Las madres que presentaron un conocimiento satisfactorio tenían conductas inadecuadas en un 10,2%, de igual manera en las madres con un conocimiento no satisfactorio tenían conductas inadecuadas en un 69,3%, siendo evidente la necesidad de educación nutricional ya que la falta de información repercute en la conducta que la madre tenga al respecto, sin ser este el único determinante; situación similar se encontró en el estudio de Reinoso, P.; Sigüencia, J.; y Tigre, D. en el año 2013, en Ecuador, donde se observó que ningún factor de riesgo se asoció con conducta alimentaria inadecuada ($p>0,05$) y valores de chi cuadrado no significativos en contraste con otros estudios realizados como el de Zamora, Y.; y Ramírez, E. en el año 2012, en Perú donde concluyeron que existió relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio. Es así que en otras experiencias realizadas las madres mejoraron sus conductas alimentarias y las de sus familias gracias a los conocimientos adquiridos en nutrición en un proyecto denominado “Cocinas colectivas de Malí- África”, donde las actividades que se realizaban estaban destinadas a ser una transferencia de conocimientos, cuyo objetivo fue la autonomía de los grupos de madres donde lograron la reducción de la tasa de malnutrición y de las enfermedades en las familias de las beneficiarias como lo indica Guerra, P. (2012) en su trabajo titulado “Miradas globales para otra economía”.

Tabla 11. Distribución de madres de niños menores de 5 años según nivel de conocimiento y conducta alimentaria.

Conocimiento	Conducta alimentaria				p
	Adecuada		Inadecuada		
	Nº	%	Nº	%	
Satisfactorio	1	2,040	5	10,204	
No satisfactorio	9	18,368	34	69,388	0,097
Total	10	20,408	39	79,592	

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Propuesta educativa sobre alimentación saludable en menores de 5 años dirigido a las madres del barrio San Vicente de Yaruquíes. 2017.

Introducción

La población infantil se ve afectada por la malnutrición, sea por déficit o por exceso, donde juega un rol importante el ambiente que rodea al niño, que no solo dependerá de aspectos socioeconómicos sino también del desconocimiento y conductas inadecuadas en lo referente a la alimentación. Para un adecuado control integral del crecimiento y desarrollo del infante es necesario el trabajo conjunto tanto de los padres de los niños así como del personal de salud (Flor, J. 2012).

La elaboración de una estrategia de intervención educativa que contribuya al mejoramiento del estado de salud de una de las poblaciones más vulnerables del país está basado en las políticas públicas de salud del Estado, como lo indica el Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que hace referencia al mejoramiento de la calidad de vida a través de la promoción de salud y prevención para mejorar de esa manera las condiciones y hábitos de vida de las personas usando la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y modificar también las conductas con el fin de crear hábitos de vida saludable (Senplades. 2013). Ya que es el hombre el único ser que se puede educar, ya que es un ente tanto psíquico, biológico y social ((Flor, J. 2012).

Fundamentos teóricos:

Las intervenciones educativas se las define como el conjunto de actividades que utilizan acciones, métodos de enseñanza con el fin de mejorar los conocimientos, prácticas o conductas del público objetivo seleccionado. Las estrategias de intervención educativa

utilizan diversos modelos pedagógicos con el fin de hacer al aprendizaje más fácil y efectivo.

Siendo consideradas estas intervenciones educativas como herramientas efectivas en los programas de salud y nutrición debido a que no solo se dedican a la mera información sino también a la concientización y aumento de motivación en los individuos para que realicen una participación activa para mejorar su forma de alimentarse y la de los seres que le rodean, es decir su familia. Ya que esta modalidad presume que si le expone constantemente y activamente a la persona, esto hará que en el individuo se genere nuevos conocimientos que le conducirán a cambios integrales que junto a una enseñanza y entrenamiento adecuado dará el resultado esperado y planteado en el objetivo de la intervención como por ejemplo el mejoramiento en sus conductas.

En la actualidad las estrategias de intervención educativa constituyen el complemento de las acciones que se emplean para mejorar la seguridad alimentaria de la familia, siendo la principal forma de prevención y control de las enfermedades relacionadas con la alimentación (Allain, R. 2012).

Necesidad de Capacitación:

La conducta alimentaria inadecuada y el conocimiento no satisfactorio de las madres sobre alimentación en niños menores de 5 años del barrio San Vicente de Yaruquies.
ANEXO fase 3 de Modelo PRECEDE

Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la conducta alimentaria y conocimiento sobre alimentación saludable en niños menores de 5 años en las madres del barrio San Vicente de Yaruquies.

Objetivos específicos:

- Establecer las necesidades de capacitación sobre alimentación saludable que poseen las madres de los niños menores de 5 años.

- Elaborar las agendas de los talleres de alimentación saludable en los niños menores de 5 años.
- Diseñar el Sistema de Evaluación de la Propuesta Educativa

Meta

A marzo 2017 en el barrio San Vicente de la parroquia Yaruquies se mejora en un 75% los conocimientos de alimentación saludable en madres de niños menores de 5 años.

A marzo 2017 en el barrio San Vicente de la parroquia Yaruquies se mejora en un 45% las prácticas sobre alimentación saludable en madres de niños menores de 5 años.

Plan de Acción

Plan de Acción				
Actividad	Fecha	Recursos	Responsable	Criterios de resultados
Coordinación con las 49 madres la participación en el taller	10 al 15 de enero 2017	Humanos Movilización	Dra. Gricelda Valencia	100% de madres acepten participar
Elaboración de invitaciones y convocatoria para el taller	15 al 18 de enero 2017	Humanos Movilización Económicos	Dra. Gricelda Valencia	El 100% de invitaciones elaboradas
Planificación y Recopilación de materiales para la elaboración del taller	10 al 25 de enero 2017	Humanos Libros, Computador, Esteros, Hojas, Copias	Dra. Gricelda Valencia	90% de material recopilado para los talleres
Elaboración de material Educativo	20 al 30 de enero 2017	Humanos Libros, Computador Material impreso	Dra. Gricelda Valencia	100% de material elaborado
Adquisición de materiales para prácticas de los talleres	5 al 20 de febrero 2017	Humanos Movilización Económicos	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista	90% de material adquirido para los talleres
Ejecución del taller en la casa barrial de San Vicente	20 de febrero al 20 de marzo del 2017	Humanos Computadora, Infocus, tríptico, hojas Movilización	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista	80% de asistencia de las madres a los talleres Mejorar en un 75% los conocimientos
Elaboración de informes de resultados de talleres	20 al 30 de marzo 2017	Humanos Computadora Hojas Impresora Copias	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista	100% del informe de evaluación elaborado

Metodología:

Localización y Duración:

La propuesta se ejecutara el barrio San Vicente de la parroquia Yaruquíes del cantón Riobamba. Distrito Chambo-Riobamba, Provincia Chimborazo, en el período de enero a marzo de 2017.

Población beneficiaria directa:

Serán las 49 madres de niños menores de 5 años pertenecientes al barrio San Vicente de Yaruquíes.

Criterios de inclusión:

- Madres de niños menores de 5 años del barrio San Vicente.
- Dar su consentimiento informado para participar en este estudio
- Madres que residen en el barrio San Vicente de Yaruquíes.

Población beneficiaria indirecta:

La familia de las 49 madres participantes.

Métodos:

Se aplicará un método Activo- Participativo considerando las características del grupo de mujeres

Técnicas:

Para el desarrollo de las intervenciones educativas se aplicará:

Talleres
Demostración
Pre Test
Post Test

Estrategia Metodológica

Límites:

La estrategia de intervención contempla la organización del universo de las madres de los niños menores de 5 años del barrio San Vicente de Yaruquies en dos grupos de 24 y 25 integrantes en cada uno; y la ejecución de las sesiones de trabajo (1 hora semanal en los tres primeros temas y la conclusión y evaluación de la capacitación y 2 horas semanales con el taller práctico, se realizará con cada grupo de madres), con un total de 12 horas de capacitación.

Estrategia:

Las estrategias metodológicas para el desarrollo de la intervención educativa son participativas, lo que dará lugar a la aplicación de una variedad de Talleres participativos con intervenciones demostrativas, acompañadas de medios visuales.

Se cumplirá con acciones de tipo instructivo-educativas, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizará con las orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

Para promover el desarrollo de las capacidades de los participantes tanto individuales como grupales, se realizará una metodología, incentivando el trabajo independiente, el grupal, la participación activa, creadora y consciente.

El taller será la forma organizativa docente que se empleará. Además, el lugar de la reunión deberá ser accesible y adecuado para todos los participantes, así como la fecha y hora se establecerá previamente y de mutuo acuerdo.

Los contenidos son sencillos, comprensibles, con contenidos precisos que se los presentaran en forma amena, incentivando a la realización de las preguntas, además se profundizará los temas que así lo necesiten, vinculando la práctica, la cultura,

conocimientos de los participantes y será a través de los talleres los que estimulen a los participantes los cambios esperados.

El material didáctico que se usará son láminas, diapositivas, videos y material necesario para los talleres y de esa manera influenciar en el nivel afectivo, cognitivo y conductual de los participantes.

Temas para las actividades Educativas:

Las actividades que se propondrán son capacitaciones que se desarrollará en el barrio San Vicente de Yaruquíes bajo la modalidad de talleres en los siguientes temas con las siguientes consideraciones metodológicas:

Tema: Alimentación saludable

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Tema: Consecuencias de la malnutrición

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Tema: Conductas alimentarias saludables

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Tema: Desarrollo de habilidades prácticas en las madres frente a la preparación y consumo de alimentos saludables.

Frecuencia: 2 veces a la semana

Al finalizar el ciclo de talleres se realizará la aplicación de una encuesta final.

Frecuencia: final de la intervención.

En cada uno de los talleres se aplicará el cuestionario inicial al inicio de la intervención

Desarrollo de contenidos

Taller N°1

Tema: Alimentación Saludable

Objetivo:

1. Identificar los beneficios de una alimentación saludable en los niños menores de 5 años prevenir el desarrollo de enfermedades relacionadas con la malnutrición.

Tiempo: Duración del taller 60 minutos.

Responsables:

- Dra. Gricelda Valencia O.
- Nutricionista

Contenidos:

- ¿Qué es la Alimentación Saludable en niños menores de 5 años?
- Importancia de una alimentación balanceada en los niños menores de 5 años.
- Que comer, Cuanto comer, Cuando Comer
- Grupos Alimenticios
- Pirámide de alimentos.
- Consejos generales sobre alimentación y alimentos.

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
Taller 1. Planificación y Recopilación de materiales para la elaboración del taller	Libros, Computador, Esteros, Hojas, Copias	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
2. Diseño y Elaboración del video	Computadoras, Cd., memory	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista

3. Elaboración de material en Power Point para la presentación del taller	Computadora, Libros, Folletos, Cds., memory	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
4. Recopilar información para realizar un ejemplo de plato saludable (materiales, ingredientes)	Alimentos, Utensilios de cocina, cocina.	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
5. Elaboración de invitaciones y convocatoria para el taller	Papel volante, computadora, impresora	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
6. Ejecución del taller en la casa barrial de San Vicente	Computadora, Infocus, tríptico, hojas	

Taller N° 2

Tema: Consecuencias de la malnutrición

OBJETIVO:

Reconocer la importancia de la alimentación saludable en los niños menores de 5 años para evitar las consecuencias de la malnutrición.

Tiempo: Duración del taller 60 minutos.

Responsables:

- Dra. Gricelda Valencia O.
- Nutricionista

CONTENIDOS:

- ¿Qué es malnutrición?
- Consecuencias de la malnutrición.
- Malnutrición por defecto
- Malnutrición por exceso
- Cómo evitar la malnutrición en los niños menores de 5 años.
- Consejos nutricionales

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
Taller 1. Planificación y Recopilación de materiales para la elaboración del taller	Libros, Computador, Esteros, Hojas, Copias	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
2. Presentación del video	Computadoras, Cd., memory	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
3. Elaboración de material en Power Point para la presentación del taller	Computadora, Libros, Folletos, Cds., memory	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
4. Recopilar información para realizar un ejemplo de plato saludable (materiales, ingredientes)	Alimentos, Utensilios de cocina, cocina.	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
5. Elaboración de invitaciones y convocatoria para el taller	Papel volante, computadora, impresora	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
6. Ejecución del taller en la casa barrial de San Vicente	Computadora, Infocus, tríptico, hojas	

Taller N° 3

Tema: Conductas alimentarias saludables

Objetivo

General:

Reconocer las conductas alimentarias saludables para sus hijos menores de 5 años.

Tiempo: Duración del taller 60 minutos.

Responsables:

- Dra. Gricelda Valencia O.
- Nutricionista.

CONTENIDOS:

- Conducta alimentaria saludable
- Factores determinantes de la conducta alimentaria.
- Importancia de una conducta alimentaria saludable en las madres de niños menores de 5 años.

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
Taller 1. Planificación y Recopilación de materiales para la elaboración del taller	Libros, Computador, Esteros, Hojas, Copias	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
2. Presentación del video	Computadoras, Cd., memory	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
3. Elaboración de material en Power Point para la presentación del taller	Computadora, Libros, Folletos, Cds., memory	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
4. Recopilar información para realizar un ejemplo de plato saludable (materiales, ingredientes)	Alimentos, Utensilios de cocina, cocina.	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
5. Elaboración de invitaciones y convocatoria para el taller	Papel volante, computadora, impresora	Dra. Gricelda Valencia Nutricionista
6. Ejecución del taller en la casa barrial de San Vicente	Computadora, Infocus, tríptico, hojas	

Taller N° 4

Tema: Desarrollo de habilidades prácticas en las madres frente a la preparación y consumo de alimentos saludables. Taller práctico.

Objetivo

Preparar alimentos saludables para los niños menores de 5 años.

Tiempo: Duración del taller 120 minutos.

Responsables:

- Dra. Gricelda Valencia O.
- Gastrónomo

Contenidos:

- Como elaborar menús saludables. Características locales
- Conservación de los alimentos.
- Pautas nutricionales para la elaboración de menús par niños menores de 5 años.
- Preparación participativa de ejemplos de menús para niños menores de 5 años con productos oriundos de la localidad y de temporada.

Taller N° 5

Tema: Conclusiones:

Objetivo

Evaluar la intervención aplicada a las madres de niños menores de 5 años del barrio San Vicente.

Tiempo: Final de la intervención

Responsables:

- Dra. Gricelda Valencia O.

Contenidos:

- Agradecimiento.
- Aplicación de la encuesta final.
- Evaluación de los resultados.

Sistema de evaluación

Indicadores:

Los indicadores que se usaran se caracterizan por ser alcanzables, medibles para verificar el cambio y de esa manera poder realizar la evaluación, siendo esos de tipo cualitativo, cuantitativo tanto de lo conocimiento como de conducta de esa manera se dará salida y respuesta a los objetivos planteados.

Evaluación:

Evaluación de Proceso: Se realizará el informe del desarrollo de cada una de las cinco sesiones educativas, con los cuales, se pretende lograr los objetivos propuestos para la práctica social.

Estas actividades se realizaran al final de cada sesión con la aplicación de la técnica PNI desarrollada por Edward de Bono, lo que nos permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema a modo de retroalimentación.

Evaluación de resultados: Se realizara tipo test -pre test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial al menos dos semanas después de terminada la intervención.

Dicho instrumentos estará diseñado al efecto que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas, y nivel profesional del facilitador, la cual será aplicada de forma individual o grupal durante la última sesión del programa a modo de conclusiones.

CONCLUSIONES

En la investigación predominan las madres entre los 25 a 29 años de edad, de nivel de instrucción primaria, con relación de pareja y trabajadoras.

En los resultados establecidos en la investigación la conducta alimentaria de las madres es inadecuada y el conocimiento sobre alimentación es no satisfactorio.

Se identifica que no existe relación estadística significativa entre conducta alimentaria y conocimiento en las madres de niños menores de 5 años.

Existe relación estadísticamente significativa entre conducta alimentaria y las variables sociodemográficas nivel de instrucción y edad de las madres.

La estrategia de intervención educativa es pertinente y necesaria en las madres para la prevención de malnutrición en los niños menores de 5 años, con aplicación de una metodología participativa dada las características de la población investigada.

RECOMENDACIONES

Sugerir al Distrito de Salud de Chambo Riobamba la implementación de programas sobre conocimiento y conducta alimentaria para las madres de los niños menores de 5 años en las unidades de atención primaria del distrito.

Implementar la estrategia de intervención educativa en el Subcentro de Salud de Yaruquíes, sobre conocimiento y conducta alimentaria para las madres de los niños menores de 5 años del barrio San Vicente de Yaruquíes, con la finalidad de prevenir la malnutrición infantil y concientizar a las madres sobre las graves consecuencias que un niño malnutrido presenta en su desarrollo integral, además enseñarles los beneficios que presenta conductas alimentarias adecuadas en concordancia con una alimentación saludable aplicados en sus niños.

Promover al personal de salud, realice programas de capacitación para para que mejoren el conocimiento y refuercen actitudes positivas hacia la promoción de salud en lo referente a conocimiento y conducta alimentaria en el individuo, familia y comunidad.

BIBLIOGRAFIA

Alcázar, L.; Marini, A.; y Walker, I. (2011). “El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños”. En: *Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo*. Lima: Editorial GRADE. Recuperado de: biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20120223050027/30_alcazar_marini_walker.pdf

Allain, R. (2012). *Intervención educativa sobre la importancia de la alimentación infantil en el mejoramiento de los conocimientos de madres de niños menores de 5 años de la IEE “República de Brasil”* Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú.

App, J.; y Campos, I. (2010). Hábitos y conductas en la alimentación de lactantes menores hospitalizados por desnutrición grave. *Archivos Venezolanos Puericultura y Pediatría* [online], 73(2), 09 - 17. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492010000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0004-0649.

Apuntalar la cultura alimenticia en escuelas y colegios de Riobamba. (2015). *Telégrafo*. Extraído de: <http://telegrafo.com.ec/regionales/regional-centro/item/apuntalar-la-cultura-alimenticia-prioridad-escuelas-y-colegios-de-riobamba.html>

Aráuz, G. (2013). *Relación entre los conocimientos actitudes y prácticas alimentarias sobre el desayuno, lonchera y almuerzo, de las madres de los niños preescolares de 2-5 años que asisten al centro municipal de educación inicial mundo infantil y su estado nutricional durante el segundo quimestre del periodo escolar 2012-2013.* (Disertación de grado para optar por el título de licenciada en Nutrición Humana) Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito.

Artiles, V. L., Iglesias, O. J., Barrios, O. I. (2008). *Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud*. La Habana: ECIMED.

Asencio, L.; y Muñoz, K. (2012). *“Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guarderías “San Pablito” y “Mis Primeros Pasos” comuna San Pablo. Santa Elena. 2011-2012”*. (Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: Licenciado en Enfermería). Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/700/1/TESIS%20MARITA%20ASENCIO%20Y%20KAREN%20MU%C3%91OZ.pdf>

Black, M.; y Creed-Kanashiro, H. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista del Perú Med. Exp. Salud Pública*, 29 (3), 373-378.

Benalcázar, D. (2011). *Determinantes sociales de la alimentación y percepción de alimentación saludable en familias de estratos 4, 5 y 6 de la localidad de Chapinero de Bogotá D.C.* (Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Nutricionista Dietista). Universidad Javeriana, Colombia. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis706.pdf>

Beltrán, B. (2007). *Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el municipio de Ranchuelo. Villa Clara.* (Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud).

Bueno, M. (2013). “Conceptos básicos de Nutrición en Pediatría”. En Cruz, M., *Manual de pediatría para médicos de Atención Primaria* (pp. 353-355). Barcelona, España: Editorial Océano.

Bueno, M.; y Bueno G. (2013). “Obesidad”. En Cruz, M., *Manual de pediatría para médicos de Atención Primaria* (pp. 527-530). Barcelona, España: Editorial Océano.

Campos, M.; Gaspar, H. (1990) Representación y construcción de conocimiento. Representación y construcción de conocimiento. *Perfiles Educativos*. Extraído de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13208403>

- Castrillón, I; y Giraldo, O.** (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 57-74.
- CEPAL, & PMA.** (2009). *El costo del hambre: impacto de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Cisneros, E.; y Vallejo, Y.** (2015). *Efectividad del programa educativo en Conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Requena -2014*. (Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo.
- Clavo, J.** (2014). *Conocimientos alimentarios en madres y su relación con el estado nutricional del escolar. Institución educativa agosto Salazar Bondy - Chiclayo 2013*. (Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque – Perú. Recuperado de: <https://unprgenfermeria.files.wordpress.com/2014/07/tesis-janina-clavo.pdf>
- Colmenares, O.** (2011). El conocimiento como ciencia y el proceso de investigación. Recuperado de: http://investigacion.contabilidad.unmsm.edu.pe/archivospdf/metodologia_investigacion/LINEAMIENTOS_GENERALES_DEL_CONOCIMIENTO_CIENTIFICO.pdf
- Condemaita, D.** (2013). “*Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional de niños y niñas en edad preescolar (2-5 años), en el Centro de Desarrollo Bilingüe “Tinytoon” en el período abril-septiembre 2011 de la parroquia Huachi- Loreto de la ciudad de Ambato.*” (Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Estimulación Temprana). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

- Córdova, L.** (2012). *Efecto de un programa educativo con productos oriundos peruanos en las conductas alimentarias, estado nutricional y conocimientos de las madres de preescolares*. (Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería) Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú
- Córdova, L.; y Flores, R.** (2014). Efecto de una intervención educativa en el conocimiento de madres y estado nutricional del niño utilizando productos oriundos peruanos. *Cuidado y Salud*, 1 (1), 1-8. Recuperado de: www.eeplt.edu.pe/revista/
- Chávez, J.** (2012). *Aplicación del programa educativo “escolar sano con alimentación saludable” y su influencia en el nivel cognitivo y en las prácticas nutricionales de las madres de la I.E. 2099 el Sol- Distrito de Huaura (Período 2010- 2011)*. (Tesis para optar el grado académico de doctora en educación). Universidad Alas Peruanas II. Lima-Perú.
- Díaz, C.** (2003). Modelos y estrategias de cambios de comportamientos. Recuperado de: <http://www.ligasida.org/esload.php/vid=o/leng=es/29/modelocambiodecomportamiento.htm>
- Díaz, M.** (2014). Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil *Revista de la Facultad de Medicina*, 62 (2), 237-245.
- Díaz, J.; y Mendoza, T.** (2008) “*Factores que influyen en la desnutrición proteico en menores de cinco años*”. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos63/factores-desnutricion-menores-edad-cinco/factores-desnutricion-menores-edad-cinco2.shtml>
- Domínguez, C.** (2012). Modificaciones en conductas y hábitos alimentarios y su influencia en el apetito de menores de dos años con desnutrición primaria. Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27 (2), 242-251. Recuperado de: saber.ucv.ve/.../Modificaciones%20en%20conductas%20y%20hábitos%20
- Ecuador Senplades – INEC – PNUD – SNU** (2015) *Objetivos del Milenio – Balance Ecuador 2014*. 1ª Edición. Quito – Ecuador.

- Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades.** (2013). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.* (Primera Edición) Quito, Ecuador. Recuperado de: www.buenvivir.gob.ec
- Flor, J.** (2012). “*Medidas educativas para la prevención de la desnutrición en los niños menores de 5 años atendidos en el dispensario médico parroquial y la guardería Días Felices del cantón Yaguachi*” (Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magister en Salud Pública). Universidad de Guayaquil. Ecuador.
- Freire W.B., at col.** (2013). Resumen Ejecutivo. Tomo I. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013* Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito, Ecuador.
- Guerra, P.** (2012). Las cocinas colectivas de Malí Woïyo Kondeye: Espacio de reflexión y ayuda mutua entre mujeres. *Miradas globales para otra economía.* SETEM, Barcelona.
- Guerrero, G.** (2014). “*Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el Subcentro de Salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el período diciembre- marzo 2013*”. (Requisito previo para optar por el Título de Médico). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Gómez, L.** (2012). *Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación.* Recuperado de:
http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_7_vin_4/PrecopVol7N4_5.pdf
- González, E.** (2011). Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. *Revista Cubana de ACIMED*, 22(2), 110-120. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>

- Hurtado, E.; y Macias, R.** (2014). Enfoque de la obesidad infantil desde la pediatría. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52 (1), 116-119. http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2014-suplemento1-flippingbook.pdf
- Jarillo, S.; López, A.** (2007) Salud Pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. *Revista de Salud Pública*, 9 (1), 140-154.
- Leis, R.; y Tojo, R.** (2013). “Valoración del estado nutricional”. En Cruz, M., *Manual de pediatría para médicos de Atención Primaria* (pp. 358-363). Barcelona, España: Editorial Océano.
- Márquez, H.; y et al.** (2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. *El Residente*, 7(2), 59-69. Recuperado de: www.medigraphic.org.mx.
- Martínez, M.; y Álvarez, M.** (2012). Factores dietéticos y su relación con el apetito en niños menores de dos años con desnutrición leve. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 62 (2).
- Martínez, M.; y et al.** (2016). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y obesidad infantil. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4 (1), 17-29. Recuperado de: <file:///C:/Users/USER/Downloads/32-70-2-PB.pdf>
- Mayor, D.** (2015). *Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa*. (Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú
- Metodología en la educación sanitaria** (2004). Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/pdf/esmetodologia.pdf>
- Ministerio de salud Pública del Ecuador y FUNBBASIC/IBFAN.** (2009). Informe Nacional. Quito, Mayo.2009. Recuperado de: <http://www.worldbreastfeedingtrends.org/report/WBTi-Ecuador-2008.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011). *Nutrición en Salud. Propuesta para el Fortalecimiento Institucional en el Área de Nutrición en Salud*. Coordinación Nacional de Nutrición. OMS/OPS.

Moriyama IM. (1968). Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Fundation.

Moya, M.; y Mestre, J. (2013). “Subnutrición y malnutrición calórico-proteica”. En Cruz, M., *Manual de pediatría para médicos de Atención Primaria* (pp. 377-380). Barcelona, España: Editorial Océano.

Olivares, J.; y Bueno, M. (2013). “Requerimientos nutricionales”. En Cruz, M., *Manual de pediatría para médicos de Atención Primaria* (pp. 355-358). Barcelona, España: Editorial Océano.

OMS (2006). *La OMS difunde un nuevo patrón de crecimiento infantil*. Publicación científica No. 549.

Parreño, D. (2011). *Guía educativa para el manejo dietético nutricional de sobrepeso y obesidad infantil. Manejo Nutricional*. Universidad Autónoma de Barcelona.

Recuperado de:

<http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/292/1/T-SENESCYT-0062.pdf>

Papp, J. (2006). “*Hábitos y conductas en la alimentación de lactantes menores hospitalizados por desnutrición grave*”. (Trabajo de grado para optar al grado de Especialista en Nutrición, opción Pediatría). Universidad Simón Bolívar, Venezuela.

Planeación Estratégica en las organizaciones. (2004). Recuperado de: <http://www.aprchile.cl/pdfs/Planificacion%20Estrategica.pdf>

- Proaño, G.** (2014). *Estado nutricional en niños de 6 a 9 años de la escuela fiscal mixta vespertina Reino de Bélgica y su relación con los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres durante junio del 2011*. (Disertación de grado para optar al título de Licenciada en Nutrición Humana) Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito.
- Ramírez, V.; y Sifuentes, F.** (2009). “*Conocimiento de las madres sobre nutrición y estado nutricional en el lactante mayor de 1 a 2 años de edad en una comunidad rural de la sierra Libertena - 2009*”. (Tesis para optar el título de licenciada de enfermería). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Ravenet, M.** (2003). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (4). Recuperado de: http://scielo.php?pid=SO86-34662003000400005&script=sci_artext
- Realpe, F** (2014). *Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Arquita de Noé en el periodo julio – noviembre 2013*. (Disertación de grado para optar por el título de licenciada en Nutrición Humana). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador.
- Reinoso, P.; Sigüencia, J.; y Tigre, D.** (2013). *Prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con factores asociados. Centros de salud del Ministerio de Salud Pública de Cuenca. Febrero-agosto 2013*. (Tesis previa a obtención de título de Médica) Universidad de Cuenca. Ecuador.
- Saldaña, A.** (2011). Campañas de prevención de la obesidad infantil: una revisión. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2 (2), 78-86. Recuperado de: http://www.aecs.es/2_11.pdf

Sevilla, S.; y Ricardo, M. (2011). Manejo integral “CLAPSEN” de la desnutrición infantil. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida"*, 2 (1), 87-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3250/325028222020.pdf>.

Silva, J. (2012). *Ingesta y conducta alimentaria en el niño en edad pre escolar*. (Tesis para optar al grado Magister en Salud Pública y Planificación en Salud). Universidad Mayor, Chile. Recuperado de: www.saludpublicachile.cl:8080/.../Tesis%20final%20JAIME%20SILVA%20.pdf?...

Velásquez, A, y Zavala, R. (2013). Revisión Sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años. Recuperado de: http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/ev_Reporte_final_de_revisi%C3%B3n_de_consejer%C3%ADas_y_nutrici%C3%B3n.pdf.

Wisbaum, W. (2011). La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF España. Recuéradp de: <https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

Zamora, Y.; y Ramírez, E. (2012) Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. *Revista Peruana. Enfermería, investigación y desarrollo*, 11 (1), 38-44. Recuperado de: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf>.

ANEXOS

Anexo A:

Consentimiento informado

Yo, Gricelda Valencia Olalla, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Conocimientos y conducta alimentaria de las madres que inciden en la malnutrición de niños menores de 5 años. San Vicente. Yaruquíes, enero a junio 2016”, como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a 49 madres de esta comunidad para determinar la relación entre conocimientos y conducta alimentaria que poseen. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a madres menores de 5 años, con el propósito de evitar la malnutrición infantil de la localidad. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno. Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo B

CUESTIONARIO

Código _____

CUESTIONARIO



“Conocimientos y conducta alimentaria de las madres que inciden en la malnutrición de niños menores de 5 años. San Vicente. Yaruquíes, enero a junio 2016.”

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para dar cumplimiento a su objetivo que es el de determinar la relación entre el nivel de conocimientos y conducta alimentaria de las madres, que inciden en la malnutrición de niños menores de 5 años del barrio San Vicente de Yaruquíes.

Por lo que en calidad de posgradista del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, le solicito su valiosa colaboración en la presente investigación, contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial.

Antes de contestar el cuestionario por favor, lea detenidamente las preguntas y las distintas opciones de respuesta. En la mayor parte de los casos para contestar solo debe marcar una opción. En las preguntas que así lo indican, puede marcar varias opciones.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

1. Ninguno
2. Primaria

3. Secundaria
4. Superior

3. ¿Cuál es su estado civil?

1. Casada
2. Unida
3. Soltera
4. Separada
5. Divorciada
6. Viuda

4. ¿Qué actividad realiza?

1. Trabaja
2. Estudia
3. Ama de casa
4. Jubilada o pensionada

5. ¿Ha recibido alguna vez una charla sobre alimentación; quién o quienes le dieron la charla?

1. Enfermera
2. Promotora
3. Nutricionista
4. Médico
5. Otros
6. Nunca ha recibido

6. ¿Alimentación saludable es?

1. El consumo de golosinas, frituras, harinas
2. Es comer cuando se tiene hambre
3. Es el aumento del consumo de frutas, ensaladas, cereales
4. Consumir grasa animal
5. Consumir más sal

7. ¿Qué alimentos considera importante y que el niño/niña debe comer a diario?

1. Fideos, arroz, pan, chocolate
2. Frutas, verduras, golosinas
3. Leche, fideo, tortas
4. Frutas, ensaladas, leche o derivados, cereales

8. ¿Considera que los alimentos que usted le proporciona le aportan la energía necesaria para las actividades físicas que realiza diariamente su hijo / hija?

1. Si
2. No
3. No sabe

9. ¿Qué ocasionaría si su niño/niña consume alimentos menos nutritivos? señale la opción que crea correcta

1. Subiría de peso rápidamente
2. Se encontraría débil predispuesto a enfermarse
3. No le ocasionaría nada, puesto que igual va a crecer
4. Estaría activo

10. Habitualmente usted le ofrece los alimentos a su niño o niña en el siguiente orden:

1. Coladas y sopas
2. Sopa, segundo y postre
3. Jugos y frutas
4. Segundo, sopa y postres

11. ¿Conoce usted cuántas veces a la semana debe consumir proteína su niño/niña, en cuanto: carne, pollo, pescado, menudencias o vísceras?

1. 1 vez por semana
2. 2 a 6 veces por semana
3. Diario
4. Nunca
5. No sabe

12. ¿Conoce usted cuántos vasos de leche deben consumir su niño/niña al día?

1. 1 vaso diario
2. 2 vasos diarios
3. 3 vasos diarios
4. Ninguno
5. No sabe

13. ¿Conoce usted con qué frecuencia se le debe dar fruta a su niño/niña al día?

1. 2 veces al día
2. 3 veces al día
3. más de 3 veces

4. No se le debe dar

5. No sabe

14. ¿Conoce usted qué tipo de alimentos es el más importante para la edad de su hijo/hija (señale el más importante)?

1. Frutas y verduras

2. Leche y sus derivados

3. Harinas y cereales

4. Carnes

5. Grasas

15. ¿Conoce usted cual alimento contiene más vitaminas?

1. Frutas

2. Menstras

3. Golosinas

4. Sopas

16. ¿Conoce usted cuántas comidas debe consumir al día su niño/niña?

1. Dos veces al día

2. Tres veces al día

3. Cinco a seis veces al día

17. ¿Sabe usted cuando el niño/niña esta con malnutrición por defecto?

1. Cuando esta gordito

2. Cuando esta delgado o flaco

3. Cuando esta con sobrepeso

4. No sabe

18. ¿Sabe usted cuando el niño/niña esta con malnutrición por exceso?

1. Cuando esta delgado

2. Cuando esta gordito

3. Cuando esta pequeño

4. No sabe

19. ¿A qué hora le da de comer al niño?

1. En la mañana, medio día y por la noche

2. En la mañana, medio día, media tarde y por la noche

3. Por la mañana, media mañana, medio día, media tarde y por la noche

4. Cuando desea comer su hijo/hija

20. ¿Siempre le da de comer a la misma hora a su hija/hijo?

1. Siempre
2. A veces
3. La mayor parte de veces
4. No considera importante el horario de comida

21. ¿En qué lugar de la casa le da de comer a su niño/niña?

1. En el comedor
2. En la sala
3. Tiene un sitio especial para dar de comer a su hijo todos los días
4. Donde desea comer su hijo/hija.

22. ¿Cuánto tiempo tarda en comer su hijo/hija?

1. De 10 a 20 minutos
2. De 25 a 30 minutos
3. De 40 a 60 minutos
4. Deja que su hijo/hija tarde lo que desea para comer

23. ¿El niño come habitualmente con?

1. Cuidador
2. Toda la familia
3. Parte de la familia
4. Otros

24. ¿Con qué frecuencia el niño/niña come con usted?

1. Siempre
2. La mayoría de veces
3. Ocasionalmente
4. Nunca

25. ¿Cuándo le da de comer a su niño/niña se auxilia de?

1. La televisión
2. Le pone música o le canta
3. Su hija/hijo juega mientras come
4. No le pone ninguna cosa

26. ¿Qué relación tiene usted con su niño/niña al momento de brindarle los alimentos?

1. Le impone lo que debe comer y los horarios de la alimentación
2. Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios
3. Ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer sin forzarlo

Anexo D

RECURSOS/PRESUPUESTO:

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Personal

Recurso humano	Estipendio	% Seguridad Social	Estipendio	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1200.00	72.00	1128.00	10%	112.80

Total de gastos por concepto de personal: \$ 2594.40

2. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	2	3.25	6.50
Carpetas	Unidad	5	0.40	2.00
Cuadernos	Unidad	2	1.25	2.50
Esferos	Unidad	10	0.40	4.00
Crayones	Unidad	10	0.10	1.00
Marcadores	Unidad	10	0.40	4.00
Discos compactos CDs	Unidad	10	0.30	3.00
Tóner impresora láser	Unidad	1	20.00	20.00
Pizarra	Unidad	1	20.00	20.00
Grapadora	Unidad	1	3.50	3.50
Perforadora	Unidad	1	2.50	2.50
Total				69.25

Total gastos por material de oficina: \$ 69.25

3. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	700.00	700.00
Impresora Láser	Unidad	1	350.00	350.00
Proyector de imágenes	Unidad	1	850.00	850.00
Total				1900.00

Total gastos por equipos: \$ 1900.00

4. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	50	0.05	15.00
Anillado	Hoja	5	2.00	10.00
Fotocopias	Hoja	300	0.03	9.00
Empastado	Hoja	5	15.00	75.00
Escaneados	Hoja	10	0.10	1.00
Total				110.00

Total gastos por servicios: \$ 161.00

5. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Combustible para viajes	Galón	50	2.00	100.00
Alimentación	Unidad	184	2.00	368.00
Total				468.00

Total otros gastos: \$ 468.00

Resumen del presupuesto en gastos directos

	Costo en dólares
Personal	2594.40
Material de oficina	69.25
Equipos	1900.00
Servicios	110.00
Otros gastos	468.00
Total	5141.65

Total de gastos directos: \$ 5141

Anexo E

FASE 3 MODELO PRECEDER DIAGNÓSTICO EDUCATIVO

Fase 3: Análisis de los factores que afectan el comportamiento

LOS FACTORES DE PREDISPOSICIÓN:

FACTORES	POSITIVOS	NEGATIVOS
Conocimiento. Tiene que ver con la información ,conceptos que conoce		Desconocen : Consecuencias de la malnutrición Conductas alimentarias saludables Preparación y consumo de alimentos saludables. Importancia de tener un horario de comida adecuado
Conductas. son los comportamientos que poseen frente a los alimentos		No consumen alimentos saludables No poseen horarios de comida adecuados El lugar donde alimenta al niño fue un lugar inadecuado, La duración de las comidas de las madres fue inadecuada compañía durante la alimentación, relación de la madre durante la alimentación

LOS FACTORES FACILITADORES.

FACTORES	POSITIVOS	NEGATIVOS
<p>Disponibilidad de recursos. Servicios que están disponibles fácilmente.</p>	<p>Existe una unidad de salud cercana Cuenta con médicos de familia que realiza visitas domiciliarias para identificación de riesgos individuales, familiares y de la comunidad y planificación y ejecución de estrategias Actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad Existen programas de nutrición del MSP en coordinación con MCDS</p>	<p>No hay medicamentos en la unidad de salud No existen capacitaciones permanentes a todo el personal de Salud. No existe retroalimentación No existe evaluaciones conjuntas</p>
<p>Accesibilidad de servicios</p>	<p>Los servicios son gratuitos Existe vías de acceso</p>	<p>No existe transporte para llegar a la unidad de salud</p>
<p>Leyes comunitarias y/o Gubernamentales Políticas, prioridad y compromiso con el asunto. Las leyes y políticas gubernamentales pueden forzar cambios en el comportamiento y en el ambiente, y también enfatizar la importancia de esos cambios</p>	<p>Existe una política pública para reducir la desnutrición a través de programas implementados a nivel nacional como: Estrategia Mil días, SIVAN, SGI.</p>	

LOS FACTORES DE REFUERZO.

ACTITUDES DE LAS PERSONAS INFLUYENTES:	POSITIVOS	NEGATIVOS
Familia	Buenas relaciones familiares Son madres jóvenes La mayoría viven con sus parejas	Bajo nivel de instrucción de las madres Bajos recursos económicos Presencia de familias disfuncionales en menor proporción
Medios de comunicación	Presencia de mensajes de salud en la TV del MSP Cuñas radiales del GAD Provincial Presencia de mensajes de salud en redes sociales, radio, prensa escrita en nutrición en general de otros sectores MCDS	No todas las familias poseen medios de comunicación o no les interesa informarse acerca de temas de salud
Otros responsables de la toma de decisiones	Participación intersectorial del MSP , MCDS, GAD Provincial, ONGs	Falta de continuidad del personal que trabaja en otras instituciones involucradas en la comunidad que no permiten la continuación del trabajo instaurado