



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y/O DE DESARROLLO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

TEMA:

**CONOCIMIENTO Y PRACTICAS ALIMENTICIAS DE LOS PADRES DE
LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL PROGRAMA “CRECIENDO CON NUESTROS
HIJOS” EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL DE LA
PARROQUIA CARMEN DE PIJILÍ, CANTÓN PONCE ENRÍQUEZ,
PROVINCIA DEL AZUAY, 2024**

AUTORES:

**ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA
CHIRIBOGA CELI EJNAR OMAR**

TUTOR:

MGS. DOMINGUEZ BRITO LORENA DANIELA

MILAGRO, 2025

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Michelle Stefania Almache Morocho**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con mención en atención primaria**, como aporte a la Línea de Investigación **Atención Primaria en Salud en el Contexto Familiar y Comunitario** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 17 de septiembre del 2025



Firmado electrónicamente por:
**MICHELLE STEFANIA
ALMACHE MOROCHO**

Validar únicamente con FirmaEC

Michelle Stefania Almache Morocho
C.I.: 0706146099

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Ejnar Omar Chiriboga Celi** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con mención en atención primaria**, como aporte a la Línea de Investigación **Atención Primaria en Salud en el Contexto Familiar y Comunitario** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 17 de septiembre del 2025



Firmado electrónicamente por:
**EJNAR OMAR
CHIRIBOGA CELI**

Validar Únicamente con FirmaEC

Enjar Omar Chiriboga Celi
C.I.: 0705432268

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Nombres y Apellidos del director**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Michelle Stefania Almache Morocho y Ejnar Omar Chiriboga Celi**, cuyo tema es **Conocimiento y practicas alimenticias de los padres de los niños y niñas del programa “creciendo con nuestros hijos” en la prevención de la desnutrición infantil de la parroquia Carmen de Pijilí, cantón Ponce Enríquez, provincia del Azuay, 2024** que aporta a la Línea de Investigación **Atención Primaria en Salud en el Contexto Familiar y Comunitario**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Publica con mención en atención primaria**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 17 de septiembre del 2025



Lorena Daniela Domínguez Brito

CI: 0604307280

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **MED. CHIRIBOGA CELI EJNAR OMAR**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA FORTALECER LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DEL PROGRAMA CNH SOBRE PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN LA PARROQUIA CARMEN DE PIJILÍ, 2024.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.33
DEFENSA ORAL	37.00
PROMEDIO	93.33
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Firmado electrónicamente por:
**MARLENE ELIZABETH
SANCHEZ MATA**
Validar únicamente con FirmaDC

Mgs SANCHEZ MATA MARLENE ELIZABETH
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**GABRIEL JOSE SUAREZ
LIMA**
Validar únicamente con FirmaDC

Msc. SUAREZ LIMA GABRIEL JOSE
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**PAMELA ALEJANDRA
RUIZ POLIT**
Validar únicamente con FirmaDC

Mgs. RUIZ POLIT PAMELA ALEJANDRA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **ENF. LIC. ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA FORTALECER LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DEL PROGRAMA CNH SOBRE PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN LA PARROQUIA CARMEN DE PIJILÍ, 2024.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.33
DEFENSA ORAL	37.00
PROMEDIO	93.33
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Mgs SANCHEZ MATA MARLENE ELIZABETH
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Msc. SUAREZ LIMA GABRIEL JOSE
VOCAL



Mgs. RUIZ POLIT PAMELA ALEJANDRA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Dedicatoria

A nuestros padres y a toda nuestra familia, quienes han sido el pilar fundamental en este arduo camino. Su amor incondicional, apoyo constante y aliento moral han sido nuestra fortaleza en cada desafío. En los momentos más difíciles, su presencia nos dio la motivación necesaria para seguir adelante. Sin su dedicación, paciencia y comprensión, no habríamos logrado llegar hasta aquí. Ustedes han sido nuestro refugio y nuestra guía en todo momento, brindándonos la seguridad de que siempre podemos contar con ustedes. Esta tesis no es solo el resultado de nuestro esfuerzo, sino también de su apoyo inquebrantable. Cada palabra escrita lleva consigo su sacrificio, su confianza y su amor. Gracias por creer en nosotros incluso cuando el camino parecía incierto, por estar siempre dispuestos a escucharnos, orientarnos y levantarnos cuando más lo necesitamos. Esta etapa es tan suya como nuestra, y es un testimonio de su presencia, apoyo y amor que nos han acompañado hasta alcanzar esta meta.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios, nuestra luz y guía, por permitirnos llegar hasta este momento. Gracias por brindarnos la fuerza, sabiduría y perseverancia para superar los obstáculos en el camino. Su presencia ha sido un faro que nos ha orientado y motivado a seguir extendiendo nuestros conocimientos para el bien de los demás. Sin Su bendición, este logro no habría sido posible. Agradecemos la paz en nuestros corazones, que nos ha impulsado a seguir adelante, y pedimos humildemente seguir sirviendo con amor y dedicación.

A nuestros padres y familia, les debemos un profundo agradecimiento por su apoyo incondicional y su presencia constante. Su amor y aliento moral han sido esenciales para superar cada desafío. Gracias por creer en nosotros y ser nuestra fuerza cuando más lo necesitábamos. Este logro es también de ustedes, pues su sacrificio y comprensión nos dieron el impulso necesario para seguir adelante. Esta tesis es un reflejo de su apoyo y dedicación inquebrantable.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar la influencia del conocimiento y las prácticas alimenticias de los padres de los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” en la prevención de la desnutrición infantil en la parroquia Carmen de Pijilí, cantón Ponce Enríquez, provincia del Azuay, durante 2024. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo y de diseño no experimental transversal, utilizando encuestas estructuradas tipo Likert aplicadas a padres, madres y cuidadores para evaluar conocimientos y prácticas sobre lactancia materna, alimentación complementaria, diversidad y calidad de los alimentos, higiene alimentaria y asistencia a controles médicos, además de recoger información sociodemográfica. Los resultados evidenciaron que los conocimientos y prácticas de los cuidadores son determinantes en la prevención de la desnutrición infantil. Se identificaron fortalezas en lactancia exclusiva y consumo de frutas y verduras, pero también vacíos en la preparación de papillas, el uso constante de agua segura y la valoración de proteínas. Asimismo, se comprobó que la asistencia regular a los controles médicos favorece la detección temprana de riesgos y la adopción de hábitos saludables. La estrategia educativa diseñada, estructurada en módulos temáticos y con actividades participativas, recursos didácticos claros y adaptados al contexto sociocultural, constituye una herramienta operativa para equipos comunitarios. Su pertinencia cultural, el uso de alimentos locales y el enfoque participativo aumentan la factibilidad de aplicación y replicabilidad en otras comunidades rurales. El estudio concluye que las intervenciones educativas contextualizadas fortalecen la capacidad de cuidado familiar, pero requieren articulación con políticas públicas que aseguren acceso a agua segura, alimentación variada y servicios de salud para garantizar sostenibilidad e impacto en la nutrición infantil.

Palabras clave: Nutrición infantil, Estrategia Educativa, Desnutrición, Prácticas Alimenticias.

Abstract

The study aimed to analyze the influence of the knowledge and dietary practices of parents of children in the "Growing with Our Children" program on the prevention of child malnutrition in the Carmen de Pijilí parish, Ponce Enríquez canton, Azuay province, during 2024. The research adopted a quantitative, descriptive, and non-experimental cross-sectional design, using structured Likert-type surveys administered to parents, mothers, and caregivers to evaluate knowledge and practices regarding breastfeeding, complementary feeding, food diversity and quality, food hygiene, and attendance at medical check-ups, in addition to collecting sociodemographic information. The results showed that caregivers' knowledge and practices are crucial for preventing child malnutrition. Strengths were identified in exclusive breastfeeding and the consumption of fruits and vegetables, but there were also gaps in the preparation of purees, the consistent use of safe water, and the value placed on proteins. Likewise, it was confirmed that regular attendance at medical check-ups promotes the early detection of risks and the adoption of healthy habits. The educational strategy designed, structured in thematic modules with participatory activities, clear and culturally adapted teaching resources, constitutes an operational tool for community teams. Its cultural relevance, the use of local foods, and its participatory approach increase the feasibility of its application and replicability in other rural communities. The study concludes that contextualized educational interventions strengthen the capacity for family care, but they require articulation with public policies that ensure access to safe water, varied food, and health services to guarantee sustainability and impact on child nutrition.

Keywords: Child malnutrition, Educational Strategy, Malnutrition, Eating Practices.

Lista de Gráficos

Gráfico 1. <i>Edad del padre/madre o cuidador</i>	29
Gráfico 2. <i>Nivel de instrucción</i>	30
Gráfico 3. <i>Ocupación</i>	31
Gráfico 4. <i>Número de hijos menores de 3 años</i>	32

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Tabla de Operacionalización de variables</i>	10
Tabla 2. <i>Cronograma de Actividades</i>	116
Tabla 3. <i>Estadístico descriptivo de las 11 preguntas</i>	33
Tabla 4. <i>Percepción sobre la lactancia exclusiva hasta los seis meses</i>	35
Tabla 5. <i>Percepción sobre el inicio de la alimentación complementaria a los seis meses</i>	36
Tabla 6. <i>Análisis sobre la percepción del aporte de las papillas espesas al crecimiento infantil</i>	37
Tabla 7. <i>Análisis sobre la percepción del aporte de las papillas espesas al crecimiento infantil</i>	38
Tabla 8. <i>Análisis sobre la importancia de consumir diariamente alimentos de diferentes grupos</i>	39
Tabla 9. <i>Análisis sobre la importancia de las proteínas en el crecimiento infantil</i>	40
Tabla 10. <i>Análisis sobre el lavado de manos antes de preparar alimentos para el niño</i>	41
Tabla 11. <i>Análisis sobre la frecuencia de lactancia materna según la edad del niño</i>	42
Tabla 12. <i>Análisis sobre la oferta diaria de frutas y verduras</i>	43
Tabla 13. <i>Análisis sobre el uso de agua segura en la preparación de alimentos y bebidas</i>	44
Tabla 14. <i>Análisis sobre la atención oportuna en el centro de salud ante signos de alarma infantil</i>	45
Tabla 15. <i>Resultados de Alfa de Cronbach</i>	46
Tabla 16. <i>Comparativos totales y por rango</i>	48
Tabla 17. <i>Análisis del índice de prácticas según el nivel de instrucción</i>	49
Tabla 18. <i>Análisis del Índice de prácticas</i>	50
Tabla 19. <i>Análisis del índice de conocimiento según nivel de instrucción</i>	51
Tabla 20. <i>Análisis del índice de conocimiento según ocupación</i>	52
Tabla 21. <i>Análisis de la correlación entre el índice de conocimiento y el índice de prácticas</i>	53
Tabla 22. <i>Análisis descriptivo del Índice de conocimiento según nivel de instrucción</i>	55
Tabla 23. <i>Análisis de la prueba de homogeneidad de varianzas</i>	56

Tabla 24. <i>Análisis del ANOVA de un factor para el índice de conocimiento</i>	57
Tabla 25. <i>Análisis descriptivo del índice de conocimiento según ocupación</i>	58
Tabla 26. <i>Análisis de la prueba de homogeneidad de varianzas del índice de conocimiento según ocupación</i>	59
Tabla 27. <i>Análisis del ANOVA de un factor para el índice de conocimiento según ocupación</i>	60
Tabla 28. <i>Indicadores del proceso</i>	92
Tabla 29. <i>Indicadores de resultados</i>	93
Tabla 30. <i>Indicadores de resultados</i>	94

Lista de Ilustraciones

<i>Ilustración 1. Lactancia materna.....</i>	<i>66</i>
<i>Ilustración 2. Enojo materno por un mito</i>	<i>68</i>
<i>Ilustración 3. Alimentación complementaria.....</i>	<i>70</i>
<i>Ilustración 4. Alimentos apropiados.....</i>	<i>72</i>
<i>Ilustración 5. Técnicas para preparación y aceptación de alimentos.....</i>	<i>73</i>
<i>Ilustración 6. Conversatorio inicial.....</i>	<i>75</i>
<i>Ilustración 7. Juego el plato saludable.....</i>	<i>76</i>
<i>Ilustración 8. División del plato por alimentos</i>	<i>81</i>
<i>Ilustración 9. Colores que alimentan</i>	<i>81</i>
<i>Ilustración 10. Lavado de manos.....</i>	<i>84</i>
<i>Ilustración 11. Juego ruta segura del alimento.....</i>	<i>86</i>
<i>Ilustración 12. Juego ¿Qué harías si?</i>	<i>90</i>

Índice

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Delimitación del problema	6
1.3. Formulación del problema	7
1.4. Preguntas de investigación	7
1.5. Objetivos	8
1.5.1. Objetivo general	8
1.5.2. Objetivos específicos	8
1.6. Hipótesis	8
1.7. Justificación	9
1.8. Declaración de las variables (operacionalización)	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	13
2.1. Antecedentes Históricos	13
2.2. Antecedentes referenciales	14
2.3. Marco legal	16
2.4. Marco Conceptual	16
2.5. Marco teórico	19
2.5.1. Desnutrición	19
2.5.2. Desnutrición Infantil	19
2.5.4. Fisiopatología	19
2.5.5. Causas	19
2.5.6. Manifestaciones clínicas	20
2.5.7. Consecuencias de la Desnutrición infantil	21
2.5.8. Importancia de la Estrategia Educativa	22
2.5.9. Estrategia Educativa de fortalecimiento en conocimientos para padres de familia del CNH	22
2.6. Intervención del personal de salud en niños menores de 3 años con desnutrición infantil en primer nivel de atención	23
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1. Tipo y diseño de investigación	24
3.1.1 Tipo de investigación	24
3.1.2 Diseño de investigación	24
3.2. Población y muestra	24

3.2.1. Criterios de inclusión	25
3.2.2. Criterios de exclusión	25
3.3. Métodos, técnicas e instrumentos	26
3.3.1. Cronograma de actividades	¡Error! Marcador no definido.
3.4. Procesamiento estadístico de la información	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	29
4.1. Análisis de datos	29
4.2 Cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach	46
4.3 Índices de comparaciones estadísticas	47
4.4 Análisis de correlación y comparación de medias	53
4.4.1 Análisis de correlación de Spearman	53
4.4.2 Comparación de medias con ANOVA	54
CAPÍTULO V. PROPUESTA	62
5.1 Introducción	62
5.2 Propuesta metodológica	63
5.2.1 Objetivos	63
5.2.1.1 Objetivo general	63
5.2.1.2 Objetivos específicos	63
5.2.2 Metodología de la propuesta	64
5.2.3 Contenido de la propuesta	65
5.2.3.1 Módulo 1: Lactancia materna y su importancia	65
5.2.3.2 Módulo 2: Alimentación complementaria adecuada	69
5.2.3.3 Módulo 3: Diversidad y calidad de la dieta infantil	78
5.2.3.4 Módulo 4: Higiene y manipulación segura de los alimentos	82
5.2.3.5 Módulo 5: Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación	87
5.2.4 Estrategias de medición y evaluación	91
5.2.4.1 Indicadores del proceso	91
5.2.4.2 Indicadores de resultado	92
5.2.4.3 Periodicidad y responsables de la evaluación	94
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	96
5.1. Discusión	96
5.2. Conclusión	99
5.3. Recomendaciones	101
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	110

INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil continúa siendo una de las principales amenazas para la salud y el desarrollo en la primera infancia y durante los primeros mil días, la nutrición adecuada condiciona la supervivencia, el crecimiento físico y el neurodesarrollo; su déficit se asocia a mayor morbilidad y mortalidad, así como a pérdidas de capital humano en la vida adulta. La evidencia global muestra que mejorar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, junto con acciones intersectoriales, es esencial para acelerar la reducción de la desnutrición en contextos con recursos limitados (UNICEF, 2021).

En América Latina se ha evidenciado una reducción progresiva del retraso en el crecimiento infantil en las últimas décadas, aunque aún se mantienen diferencias significativas asociadas a la etnicidad, la situación de pobreza y la residencia en zonas rurales, así lo exponen las investigaciones de la FAO basadas en encuestas nacionales indican que la población infantil indígena y afrodescendiente presenta una mayor proporción de talla baja y prácticas de alimentación menos adecuadas en comparación con los grupos de referencia, lo que refleja la persistencia de desigualdades estructurales. Estas condiciones exigen que las intervenciones se ajusten a los determinantes sociales y culturales propios de cada territorio (FAO, 2021).

En Ecuador, la magnitud del problema y su heterogeneidad se han descrito en revisiones y estudios poblacionales como la de Lozano et al. (2024) que estimó prevalencias relevantes de retraso del crecimiento y, a la vez, alertó sobre el avance del exceso de peso infantil, lo que configura un escenario de doble carga de malnutrición con implicaciones para el sistema de salud. A nivel subnacional, investigaciones en poblaciones indígenas han reportado prevalencias de desnutrición crónica que sobrepasan la media nacional y que se asocian con hacinamiento, bajos ingresos y condiciones de vulnerabilidad materna, lo que visibiliza la naturaleza multicausal del problema (Guamán et al., 2020). Estas evidencias respaldan la necesidad de respuestas situadas, con énfasis en zonas rurales de difícil acceso.

Las disrupciones socioeconómicas recientes intensificaron este escenario y las modelaciones y análisis de series temporales durante la pandemia de COVID-19 estimaron aumentos en la inseguridad alimentaria y riesgo de emaciación por alteraciones en ingresos,

precios de alimentos y cobertura de servicios esenciales, con efectos más severos en los hogares pobres. Aunque el contexto sanitario se ha estabilizado, estos impactos subrayan la importancia de estrategias de prevención centradas en el hogar y en la comunidad, complementarias a la provisión de servicios de salud (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, 2021).

En este marco, el conocimiento y las prácticas de los cuidadores primarios son un punto de entrada determinante. Intervenciones educativas sobre lactancia, alimentación complementaria y cuidado integral, implementadas por personal de salud o facilitadores comunitarios, han mostrado mejoras consistentes en indicadores de conocimiento, lactancia exclusiva, diversidad dietética y, en contextos de seguridad alimentaria, ganancias modestas en crecimiento infantil (Arikpo et al., 2018).

Resultados recientes en comunidades rurales latinoamericanas y de otros entornos de ingresos medios y bajos confirman que los programas de educación nutricional bien diseñados aumentan el conocimiento de madres y cuidadoras y favorecen conductas alimentarias más saludables, con retención del aprendizaje en seguimientos posteriores. No obstante, la efectividad depende de su pertinencia cultural, claridad del mensaje, recursos didácticos y articulación con servicios y apoyos sociales (Gallegos et al., 2024).

Pese al avance de políticas nacionales y a la presencia de programas de desarrollo infantil temprano, persisten vacíos de evidencia aplicada a microrregiones rurales, donde los determinantes sociales y culturales modulan la adopción de prácticas de alimentación (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2024). En parroquias rurales de la sierra austral, como Carmen de Pijili, conviven condiciones de dispersión geográfica, empleo informal y niveles educativos variables que podrían limitar la toma de decisiones informadas en el cuidado cotidiano.

En este escenario, evaluar el nivel de conocimientos de padres y madres y fortalecerlo mediante una estrategia educativa breve, comprensible y contextualizada constituye una vía plausible para la prevención de la desnutrición infantil. Así este estudio se propone describir los conocimientos parentales sobre nutrición infantil y valorar el cambio tras una intervención educativa dirigida a representantes, padres, madres del programa Creciendo con

Nuestros Hijos para la parroquia Carmen de Pijilí, durante 2024. La investigación se concibe como un medio para enfrentar el problema y se alinea con la evidencia internacional que respalda la educación para la salud como componente esencial, aunque no suficiente, de una respuesta integral frente a la desnutrición (Gutiérrez et al., 2017).

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La desnutrición infantil es un problema grave y persistente según la OMS aproximadamente 180 millones de niños menores de 3 años sufren de desnutrición, lo que resulta entre 3,5 y 5 millones de muertes anuales. Las causas de esta problemática son multifacéticas incluyen la falta de educación o desconocimiento por parte de los cuidadores o padres de familia, el limitado acceso a servicios de la salud, y la mala alimentación (Lisbeth & Amelia, 2024; Orellana Posligua & Macias Moreira, 2024).

La desnutrición infantil en Ecuador varía considerablemente según la región geográfica. En la región Sierra, la prevalencia alcanza el 32%, mientras que en la Costa es del 15,7%, en la Amazonía del 22,7%, y en la zona Insular apenas del 5,8%. Estas variaciones están íntimamente relacionadas con la pobreza y la exclusión histórica de los pueblos indígenas. De acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), aproximadamente uno de cada cuatro niños menores de cinco años sufre de desnutrición, una problemática más acentuada en sectores rurales y en familias de escasos recursos y por falta de conocimientos del tema, Asimismo, según el Informe de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG) en el 2020, En el año 2023 según las Encuestas de desnutrición infantil el 20,1 % afecta al Ecuador, esta situación no solo tiene consecuencias a largo plazo para la salud y el bienestar de las personas, sino que también negativamente en la productividad del país (Campbell-Suárez & Cortez-Clavijo, 2024; UNICEF ECUADOR, 2021)

La desnutrición Infantil es un desafío significativo para la salud pública en el Ecuador afectando aproximadamente el 27,2% de los niños menores de 3 años, La DCI está geográficamente concentrada en 16 de las 24 provincias mayores a la media nacional, las provincias con mayor afectación a esta problemática está centrada en la sierra ecuatoriana. En la provincia del Azuay no está exenta de esta realidad, datos del Ministerio de salud Pública indican que en varias Parroquias rurales de la provincia Incluida la Parroquia Carmen de Pijili se han identificado tasas preocupantes de malnutrición infantil, asociados a factores

de bajo nivel educativo de los cuidadores y limitado acceso a servicios de salud preventiva. Uno de los problemas críticos en la Parroquia Carmen de Pijili es la prevalencia de la desnutrición infantil en niños menores de 3 años,

Según datos del Visualizador enlazado a la Estrategia Ecuador Crece Sin desnutrición Infantil del Ministerio de Salud Pública en la Parroquia Carmen de Pijili se evidencia que en el año 2024 de 58 niños menores de 2 años el 20,69% presentaron desnutrición infantil, lo cual es un problema persistente a pesar de los esfuerzos para abordar esta problemática la cual enfrentan barreras para acceder a intervenciones mejoradas para su estado nutricional como sociales, y educativas que afectan el bienestar de la infancia en comunidades de difícil acceso, zona rural como lo es Carmen de Pijili, se ha evidenciado que muchos de los niños menores de 3 años mediante atenciones intramurales y extramurales como seguimiento nominal presentan signos de desnutrición infantil debido a prácticas alimenticias inadecuadas, falta de controles médicos y carencias de conocimientos básicos por parte de los cuidadores principales de este grupo objetivo.

El programa CNH (Creciendo Con Nuestros Hijos) tiene como objetivo la consejería familiar y consiste en orientar, una vez por semana, en actividades desarrolladoras a gestantes y familias con niñas y niños de 0 a 3 años, sin embargo, en la práctica se ha evidenciado que muchos padres y madres de familia carecen de los conocimientos esenciales de dicho Programa para fortalecer una alimentación balanceada, prevención de la desnutrición infantil y detección temprana de síntomas, esta falta de información limita la aplicación de prácticas saludables en el hogar, lo que expone a los niños a condiciones nutricionales deficientes

Ante esta situación se considera necesario proponer estrategias educativas dirigidas a los padres de familia que forman parte del programa CNH con capacitaciones suficientes que les permita fortalecer sus conocimientos sobre nutrición infantil, con el objetivo de fortalecer los conocimientos sobre nutrición infantil en padres promoviendo, de esta manera, cambios sostenibles en la alimentación y en los cuidados de salud de sus hijos.

Esta propuesta busca contribuir a la mejora de las condiciones de vida de la población infantil de la parroquia Carmen de Pijili a través del empoderamiento de las familias como agentes

activos en la promoción de una nutrición adecuada.

1.2. Delimitación del problema

La presente investigación, con enfoque cuantitativo, se orienta a analizar la influencia que ejercen los conocimientos y prácticas alimenticias de los padres del programa CNH en la prevención de la desnutrición infantil en niños y niñas menores de 3 años de la parroquia Carmen de Pijilí, provincia del Azuay. El estudio se enmarca en el ámbito de la educación para la salud y centra su eje en fortalecer las capacidades de los cuidadores primarios en relación con la alimentación balanceada, las prácticas adecuadas de nutrición infantil y su impacto en el crecimiento y desarrollo saludable, reconociendo además la importancia de estas acciones como base para reducir el riesgo de desnutrición durante los primeros años de vida.

La investigación propone la implementación de una estrategia educativa que brinde a los padres y madres herramientas teóricas y prácticas que les permitan mejorar su comprensión y aplicación de pautas alimenticias saludables en el hogar, con el fin de impactar directamente en la salud y el adecuado desarrollo de los niños y niñas que constituyen el verdadero objeto de estudio.

El trabajo se desarrollará específicamente en la parroquia Carmen de Pijilí, seleccionada por la necesidad de intervenir en comunidades donde los niveles de conocimiento nutricional y las prácticas alimentarias de los cuidadores representan un factor de riesgo para la salud infantil.

La población objeto de estudio estará conformada por los niños y niñas menores de 3 años que participan en el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH). Los padres y madres, en este caso, constituyen el medio de intervención y la fuente principal de información, dado que cumplen un rol esencial en la alimentación y cuidado diario de sus hijos.

La ejecución del estudio está prevista durante el periodo 2024, abarcando desde el diagnóstico de necesidades, la elaboración del material educativo, la implementación de las sesiones de capacitación y la recolección de información, hasta la evaluación de los

resultados de la intervención.

Esta delimitación permite enfocar el análisis en un grupo social concreto y en un espacio territorial determinado, lo que facilita diseñar estrategias educativas ajustadas al contexto y generar resultados que puedan ser replicados y escalados en otras comunidades con características similares.

1.3. Formulación del problema

¿De qué manera el conocimiento y las practicas alimenticias de los padres de los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” influyen en la prevención de la desnutrición infantil en la parroquia Carmen de Pijili, del cantón Ponce Enríquez, de la provincia del Azuay, ¿2024?

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los padres de familia del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Carmen de Pijili?
- ¿Cuál es el nivel actual de conocimientos sobre nutrición que poseen los padres del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” en la parroquia Carmen de Pijili?
- ¿Qué nivel de conocimientos sobre prácticas alimenticias poseen los padres del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Carmen de Pijili?
- ¿De qué manera influyen los controles de atención medica en la desnutrición infantil de los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Carmen de Pijili?
- ¿Qué componentes y actividades debe incluir una estrategia educativa adaptada al contexto local para fortalecer la prevención de la desnutrición infantil en niños menores de 3 años?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Analizar la influencia del conocimiento y las prácticas alimenticias de los padres de los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” en la prevención de la desnutrición infantil en la parroquia Carmen de Pijili, cantón Ponce Enríquez, provincia del Azuay, durante el año 2024.

1.5.2. Objetivos específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de los padres de familia del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Carmen de Pijili.
- Determinar el conocimiento sobre nutrición que poseen los padres del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” en la parroquia Carmen de Pijili.
- Identificar el conocimiento sobre prácticas alimenticias que poseen los padres del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Carmen de Pijili.
- Determinar la influencia de los controles de atención médica en la desnutrición infantil de los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Carmen de Pijili.
- Diseñar una estrategia educativa adaptada al contexto local que incluya componentes y actividades orientadas a fortalecer la prevención de la desnutrición infantil en niños menores de 3 años.

1.6. Hipótesis

El nivel de conocimientos y las prácticas alimenticias de los padres de los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” influyen significativamente en la prevención de la desnutrición infantil en la parroquia Carmen de Pijili, cantón Ponce Enríquez, provincia del Azuay, durante el año 2024.

1.7. Justificación

La presente investigación surge ante la necesidad de diseñar una estrategia educativa que **fortalezca los conocimientos de los padres y madres de familia sobre nutrición y prácticas alimenticias saludables**, como medida clave para prevenir la desnutrición infantil en los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” (CNH) de la parroquia Carmen de Pijili, provincia del Azuay, una zona rural de la sierra ecuatoriana. Esta población se encuentra en situación de vulnerabilidad debido a bajos niveles educativos, limitaciones económicas y acceso restringido a información confiable sobre alimentación y cuidado nutricional, factores que inciden directamente en la salud y desarrollo infantil.

La problemática de la desnutrición infantil en menores de tres años, con cifras que alcanzan un 20,69% a nivel nacional, evidencia la urgencia de fortalecer el conocimiento nutricional y promover prácticas alimenticias adecuadas entre los cuidadores. Mediante el análisis de la situación con el modelo PRECEDE-PROCEED, se identificó que los padres y madres muestran interés por el bienestar de sus hijos, pero carecen de una estrategia educativa estructurada que les permita comprender la importancia de la alimentación balanceada, identificar signos de riesgo nutricional y aplicar correctamente prácticas de alimentación saludable en el hogar.

La intervención propuesta se centra en el empoderamiento de los padres mediante actividades participativas, materiales accesibles y contenidos contextualizados, con el objetivo de mejorar su comprensión sobre nutrición infantil y fomentar prácticas alimenticias correctas y sostenibles. Esto permitirá transformar hábitos inadecuados, favorecer la prevención de la desnutrición y contribuir al desarrollo saludable de los niños y niñas.

Desde el punto de vista social, el estudio busca mejorar la calidad de vida de las familias, fortaleciendo su capacidad para brindar alimentación saludable y cuidados nutricionales adecuados. En el ámbito académico, aportará evidencia sobre la efectividad de las estrategias educativas comunitarias en la promoción del conocimiento nutricional y la prevención de la desnutrición infantil. Desde la perspectiva institucional, los resultados podrán ser útiles para el programa CNH y otras iniciativas similares, ofreciendo una propuesta metodológica replicable en contextos rurales y vulnerables.

La implementación de la estrategia educativa se realizará en articulación con el personal del CNH y los servicios de salud locales, garantizando su pertinencia y viabilidad. La evaluación de los conocimientos y prácticas alimenticias antes y después de la intervención permitirá medir su efectividad y generar aprendizajes que sirvan como base para futuras estrategias orientadas a prevenir la desnutrición infantil mediante la educación nutricional. Por estas razones, el proyecto se considera pertinente, necesario y viable, con potencial de generar un impacto significativo en la salud y desarrollo de los niños y niñas de la comunidad.

1.8. Declaración de las variables (operacionalización)

Tabla 1.

Tabla de Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Ítems / Preguntas</i>	<i>Técnica / Instrumento</i>	<i>Escala de medición</i>
Independiente: Nivel de conocimientos y prácticas de alimentación y prevención de la desnutrición en menores de 3 años	Conocimientos sobre lactancia materna	Nivel de acuerdo con la recomendación de lactancia exclusiva hasta los 6 meses	1. Considero que la lactancia exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses de edad	Encuesta	Likert (1-5)
	Conocimientos sobre alimentación complementaria	Nivel de acuerdo con el inicio oportuno de la alimentación complementaria a los seis meses	2. Creo que la alimentación complementaria debe comenzar a los seis meses de edad	Encuesta	Likert (1-5)
	Conocimientos sobre consistencia de alimentos	Nivel de acuerdo con la importancia de ofrecer papillas espesas y adecuadas según la edad	3. Ofrecer papillas espesas favorece el crecimiento saludable del niño	Encuesta	Likert (1-5)
	Conocimientos sobre frecuencia alimentaria	Nivel de acuerdo con que el niño debe recibir varias comidas y colaciones al día según su edad	4. Los niños pequeños deben recibir varias comidas y colaciones al día para crecer sanos	Encuesta	Likert (1-5)
	Conocimientos sobre diversidad alimentaria	Nivel de acuerdo con incluir alimentos de	5. Es importante que el niño consuma diariamente	Encuesta	Likert (1-5)

		todos los grupos diariamente	alimentos de diferentes grupos		
	Conocimientos sobre proteínas	Nivel de acuerdo con que las proteínas son esenciales para el crecimiento infantil	6. Los alimentos con proteínas son esenciales para el crecimiento del niño	Encuesta	Likert (1-5)
	Conocimientos sobre higiene alimentaria	Nivel de acuerdo con la necesidad de higiene en la preparación de alimentos	7. Antes de preparar alimentos para el niño es necesario lavarse las manos con agua y jabón	Encuesta	Likert (1-5)
	Prácticas de lactancia	Frecuencia de ofrecer leche materna según edad del niño	8. Le ofrezco leche materna a mi hijo con la frecuencia recomendada para su edad	Encuesta	Likert (1-5)
	Prácticas de diversidad alimentaria	Frecuencia de ofrecer frutas y verduras diariamente	9. Le ofrezco frutas y verduras a mi hijo todos los días	Encuesta	Likert (1-5)
	Prácticas de agua segura	Frecuencia de uso de agua tratada para preparar alimentos o bebidas	10. Siempre uso agua hervida filtrada o clorada para preparar alimentos o bebidas para mi hijo	Encuesta	Likert (1-5)
	Prácticas de atención en salud	Frecuencia de acudir a control ante signos de enfermedad	11. Llevo a mi hijo al centro de salud cuando presenta fiebre, diarrea o cualquier signo de alarma	Encuesta	Likert (1-5)
Dependiente: Prevención de la desnutrición infantil (controles de atención médica)	Asistencia a controles	Porcentaje de niños que asisten a controles médicos regulares	No aplica (registro de asistencia)	Observación / Lista de control	Nominal
Contextual / Interviniente: Datos sociodemográficos del cuidador principal	Edad	Años cumplidos del encuestado	P12. Indique su edad (respuesta numérica)	Encuesta	Continua
	Nivel educativo	Nivel máximo de instrucción alcanzado	P13. Marque su nivel de instrucción (opciones predefinidas)	Encuesta	Ordinal

	Ocupación	Actividad laboral principal	P14. Marque su ocupación actual (opciones predefinidas)	Encuesta	Nominal
	Número de hijos menores de 3 años	Cantidad de hijos pequeños bajo su cuidado	P15. Indique cuántos niños menores de tres años viven con usted	Encuesta	Razón

Fuente: Autores

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes Históricos

En los últimos años la desnutrición crónica infantil ha demostrado una tendencia a la baja a nivel mundial, aunque afecta a millones de niños, su prevalencia se sitúa actualmente en 26,3. la Organización Mundial de la salud OMS ha establecido como meta reducir esta cifra al 13.5% para el año 2030 (UNICEF, 2024).

En el caso de América latina, la OMS (2024) reporta una reducción en la prevalencia de este tipo de desnutrición, situándola en el 10,1%, sin embargo, sigue siendo un problema grave en la región ya que la relación con enfermedades, mortalidad infantil y diversos factores sociales, económicos y políticos que afectan los sistemas de salud.

En la última Década Ecuador ha experimentado un incremento en los niveles de pobreza y desigualdad, lo que ha influido en el aumento de la desnutrición, según datos INEC (2023), el país ocupa el segundo lugar en América Latina con mayor tasa de desnutrición crónica infantil (20.1%), superado solo por honduras, mientras que en promedio regional es del 9%. Esto implica que aproximadamente 3 de cada 10 niños menores de 2 años podrían estar afectados, lo que representa entre 200 y 220 mil menores, además el 40% de los hogares con mayores niveles de pobreza tiene niños menores de 3 años.

El estado ecuatoriano ha implementado políticas y programas para combatir la desnutrición, como el programa de Alimentación escolar y el plan Nacional para la Erradicación de la desnutrición Crónica infantil, los cuales buscan mejorar la nutrición de la niñez, no obstante, estas acciones han enfrentado obstáculos, sobre todo en zonas rurales, debido a la falta de recursos y a la necesidad de adaptar las estrategias al contexto cultural de las comunidades.

Con miras al año 2024, resulta fundamental identificar los principales retos que enfrenta la lucha contra la desnutrición crónica infantil, entre estos se destacan la limitada disponibilidad de información nutricional, la persistencia de condiciones de pobreza y la resistencia sociocultural frente a modificaciones en los hábitos alimentarios, también se presentan oportunidades relevantes para avanzar en la implementación de estrategias eficaces, como el aprovechamiento de la tecnología, el fortalecimiento de la cooperación con actores locales,

promotoras a cargo de los niños de este grupo objetivo, estas acciones pueden convertirse en instrumento clave para sensibilizar a la población y fomentar transformaciones positivas en la salud nutricional de la infancia.

2.2. Antecedentes referenciales

Más de 750000 niños menores de 5 años que viven en países de ingresos bajos y medios pierden la vida cada año, la OMS diseñó la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI buscar reducir la mortalidad y morbilidad mediante la mejora de la calidad de la atención al momento de la administración de diversas intervenciones curativas y preventivas médicas y conductuales en los establecimientos de salud, en el hogar y en la comunidad (UNICEF, 2023).

Un estudio que se realizó en Santo Domingo por López y Proaño (2024) determina sobre el impacto positivo de la educación nutricional dirigidos a prevenir y promover los hábitos alimenticios para disminuir la desnutrición infantil proporcionando una alimentación de calidad en la población infantil, siendo fundamental para promover un correcto estado de salud y desarrollo, es importante destacar que las intervenciones educativas han demostrado ser efectivas en mejorar la selección y preparación de alimentos por partes de las madres de familia.

Hernández et al. (2020) destacan que la efectividad de las intervenciones educativas en salud depende en gran medida de su adecuación al nivel cultural y educativo de los destinatarios. En este sentido, las estrategias deben ser accesibles, comprensibles y prácticas, especialmente cuando se dirigen a poblaciones con bajo nivel de instrucción formal, como es frecuente en comunidades que participan en programas como el CNH (Creciendo con Nuestros Hijos).

Por su parte, Albuja Echeverría (2022) argumenta que los factores estructurales, como la pobreza multidimensional y el empleo precario, influyen significativamente en la prevalencia de la desnutrición infantil. Aunque la adquisición de conocimientos es un paso esencial, no garantiza por sí sola el cambio de prácticas si no se acompaña de condiciones sociales y económicas favorables

Asimismo, estudios como el de López (2021) evidencian que variables como la edad de los cuidadores y su experiencia previa en crianza influyen en la receptividad y aplicación del conocimiento adquirido en talleres o capacitaciones. Estos factores deben ser tomados en cuenta al momento de diseñar estrategias de enseñanza-aprendizaje para padres. A diferencia de otras investigaciones que se han centrado en la urbanidad o en programas institucionales, el presente estudio se enfoca en una comunidad rural y en un programa comunitario como el CNH. Además, utiliza una estrategia educativa adaptada a las características sociales, culturales y educativas de los participantes, lo que representa un aporte práctico y contextualizado en la lucha contra la desnutrición infantil.

Una intervención desarrollada en el año 2024 en la ciudad de Ambato, enfocada en la prevención de la desnutrición infantil y educación alimentaria dirigida a madres de familia, evidencio que las intervenciones educativas tienen un efecto positivo en el mejoramiento del estado nutricional de los niños, no obstante, se concluyó que la sola transmisión de conocimientos no garantiza cambios sostenibles, ya que se identificaron obstáculos adicionales (Ramírez, 2023).

Por otra parte En el Centro de Salud Miraflores, Manabí Ecuador se realizó un estudio donde se analizó los determinantes de la desnutrición infantil factores como el bajo nivel educativo de los padres, la escasez de recursos con una mayor prevalencia de desnutrición infantil, a pesar al acceso a servicios de salud, estos factores continúan afectando la nutrición infantil donde encuentran la necesidad de implementar intervenciones que mejoren la educación nutricional a padres o cuidadores directos de los niños (Vera et al., 2024)

Finalmente, investigaciones nacionales como las de Canencia y Tenisaca (2020) han evidenciado que el estado civil de las madres incide en la calidad del cuidado infantil. Las madres solteras o divorciadas, al tener menores redes de apoyo, enfrentan mayores barreras para aplicar buenas prácticas de alimentación, lo que aumenta el riesgo de inseguridad alimentaria en sus hijos.

2.3. Marco legal

La nutrición determina el desarrollo integral del ser humano, una buena nutrición desde la infancia asegura una mejor salud y un desarrollo físico apropiado, por tal razón la nutrición es un factor trascendental para alcanzar el buen vivir de los ecuatorianos (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2019)

Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente, 2008): Asegura el derecho a la nutrición y a la salud, dando prioridad a los niños y grupo de vulnerabilidad.

Artículo 13: Establece que todos los individuos tienen derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria.

Artículo 32: Reconoce el derecho a la salud, garantizando el acceso a servicios de salud adecuados, especialmente para niños y grupos vulnerables.

Artículo 45: las niñas, niños y adolescente tienen derecho a la integridad física ; su identidad, nombre y ciudadanía a la salud integral y nutrición.

La estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil y el plan estratégico Intersectorial (2021) para la prevención y reducción de la desnutrición crónica Infantil, se encuentran alineados al cumplimiento de la Agenda Nacional para la Igualdad intergeneracional ANII -2021-2025 aprobada en la `primera sesión extraordinaria del pleno del consejo nacional para la igualdad. Específicamente al eje del derecho, salud, alimentación y hábitos de vida saludable, propuesta de política: prevenir y erradicar la desnutrición promoviendo hábitos de vida saludable a través de líneas de acción descritas en los ejes de: Prevención y Mitigación.

2.4. Marco Conceptual

La desnutrición infantil es un concepto complejo que abarca múltiples dimensiones, incluyendo la ingesta insuficiente de nutrientes esenciales, la falta de acceso a alimentos nutritivos y la mala absorción de nutrientes.

En este contexto es fundamental definir claramente los conceptos clave que se utilizarán en esta investigación, la desnutrición se refiere a un estado de salud en lo que el cuerpo no recibe los nutrientes necesarios para mantener las funciones básicas, por otro lado se enfoca en la ingesta de nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo saludable de los niños, la seguridad alimentaria otro concepto clave se refiere a la disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos y seguros, en esta investigación se explorarán estos conceptos y su relación con la desnutrición infantil con el fin de comprender mejor este problema de salud pública, es fundamental para poder desarrollar estrategias efectivas para prevenir y tratar esta problemática en la zona rural de la parroquia Carmen de Pijili además de la identificación de los factores de riesgos y las consecuencias de la desnutrición infantil permitirá diseñar intervenciones más efectivas para abordar la problemática.

El adecuado estado nutricional durante los primeros años de vida es considerado un pilar fundamental para el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo y la salud futura de los niños, en este sentido, los conocimientos y las prácticas alimentarias de los padres representan factores decisivos en la prevención de la desnutrición infantil, especialmente en los menores de 3 años, quienes se encuentran en una etapa crítica de formación biológica y psicológica.

Conocimiento en nutrición Infantil

El conocimiento puede entenderse como el conjunto de saberes, información y experiencias que las personas poseen sobre un tema determinado, en el ámbito de la nutrición infantil, este conocimiento se traduce en la comprensión de aspectos relacionados con la lactancia materna, la alimentación complementaria, la higiene en la preparación de los alimentos, la diversidad de la dieta y la identificación de prácticas inadecuadas que pueden afectar la salud del niño. Un mayor nivel de conocimiento en los padres les permite tomar las decisiones más acertadas respecto a la selección de alimentos, horarios de alimentación y combinaciones nutricionales que favorecen el crecimiento óptimo de sus hijos.

Prácticas alimentarias de los padres.

Las prácticas alimentarias se refieren a las conductas y hábitos que los cuidadores ponen en práctica al momento de alimentar a los niños, estas incluyen la elección de alimentos, la

preparación y manipulación de los mismo, la frecuencia de las comidas y la forma en la que se promueve la aceptación de nuevos sabores y texturas. Dichas prácticas no solo dependen del conocimiento previo, sino también de factores socioculturales, económicos y educativos que influyen directamente en la manera que la familia organiza la alimentación del niño.

Nutrición Infantil y alimentación complementaria.

La nutrición en los primeros tres años de vida constituye un periodo de especial vulnerabilidad, en el cual las demandas energéticas y nutricionales son altas debido al rápido crecimiento y maduración de órganos y tejidos, en este proceso la alimentación complementaria ocupa un lugar central ya que a partir de los seis meses la leche materna deja de cubrir por si sola los requerimientos nutricionales del niño. Una adecuada introducción de alimentos variados, seguros y culturalmente apropiados contribuyen a prevenir la desnutrición, la anemia y otros déficits que podrían tener consecuencias irreversibles en el desarrollo físico y mental.

Controles prenatales: Durante el embarazo se recomienda un mínimo de 5 controles prenatales ya que estos contribuyen el riesgo de bajo peso al nacer y en consecuencia disminuyen la probabilidad de desnutrición crónica infantil, así mismo se recomienda continuar con los debidos controles en el posparto a la madre e hijo, y llevar un control médico responsable a los niños durante toda su infancia(Wisbaum et al., s. f.)

Programa Creciendo con nuestros hijos.

Estrategia Implementada en Ecuador que busca promover el desarrollo integral de niños menores de 3 años a través del acompañamiento educativo a sus familiares, cuyo propósito principal es acompañar a las familias en el cuidado, crianza y desarrollo, este servicio esta orientado especialmente a hogares que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social y económica. Asimismo, CNH busca prevenir riesgos asociados a la desnutrición crónica infantil, la falta de estimulación o el descuido de la atención temprana.

2.5. Marco teórico

2.5.1. Desnutrición

La desnutrición es un estado de salud que ocurre cuando el cuerpo no recibe la cantidad adecuada de nutrientes y energía para satisfacer las necesidades diarias esto puede deberse a una ingesta insuficiente de alimentos esenciales existen varios factores (Gómez, 2023).

2.5.2. Desnutrición Infantil

La desnutrición infantil se produce cuando los niños y niñas no obtienen los nutrientes necesarios para un desarrollo óptimo lo que puede manifestarse de diversas maneras incluyendo el retraso en el crecimiento y desarrollo, desnutrición aguda, sobrepeso y obesidad puede tener consecuencias a largo plazo para la salud o poner en riesgo hasta la vida (Fonseca et al., 2020).

2.5.4. Fisiopatología

Cuando el cuerpo no obtiene la suficiente energía se ve obligado a adaptarse para sobrevivir quiere decir que esto va a implicar varios cambios fisiológicos incluyendo pérdida de grasa visceral y muscular como también la disminución del metabolismo basal esto da como resultados la reducción de la energía total. En cuanto a los cambios hormonales conllevan alteraciones como la disminución de la triyodotironina T3, insulina y factor de crecimiento similar a la insulina IGF-1. Debido a esto existirá la disminución de los niveles de glucosa conllevando a un aumento de la gluconeogénesis en el tejido adiposo y muscular, también puede conllevar a una retención de sodio y pérdida de potasio intracelular. La falta de energía también afecta en el sistema inmunológico provocando atrofia del timo, nódulos linfoides y amígdalas, la disminución de la diferenciación de linfocitos CD4 Y CD8, la alteración de la fagocitosis y disminución de la inmunoglobulina (Simón et al., 2021).

2.5.5. Causas

La desnutrición infantil es el resultado de una combinación de factores que influyen como el acceso limitado de alimentos nutritivos y seguros, condiciones socioeconómicas

desfavorables que afectan la capacidad de las familias para proporcionar una alimentación adecuada, prácticas alimentarias inadecuadas que no satisfacen las necesidades nutricionales de los niños como también la carencia al acceso de agua potable y saneamiento básico, atención médica deficiente que no aborda las necesidades de salud de los niños y bajos niveles educativos de los cuidadores que pueden limitar su capacidad para proporcionar cuidados y nutrición adecuada (Montenegro y Meneses, 2025).

2.5.6. Manifestaciones clínicas

La desnutrición severa en pacientes menores de 3 años se puede manifestar en diferentes síndromes clínicos que se distinguen por sus características fenotípicas y bioquímicas. Dos de los escenarios clínicos más comunes son el marasmo y el kwashiorkor: el marasmo se caracteriza por una ingesta inadecuada de energía durante periodos prolongados lo que lleva a una pérdida significativa de tejidos corporales, incluyendo músculo y grasa subcutánea, los pacientes con marasmo suelen presentar debilidad, letargia, bradicardia, hipotensión e hipotermia y su piel luce seca (Ayala et al., 2022).

Por otro lado, el kwashiorkor se caracteriza por edema que se debe a una combinación de albúmina sérica baja, aumento de cortisol y alteración en la regulación de la hormona antidiurética estos pacientes pueden presentar peso casi normal para la edad, pero presenta dermatosis, cabello hipopigmentado y seco, abdomen distendido y hepatomegalia, ambas condiciones pueden tener graves consecuencias para la salud y requieren atención médica inmediata (Coulthard, 2021).

Factores Asociados:

Conocimiento y educación: la falta de información sobre nutrición adecuada y prácticas de alimentación saludable en las madres repercute de forma directa en la dieta de los hijos, por ello es fundamental promover la lactancia materna y correcta alimentación complementaria.

Condiciones socioeconómicas: La pobreza y la desigualdad limitan el acceso a recursos esenciales. Lo que exige que las estrategias de prevención se adapten a la realidad económicas de las familias, ofreciendo alternativas viables y prácticas (Wisbaum Wendy, 2011)

Salud y Enfermedad: la alta frecuencia de infecciones y la falta de acceso a servicios sanitarios constituyen factores de riesgos relevantes, se ha evidenciado que los niños varones son más vulnerables a la desnutrición crónica infantil, asimismo la lejanía de las comunidades rurales respecto a los centros de salud incrementa la probabilidad de presentar esta problemática.

2.5.7. Consecuencias de la Desnutrición infantil

La desnutrición crónica infantil en Ecuador, que afecta aproximadamente al 20 % de los niños menores de cinco años y llega al 27 % en zonas rurales e indígenas, tiene un impacto profundo en el desarrollo cognitivo de la niñez. La etapa de los primeros mil días es crítica: durante esta ventana el cerebro experimenta mielinización, sinaptogénesis y establecimiento de conexiones neuronales; sin embargo, la falta de nutrientes como hierro y zinc impide esta maduración, reduciendo el volumen de materia gris y la velocidad de procesamiento, lo que se traduce en menores coeficientes intelectuales y dificultades sostenidas en el razonamiento, la memoria y las habilidades escolares. Esta limitación cognitiva compromete el potencial educativo y limita las oportunidades en la adolescencia y vida adulta (Naula et al., 2025).

Paralelamente, el crecimiento ponderal de los niños ecuatorianos también se ve seriamente comprometido. Con tasas de desnutrición crónica que alcanzan el 27 % en menores de dos años, especialmente en la sierra rural, se observan retrasos en talla y peso que sobrepasan los primeros años. Estos déficits afectan el desarrollo motor grueso y fino—como gatear, pararse o manipular objetos—atrasando el logro de hitos esenciales para su independencia y exploración del entorno. Dado que muchos de estos retrasos son irreversibles después de los dos años, las intervenciones tempranas son vitales (Rivera, 2020).

Finalmente, la desnutrición disminuye severamente las defensas inmunológicas en los menores ecuatorianos. La carencia de micronutrientes clave como hierro, zinc y vitamina A reduce la eficacia tanto de la inmunidad innata como adaptativa, lo que incrementa la susceptibilidad a infecciones respiratorias e intestinales frecuentes y prolongadas. Además, este ciclo de enfermedades y malnutrición perpetúa el deterioro físico y cognitivo, afectando no sólo la salud individual, sino también la cohesión social y el desarrollo económico

nacional. La evidencia recalca la urgencia de planes integrales que incluyan suplementación, acceso a agua potable, saneamiento, educación nutricional y fortalecimiento de sistemas de salud para romper este círculo vicioso (Morales et al., 2023).

2.5.8. Importancia de la Estrategia Educativa

Constituye un componente fundamental dentro de la educación nutricional, según el modelo de comunicación en salud, la eficacia de dicha comunicación radica en su capacidad para informar y motivar a la población a adoptar comportamientos saludables, entre las estrategias de implementación se incluyen los talleres, los recursos didácticos en la información que se brinda, orientadas a fortalecer las capacidades de las madres o cuidadores directos de los niños para que tomen decisiones enfocadas en relación con la nutrición de sus hijos (Guida et al., 2024).

2.5.9. Estrategia Educativa de fortalecimiento en conocimientos para padres de familia del CNH

Con el objetivo de fortalecer los conocimientos de los padres de familia del Centro de Desarrollo infantil en relación con la prevención de la desnutrición infantil, se propone una estrategia educativa basada en la participación activa, el diálogo de saberes y el uso de recursos didácticos adaptados al contexto local, esta estrategia contempla la realización de talleres interactivos y sesiones informativas, donde se abordan temas claves como la identificación de signos de alarma nutricional, la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo y la promoción de una alimentación saludable como pilar fundamental en el adecuado desarrollo físico y cognitivo de los niños menores de 3 años, a través de actividades lúdicas, dinámicas grupales y el uso de material visual(cartillas, infografías) se busca sensibilizar y empoderar a las familias, fomentando prácticas alimentarias adecuadas y conductas preventivas sostenidas, que contribuyen al bienestar integral de sus hijos (Pacheco y Casquete, 2023).

2.6. Intervención del personal de salud en niños menores de 3 años con desnutrición infantil en primer nivel de atención.

En el desarrollo de esta investigación, se ha podido identificar que una de las estrategias más efectivas y sostenibles para abordar la desnutrición infantil es la implementación de procesos educativos claros y adecuados dirigidos a madres, padres y cuidadores de niños menores de cinco años. Es fundamental que el personal de salud del primer nivel de atención centre sus esfuerzos en la prevención, enfocándose en la educación sobre temas clave como la importancia del cumplimiento de los controles prenatales y del niño sano. Las madres gestantes que acceden al paquete priorizado de atención materna tienen mayores probabilidades de mantener una buena salud durante el embarazo y de brindar mejores condiciones a sus hijos (Pardo et al., 2024).

Asimismo, cuando los cuidadores acuden regularmente a los controles de salud infantil, se reduce considerablemente el riesgo de desarrollar cuadros de desnutrición, los cuales pueden generar consecuencias negativas a corto y largo plazo. En este contexto, la consejería sobre prácticas alimentarias saludables constituye una herramienta esencial para prevenir esta problemática. El personal de salud, como primer punto de contacto con las familias de zonas rurales, cumple un rol estratégico en la identificación temprana de factores de riesgo y en la intervención oportuna, permitiendo así un tratamiento adecuado que evite complicaciones futuras (Barreno et al., 2020).

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

Este capítulo tiene como objetivo describir de manera detallada el enfoque metodológico utilizado en la investigación, abordando los aspectos fundamentales como el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los métodos y técnicas empleadas, así como el procesamiento estadístico de la información. Cada uno de estos elementos permite estructurar y guiar el estudio de manera coherente, garantizando la rigurosidad científica en el análisis del fenómeno de la desnutrición infantil en los niños menores de 3 años de la parroquia Carmen de Pijili, con énfasis en las barreras y oportunidades de intervención desde el enfoque educativo.

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

El estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, ya que obtiene datos numéricos mediante un cuestionario estructurado y los examina utilizando técnicas estadísticas. Se considera además descriptivo, dado que pretende caracterizar el nivel de conocimientos y las prácticas de alimentación infantil en padres y cuidadores del programa CNH, sin que exista manipulación de variables. Integra también un componente propositivo, orientado a formular una estrategia educativa sustentada en los resultados obtenidos.

3.1.2 Diseño de investigación

Se adopta un diseño no experimental de carácter transversal o transeccional, puesto que la información será recopilada en un único momento temporal, sin intervenir de manera directa en la población. Este enfoque permite describir y analizar las relaciones entre las variables tal como se manifiestan en su contexto natural, constituyendo así la base para sustentar la propuesta de estrategia educativa.

3.2. Población y muestra

La población objeto de estudio está conformada por los niños y niñas menores de tres años que forman parte del programa "Creciendo con Nuestros Hijos" (CNH) en la parroquia

Carmen de Pijili, provincia del Azuay, siendo los padres, cuidadores o apoderados los mediadores para recolectar información sobre los conocimientos y prácticas alimenticias. Este grupo fue seleccionado debido a la vulnerabilidad nutricional de los niños y la posibilidad de intervenir mediante estrategias educativas dirigidas a sus cuidadores.

La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia, seleccionando a los participantes disponibles y dispuestos a colaborar dentro del marco del programa CNH. Inicialmente, la población total considerada fue de 48 niños, a través de sus respectivos cuidadores; sin embargo, durante la ejecución de la intervención educativa y la recolección de datos, se contó únicamente con la participación efectiva de 38 niños, ya que 10 cuidadores fueron excluidos por no asistir con regularidad a las reuniones programadas del CNH, conforme a los criterios establecidos en el estudio.

Esta muestra efectiva de 38 niños permitió obtener información relevante sobre los conocimientos y prácticas de sus cuidadores en nutrición infantil, así como evaluar el impacto de la estrategia educativa implementada.

3.2.1. Criterios de inclusión:

1. Padres, madres o cuidadores principales de niños menores de 3 años que forman parte activa del programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) en la parroquia Carmen de Pijili.
2. Que residan de forma permanente en la parroquia Carmen de Pujilí, provincia del Azuay.
3. Que acepten participar voluntariamente en la investigación, firmando el consentimiento informado.
4. Que asistan con regularidad a las reuniones programadas por el CNH
5. Que tengan disponibilidad para participar en los instrumentos de pre y post test.

3.2.2. Criterios de exclusión:

1. Padres, madres o cuidadores de niños menores de 3 años que no estén vinculados al programa CNH.
2. Que no asistan con regularidad a las reuniones programadas por el CNH
3. Personas con dificultades cognitivas o lingüísticas que impidan la comprensión del material educativo o la participación en las encuestas.
4. Aquellos que, pese a haber firmado el consentimiento, decidan retirarse del estudio en cualquier momento.

3.3. Métodos, técnicas e instrumentos

Para el desarrollo de la investigación se adoptó el enfoque cuantitativo, en coherencia con la naturaleza del estudio, ya que facilita medir y analizar de forma numérica las variables de interés vinculadas con los conocimientos y prácticas de alimentación infantil en la población participante. El diseño correspondió a un modelo no experimental de tipo transversal descriptivo, lo que implicó recolectar la información en un único momento temporal, sin manipulación de variables, con el propósito de describir la situación tal como se presenta en su contexto natural.

En cuanto a los métodos específicos, se utilizó el método descriptivo para caracterizar el nivel de conocimientos y las prácticas de alimentación infantil de los padres, madres y cuidadores, así como el método analítico para interpretar los resultados y establecer relaciones entre las dimensiones de las variables estudiadas.

La técnica de recolección de datos consistió en la aplicación de una encuesta estructurada, realizada de manera presencial durante las jornadas programadas del programa Creciendo con Nuestros Hijos. Esta técnica permitió obtener información directa, homogénea y comparable para toda la muestra.

Como instrumento de medición se diseñó un cuestionario estructurado de 15 ítems, elaborado con base en la matriz de operacionalización de variables y validado mediante juicio de expertos en nutrición infantil y metodología de la investigación. El cuestionario incluyó 11 preguntas cerradas tipo Likert orientadas a medir conocimientos y prácticas de alimentación

en dimensiones como lactancia materna, alimentación complementaria, diversidad y calidad de los alimentos, higiene y prevención de enfermedades. Asimismo, se incorporaron 4 preguntas cerradas para recabar datos sociodemográficos en dimensiones de edad, nivel educativo, ocupación y número de hijos. La escala de Likert utilizada ofreció cinco opciones de respuesta: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo.

La aplicación del instrumento se realizó de forma individual, asegurando la comprensión de cada pregunta mediante lectura en voz alta cuando fue necesario, especialmente para participantes con bajo nivel de instrucción. La información obtenida fue registrada y posteriormente codificada para su análisis estadístico.

3.4. Procesamiento estadístico de la información

La información obtenida mediante el cuestionario estructurado fue sometida a un proceso sistemático de codificación, tabulación y análisis con el propósito de asegurar su integridad, organización y correcta interpretación. En una etapa inicial, los datos recopilados en campo fueron revisados para comprobar su completitud y coherencia, excluyendo aquellos cuestionarios con respuestas incompletas o inconsistentes.

En la primera fase, los datos fueron registrados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, asignando un código numérico a cada participante y estableciendo códigos específicos para cada variable e ítem del cuestionario. Posteriormente, la base de datos codificada en Excel fue exportada al software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para su procesamiento. En SPSS se desarrollaron las siguientes etapas:

1. Definición de variables: Creación del archivo de datos especificando nombre, tipo, etiqueta y valores codificados para cada variable, diferenciando entre nominales, ordinales y de razón.
2. Verificación de datos: Revisión de la correcta importación desde Excel y comprobación de valores atípicos, datos faltantes y coherencia interna.

3. Análisis estadístico descriptivo: Para las variables sociodemográficas se calcularon frecuencias absolutas, frecuencias relativas y se elaboraron gráficos de pastel. Para las preguntas tipo Likert se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar), con el objetivo de describir la distribución de respuestas.
4. Pruebas de confiabilidad del instrumento: Aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de las preguntas asociadas a la variable dependiente, considerando un valor $\geq 0,70$ como aceptable.
5. Análisis comparativo: Cuando fue pertinente, se agruparon las puntuaciones de las preguntas tipo Likert para obtener índices globales de conocimientos y prácticas, realizando comparaciones según categorías sociodemográficas, así como la correlación de Spearman y medias ANOVA y prueba de Levene.

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos generados con SPSS, acompañados de la interpretación correspondiente para su inclusión en el capítulo de resultados. Este procedimiento garantizó un tratamiento riguroso de la información, manteniendo la trazabilidad desde la recolección en campo hasta el análisis final y asegurando la validez y confiabilidad de las conclusiones.

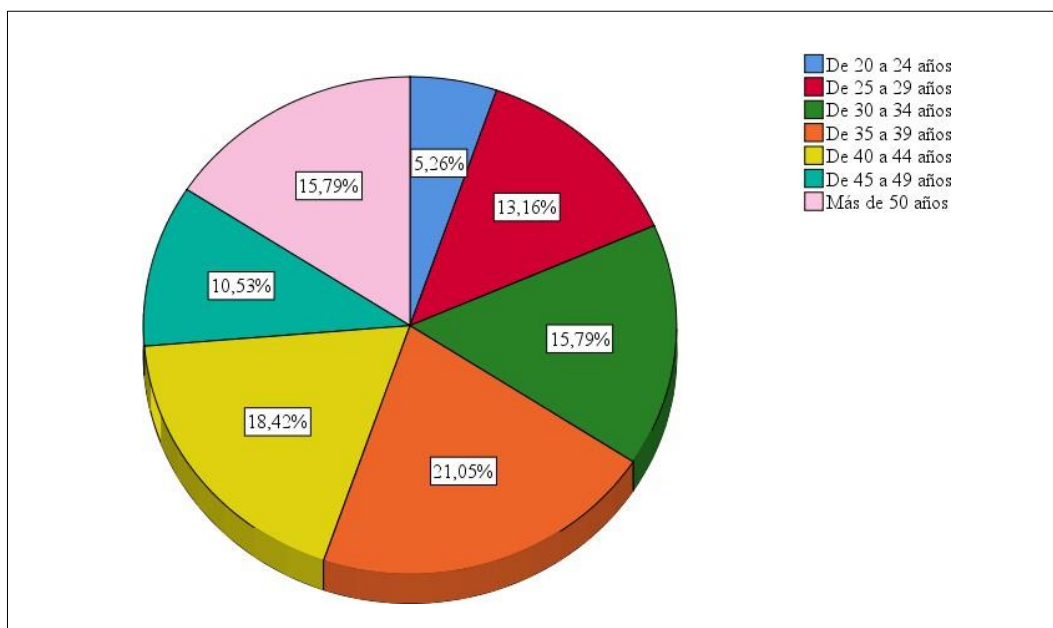
CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario diseñado para evaluar los conocimientos y prácticas de alimentación infantil entre padres, madres y cuidadores del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” en la parroquia Carmen de Pijili. La información recopilada fue procesada inicialmente en hojas de cálculo para su codificación y posterior análisis estadístico con el software SPSS, lo que permitió organizar los datos de forma estructurada y precisa. Se exponen los hallazgos en tablas y gráficos que facilitan la interpretación visual de las tendencias y distribuciones, complementados con análisis descriptivos e inferenciales que responden a los objetivos planteados en la investigación. La exposición de los resultados se ha organizado considerando la secuencia lógica de las variables estudiadas, lo que permitirá comprender con claridad el panorama actual de conocimientos y prácticas en la población participante, así como su relación con las características sociodemográficas observadas.

4.1. Análisis de datos

Gráfico 1.

Edad del padre/madre o cuidador

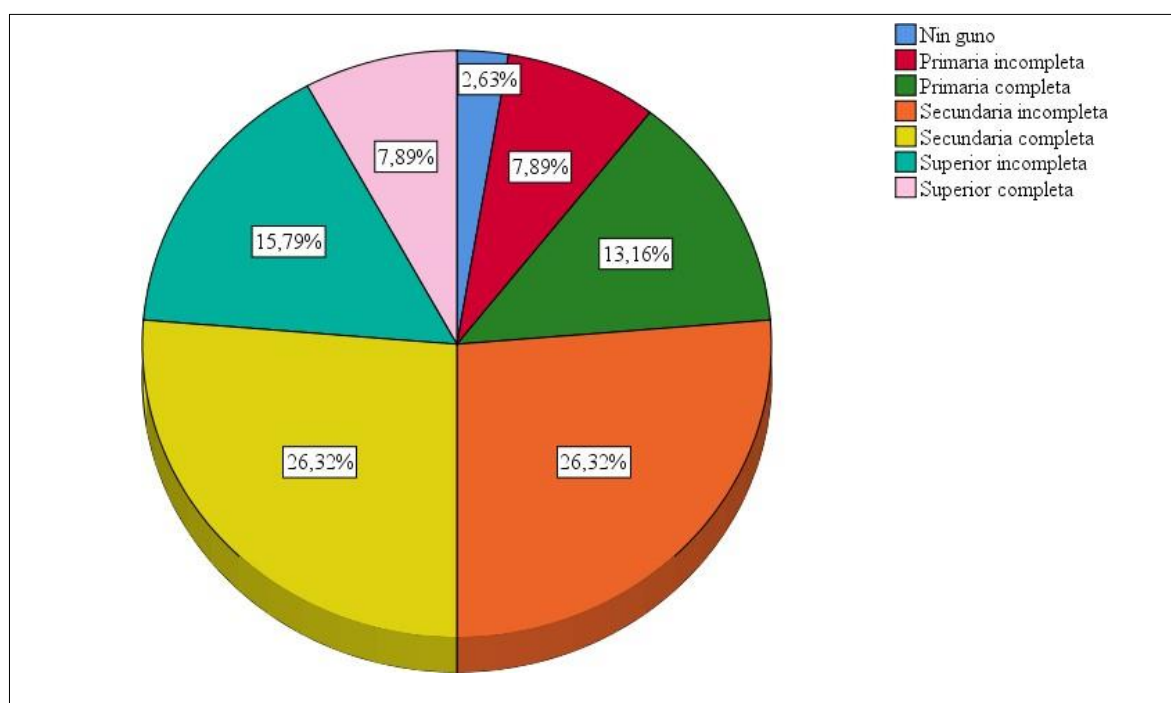


Fuente: Autores

Análisis: El análisis de la distribución por edad muestra que la mayor proporción de padres, madres o cuidadores encuestados se encuentra en el rango de 35 a 39 años, con un 21,1% del total de participantes. Le sigue el grupo de 40 a 44 años, que representa el 18,4%, y el de 30 a 34 y más de 50 años, ambos con un 15,8%. El grupo de 25 a 29 años alcanza el 13,2 %, mientras que las edades de 45 a 49 años suman el 10,5%. El grupo más joven, de 20 a 24 años, presenta la menor participación con el 5,3%. Esta distribución refleja una predominancia de cuidadores en edades medias, lo que podría relacionarse con una mayor estabilidad familiar y experiencia en la crianza, aunque también implica la necesidad de adaptar las estrategias educativas a diferentes etapas de vida. La baja presencia de cuidadores muy jóvenes sugiere que la intervención deberá enfocarse más en adultos que ya han acumulado experiencias previas en alimentación infantil.

Gráfico 2.

Nivel de instrucción



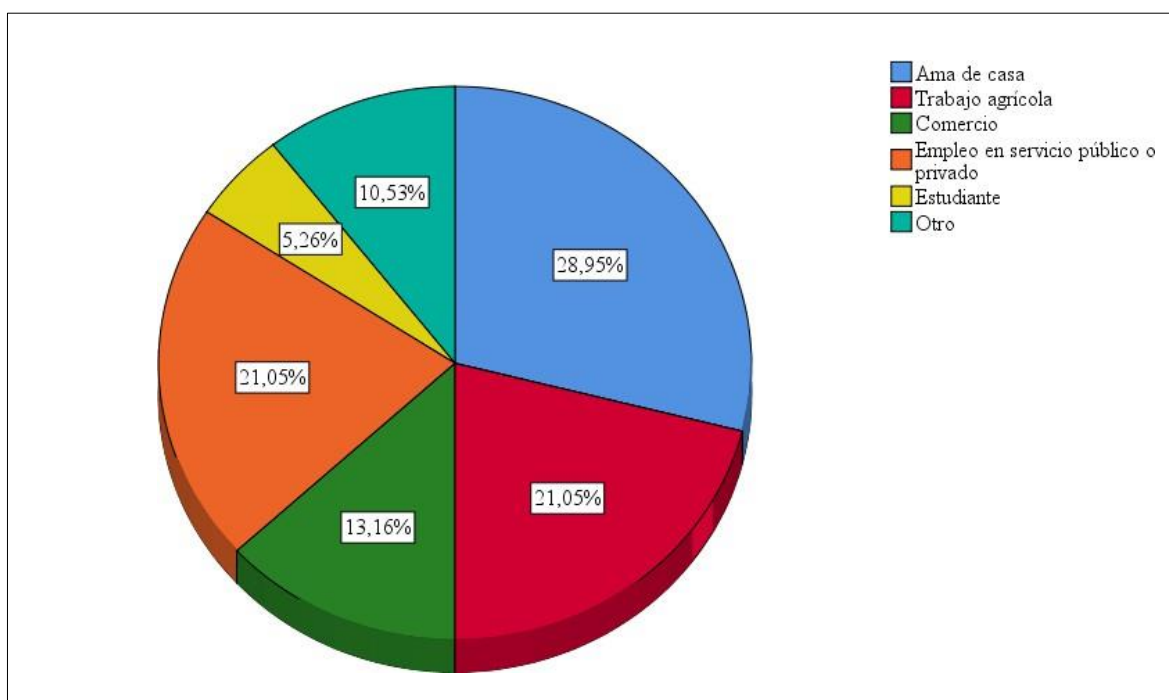
Fuente: Autores

Análisis: El análisis del nivel de instrucción de los padres, madres o cuidadores revela que el mayor porcentaje de participantes se ubica en los niveles de secundaria incompleta y

secundaria completa, cada uno con un 26,32% del total. Este hallazgo indica que más de la mitad de la muestra (52,6%) cuenta con formación secundaria, aunque no necesariamente concluida. En tercer lugar, se encuentra la educación superior incompleta, con un 15,8%, seguida de la primaria completa, que alcanza el 13,2%. Los niveles de primaria incompleta y superior completa representan cada uno el 7,9%, mientras que únicamente un 2,6% no posee ningún grado de instrucción formal. Esta distribución evidencia que la mayoría de los cuidadores ha alcanzado al menos un nivel básico de escolaridad, lo que facilita la comprensión de contenidos en las estrategias educativas, pero también plantea la necesidad de emplear metodologías adaptadas para quienes presentan menor escolaridad y posibles limitaciones en la comprensión de información técnica sobre nutrición infantil.

Gráfico 3.

Ocupación



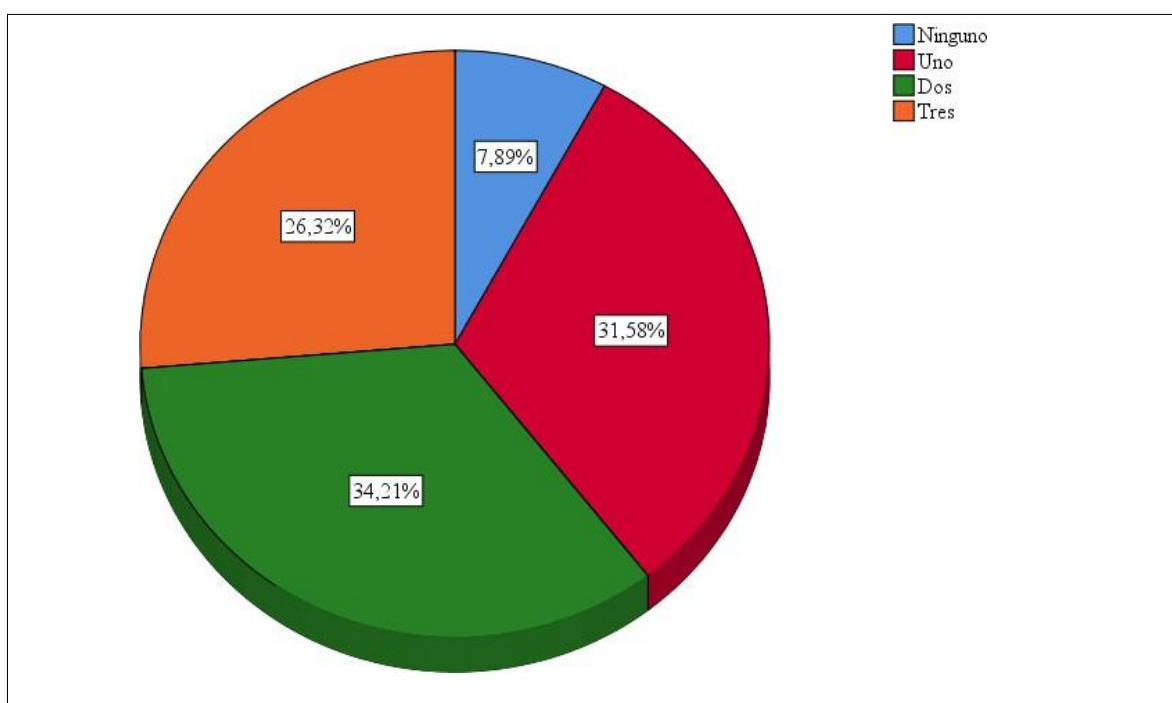
Fuente: Autores

Análisis: El examen de la ocupación de los encuestados evidenció que la mayor proporción correspondió a amas de casa, con un 28,9% del total, lo que indica una importante presencia

de personas dedicadas a labores del hogar y al cuidado directo de los niños. En segundo lugar, y con el mismo porcentaje de participación (21,1%), se ubicaron quienes desempeñan actividades agrícolas y quienes trabajan en el sector público o privado, lo que refleja un grupo económicamente activo que combina obligaciones laborales con la atención infantil. Las personas que ejercen actividades comerciales representaron el 13,2%, mientras que aquellas que desarrollan ocupaciones no especificadas sumaron el 10,5%. El grupo más reducido fue el de estudiantes, con un 5,3% de la muestra. Esta composición ocupacional muestra la necesidad de que las acciones orientadas a prevenir la desnutrición infantil tengan en cuenta las diferencias en cuanto a tiempo disponible, acceso a medios y oportunidades de formación, de modo que los contenidos y las actividades formativas se programen de manera flexible y puedan adaptarse a la diversidad de realidades presentes en la comunidad evaluada

Gráfico 4.

Número de hijos menores de 3 años



Fuente: Autores

Análisis: El estudio sobre el número de hijos menores de cinco años en los hogares encuestados mostró que el grupo más numeroso correspondió a quienes declararon tener dos hijos en este rango etario, con un 34,21% del total. En segundo lugar, se ubicaron los hogares con un solo hijo menor de cinco años, que representaron el 31,58%, seguidos por aquellos con tres hijos, que alcanzaron el 26,32%. Únicamente un 7,89% indicó no tener hijos en esta franja de edad, situación que probablemente corresponde a cuidadores o familiares encargados del cuidado de niños pertenecientes a otros miembros del hogar. Este panorama evidencia que la mayoría de los participantes tiene bajo su responsabilidad más de un niño menor de 3 años, lo que supone mayor exigencia en cuanto a recursos, disponibilidad de tiempo y conocimientos relacionados con alimentación y cuidado. Esto respalda la necesidad de fortalecer las habilidades parentales mediante programas formativos que promuevan prácticas de nutrición apropiadas.

Tabla 2.

Estadístico descriptivo de las 11 preguntas

	<u>N</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Media</u>	<u>Desv. Desviación</u>
Ofrecer papillas espesas favorece el crecimiento saludable del niño	38	1	5	3,63	1,324
Los niños pequeños deben recibir varias comidas y colaciones al día para crecer sanos	38	1	5	3,63	1,324
Los alimentos con proteínas son esenciales para el crecimiento del niño	38	1	5	3,63	1,324
Siempre uso agua hervida, filtrada o clorada para preparar alimentos o bebidas para mi hijo	38	1	5	3,63	1,324
Le ofrezco leche materna a mi hijo con la frecuencia recomendada para su edad	38	1	5	3,66	1,279
Llevo a mi hijo al centro de salud cuando presenta fiebre, diarrea o cualquier signo de alarma	38	1	5	3,66	1,279
Creo que la alimentación complementaria debe comenzar a los seis meses de edad	38	1	5	3,68	1,358

Considero que la lactancia exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses de edad	38	1	5	3,68	1,416
Es importante que el niño consuma diariamente alimentos de diferentes grupos	38	1	5	3,68	1,338
Antes de preparar alimentos para el niño es necesario lavarse las manos con agua y jabón	38	1	5	3,71	1,374
Le ofrezco frutas y verduras a mi hijo todos los días	38	1	5	3,74	1,349
N válido (por lista)	38				

Fuente: Autores

Análisis: El análisis de las once preguntas evaluadas con la escala de Likert, enfocadas en medir los conocimientos y prácticas de alimentación infantil, evidenció que las medias se ubicaron en un rango entre 3,63 y 3,74 puntos. Este comportamiento refleja que la tendencia general de las respuestas se inclina hacia un acuerdo moderado, lo que indica que los padres y cuidadores, en promedio, reconocen la relevancia de las prácticas adecuadas de alimentación, aunque no de manera plenamente consolidada.

En el conjunto de afirmaciones con menor promedio (3,63) se incluyeron las relacionadas con la preparación de papillas espesas, la frecuencia de comidas y colaciones diarias, la importancia de incorporar proteínas para el crecimiento y el uso de agua segura durante la preparación de alimentos. Este resultado sugiere que en estas áreas específicas existe un menor nivel de certeza o de aplicación práctica, posiblemente asociado a vacíos de información o a dificultades para integrarlas en la rutina diaria.

En contraste, las afirmaciones con mayores promedios correspondieron a ofrecer frutas y verduras todos los días (3,74), realizar el lavado de manos antes de preparar alimentos (3,71), mantener la lactancia materna con la frecuencia indicada (3,66) y acudir al centro de salud ante la presencia de signos de alarma (3,66). Estos hallazgos muestran una mayor apropiación de conductas relacionadas con la higiene, el consumo de alimentos frescos y el seguimiento de controles médicos.

Las desviaciones estándar, comprendidas entre 1,279 y 1,416, señalaron una dispersión moderada en las respuestas, lo que implica que no todos los participantes mantuvieron el mismo grado de acuerdo y que existen subgrupos con percepciones y comportamientos diferenciados. Este elemento resulta relevante para el diseño de la intervención, ya que pone en evidencia la importancia de ajustar los contenidos y estrategias educativas a distintos niveles de conocimiento y disposición para modificar hábitos.

Tabla 3.

Conocimiento sobre la lactancia exclusiva hasta los seis meses

Considero que la lactancia exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses de edad					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	10,5	10,5	10,5
	En desacuerdo	7	18,4	18,4	28,9
	De acuerdo	13	34,2	34,2	63,2
	Totalmente de acuerdo	14	36,8	36,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: El análisis evidenció que el 71 % de los padres, madres o cuidadores encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses de edad, lo que revela un reconocimiento mayoritario de esta práctica como una recomendación esencial para favorecer el desarrollo infantil. En contraste, el 28,9 % expresó desacuerdo o total desacuerdo, lo que muestra la presencia de un grupo importante que no comparte o no sigue este principio de nutrición temprana.

La existencia de más de una cuarta parte de participantes con esta postura sugiere que persisten barreras de carácter informativo, cultural o práctico que limitan la adopción generalizada de la lactancia exclusiva. Este hallazgo reviste especial importancia para la propuesta educativa, ya que orienta la necesidad de reforzar los contenidos formativos incorporando explicaciones claras sobre la recomendación, así como evidencias sobre sus beneficios en la salud del lactante, el fortalecimiento del sistema inmunológico y el adecuado

crecimiento durante los primeros meses de vida. Esto permitiría abordar tanto las creencias como las condiciones que pueden obstaculizar su práctica en la población objetivo.

Tabla 4.

Conocimiento sobre el inicio de la alimentación complementaria a los seis meses

Creo que la alimentación complementaria debe comenzar a los seis meses de edad					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9	7,9
	En desacuerdo	8	21,1	21,1	28,9
	De acuerdo	14	36,8	36,8	65,8
	Totalmente de acuerdo	13	34,2	34,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados mostraron que el 71% de los padres, madres o cuidadores encuestados indicó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la alimentación complementaria debe iniciarse a los seis meses de edad, en concordancia con las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Este nivel de aceptación refleja que la mayoría de los cuidadores reconoce la relevancia de comenzar la introducción de nuevos alimentos en el momento indicado, asegurando así una transición progresiva y segura desde la lactancia materna exclusiva.

Sin embargo, el 28,9% manifestó desacuerdo o total desacuerdo, lo que podría estar asociado a desconocimiento de las directrices oficiales, a la influencia de costumbres arraigadas o a interpretaciones erróneas sobre los requerimientos nutricionales de los niños. Este segmento constituye un público prioritario para las acciones formativas, dado que adelantar o postergar la incorporación de alimentos diferentes a la leche materna puede ocasionar riesgos como insuficiencias en la ingesta de nutrientes o trastornos digestivos, los cuales pueden repercutir de manera negativa en el desarrollo físico y en la salud general durante la primera infancia.

Tabla 5.

Análisis sobre el conocimiento del aporte de las papillas espesas al crecimiento infantil

Ofrecer papillas espesas favorece el crecimiento saludable del niño					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9	7,9
	En desacuerdo	8	21,1	21,1	28,9
	De acuerdo	16	42,1	42,1	71,1
	Totalmente de acuerdo	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados indicaron que el 71% de los padres, madres o cuidadores encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que ofrecer papillas espesas contribuye al crecimiento saludable de los niños. Este nivel de aceptación refleja una comprensión general acerca del valor nutritivo y energético que pueden aportar este tipo de preparaciones, las cuales concentran una mayor cantidad de nutrientes por porción y resultan especialmente beneficiosas en etapas caracterizadas por un rápido crecimiento y una elevada demanda nutricional.

Por otro lado, el 28,9% expresó desacuerdo o total desacuerdo con esta afirmación, lo que podría estar relacionado con costumbres culturales que favorecen preparaciones más líquidas, con prácticas transmitidas entre generaciones o con un conocimiento insuficiente sobre la textura y consistencia adecuadas según la edad del niño. Este grupo de participantes constituye un foco prioritario para la intervención educativa, dado que la consistencia de los alimentos incide directamente en la ingesta calórica y en la adaptación progresiva a los sólidos, aspectos fundamentales para asegurar un desarrollo óptimo y reducir el riesgo de desnutrición durante la primera infancia.

Tabla 6.

Análisis sobre el conocimiento del aporte de las papillas espesas al crecimiento infantil

<u>Los niños pequeños deben recibir varias comidas y colaciones al día para crecer sanos</u>					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9	7,9
	En desacuerdo	8	21,1	21,1	28,9
	De acuerdo	16	42,1	42,1	71,1
	Totalmente de acuerdo	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados señalaron que el 71% de los padres, madres o cuidadores encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que ofrecer papillas espesas contribuye al crecimiento saludable de los niños. Este porcentaje refleja que, en general, existe una comprensión sobre el aporte nutritivo y energético de este tipo de preparaciones, las cuales concentran una mayor cantidad de nutrientes por porción y resultan especialmente valiosas durante etapas de crecimiento acelerado y con una elevada demanda de energía y micronutrientes.

En contraste, el 28,9% expresó desacuerdo o total desacuerdo, lo que podría relacionarse con costumbres que favorecen preparaciones más líquidas, con hábitos transmitidos de generación en generación o con un conocimiento insuficiente acerca de la textura y consistencia adecuadas según la edad del niño. Este grupo representa un objetivo prioritario dentro de la intervención educativa, ya que la consistencia de los alimentos influye de manera directa en la cantidad de calorías ingeridas y en la adaptación progresiva a los sólidos, elementos fundamentales para garantizar un desarrollo infantil óptimo y prevenir la aparición de casos de desnutrición en la primera infancia.

Tabla 7.

Análisis sobre la importancia de consumir diariamente alimentos de diferentes grupos

Es importante que el niño consuma diariamente alimentos de diferentes grupos				
		Frecuencia	Porcentaje	% válido % acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9 7,9
	En desacuerdo	7	18,4	18,4 26,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	5,3	5,3 31,6
	De acuerdo	13	34,2	34,2 65,8
	Totalmente de acuerdo	13	34,2	34,2 100,0
	Total	38	100,0	100,0

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados evidenciaron que el 68,4% de los padres, madres o cuidadores encuestados indicó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que el niño debe consumir a diario alimentos provenientes de diferentes grupos, lo que refleja un nivel favorable de conocimiento sobre la diversidad alimentaria como estrategia para cubrir las necesidades de macro y micronutrientes. Esta percepción coincide con las guías alimentarias, que sugieren combinar cereales, fuentes de proteína, frutas, verduras y grasas saludables para promover un desarrollo integral y equilibrado.

El 26,3% de los encuestados expresó desacuerdo o total desacuerdo y un 5,3% se ubicó en una posición neutral, lo que indica que aproximadamente un tercio de la población no reconoce plenamente la importancia de mantener variedad en la dieta. Esta situación podría estar asociada a limitaciones económicas, influencias culturales o falta de orientación nutricional adecuada. Este grupo se considera prioritario para las intervenciones educativas, ya que una alimentación poco diversa aumenta el riesgo de deficiencias en nutrientes esenciales y puede afectar de manera negativa el crecimiento y la salud infantil en la primera etapa de vida.

Tabla 8.

Análisis sobre la importancia de las proteínas en el crecimiento infantil

Los alimentos con proteínas son esenciales para el crecimiento del niño					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9	7,9
	En desacuerdo	8	21,1	21,1	28,9
	De acuerdo	16	42,1	42,1	71,1
	Totalmente de acuerdo	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: El análisis mostró que el 71% de los padres, madres o cuidadores encuestados indicó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que los alimentos ricos en proteínas son esenciales para el crecimiento infantil. Este resultado refleja un nivel positivo de conocimiento sobre la función de este macronutriente en la formación y reparación de tejidos, así como en el desarrollo de la masa muscular y la estructura ósea. Además, se alinea con las recomendaciones nutricionales que enfatizan la importancia de incorporar diariamente fuentes de proteína tanto de origen animal como vegetal en la alimentación de los niños.

En contraste, el 29% manifestó desacuerdo o total desacuerdo, lo que pone de manifiesto la existencia de carencias de información o de barreras relacionadas con la disponibilidad y el acceso a alimentos proteicos. Este sector de la población podría beneficiarse de acciones formativas que profundicen en el papel de las proteínas para la salud infantil y presenten alternativas accesibles como huevos, menestras y productos lácteos. La adaptación de estas recomendaciones a la situación socioeconómica local aumentaría las posibilidades de adopción y sostenibilidad de estas prácticas alimentarias en la comunidad.

Tabla 9.

Análisis sobre el lavado de manos antes de preparar alimentos para el niño

<u>Antes de preparar alimentos para el niño es necesario lavarse las manos con agua y jabón</u>					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9	7,9
	En desacuerdo	8	21,1	21,1	28,9
	De acuerdo	13	34,2	34,2	63,2
	Totalmente de acuerdo	14	36,8	36,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados mostraron que el 71% de los padres, madres o cuidadores encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la necesidad de lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos para el niño, lo que evidencia un nivel adecuado de conciencia sobre la higiene como medida clave para prevenir enfermedades gastrointestinales y otras infecciones frecuentes en la infancia. Este hábito disminuye el riesgo de contaminación cruzada y contribuye a mantener la inocuidad de los alimentos, aspecto especialmente importante en los primeros años de vida.

En cambio, el 29% expresó desacuerdo o total desacuerdo, lo que podría reflejar vacíos de conocimiento, creencias culturales previas o dificultades para disponer de manera continua de agua segura y jabón. Para este grupo, la intervención educativa debería incorporar demostraciones prácticas, materiales visuales ubicados en zonas de preparación de alimentos y opciones accesibles como lavamanos artesanales o recipientes con grifo, junto con acciones comunitarias para garantizar insumos básicos.

Para consolidar el cambio, se recomienda reforzar la importancia de los momentos críticos para el lavado de manos antes de preparar y servir alimentos, después de usar el baño o cambiar pañales, involucrar a todos los cuidadores del hogar y monitorear avances mediante listas de verificación sencillas aplicadas en el domicilio.

Tabla 10.

Análisis sobre la frecuencia de lactancia materna según la edad del niño

<u>Le ofrezco leche materna a mi hijo con la frecuencia recomendada para su edad</u>					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	5,3	5,3	5,3
	En desacuerdo	9	23,7	23,7	28,9
	De acuerdo	16	42,1	42,1	71,1
	Totalmente de acuerdo	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados mostraron al igual que las preguntas anteriores que el 71% de los padres, madres o cuidadores encuestados señaló estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con ofrecer leche materna con la frecuencia recomendada para la edad del niño. Este porcentaje evidencia que la mayoría de los participantes mantiene prácticas que coinciden con las directrices de organismos internacionales, las cuales aconsejan la lactancia a libre demanda o siguiendo pautas específicas para cada etapa de desarrollo.

El 29% manifestó desacuerdo o total desacuerdo, situación que podría explicarse por la introducción temprana de alimentos complementarios, la percepción de que la producción de leche es insuficiente, la falta de tiempo derivada de actividades laborales o un conocimiento limitado sobre los requerimientos nutricionales en cada rango etario.

Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer las estrategias formativas que promuevan la frecuencia óptima de lactancia. Esto podría lograrse mediante información adaptada al contexto local, espacios de consejería individual y acciones de acompañamiento comunitario, integrando el apoyo de la familia y de la red social más cercana, con el fin de favorecer la continuidad y calidad de la lactancia materna.

Tabla 11.*Análisis sobre la oferta diaria de frutas y verduras*

Le ofrezco frutas y verduras a mi hijo todos los días					
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9	7,9
	En desacuerdo	7	18,4	18,4	26,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2,6	2,6	28,9
	De acuerdo	13	34,2	34,2	63,2
	Totalmente de acuerdo	14	36,8	36,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: Entre los 38 participantes, el 36,8% declaró estar totalmente de acuerdo y el 34,2% de acuerdo con la afirmación “Le ofrezco frutas y verduras a mi hijo todos los días”, lo que en conjunto representa un 71% con práctica favorable. Un 2,6% se mantuvo en posición neutral, mientras que el 18,4% manifestó desacuerdo y el 7,9% total desacuerdo, sumando un 26,3% con menor adherencia. Este patrón indica que, si bien la mayoría incorpora frutas y verduras de manera cotidiana, existe un grupo significativo que no lo hace de forma consistente. En concordancia con los datos descriptivos, este ítem registró una media de 3,74 y una desviación estándar de 1,349 lo que refleja un acuerdo moderado-alto con cierta variabilidad entre hogares.

En la propuesta educativa, sería prioritario centrar la atención en el 26,3% que presenta menor cumplimiento, analizando barreras como costos, disponibilidad estacional, acceso, preferencias alimentarias del niño o limitaciones de tiempo para la preparación. Se sugieren menús adaptados a la estacionalidad y al presupuesto, sustituciones nutricionalmente equivalentes, preparaciones rápidas y atractivas, y material visual en el hogar como calendarios semanales. El CNH podría reforzar estas acciones mediante demostraciones culinarias, listas de compras locales y metas familiares simples, monitoreadas en visitas domiciliarias.

Tabla 12.

Análisis sobre el uso de agua segura en la preparación de alimentos y bebidas

Siempre uso agua hervida, filtrada o clorada para preparar alimentos o bebidas para mi hijo		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	7,9	7,9	7,9
	En desacuerdo	8	21,1	21,1	28,9
	De acuerdo	16	42,1	42,1	71,1
	Totalmente de acuerdo	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: En la afirmación “Siempre uso agua hervida, filtrada o clorada para preparar alimentos o bebidas para mi hijo”, el 42,1% de los encuestados expresó estar de acuerdo y el 28,9% totalmente de acuerdo, lo que representa un 71% de cumplimiento de esta práctica. En contraste, el 21,1% manifestó desacuerdo y el 7,9% total desacuerdo, proporciones que resultan relevantes debido al impacto que el uso de agua no segura puede tener en la salud infantil. Este ítem registró una media de 3,63 y una desviación estándar de 1,324 lo que muestra una tendencia favorable, aunque con una dispersión importante en las respuestas.

Considerando la prevención de la desnutrición y de enfermedades gastrointestinales, este resultado señala la necesidad de reforzar la educación sanitaria en la comunidad. Las familias que no utilizan de forma constante agua segura pueden estar más expuestas a infecciones que comprometen la absorción de nutrientes y el crecimiento de los niños menores de tres años. Para reducir este riesgo, se propone desarrollar talleres prácticos en el marco del programa CNH, enfocados en técnicas simples de purificación y almacenamiento, así como fomentar recordatorios visuales en los hogares para mantener esta práctica de manera constante y sostenible.

Tabla 13.

Análisis sobre la atención oportuna en el centro de salud ante signos de alarma infantil

Llevo a mi hijo al centro de salud cuando presenta fiebre, diarrea o cualquier signo de alarma

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	5,3	5,3	5,3
	En desacuerdo	9	23,7	23,7	28,9
	De acuerdo	16	42,1	42,1	71,1
	Totalmente de acuerdo	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fuente: Autores

Análisis: En relación con la afirmación “Llevo a mi hijo al centro de salud cuando presenta fiebre, diarrea o cualquier signo de alarma”, el 42,1% de los encuestados expresó estar de acuerdo y el 28,9% totalmente de acuerdo, sumando un 71% de respuestas positivas en favor de la búsqueda de atención oportuna. En contraste, el 23,7% indicó desacuerdo y el 5,3% total desacuerdo, lo que refleja la existencia de un grupo que no acude siempre a los servicios de salud frente a estos síntomas. La media obtenida fue de 3,66 con una desviación estándar de 1,279 lo que evidencia una tendencia general favorable, aunque con variabilidad en las prácticas reportadas.

La ausencia de atención inmediata ante señales de alarma puede derivar en complicaciones graves, sobre todo en niños menores de tres años, quienes presentan mayor vulnerabilidad a la deshidratación, la desnutrición y otros problemas que pueden evolucionar con rapidez. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer la sensibilización comunitaria para reconocer y actuar frente a síntomas de riesgo, incorporando en el programa CNH actividades formativas que impulsen a los cuidadores a buscar asistencia médica de manera rápida, segura y consistente ante cualquier signo que comprometa la salud infantil.

4.2 Cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach

El coeficiente Alfa de Cronbach es una medida estadística utilizada para evaluar la consistencia interna de un instrumento de recolección de datos, determinando en qué medida los ítems que lo componen están relacionados entre sí y miden un mismo constructo. Este indicador es ampliamente empleado en investigaciones sociales, educativas y de salud, ya que permite verificar la fiabilidad de cuestionarios y escalas antes de su análisis e interpretación. Un valor elevado del alfa sugiere una mayor coherencia entre los ítems, lo que fortalece la validez de los resultados obtenidos (Rodríguez y Reguant, 2020).

El baremo de Alfa de Cronbach es:

$\geq 0,90 \rightarrow$ Excelente confiabilidad.

$0,80 - 0,89 \rightarrow$ Muy buena.

$0,70 - 0,79 \rightarrow$ Aceptable.

$< 0,70 \rightarrow$ Necesita revisión.

Los resultados de fiabilidad o consistencia del instrumento aplicado son:

Tabla 14.

Resultados de Alfa de Cronbach

<u>Estadísticas de fiabilidad</u>	
<u>Alfa de Cronbach</u>	<u>N de elementos</u>
<u>,997</u>	<u>11</u>

Fuente: Autores

Análisis: El análisis de fiabilidad aplicado al instrumento, mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, obtuvo un valor de 0,997 para las once preguntas con formato Likert orientadas a evaluar los conocimientos y prácticas de alimentación infantil en los padres, madres y cuidadores encuestados. Este resultado se clasifica como excelente, al superar con amplitud el valor mínimo de 0,70 señalado en la literatura metodológica como referencia para considerar que un instrumento presenta consistencia interna aceptable. Un índice tan

elevado refleja que las respuestas a los ítems guardan una alta coherencia entre sí y que existe una marcada homogeneidad en la medición del constructo analizado.

En términos prácticos, este grado de consistencia interna sugiere que las preguntas logran medir con gran precisión una misma dimensión, minimizando la probabilidad de que las variaciones registradas se originen en el azar o en factores externos al objeto de estudio. De la misma manera, la ausencia de valores atípicos relevantes en la matriz de correlaciones ítem-total respalda la solidez del cuestionario, validando su uso en la muestra examinada y otorgando sustento a la fiabilidad de los datos recopilados, que servirán de base para el desarrollo de los análisis estadísticos posteriores en la investigación.

4.3 Índices de comparaciones estadísticas

La construcción de índices constituye una herramienta útil para condensar la información obtenida a partir de múltiples ítems del cuestionario en valores promedio que reflejan, de manera global, el nivel de conocimientos y prácticas de alimentación infantil de la población evaluada. Este procedimiento facilita las comparaciones entre participantes y grupos con características sociodemográficas distintas, además de aportar una base sólida para el análisis estadístico posterior. En este estudio, las once preguntas con formato Likert se organizaron en dos bloques conceptuales: conocimientos teóricos sobre nutrición infantil y prácticas cotidianas vinculadas a la prevención de la desnutrición.

A partir de estos bloques se generó un índice global que integra el conjunto de ítems, ofreciendo así una medida unificada del constructo analizado. La media aritmética de las respuestas, con valores que oscilan entre 1 y 5, expresa el nivel de acuerdo o desacuerdo de cada participante, manteniendo la correspondencia con la escala utilizada en el cuestionario. La elaboración de estos índices resulta fundamental para efectuar análisis comparativos, identificar patrones dentro de la muestra y valorar la consistencia interna de las dimensiones planteadas, fortaleciendo la interpretación de los resultados obtenidos en la investigación.

Tabla 15.*Comparativos totales y por rango*

Estadísticos descriptivos					
	<u>N</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Media</u>	<u>Desv. Desviación</u>
Índice prácticas	38	5,00	25,00	18,3947	6,53696
Índice conocimiento	38	6,00	30,00	21,9474	7,95238
Índice Global	38	11,00	55,00	40,3421	14,48070
<u>N válido (por lista)</u>	<u>38</u>				

Fuente: Autores

Análisis: El análisis de los índices elaborados a partir de las respuestas del cuestionario permitió identificar diferencias notables entre el nivel de conocimientos y la aplicación efectiva de prácticas de alimentación infantil en la muestra evaluada. El Índice de prácticas registró valores entre 5,00 y 25,00, con una media de 18,39 y una desviación estándar de 6,53, lo que indica una variabilidad moderada en la frecuencia y consistencia de las acciones reportadas por los cuidadores. Esto sugiere que, mientras algunos participantes mantienen de forma constante prácticas acordes con las recomendaciones nutricionales, otros muestran conductas menos alineadas con dichas pautas.

En cuanto al Índice de conocimientos, los valores oscilaron entre 6,00 y 30,00, con una media de 21,94 y una desviación estándar de 7,95, evidenciando un nivel de conocimientos relativamente alto, aunque con una dispersión mayor que la observada en el componente de prácticas. Por último, el Índice global, que combina ambos aspectos, varió de 11,00 a 55,00, con una media de 40,34 y una desviación estándar de 14,48. Este resultado confirma la presencia de un sector con un desempeño integral sólido y de otro que presenta deficiencias simultáneas tanto en el conocimiento teórico como en la implementación de prácticas adecuadas para la alimentación infantil.

A continuación, se analiza el índice de prácticas cruzado con el nivel de instrucción de los encuestados.

Tabla 16.*Análisis del índice de prácticas según el nivel de instrucción*

Informe Índice prácticas					
Nivel instrucción	Media	N	Desv. Desviación	Máximo	Mínimo
Ninguno	10,0000	1	.	10,00	10,00
Primaria incompleta	13,0000	3	7,93725	22,00	7,00
Primaria completa	16,8000	5	6,97854	25,00	9,00
Secundaria incompleta	19,0000	10	6,58281	25,00	5,00
Secundaria completa	18,7000	10	7,14998	25,00	6,00
Superior incompleta	22,0000	6	2,44949	25,00	20,00
Superior completa	19,0000	3	7,93725	25,00	10,00
Total	18,3947	38	6,53696	25,00	5,00

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados evidenciaron una tendencia general al aumento del puntaje promedio del Índice prácticas conforme se eleva el nivel educativo de los padres, madres o cuidadores, aunque con algunas fluctuaciones intermedias. El promedio más bajo se registró en el grupo sin instrucción, con 10 puntos, seguido por quienes reportaron primaria incompleta, con 13 puntos. A partir de primaria completa se observó un incremento más marcado: secundaria incompleta alcanzó 19 puntos, secundaria completa presentó 18,7 puntos y superior incompleta obtuvo el valor más alto del análisis, con 22 puntos. En contraste, quienes indicaron contar con educación superior completa registraron una media de 19 puntos, ligeramente inferior a la del grupo con superior incompleta.

En cuanto a la variabilidad de las respuestas, la desviación estándar más baja se observó en el grupo con superior incompleta (2,45), lo que refleja mayor homogeneidad en las respuestas. Por el contrario, los niveles de dispersión más elevados correspondieron a primaria incompleta y superior completa (7,93). Este comportamiento sugiere que un nivel educativo más alto tiende a vincularse con mejores prácticas de alimentación infantil, aunque la relación no siempre se presenta de manera estrictamente lineal, posiblemente debido a la

influencia de factores socioculturales y económicos que modulan la adopción de hábitos saludables en los hogares.

Tabla 17.

Análisis del Índice de prácticas

Ocupación	Informe Índice prácticas			Máximo	Mínimo
	Media	N	Desv. Desviación		
Ama de casa	18,4545	11	6,77294	25,00	10,00
Trabajo agrícola	18,0000	8	7,70899	25,00	7,00
Comercio	18,8000	5	5,89067	25,00	9,00
Empleo en servicio público o privado	17,2500	8	7,45941	25,00	5,00
Estudiante	15,0000	2	7,07107	20,00	10,00
Otro	22,5000	4	2,88675	25,00	20,00
Total	18,3947	38	6,53696	25,00	5,00

Fuente: Autores

Análisis: El análisis del Índice prácticas según la ocupación mostró que los puntajes promedio se mantienen relativamente próximos entre la mayoría de los grupos, aunque con diferencias que pueden tener relevancia en la interpretación de los resultados. El promedio más alto correspondió al grupo clasificado como “Otro”, con 22,5 puntos, acompañado de la menor dispersión de respuestas (desviación estándar de 2,88), lo que refleja una notable consistencia en las prácticas reportadas. En el extremo opuesto, los estudiantes registraron el promedio más bajo, con 15 puntos y una desviación estándar moderada (7,07), situación que podría estar relacionada con menor experiencia en el cuidado infantil o con un acceso limitado a recursos para la alimentación.

Las categorías de ama de casa, trabajo agrícola, comercio y empleo en el sector público o privado presentaron promedios cercanos al valor general de 18,39 puntos, con diferencias menores a 1,5 puntos entre ellas. Sin embargo, las desviaciones estándar más elevadas se identificaron en trabajo agrícola (7,70) y en empleo formal (7,45), lo que evidencia una considerable variabilidad interna en estos grupos. En conjunto, los resultados sugieren que

las prácticas de alimentación no dependen exclusivamente del tipo de ocupación, aunque ciertos perfiles como el grupo “Otro” podrían disponer de condiciones más favorables para mantener una mayor adherencia a conductas alimentarias saludables.

Tabla 18.

Análisis del índice de conocimiento según nivel de instrucción

Informe Índice conocimiento					
Nivel instrucción	Media	N	Desv. Desviación	Máximo	Mínimo
Ninguno	10,0000	1	.	10,00	10,00
Primaria incompleta	15,6667	3	10,01665	27,00	8,00
Primaria completa	19,8000	5	8,89944	30,00	9,00
Secundaria incompleta	22,5000	10	7,69199	30,00	6,00
Secundaria completa	22,5000	10	8,44919	30,00	8,00
Superior incompleta	26,5000	6	2,94958	30,00	24,00
Superior completa	23,0000	3	9,64365	30,00	12,00
Total	21,9474	38	7,95238	30,00	6,00

Fuente: Autores

Análisis: El Índice conocimiento mostró una relación positiva entre el nivel educativo alcanzado por los padres, madres o cuidadores y el puntaje promedio obtenido. La media más baja correspondió al único participante sin instrucción formal, con 10 puntos, mientras que los valores fueron incrementándose de manera progresiva en los niveles educativos superiores. Quienes reportaron primaria incompleta alcanzaron un promedio de 15,66 puntos, mientras que aquellos que concluyeron la primaria obtuvieron 19,80 puntos, lo que representa un incremento significativo.

En el caso de la secundaria, tanto incompleta como completa, se registró un promedio idéntico de 22,50 puntos. Sin embargo, las desviaciones estándar fueron elevadas, de 7,69 y 8,44 respectivamente, lo que indica una marcada heterogeneidad en el nivel de conocimientos dentro de estos grupos. El puntaje más alto correspondió a quienes cursaron educación superior incompleta, con una media de 26,50 y una baja dispersión de 2,94, lo que sugiere un conocimiento más sólido y uniforme. Por último, quienes completaron estudios superiores

presentaron un promedio de 23 puntos, ligeramente inferior al grupo anterior, acompañado de una variabilidad mayor reflejada en una desviación estándar de 9,64. En conjunto, este patrón respalda la idea de que la formación académica incide directamente en los conocimientos sobre alimentación infantil.

Tabla 19.

Análisis del índice de conocimiento según ocupación

Informe Índice conocimiento						
Ocupación	Media	N	Desv.	Desviación	Máximo	Mínimo
Ama de casa	22,0000	11	8,07465		30,00	12,00
Trabajo agrícola	21,5000	8	9,25820		30,00	8,00
Comercio	22,2000	5	7,82304		30,00	9,00
Empleo en servicio público o privado	20,8750	8	8,83883		30,00	6,00
Estudiante	17,0000	2	9,89949		24,00	10,00
Otro	27,0000	4	3,46410		30,00	24,00
Total	21,9474	38	7,95238		30,00	6,00

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados del Índice conocimiento evidenciaron diferencias relevantes según la ocupación de los participantes. El promedio más alto se registró en el grupo clasificado como “Otro”, con 27,00 puntos y una baja dispersión de 3,46, lo que refleja un nivel de conocimientos elevado y relativamente homogéneo. Las amas de casa obtuvieron 22,00 puntos y quienes trabajan en comercio alcanzaron 22,20, cifras muy próximas entre sí y acompañadas de desviaciones estándar moderadas, lo que indica un grado de conocimientos consistente en el interior de estos grupos.

En el caso de los participantes dedicados al trabajo agrícola, la media fue de 21,50 puntos, mientras que quienes tienen empleo en el sector público o privado obtuvieron 20,87 puntos. Ambos colectivos mostraron una variabilidad interna más amplia, con desviaciones estándar de 9,25 y 8,83 respectivamente, lo que sugiere marcadas diferencias individuales. El puntaje más bajo correspondió a los estudiantes, con un promedio de 17,00 puntos y una alta

dispersión de 9,89, lo que indica que, aunque algunos alcanzan niveles elevados, otros presentan conocimientos muy limitados. De manera general, los datos sugieren que el tipo de ocupación puede influir en el grado de conocimientos sobre alimentación infantil, posiblemente debido a experiencias, responsabilidades y contextos cotidianos vinculados con el cuidado y la atención de los niños.

4.4 Análisis de correlación y comparación de medias

4.4.1 Análisis de correlación de Spearman

El análisis de correlación de Spearman es una prueba estadística no paramétrica utilizada para evaluar la relación entre dos variables medidas en escala ordinal o en situaciones donde no se cumple el supuesto de normalidad (Apaza et al., 2022). En esta investigación se emplea para explorar la posible asociación entre el índice de conocimientos y el índice de prácticas, ambos elaborados a partir de respuestas en escala Likert. Esta técnica permite identificar si un mayor nivel de conocimientos se asocia de forma consistente con un incremento en la aplicación de prácticas adecuadas, aportando una comprensión más integral sobre la correspondencia y coherencia entre los dos componentes evaluados en la población estudiada.

Tabla 20.

Análisis de la correlación entre el índice de conocimiento y el índice de prácticas

Correlaciones ^b				
			Índice conocimiento	Índice prácticas
Rho de Spearman	Índice conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	,989**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	Índice prácticas	Coeficiente de correlación	,989**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

b. N por lista = 38

Fuente: Autores

Análisis: El análisis de correlación de Spearman mostró un coeficiente rho de 0,989 entre el índice de conocimientos y el índice de prácticas, con un valor de significancia bilateral $p = 0,000$. Este resultado evidencia una asociación positiva de magnitud extremadamente alta, lo que implica que, a medida que aumentan los conocimientos sobre alimentación y cuidado infantil, también se observa una mejora consistente en las prácticas relacionadas. La proximidad del coeficiente al valor máximo de 1 indica que el vínculo entre ambas dimensiones es directo y estable en toda la muestra analizada, sin que pueda atribuirse a una coincidencia aleatoria.

La significancia estadística inferior al umbral de 0,01 confirma que la probabilidad de que esta correlación sea producto del azar es prácticamente nula. Este hallazgo respalda la hipótesis de que el fortalecimiento de los conocimientos de los cuidadores se asocia con la adopción de prácticas más adecuadas y coherentes con las recomendaciones de nutrición y cuidado infantil. De este modo, los resultados aportan una base sólida para orientar programas de educación y estrategias de intervención que busquen mejorar la salud y el desarrollo de la infancia a través de la capacitación de los responsables directos de su cuidado.

4.4.2 Comparación de medias con ANOVA

En este sub-acápite se expone el análisis comparativo de medias utilizando la técnica ANOVA de un factor, con el propósito de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el índice de conocimiento en función del nivel de instrucción de los participantes. Esta herramienta estadística permite contrastar de manera simultánea las medias de más de dos grupos independientes, evaluando si las variaciones observadas responden al azar o si reflejan un patrón consistente asociado con la variable explicativa (JMP Statistical Discovery, 2024).

El procedimiento incluye la verificación del supuesto de homogeneidad de varianzas, requisito esencial para asegurar la validez del análisis, el cual se lleva a cabo mediante pruebas específicas que permiten identificar si la dispersión de los datos es comparable entre

los grupos evaluados. A partir de los resultados obtenidos se podrá establecer si el nivel educativo ejerce un efecto relevante sobre los conocimientos medidos y, en caso afirmativo, determinar en qué categorías se concentran las diferencias más notorias. Este enfoque brinda una base estadística sólida y bien fundamentada para interpretar los datos de manera precisa, permitiendo extraer conclusiones que respalden la toma de decisiones y el diseño de estrategias formativas adaptadas a las características de cada grupo educativo.

Tabla 21.

Análisis descriptivo del Índice de conocimiento según nivel de instrucción

Descriptivos Índice de conocimiento								
95% del intervalo de confianza para la media								
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Ninguno	1	10,0000	.	.	.	.	10,00	10,00
Primaria incompleta	3	15,6667	10,01665	5,78312	-9,2161	40,5494	8,00	27,00
Primaria completa	5	19,8000	8,89944	3,97995	8,7499	30,8501	9,00	30,00
Secundaria incompleta	10	22,5000	7,69199	2,43242	16,9975	28,0025	6,00	30,00
Secundaria completa	10	22,5000	8,44919	2,67187	16,4558	28,5442	8,00	30,00
Superior incompleta	6	26,5000	2,94958	1,20416	23,4046	29,5954	24,00	30,00
Superior completa	3	23,0000	9,64365	5,56776	-,9562	46,9562	12,00	30,00
Total	38	21,9474	7,95238	1,29005	19,3335	24,5613	6,00	30,00

Fuente: Autores

Análisis: El análisis de las medias evidenció una tendencia ascendente del índice de conocimiento conforme aumenta el nivel educativo de los participantes. El valor promedio

más bajo se registró en el único caso sin instrucción formal, con una puntuación de 10, mientras que el más alto correspondió a quienes poseen educación superior incompleta, con una media de 26,50. Los grupos con secundaria incompleta y secundaria completa presentaron un promedio idéntico de 22,50, lo que sugiere un nivel de conocimientos similar en ambas categorías.

Los intervalos de confianza mostraron mayor precisión en los grupos con un número más elevado de participantes, particularmente en secundaria incompleta y secundaria completa. En cambio, en categorías con menor representación, como primaria incompleta o superior completa, los rangos de confianza fueron más amplios, lo que indica una mayor variabilidad e incertidumbre en las estimaciones. En el conjunto de la muestra, el índice presentó un valor mínimo de 6 y un máximo de 30, reflejando un rango amplio en el nivel de conocimientos. Estos resultados permiten identificar no solo diferencias asociadas al nivel educativo, sino también la influencia del tamaño muestral en la precisión de las estimaciones obtenidas.

Tabla 22.

Análisis de la prueba de homogeneidad de varianzas

		Prueba de homogeneidad de varianzas			
		Estadístico de			
		Levene	gl1	gl2	Sig.
Índice de conocimiento	Se basa en la media	1,320	5	31	,281
	Se basa en la mediana	,436	5	31	,820
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,436	5	24,741	,819
	Se basa en la media recortada	1,166	5	31	,348

Fuente: Autores

Análisis: La prueba de Levene aplicada al índice de conocimiento muestra que, en todas las formas de cálculo (basada en la media, mediana, mediana con grados de libertad ajustados y media recortada), los valores de significación son superiores al umbral convencional de 0,05, destacando especialmente el valor $p = 0,281$ cuando se basa en la media. Esto indica que no

se rechaza la hipótesis nula de igualdad de varianzas, por lo que se cumple el supuesto de homogeneidad requerido para aplicar el ANOVA de un factor.

En términos prácticos, la variabilidad en las puntuaciones del índice de conocimiento es estadísticamente similar entre los diferentes niveles de instrucción. Este resultado respalda la validez del análisis posterior, ya que elimina la preocupación de que diferencias en la dispersión puedan sesgar la comparación de medias. En consecuencia, se puede proceder con confianza al contraste de medias mediante ANOVA para determinar la existencia de diferencias significativas entre grupos.

Tabla 23.

Análisis del ANOVA de un factor para el índice de conocimiento

ANOVA					
Índice de conocimiento					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	417,928	6	69,655	1,123	,372
Dentro de grupos	1921,967	31	61,999		
Total	2339,895	37			

Fuente: Autores

Análisis: El análisis de varianza de un factor aplicado al índice de conocimiento arrojó un valor de $F = 1,123$ con un nivel de significación $p = 0,372$. Dado que este valor de p es superior a $0,05$, no se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias entre los distintos niveles de instrucción. Esto indica que, en la muestra evaluada, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el índice de conocimiento en función del grado educativo declarado por los participantes.

Si bien las medias descriptivas muestran ciertas variaciones, como un promedio más bajo en las personas sin instrucción formal y un promedio más alto en quienes cursaron estudios superiores incompletos, dichas diferencias no alcanzaron la magnitud necesaria para ser consideradas relevantes desde el punto de vista estadístico. Este hallazgo sugiere que, al menos en el contexto de esta población, el nivel de instrucción no presenta una asociación

significativa con el nivel de conocimientos medido por el instrumento. La interpretación de este resultado es relevante para el diseño de intervenciones, ya que apunta a que otros factores distintos al nivel educativo podrían influir de manera más determinante en el conocimiento sobre alimentación infantil.

Tabla 24.

Análisis descriptivo del índice de conocimiento según ocupación

		Descriptivos Índice de conocimiento						
						95% del intervalo de confianza para la media		
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Ama de casa	11	22,0000	8,07465	2,43460	16,5754	27,4246	12,00	30,00
Trabajo agrícola	8	21,5000	9,25820	3,27327	13,7600	29,2400	8,00	30,00
Comercio	5	22,2000	7,82304	3,49857	12,4864	31,9136	9,00	30,00
Empleo en servicio público o privado	8	20,8750	8,83883	3,12500	13,4855	28,2645	6,00	30,00
Estudiante	2	17,0000	9,89949	7,00000	-71,9434	105,9434	10,00	24,00
Otro	4	27,0000	3,46410	1,73205	21,4878	32,5122	24,00	30,00
Total	38	21,9474	7,95238	1,29005	19,3335	24,5613	6,00	30,00

Fuente: Autores

Análisis: Los resultados indican que el índice de conocimiento presenta variaciones entre los diferentes grupos ocupacionales, aunque estas diferencias no resultan extremas. El promedio más alto se registró en el grupo identificado como “Otro”, con 27,00 puntos y una desviación estándar baja de 3,46, lo que refleja una mayor homogeneidad interna en las respuestas. En el extremo opuesto, los estudiantes obtuvieron un promedio de 17,00 puntos acompañado de una desviación estándar elevada de 9,89, lo que denota una amplia variabilidad en el nivel de conocimiento, posiblemente asociada al reducido número de casos.

En las ocupaciones de ama de casa, trabajo agrícola, comercio y empleo en el sector público o privado, las medias oscilaron entre 20,87 y 22,20 puntos, con desviaciones estándar moderadas. Esto sugiere que el nivel de conocimiento se mantiene relativamente homogéneo en la mayor parte de los grupos. No obstante, algunos perfiles, como el representado por la categoría “Otro”, muestran una tendencia a alcanzar puntuaciones más altas en comparación con el resto, lo que podría estar relacionado con características particulares de su experiencia o contexto que favorecen una mayor adquisición de conocimientos sobre alimentación infantil.

Tabla 25.

Análisis de la prueba de homogeneidad de varianzas del índice de conocimiento según ocupación

Prueba de homogeneidad de varianzas		Estadístico de			
		Levene	gl1	gl2	Sig.
Índice de conocimiento	Se basa en la media	1,213	5	32	,325
	Se basa en la mediana	,495	5	32	,777
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,495	5	24,387	,777
	Se basa en la media recortada	1,101	5	32	,379

Fuente: Autores

Análisis: La prueba de Levene aplicada con distintos criterios de cálculo, incluyendo la media, la mediana, la mediana con grados de libertad ajustados y la media recortada, mostró valores de significancia superiores a 0,05 en todos los casos. El valor más bajo fue de 0,325 y el más alto de 0,777. Estos resultados indican que no se dispone de evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de igualdad de varianzas, por lo que la dispersión de los puntajes del índice de conocimiento puede considerarse estadísticamente similar entre los diferentes grupos ocupacionales evaluados.

La homogeneidad de varianzas identificada respalda la validez de realizar comparaciones posteriores mediante técnicas como el ANOVA de un factor, sin que se vulnere uno de los

supuestos esenciales de este análisis. En este contexto, cualquier diferencia que pueda detectarse en las medias del índice de conocimiento entre los distintos grupos de ocupación podrá atribuirse con mayor seguridad a variaciones reales vinculadas con la variable estudiada y no a desigualdades en la dispersión de los datos, lo que fortalece la interpretación y fiabilidad de los resultados obtenidos.

Tabla 26.

Análisis del ANOVA de un factor para el índice de conocimiento según ocupación

ANOVA					
Índice de conocimiento					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	162,220	5	32,444	,477	,791
Dentro de grupos	2177,675	32	68,052		
Total	2339,895	37			

Fuente: Autores

Análisis: El análisis de varianza de un factor (ANOVA) aplicado al índice de conocimiento, considerando la ocupación como variable independiente, indicó que la suma de cuadrados entre grupos fue de 162,220, con una media cuadrática de 32,444 y un estadístico F de 0,477. El valor de significancia obtenido, de 0,791, se encuentra muy por encima del umbral convencional de 0,05, lo que confirma que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento entre los distintos grupos ocupacionales evaluados.

Este resultado señala que, dentro de la muestra analizada, el índice de conocimiento no presentó variaciones relevantes atribuibles al tipo de ocupación desempeñada. Esto podría sugerir que las prácticas y el acceso a información sobre alimentación infantil se encuentran distribuidos de manera relativamente homogénea entre los participantes, independientemente de su actividad laboral. No obstante, la ausencia de diferencias significativas en este análisis cuantitativo no descarta la existencia de matices o particularidades que puedan ser identificados mediante aproximaciones cualitativas, como entrevistas en profundidad o estudios contextuales, que permitan comprender mejor cómo influyen las experiencias y

condiciones laborales en la adquisición y aplicación de conocimientos relacionados con la nutrición y el cuidado infantil.

CAPÍTULO V. PROPUESTA

5.1 Introducción

La parroquia Carmen de Pijili, ubicada en el cantón Ponce Enríquez (Azuay), presenta características rurales, dispersión geográfica y limitaciones en el acceso a servicios básicos. En este contexto, la primera infancia se encuentra expuesta a riesgos particulares relacionados con la alimentación y el cuidado diario. Según los antecedentes locales que motivaron este estudio, en 2024 se registró una proporción importante de desnutrición en menores de dos años, lo que demanda el fortalecimiento de acciones preventivas desde el hogar y la comunidad. El programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), con su enfoque de consejería y acompañamiento familiar, constituye una base estratégica para llegar de manera directa a madres, padres y cuidadores, aunque requieren materiales, metodologías y mensajes adaptados a la realidad de Pijili.

Los resultados del estudio muestran una población cuidadora mayoritariamente en edades medias, con picos entre 35 y 39 años y entre 40 y 44 años, predominio de amas de casa y trabajadores agrícolas o en empleo formal y más de un niño menor de cinco años en el hogar en la mayoría de los casos. En el ámbito educativo, la secundaria, completa o incompleta, concentra a más de la mitad de los participantes, seguida de una presencia relevante de quienes tienen educación superior incompleta. Este perfil describe una población con experiencia práctica en crianza, tiempos ajustados por trabajo y cuidados y capacidad de lectura suficiente para materiales sencillos.

En conocimientos y prácticas, la tendencia general es de moderado – alto con las recomendaciones prioritarias, como lactancia exclusiva, inicio de la alimentación complementaria a los seis meses, higiene de manos y consumo diario de frutas y verduras. Sin embargo, las frecuencias muestran porcentajes de desacuerdo, entre 26 y 29%, en aspectos críticos como la consistencia espesa de las papillas, el uso constante de agua segura y la valoración práctica de las proteínas. El análisis de índices confirma una relación estrecha entre saber y hacer, aunque no siempre proporcional y el ANOVA no identificó diferencias

significativas por escolaridad u ocupación. Esto indica que las brechas se explican también por factores materiales, hábitos arraigados y limitaciones de tiempo.

Con base en este panorama, la estrategia educativa a proponer incluirá mensajes claros, prácticos y demostrables, materiales visuales y listas de verificación para el hogar, con un acompañamiento que mida cambios mediante herramientas simples. El objetivo es transformar la información en rutinas sostenibles, ajustadas a la economía familiar y a la vida rural de Carmen de Pijili, para contribuir a prevenir la desnutrición en menores de tres años.

5.2 Propuesta metodológica

5.2.1 Objetivos

5.2.1.1 Objetivo general

Diseñar estrategias educativas adaptadas a la realidad sociocultural de la parroquia Carmen de Pijili, orientada a fortalecer los conocimientos y prácticas de alimentación infantil en padres y cuidadores, con el fin de contribuir a la prevención de la desnutrición infantil y un crecimiento saludable.

5.2.1.2 Objetivos específicos

1. Identificar los contenidos temáticos prioritarios que debe incluir la estrategia educativa para fortalecer los conocimientos y prácticas de alimentación infantil en padres y cuidadores de la parroquia Carmen de Pijili.
2. Diseñar la estructura metodológica de la estrategia educativa, incorporando recursos didácticos adaptados al contexto sociocultural y económico local.
3. Elaborar un plan de sesiones educativas que integre actividades participativas y materiales visuales pertinentes para la prevención de la desnutrición infantil.
4. Proponer mecanismos e indicadores para la evaluación futura de la efectividad de la estrategia educativa en términos de apropiación de conocimientos y prácticas alimentarias saludables.

5.2.2 Metodología de la propuesta

La propuesta metodológica se sustenta en un enfoque educativo participativo, orientado a servir como guía estructurada para que futuros facilitadores o instituciones puedan desarrollar acciones formativas que fortalezcan los conocimientos y prácticas de alimentación infantil en la parroquia Carmen de Pijili. Dado que el alcance de la presente investigación no contempla la ejecución directa en terreno, el diseño se concibe como un plan flexible y adaptable que detalla los contenidos, la secuencia temática, los recursos y la orientación pedagógica necesaria para su futura implementación.

El diseño toma como punto de partida la información obtenida en el diagnóstico, que permitió reconocer los vacíos más relevantes en conocimientos y prácticas alimentarias. A partir de estos resultados se definieron los ejes temáticos que componen la propuesta: alimentación durante la lactancia materna, introducción adecuada de la alimentación complementaria, diversidad y calidad de la dieta, higiene y manipulación segura de alimentos, y prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación.

Cada eje temático se organiza en módulos de trabajo que pueden abordarse de manera independiente o integrados en una secuencia continua. Los módulos incluyen objetivos de aprendizaje, contenidos adaptados al contexto sociocultural, actividades participativas, recursos gráficos y mensajes esenciales que faciliten la comprensión. La propuesta contempla la incorporación de ejemplos y casos cercanos a la realidad local, favoreciendo así la apropiación de los mensajes y su aplicación práctica.

El enfoque pedagógico combina elementos de la educación popular con métodos participativos, fomentando el intercambio de saberes y la construcción colectiva del conocimiento. Se sugiere el uso de materiales visuales sencillos, guías impresas y recursos demostrativos que fortalezcan la asimilación de los contenidos. También se plantea que las sesiones sean de corta duración, con un lenguaje claro y espacios de diálogo para resolver dudas y promover la reflexión grupal.

Como complemento, se incluyen recomendaciones para la evaluación posterior de la estrategia, mediante indicadores de comprensión, apropiación y aplicación de los contenidos. Estos indicadores están pensados para ser utilizados por quienes lleven a cabo la implementación, permitiendo medir la efectividad de la propuesta y realizar los ajustes necesarios de acuerdo con las realidades del contexto.

En conjunto, esta metodología proporciona una hoja de ruta integral y adaptable para el fortalecimiento de las competencias en alimentación infantil de padres y cuidadores, respetando las particularidades culturales y sociales de Carmen de Pijili y facilitando su puesta en marcha por actores comunitarios o institucionales en el futuro.

5.2.3 Contenido de la propuesta

La propuesta se organiza en un conjunto de módulos temáticos que integran de manera armónica los aspectos esenciales de la alimentación infantil saludable y la prevención de la desnutrición, con un enfoque adaptado a la realidad sociocultural de la parroquia Carmen de Pijili. Cada módulo ha sido diseñado para que pueda ser desarrollado de forma independiente o siguiendo una secuencia lógica, lo que brinda flexibilidad a su implementación de acuerdo con las necesidades, recursos y posibilidades de los futuros facilitadores.

La estructura modular permite ajustar los contenidos al tiempo disponible, a la experiencia de los participantes y a las prioridades detectadas en cada intervención, manteniendo la coherencia del plan general. Cada tema incorpora objetivos de aprendizaje precisos, actividades participativas, recursos visuales pertinentes y mensajes centrales que favorecen la comprensión y estimulan la puesta en práctica de lo aprendido en la vida cotidiana, garantizando así que la estrategia educativa pueda ser comprendida, replicada y adaptada por diversos actores comunitarios o institucionales.

5.2.3.1 Módulo 1: Lactancia materna y su importancia

I. Base conceptual para padres o responsables de los niños

La lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, especialmente durante los primeros meses de vida (ver Ilustración 1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, entendida como la alimentación del lactante únicamente con leche materna, sin incluir agua, infusiones, jugos, otros tipos de leche o alimentos sólidos. Esta práctica aporta todos los nutrientes necesarios en las cantidades adecuadas, además de ofrecer protección inmunológica gracias a los anticuerpos presentes en la leche. El inicio temprano, preferiblemente en la primera hora después del nacimiento, permite establecer el vínculo madre-hijo, estimula la producción láctea y favorece la recuperación posparto.



Ilustración 1. Lactancia materna
Fuente: Epsianas wayuu (2023)

Los beneficios de la lactancia materna se extienden más allá de la nutrición, para el niño, proporciona una barrera natural contra infecciones respiratorias y gastrointestinales, disminuye el riesgo de enfermedades crónicas como diabetes tipo 1 y obesidad, y promueve un mejor desarrollo cognitivo y emocional. Desde el punto de vista inmunológico, el calostro que es la primera leche producida por la madre es rico en inmunoglobulinas, lactoferrina y otros factores protectores que fortalecen las defensas del recién nacido. Para la madre, la lactancia ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto, contribuye a la involución uterina y favorece la pérdida del peso ganado durante el embarazo. A largo plazo, disminuye la probabilidad de desarrollar cáncer de mama y ovario, así como osteoporosis.

En la práctica, garantizar una lactancia materna exitosa requiere atender a la frecuencia y a la técnica de amamantamiento y la frecuencia recomendada es a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé lo solicite, de día y de noche. En promedio, un lactante suele requerir entre 8 y 12 tomas en 24 horas durante los primeros meses. Las señales tempranas de hambre incluyen movimientos de succión, búsqueda del pezón, apertura de la boca y movimiento de la cabeza. Responder de forma oportuna a estas señales fortalece la producción de leche y evita el llanto prolongado, que es un signo tardío de hambre.

En cuanto a la técnica, la correcta posición y el adecuado agarre del pezón son esenciales para prevenir dolor, grietas o congestión mamaria, la madre debe colocar al bebé de manera que su abdomen esté frente al abdomen de ella, con la cabeza y el cuerpo alineados. El bebé debe abrir ampliamente la boca para abarcar no solo el pezón, sino también buena parte de la areola, asegurando así una succión eficaz. Durante la toma, el mentón del bebé debe tocar el pecho de la madre, la nariz debe quedar libre y se deben observar movimientos rítmicos de succión y deglución. Alternar los pechos en cada toma o durante la misma sesión ayuda a mantener una producción equilibrada.

II. Mitos y perjuicios

En el contexto de la parroquia Carmen de Pijilí, la lactancia materna se encuentra influenciada por creencias y prácticas transmitidas de generación en generación, entre los mitos más frecuentes está la idea de que la leche materna “se vuelve aguada” después de los

primeros meses y deja de nutrir al niño lo que causa preocupación y enojo en la madre (Ver Ilustración 2), lo que lleva a introducir alimentos complementarios antes de lo recomendado. La evidencia científica demuestra que la leche materna mantiene su valor nutricional y protector incluso más allá del primer año de vida. Otro mito recurrente es que la madre debe suspender la lactancia si enferma o toma ciertos medicamentos; sin embargo, en la mayoría de los casos, continuar amamantando es seguro y beneficioso, siempre que se sigan las indicaciones médicas.



Ilustración 2. Enojo materno por un mito

Fuente: Maternal (2024)

También es común escuchar que la leche “sube” solo si la madre consume ciertos alimentos o bebidas, como caldos espesos o infusiones. En realidad, la producción de leche depende principalmente de la succión frecuente y efectiva del bebé, más que de la dieta materna,

aunque mantener una alimentación equilibrada y una adecuada hidratación sí favorecen el bienestar general de la madre. Otro prejuicio cultural detectado es que la lactancia prolongada, más allá de los dos años, puede “malcriar” al niño. Las recomendaciones internacionales avalan que, después de los seis meses, la lactancia materna se complemente con otros alimentos, pero puede mantenerse hasta los dos años o más, siempre que madre e hijo lo deseen.

Para contrarrestar estos mitos, resulta esencial promover estrategias de educación que combinen la evidencia científica con un profundo respeto por la cultura local, esto implica capacitar a líderes comunitarios y personal de salud para que transmitan mensajes claros, utilizando un lenguaje cercano y ejemplos prácticos que permitan a las madres comprender y valorar la lactancia como una práctica vital para la salud infantil. Incluir testimonios positivos de otras madres de la comunidad puede ser una herramienta poderosa para cambiar percepciones erróneas.

La lactancia materna, vista desde una perspectiva integral, no solo alimenta el cuerpo del niño, sino que fortalece el vínculo afectivo, fomenta la seguridad emocional y constituye una inversión en la salud presente y futura de toda la comunidad. Por ello, este módulo busca proporcionar información clara, desmitificar creencias equivocadas y ofrecer herramientas prácticas para que las familias puedan ejercer su derecho a amamantar en condiciones seguras y satisfactorias. La comprensión de sus beneficios y la adecuada aplicación de las técnicas de amamantamiento son pasos decisivos para contribuir a la prevención de la desnutrición infantil y al fortalecimiento de la salud pública en Carmen de Pijili.

5.2.3.2 Módulo 2: Alimentación complementaria adecuada

La alimentación complementaria constituye una etapa fundamental en el desarrollo infantil, ya que marca la transición de la lactancia exclusiva hacia la incorporación gradual de otros alimentos que aporten los nutrientes necesarios para un crecimiento saludable. En el contexto de la parroquia Carmen de Pijili, donde las condiciones socioeconómicas y culturales influyen de manera directa en las prácticas alimentarias, resulta prioritario ofrecer orientaciones claras, prácticas y culturalmente pertinentes para que las familias puedan

implementar esta etapa de manera correcta. Este módulo tiene como propósito brindar a padres y cuidadores conocimientos y herramientas que les permitan iniciar la alimentación complementaria en el momento adecuado, seleccionar alimentos apropiados según la edad del niño y aplicar técnicas de preparación que favorezcan la aceptación y el aprovechamiento nutricional.

I. Momento recomendado para iniciar la alimentación complementaria

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la alimentación complementaria debe comenzar a los seis meses de edad (Ver Ilustración 3), momento en el cual la leche materna, aunque sigue siendo un alimento esencial, ya no cubre por sí sola todos los requerimientos nutricionales del niño. Retrasar o adelantar esta etapa puede generar consecuencias negativas: si se inicia demasiado temprano, se incrementa el riesgo de infecciones gastrointestinales y alergias alimentarias; si se retrasa más allá de los seis meses, pueden aparecer deficiencias de hierro, zinc y otros micronutrientes esenciales.



Ilustración 3. Alimentación complementaria
Fuente: Alianzas salud (2018)

En las comunidades rurales como Carmen de Pijili, es común que la decisión sobre cuándo comenzar esta etapa esté influida por consejos de familiares o creencias tradicionales. Algunos cuidadores introducen alimentos antes de los seis meses creyendo que el niño “queda con hambre” o que “la leche ya no lo llena”, mientras que otros postergan la incorporación por temor a que el niño no tolere ciertos alimentos. En este módulo, se enfatiza que los signos de preparación no dependen únicamente de la percepción del cuidador, sino de evidencias como que el niño pueda mantener la cabeza erguida, sentarse con apoyo, mostrar interés por la comida y haber duplicado aproximadamente su peso de nacimiento.

Para reforzar este conocimiento, se propone el uso de material visual que muestre estos signos de preparación y ejemplos de un calendario de alimentación infantil adaptado al contexto local. Asimismo, se promoverá la idea de que la lactancia materna debe continuar junto con la alimentación complementaria, al menos hasta los dos años, asegurando así un aporte continuo de nutrientes y defensas inmunológicas.

II. Selección de alimentos apropiados según la edad

La elección de alimentos en esta etapa debe responder a dos criterios básicos: su aporte nutricional y su inocuidad. Es fundamental incluir preparaciones que cubran los requerimientos de energía, proteínas, vitaminas y minerales, utilizando en la medida de lo posible productos locales disponibles en la parroquia, para facilitar la sostenibilidad de la práctica.

Desde los seis meses, se recomienda iniciar con papillas o purés elaborados a partir de cereales fortificados o harinas caseras, combinados con verduras cocidas como zapallo, zanahoria o papa (Ver Ilustración 4), que aportan fibra y micronutrientes. Las frutas maduras como papaya, banana o babaco, fáciles de conseguir en la zona, son opciones seguras y bien aceptadas por los niños. Las proteínas de origen animal, como huevo bien cocido, carne desmenuzada o pescado sin espinas deben incorporarse progresivamente para cubrir la necesidad de hierro y otros minerales esenciales. Para familias con menor acceso a estos alimentos, se reforzará el uso de menestras como lentejas, fréjol y arvejas, acompañadas de un cereal para mejorar la calidad proteica.



Ilustración 4. Alimentos apropiados

Fuente: Pediatría Integral (2025)

La guía también insistirá en evitar alimentos que representen riesgos para la salud del niño, como aquellos con alto contenido de azúcar, sal, grasas saturadas o aditivos, así como bebidas industrializadas o jugos envasados. Se advertirá sobre el peligro de ofrecer miel antes del primer año por el riesgo de botulismo, y se desaconsejará el uso de infusiones como sustituto del agua segura.

Un elemento estratégico será enseñar a los cuidadores a combinar alimentos para mejorar la absorción de nutrientes, por ejemplo, acompañar leguminosas con frutas ricas en vitamina C para favorecer la absorción del hierro vegetal. Se utilizarán ejemplos prácticos de menús diarios y semanales que incluyan combinaciones accesibles y culturalmente aceptadas, respetando los gustos familiares, pero priorizando el valor nutritivo.

III. Técnicas de preparación y presentación para favorecer la aceptación

La forma en que se preparan y presentan los alimentos influye directamente en la disposición del niño a aceptarlos y consumirlos, en los primeros meses de la alimentación complementaria, las preparaciones deben tener una textura suave y homogénea, como purés o papillas espesas, evitando grumos que puedan dificultar la deglución. A medida que el niño

crece, se deben ir adaptando las texturas para estimular la masticación, pasando de purés a picados finos y luego a trozos blandos (Ver Ilustración 5).



Ilustración 5. Técnicas para preparación y aceptación de alimentos
Fuente: Mi bebé (2025)

Durante las sesiones formativas, se realizarán demostraciones prácticas de preparación de alimentos, utilizando utensilios básicos y técnicas simples que puedan reproducirse en el hogar. Se enseñará, por ejemplo, cómo cocer verduras al vapor para preservar mejor sus nutrientes, cómo desmenuzar carnes sin dejar fragmentos duros y cómo lograr papillas espesas que aporten más energía por porción.

La presentación atractiva también es un factor que favorece la aceptación. Servir pequeñas porciones en recipientes limpios y coloridos, usar cucharas adecuadas al tamaño de la boca del niño y mantener un ambiente tranquilo durante la comida, son prácticas que se fomentarán en este módulo. Se resaltarán la importancia de no forzar al niño a comer, sino de ofrecer los alimentos varias veces en distintas preparaciones, ya que la aceptación puede requerir múltiples exposiciones.

Otro aspecto importante es la higiene en la manipulación y es necesario recordar la necesidad de lavarse las manos antes de preparar y servir la comida, de utilizar agua segura en todo momento y de evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y cocidos. Se insistirá en que los alimentos preparados para el niño deben consumirse inmediatamente o, en caso de guardarlos, hacerlo en condiciones adecuadas de refrigeración.

Finalmente, se fomentará la participación de otros miembros de la familia en la preparación y alimentación del niño, no solo para distribuir la responsabilidad del cuidado, sino también para reforzar la importancia de la alimentación saludable como un valor compartido en el hogar.

IV. Actividades participativas

Las actividades participativas serán esenciales en el desarrollo del niño menor de 3 años, fomentando la relación con la madre o su cuidador y serán las siguientes:

1. Conversatorio inicial

El facilitador invita a padres y cuidadores a relatar cómo introdujeron la alimentación complementaria en sus hijos, se registran las respuestas en una pizarra (Ver Ilustración 6), diferenciando prácticas recomendadas de aquellas que podrían generar riesgos. Este diálogo inicial permite identificar creencias, mitos y dudas frecuentes, y sirve como punto de partida para adaptar el lenguaje y los ejemplos durante la sesión. Se fomenta un ambiente de respeto, donde cada participante pueda expresarse libremente y recibir retroalimentación constructiva.



Ilustración 6. Conversatorio inicial

Fuente: UNICEF (2024)

2. Demostración práctica de preparaciones

Con ingredientes locales de la parroquia Carmen de Pijilí, se elaboran papillas, purés y mezclas proteicas, mostrando paso a paso las técnicas de cocción que preservan nutrientes y las texturas adecuadas según la edad del niño. El facilitador enseña cómo desmenuzar carnes y leguminosas, así como la importancia de evitar exceso de líquidos en las preparaciones para mantener su valor energético. Los participantes pueden manipular los utensilios y practicar las técnicas, reforzando el aprendizaje de manera vivencial.

3. Dinámica de observación y aprendizaje

Se presentan láminas con ejemplos de señales que indican que el niño está listo para iniciar la alimentación complementaria, así como imágenes de menús apropiados e inapropiados. Los participantes, en grupos pequeños, analizan cada imagen y comentan qué elementos consideran correctos y cuáles deben modificarse. Esta dinámica fortalece la capacidad de reconocer prácticas seguras y fomenta la reflexión crítica sobre lo que se observa en el entorno familiar y comunitario.

4. Taller de combinación de alimentos

Divididos en grupos, los cuidadores reciben una lista de alimentos accesibles en la parroquia y diseñan un menú semanal para un niño de 6 a 12 meses, procurando variedad, equilibrio nutricional y adecuación a la edad. Al finalizar, cada grupo expone su propuesta y el facilitador retroalimenta señalando aciertos y posibles mejoras. La actividad refuerza el concepto de complementariedad de nutrientes y enseña a planificar con los recursos disponibles en cada hogar.

5. Juego educativo “El plato saludable”

Utilizando fichas ilustradas de alimentos de distintos grupos (cereales, proteínas, frutas, verduras y grasas saludables), los participantes arman un plato infantil equilibrado, cuidando las proporciones y la combinación de colores y texturas. Luego explican por qué eligieron esos alimentos y cómo los prepararían.



Ilustración 7. Juego el plato saludable
Fuente: UNICEF (2019)

El juego, además de lúdico, permite reforzar los conceptos de variedad y presentación atractiva, y motiva a replicar la experiencia en casa con la participación del niño para fortalecer su interés por comer.

6. Recursos didácticos del Módulo

Los recursos básicos de este módulo son:

- Láminas ilustradas con los signos de preparación para iniciar la alimentación complementaria.
- Cartillas impresas con ejemplos de menús para distintas edades (6-8 meses, 9-11 meses, 12-24 meses).
- Utensilios básicos para la demostración: ollas pequeñas, cucharas, platos, licuadora manual.
- Muestras de alimentos locales (verduras, frutas, menestras, cereales, proteínas animales).
- Afiches sobre higiene y manipulación segura de alimentos.
- Recipientes y cucharas infantiles para mostrar la importancia del tamaño y forma adecuada en la alimentación del niño.

7. Mensajes centrales del módulo

El mensaje que se espera que llegue a la mente del padre, madre o cuidador es:

- La alimentación complementaria debe iniciar a los seis meses, sin adelantos ni retrasos injustificados.
- Los alimentos deben ser nutritivos, variados y seguros, priorizando productos locales accesibles.
- La textura de las preparaciones debe adaptarse progresivamente a la edad del niño.
- La higiene es fundamental en todas las etapas de preparación y servicio de los alimentos.
- La participación de toda la familia fortalece los hábitos saludables y el vínculo afectivo.

5.2.3.3 Módulo 3: Diversidad y calidad de la dieta infantil

La diversidad y calidad de la dieta infantil son pilares esenciales para asegurar que los niños crezcan sanos, fuertes y con un desarrollo cognitivo y físico óptimo. En los primeros años de vida, el organismo requiere un aporte balanceado de macronutrientes y micronutrientes, obtenidos de una variedad de alimentos que cumplan funciones complementarias. En la parroquia Carmen de Pijili, donde la disponibilidad de productos puede variar según la temporada y el acceso económico, la educación sobre cómo lograr una dieta variada con los recursos existentes se vuelve una herramienta clave para prevenir deficiencias nutricionales. Este módulo busca orientar a los padres y cuidadores sobre cómo combinar de forma adecuada los distintos grupos alimenticios, identificar fuentes locales de nutrientes y planificar menús equilibrados adaptados a la realidad familiar.

I. Importancia de incluir alimentos de todos los grupos alimenticios

Una dieta saludable para niños en crecimiento debe incluir diariamente alimentos de todos los grupos: cereales y tubérculos, leguminosas, alimentos de origen animal, frutas, verduras, y pequeñas cantidades de grasas saludables. Cada grupo aporta nutrientes específicos que no pueden ser reemplazados de forma completa por otro. Por ejemplo, los cereales y tubérculos brindan energía para las actividades diarias, las leguminosas y proteínas animales proveen aminoácidos esenciales, las frutas y verduras aportan vitaminas y minerales, y las grasas saludables son fundamentales para el desarrollo cerebral.

En comunidades como Carmen de Pijili, la monotonía en la alimentación, basada en uno o dos tipos de alimentos predominantes, puede provocar carencias que afecten el crecimiento y la inmunidad. Por ello, la propuesta enfatiza que no se trata solo de “llenar el estómago”, sino de ofrecer una dieta completa que incluya alimentos de distintos colores, texturas y sabores. Enseñar a los cuidadores a identificar y clasificar los grupos alimenticios permite que la planificación de las comidas sea más consciente y orientada a la salud integral del niño.

II. Fuentes locales de proteínas, vitaminas y minerales

El aprovechamiento de los alimentos disponibles en la parroquia es fundamental para garantizar que la diversidad de la dieta sea sostenible y económicamente viable. Entre las fuentes de proteínas accesibles se encuentran los huevos, la carne de pollo y cerdo, el pescado fresco proveniente de ríos cercanos, así como leguminosas como lentejas, fréjol y arvejas. Estas proteínas deben incluirse en cantidades adecuadas para contribuir al desarrollo muscular y a la reparación de tejidos.

En cuanto a las fuentes de vitaminas y minerales, las frutas como papaya, babaco, naranjas, guayaba y plátano son abundantes en vitamina C, potasio y fibra. Las verduras como el zapallo, la zanahoria y la espinaca aportan vitamina A, hierro y otros antioxidantes esenciales. Los cereales como el maíz, la avena y el arroz fortificado complementan el aporte energético y pueden combinarse con otros alimentos para mejorar la absorción de nutrientes.

Es importante reforzar que ciertos métodos de preparación influyen en la conservación de estos nutrientes, por ejemplo, cocinar las verduras al vapor en lugar de hervirlas por largos periodos preserva mejor las vitaminas. Asimismo, combinar alimentos ricos en hierro vegetal, como las menestras, con frutas cítricas favorece su absorción y ayuda a prevenir la anemia.

III. Estrategias para preparar menús equilibrados con recursos disponibles

La elaboración de menús equilibrados en Carmen de Pijilí requiere creatividad y conocimiento sobre cómo combinar los ingredientes que están al alcance durante todo el año o en temporadas específicas. Una estrategia efectiva es aplicar la regla del “plato saludable” para niños, que consiste en llenar la mitad del plato con frutas y verduras variadas, un cuarto con proteínas y otro cuarto con cereales o tubérculos, complementando con pequeñas cantidades de grasas saludables como aceite vegetal o aguacate.

Otro aspecto clave es aprovechar al máximo las cosechas locales. En temporada de frutas y verduras específicas, se pueden preparar conservas, compotas o congelar porciones para su uso posterior, también es útil diversificar la preparación de un mismo alimento para mantener

el interés del niño: por ejemplo, la zanahoria puede servirse en puré, rallada en ensaladas, en sopas o mezclada en tortillas de huevo.

La planificación semanal de menús, adaptada a la economía familiar, ayuda a evitar la improvisación y reduce el riesgo de repetir alimentos de forma excesiva, para facilitar esta tarea, se pueden elaborar listas de compras priorizando ingredientes nutritivos y versátiles. Además, se fomentará la participación del niño en la elección y preparación de algunos

IV. Actividades participativas

Para este módulo las actividades participativas se complementan con las anteriores y son:

1. Rueda de saberes sobre grupos alimenticios

El facilitador presenta imágenes o tarjetas con alimentos de distintos grupos y solicita a los participantes que los clasifiquen. Cada cuidador explica por qué ubicó cada alimento en determinado grupo, lo que permite identificar conocimientos previos y corregir conceptos erróneos. La dinámica fomenta la interacción y el aprendizaje colaborativo.

2. Demostración “Plato saludable” para niños

Se utiliza un plato dividido en secciones para representar las proporciones recomendadas: mitad del plato con frutas y verduras, un cuarto con proteínas y otro cuarto con cereales o tubérculos (Ver Ilustración 8 en página siguiente). Se construyen varios ejemplos usando alimentos locales reales, invitando a los participantes a proponer combinaciones.

3. Taller de menús semanales

En grupos pequeños, los participantes elaboran un menú para siete días utilizando únicamente una lista de alimentos disponibles en la parroquia, procurando variedad y equilibrio. Luego, exponen su propuesta y reciben retroalimentación sobre mejoras posibles para aumentar la calidad nutricional.



Ilustración 8. División del plato por alimentos
Fuente: Salud (2020)

4. Juego “Colores que alimentan”

Se reparten tarjetas de colores que representan grupos de vitaminas y minerales. Cada participante debe buscar, dentro de una mesa con alimentos reales o de juguete, aquellos que coincidan con el color que le fue asignado (Ver ilustración 9). Al final, se explican los beneficios de cada color en la dieta infantil.



Ilustración 9. Colores que alimentan
Fuente: ABC (2015)

5. Demostración de conservación y preparación

El facilitador muestra cómo conservar verduras y frutas para mantener su valor nutritivo y cómo variar su presentación para motivar al niño a comerlas. Los participantes practican técnicas sencillas como el corte en diferentes formas o la preparación de compotas y ensaladas.

6. Recursos didácticos sugeridos

Para estas actividades participativas serán necesarios:

- Tarjetas o imágenes con alimentos clasificados por grupos.
- Platos divididos o manteles ilustrativos del “plato saludable”.
- Lista impresa de alimentos locales disponibles en diferentes temporadas.
- Mesa de exhibición con alimentos reales o réplicas.
- Utensilios de cocina básicos para demostraciones.
- Afiches con ejemplos de menús equilibrados adaptados al contexto local.

5.2.3.4 Módulo 4: Higiene y manipulación segura de los alimentos

La higiene y manipulación segura de los alimentos son elementos esenciales para prevenir enfermedades que afectan de forma directa la salud y el crecimiento de los niños. En la parroquia Carmen de Pijili, donde algunas viviendas carecen de infraestructura sanitaria completa y el acceso a agua potable puede ser limitado, resulta indispensable reforzar prácticas sencillas y efectivas que garanticen la inocuidad de lo que se sirve en la mesa. Este módulo busca fortalecer en padres y cuidadores los hábitos de higiene personal, la limpieza del entorno y el manejo seguro del agua y los alimentos, de manera que se reduzca el riesgo de intoxicaciones y enfermedades transmitidas por alimentos.

I. Prácticas de higiene personal y del entorno antes de preparar alimentos

Antes de manipular cualquier alimento, es fundamental aplicar medidas de higiene personal que incluyan lavarse bien las manos con agua y jabón, manteniendo las uñas cortas y limpias.

Esta práctica debe repetirse después de ir al baño, cambiar pañales o tocar animales. La ropa utilizada para cocinar debe estar limpia y se recomienda recoger el cabello o utilizar una cofia.

El área donde se preparan los alimentos debe mantenerse libre de suciedad, polvo e insectos, las superficies de trabajo, tablas de cortar y utensilios deben limpiarse antes y después de cada uso. En la parroquia Carmen de Pijili, donde algunas cocinas son espacios multifuncionales, es importante separar las actividades domésticas de la preparación de alimentos para evitar contaminaciones cruzadas. También se aconseja mantener a los niños pequeños alejados del área de cocina mientras se manipulan alimentos calientes o utensilios cortantes.

II. Métodos de potabilización del agua y su uso seguro

El agua es uno de los vehículos más comunes de enfermedades gastrointestinales, por lo que su potabilización y manejo seguro son prioritarios. En lugares donde el suministro de agua potable no es constante, se pueden aplicar métodos sencillos y efectivos para hacerla segura. Hervir el agua durante al menos tres minutos es la técnica más accesible y confiable. Otra alternativa es el uso de cloro de uso doméstico en la proporción adecuada (dos gotas por litro de agua clara o cuatro gotas por litro si está turbia), dejando reposar por 30 minutos antes de su consumo.

Es importante almacenar el agua tratada en recipientes limpios, tapados y destinados exclusivamente para consumo humano, además los utensilios para servir el agua deben mantenerse igualmente limpios, evitando el contacto directo de las manos con el líquido. Para preparar alimentos infantiles, como papillas o fórmulas, debe utilizarse siempre agua segura, tanto en la cocción como en la limpieza de utensilios.

III. Prevención de intoxicaciones alimentarias y enfermedades transmitidas por alimentos

Las intoxicaciones alimentarias y las enfermedades transmitidas por alimentos pueden prevenirse mediante una combinación de prácticas seguras en la selección, almacenamiento,

preparación y consumo de los alimentos. Es fundamental verificar que carnes, pescados y huevos estén frescos, evitando aquellos con mal olor, textura pegajosa o color alterado. Los alimentos perecibles deben mantenerse refrigerados y, en caso de no contar con refrigerador, consumirse el mismo día de su adquisición.

Durante la preparación, se deben separar los alimentos crudos de los cocidos para evitar contaminaciones cruzadas. Las carnes, pescados y huevos deben cocinarse completamente, asegurando que no queden partes crudas. Las frutas y verduras que se consumen crudas deben lavarse con abundante agua segura y, si es posible, desinfectarse con una solución de agua y unas gotas de cloro apto para desinfección de alimentos. Los sobrantes deben almacenarse en recipientes limpios y tapados, manteniéndolos en refrigeración y evitando recalentarlos más de una vez.

IV. Actividades participativas

Las actividades participativas para este módulo son:

1. Demostración de lavado correcto de manos

El facilitador explica detalladamente la importancia del lavado de manos como primera barrera para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos (Ver Ilustración 10),



Ilustración 10. Lavado de manos
Fuente: UCR (2022)

relacionándolo con casos comunes en la comunidad, luego, muestra paso a paso la técnica adecuada, que incluye frotar palma con palma, entre los dedos, dorso de las manos, uñas y muñecas, durante al menos 20 segundos. Los participantes practican la técnica utilizando agua y jabón, y reciben retroalimentación personalizada sobre aspectos a mejorar. Esta actividad refuerza la conciencia de que no basta con un enjuague superficial, sino que se requiere un procedimiento completo y constante para garantizar la seguridad alimentaria.

2. Taller de limpieza del entorno de cocina

Se organiza un espacio que simula una cocina doméstica, incorporando mesas, utensilios y elementos que representen las condiciones reales de los hogares de la parroquia. El facilitador guía a los participantes para identificar áreas sucias o desordenadas, y muestra métodos simples para limpiarlas y organizarlas adecuadamente. Durante la práctica, se enseña la importancia de separar zonas de manipulación de alimentos crudos y cocidos, de utilizar paños limpios y de mantener los utensilios secos y en buen estado. El ejercicio busca que cada participante adquiera un hábito consciente de orden y limpieza que luego pueda aplicar en su propio hogar, adaptándose a sus recursos y posibilidades.

3. Práctica de potabilización de agua

Los participantes aprenden a potabilizar agua empleando dos métodos: hervido y cloración. El facilitador explica los beneficios y limitaciones de cada técnica, además de los errores más comunes, como hervir menos del tiempo recomendado o usar cantidades inadecuadas de cloro. Se realizan demostraciones prácticas en las que los asistentes manipulan los materiales, aplican las medidas correctas y esperan los tiempos necesarios para asegurar la efectividad del proceso. Esta actividad no solo entrega conocimiento técnico, sino que promueve la reflexión sobre la importancia del agua segura en la salud infantil y la prevención de enfermedades.

4. Dinámica de identificación de riesgos

A través de imágenes y escenas representadas por los propios participantes, se simulan situaciones cotidianas de manipulación insegura de alimentos, como el uso de tablas sucias, el almacenamiento de carne junto a vegetales crudos o la falta de refrigeración de productos perecibles. Cada grupo analiza la escena, identifica los errores presentes y propone soluciones prácticas que puedan aplicarse en el contexto local. La dinámica promueve el pensamiento crítico y la colaboración, al tiempo que refuerza el aprendizaje mediante ejemplos visuales y realistas, lo que facilita su memorización y posterior aplicación en la vida diaria.

5. Juego “Ruta segura del alimento”

Los participantes reciben tarjetas que representan diferentes etapas desde la compra de los alimentos hasta su consumo en el hogar (Ver Ilustración 11). En equipos, deben ordenarlas de manera lógica para mostrar el recorrido correcto que garantiza la inocuidad del alimento.



Ilustración 11. Juego ruta segura del alimento
Fuente: Comida Crítica (2025)

Durante la actividad, se discute el porqué de cada paso, desde la selección de productos frescos hasta el almacenamiento y la cocción adecuada. Este juego combina el aprendizaje

teórico con la interacción grupal, fortaleciendo la comprensión de que la seguridad alimentaria depende de una cadena de acciones correctas, donde un fallo en cualquier punto puede comprometer la salud de toda la familia.

6. Recursos didácticos

Para este módulo serán necesarios los siguientes recursos:

- Afiche ilustrado de la técnica de lavado de manos.
- Kit de limpieza básico (jabón, paño limpio, cloro).
- Recipientes transparentes para demostrar almacenamiento seguro de agua.
- Termómetro de cocina para verificar temperatura de cocción (opcional).
- Láminas con ejemplos de prácticas seguras e inseguras.
- Tarjetas para la dinámica “Ruta segura del alimento”.

5.2.3.5 Módulo 5: Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación

La alimentación infantil debe garantizar un desarrollo saludable y, al mismo tiempo, prevenir enfermedades que amenacen el bienestar del niño. En la parroquia Carmen de Pijilí, las limitaciones en el acceso a servicios básicos, la manipulación inadecuada de alimentos y el desconocimiento de prácticas preventivas pueden favorecer la aparición de afecciones gastrointestinales y respiratorias relacionadas con la alimentación y el entorno. Este módulo busca dotar a padres y cuidadores de herramientas para reconocer signos de alarma, actuar de forma adecuada en el hogar y comprender el valor de la vacunación y del control médico regular.

I. Identificación temprana de signos de alarma como diarrea o fiebre

Detectar de forma oportuna los signos de alarma evita complicaciones graves. La diarrea persistente, con o sin vómitos, puede causar deshidratación rápida, sobre todo en niños pequeños. La fiebre alta o mantenida también requiere atención, ya que puede indicar una infección bacteriana o viral. Otros síntomas que deben vigilarse son sangre en las heces,

decaimiento extremo, rechazo a la alimentación, llanto inconsolable o dificultad para respirar. En este módulo se orienta a los cuidadores sobre cómo diferenciar malestares leves de síntomas que requieren atención médica inmediata, favoreciendo una respuesta rápida y eficaz.

II. Cuidados básicos en el hogar y cuándo acudir al centro de salud

En muchas situaciones, una atención inicial adecuada en casa puede evitar que un cuadro leve empeore, ante diarrea, es esencial iniciar de inmediato la rehidratación oral, ya sea con suero casero o sobres de sales preparados con agua segura. La alimentación debe mantenerse, incluyendo la lactancia materna y comidas blandas fáciles de digerir. En casos de fiebre, se aconseja un ambiente fresco, ropa ligera y medicación solo bajo indicación médica. Es necesario acudir al centro de salud si la diarrea es abundante o prolongada, si hay signos de deshidratación como ojos hundidos o boca seca, fiebre alta persistente o cambios en el estado de conciencia. El objetivo es que los cuidadores actúen con criterio y eviten demoras que comprometan la salud del niño.

III. Importancia de la vacunación y el seguimiento médico infantil

La vacunación previene enfermedades graves durante la infancia, como sarampión, poliomielitis, difteria o diarrea por rotavirus, cumplir con el esquema nacional asegura que el niño tenga defensas contra agentes infecciosos. El seguimiento médico permite evaluar crecimiento y desarrollo, detectar deficiencias nutricionales y recibir recomendaciones sobre alimentación y cuidados preventivos. En Carmen de Pijilí, donde algunas familias tienen dificultad para acudir a los centros de salud, se promoverá la colaboración con promotores comunitarios y brigadas móviles para acercar vacunas y controles.

IV. Actividades participativas

Las actividades participativas en conjunto serán:

1. Taller de reconocimiento de signos de alarma

El facilitador dirige una sesión interactiva en la que se muestran láminas y relatos que describen casos reales o simulados de enfermedades frecuentes en la infancia, como diarrea persistente, fiebre alta, vómitos recurrentes o presencia de sangre en las heces. Los participantes identifican cuáles síntomas requieren atención médica inmediata y cuáles pueden manejarse inicialmente en casa. Se analiza en grupo el impacto de actuar tarde y se destaca la necesidad de una observación constante en niños menores de tres años para prevenir complicaciones que puedan comprometer su salud.

2. Simulación de preparación de suero oral

Los cuidadores realizan una práctica guiada para aprender a preparar suero oral con ingredientes básicos como agua segura, azúcar y sal en las proporciones indicadas por las autoridades sanitarias. El facilitador explica cada paso y recalca la importancia de mantener las medidas exactas para garantizar la eficacia y evitar riesgos. Con cucharas y vasos medidores, los asistentes aprenden también cómo conservar el suero y el tiempo máximo de uso seguro. Cada participante repite el procedimiento hasta dominarlo, entendiendo que esta solución sencilla y económica puede salvar vidas si se administra a tiempo.

3. Juego de decisiones “¿Qué harías si...?”

En esta dinámica, cada asistente recibe una tarjeta con un caso hipotético, como un niño con fiebre moderada, diarrea de dos días o vómitos persistentes con somnolencia (Ver Ilustración 12). En grupos pequeños, analizan la situación y determinan si debe tratarse en casa o requerir atención en un centro de salud. El facilitador orienta el diálogo, corrige errores conceptuales y fundamenta cada decisión. La actividad ayuda a establecer criterios claros de actuación, evitando tanto la medicación innecesaria como el retraso peligroso en la búsqueda de atención profesional, y fortalece la capacidad de respuesta en situaciones de urgencia infantil.



Ilustración 12. Juego ¿Qué harías si?
Fuente: Fonocat Materiales (2023)

4. Charla interactiva sobre vacunación

Un profesional de salud, invitado por el equipo facilitador, ofrece una charla en la que se explican los beneficios de las vacunas para prevenir enfermedades graves como sarampión, poliomielitis y diarrea por rotavirus. Se presenta el calendario oficial de vacunación y los cuidadores revisan si sus hijos tienen todas las dosis correspondientes. Durante la sesión, se resuelven dudas y se abordan mitos que generan desconfianza. El intercambio entre personal sanitario y asistentes promueve un compromiso firme con el cumplimiento del esquema de inmunización, reforzando la idea de que prevenir es esencial para la salud infantil.

5. Ronda de experiencias comunitarias

En un espacio de diálogo, los cuidadores comparten vivencias sobre enfermedades vinculadas con la alimentación que han afectado a niños en la comunidad, cada uno relata los síntomas observados, las acciones realizadas y los resultados obtenidos. El facilitador modera, resaltando las prácticas acertadas y señalando aquellas que pueden mejorarse, ofreciendo alternativas seguras y eficaces. Esta dinámica fortalece el aprendizaje a partir de experiencias propias y ajenas, y crea vínculos comunitarios que generan una red de apoyo

donde las familias se sientan acompañadas y motivadas a actuar de forma preventiva y oportuna ante cualquier signo de riesgo en la salud de los niños.

6. Recursos didácticos

Los recursos didácticos para este módulo final son:

- Láminas ilustrativas de signos de alarma.
- Utensilios y materiales para la preparación de suero oral.
- Tarjetas para el juego de decisiones.
- Calendarios de vacunación impresos.
- Afiche informativo sobre cuidados básicos ante diarrea y fiebre.
- Lista de contactos de centros y brigadas de salud disponibles en la parroquia.

5.2.4 Estrategias de medición y evaluación

5.2.4.1 Indicadores del proceso

Los indicadores de proceso permiten confirmar si la ejecución del programa avanza conforme a lo establecido, evaluando tanto el nivel de desarrollo como la participación lograda. Su propósito es supervisar aspectos operativos como la cobertura de las capacitaciones, el número de sesiones realizadas y el grado de implicación de los asistentes. Estos indicadores son fácilmente medibles y su registro se obtiene a partir de listas de asistencia, actas de las sesiones y anotaciones de los facilitadores. Un control sistemático de esta información garantiza el cumplimiento de los parámetros definidos y posibilita realizar ajustes oportunos que aseguren el logro eficiente de las metas de ejecución.

Los indicadores se los puede observar en la Tabla 28 a continuación:

Tabla 27.*Indicadores del proceso*

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta esperada	Fuente de verificación
Porcentaje de padres/cuidadores capacitados	$(\text{N}^\circ \text{ capacitados} / \text{N}^\circ \text{ total convocados}) \times 100$	$\geq 90\%$ de la población convocada	Listas de asistencia y registros del programa CNH
Número de sesiones ejecutadas	Conteo de sesiones realizadas según lo planificado	100% de las sesiones planificadas	Cronograma y actas de sesión
Cumplimiento del cronograma	$(\text{N}^\circ \text{ de sesiones realizadas en fecha} / \text{N}^\circ \text{ total de sesiones}) \times 100$	$\geq 95\%$ de cumplimiento	Cronograma y reportes
Participación activa en actividades prácticas	$(\text{N}^\circ \text{ participantes que realizan al menos una actividad} / \text{total asistentes}) \times 100$	$\geq 80\%$ de los asistentes en cada sesión	Observaciones del facilitador
Producción de materiales didácticos	$(\text{N}^\circ \text{ materiales elaborados} / \text{N}^\circ \text{ materiales planificados}) \times 100$	100% de materiales previstos	Inventario y registro de materiales entregados
Entrega de materiales a los participantes	$(\text{N}^\circ \text{ participantes que reciben material} / \text{total de asistentes}) \times 100$	100% de asistentes	Lista de distribución
Realización de evaluaciones parciales	$(\text{N}^\circ \text{ evaluaciones aplicadas} / \text{N}^\circ \text{ evaluaciones planificadas}) \times 100$	100% de evaluaciones previstas	Pruebas y registros de evaluación
Registro fotográfico de las actividades	$(\text{N}^\circ \text{ sesiones con registro} / \text{N}^\circ \text{ total de sesiones}) \times 100$	$\geq 90\%$ de sesiones documentadas	Archivo fotográfico y reportes de actividades

Fuente: Autores

5.2.4.2 Indicadores de resultado

Los indicadores de resultado se enfocan en valorar los cambios concretos logrados por la intervención en el conocimiento, las prácticas y las conductas de los padres y cuidadores. Su función es medir la efectividad del programa, contrastando la situación previa con la que se alcanza tras su aplicación (Ver Tabla 29). Para obtener esta información se emplearán pruebas de conocimientos antes y después de la capacitación, encuestas sobre prácticas

alimentarias y observaciones directas en el hogar. Con estos datos es posible determinar si las actividades han producido un impacto positivo y duradero en la comunidad, además de aportar fundamentos para decidir si se requiere fortalecer o ampliar la iniciativa.

Tabla 28.

Indicadores de resultados

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta esperada	Fuente de verificación
Variación en puntajes de conocimientos	$\frac{(\text{Puntaje Postest} - \text{Puntaje pretest})}{\text{Puntaje pretest}} \times 100$	Incremento $\geq$ 20% en conocimientos	Pruebas de conocimientos aplicadas antes y después
Cambio en prácticas de alimentación	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de prácticas correctas post} / \text{N}^\circ \text{ de prácticas correctas pre}) \times 100}{100}$	$\geq$ 30% de mejora en prácticas saludables	Encuestas de prácticas alimentarias
Conductas clave adoptadas	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de familias que adoptan } \geq 3 \text{ conductas promovidas} / \text{total de familias}) \times 100}{100}$	$\geq$ 70% de familias participantes	Visitas domiciliarias y entrevistas
Reducción de uso de prácticas alimentarias inadecuadas	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de prácticas inadecuadas pre} - \text{N}^\circ \text{ de prácticas inadecuadas post}) / \text{N}^\circ \text{ de prácticas inadecuadas pre} \times 100}{100}$	Reducción $\geq$ 25%	Encuestas y observación directa
Aumento en consumo de alimentos de todos los grupos	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de familias que incluyen } \geq 4 \text{ grupos alimenticios en la dieta} / \text{total de familias}) \times 100}{100}$	$\geq$ 60% de las familias	Registros dietéticos y entrevistas
Mejora en higiene de manipulación de alimentos	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de pasos de higiene aplicados correctamente post} / \text{total de pasos}) \times 100}{100}$	$\geq$ 80% de cumplimiento	Listas de verificación en visitas domiciliarias
Incremento en uso de agua segura para consumo	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de hogares que usan agua segura post} / \text{total de hogares}) \times 100}{100}$	$\geq$ 85% de hogares	Observación y encuestas

Asistencia regular a controles médicos infantiles	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños con controles completos}}{\text{total de niños}} \right) \times 100$	$\geq 90\%$ de los niños	Registros del centro de salud
Cumplimiento del esquema de vacunación infantil	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños con esquema completo}}{\text{total de niños}} \right) \times 100$	$\geq 95\%$ de los niños	Tarjetas y registros de vacunación
Reducción de episodios de diarrea infantil	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de episodios pre} - \text{N}^\circ \text{ de episodios post}}{\text{N}^\circ \text{ de episodios pre}} \times 100$	Reducción $\geq 20\%$	Registros de salud comunitaria y reportes familiares

Fuente: Autores

5.2.4.3 Periodicidad y responsables de la evaluación

La evaluación requiere establecer con claridad la frecuencia con la que se revisarán los indicadores y quiénes serán los encargados de su seguimiento. La periodicidad dependerá del tipo de indicador: algunos, como la asistencia o participación, se revisarán en cada sesión, mientras que otros, como la variación de conocimientos o cambios en prácticas, se medirán en períodos más amplios para reflejar transformaciones reales. Asignar responsabilidades específicas garantiza que los datos se recojan de manera sistemática y confiable. Este esquema facilita la coordinación entre facilitadores, promotores de salud y líderes comunitarios, asegurando un control continuo y la generación de informes claros y oportunos.

Tabla 29.

Indicadores de resultados

Indicador	Periodicidad	Responsable
Porcentaje de padres, cuidadores, capacitados	Al finalizar cada módulo	Facilitador principal / Equipo CNH
Número de sesiones ejecutadas	Mensual	Coordinador del programa
Cumplimiento del cronograma	Mensual	Coordinador del programa / Facilitador
Participación activa en actividades prácticas	En cada sesión	Facilitador principal

Variación en puntajes de conocimientos	Antes y después del programa	Equipo de evaluación / Promotor de salud
Cambio en prácticas de alimentación	Trimestral	Promotor de salud / Líder comunitario
Conductas clave adoptadas	Semestral	Equipo de seguimiento comunitario
Reducción de episodios de diarrea infantil	Trimestral	Promotor de salud / Personal del centro de salud

Fuente: Autores

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El análisis de los resultados obtenidos en este estudio enfocados en analizar la influencia del conocimiento y prácticas de alimentación de los padres de los niños y niñas del programa Creciendo con nuestros hijos CNH en la prevención de la desnutrición infantil de la parroquia Carmen de Pijili permite identificar avances significativos en los conocimientos y prácticas de alimentación de los padres y cuidadores, así como áreas que requieren un seguimiento más prolongado. La evaluación mostró incrementos sustanciales en los puntajes de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y manipulación segura de alimentos, lo que se alinea con la evidencia previa que señala que las intervenciones educativas comunitarias son efectivas para mejorar la nutrición infantil (Arija et al., 2022).

La literatura respalda que programas similares, aplicados en comunidades rurales de países de ingresos medios y bajos, han logrado cambios positivos en las conductas alimentarias y en la adopción de prácticas de higiene (Villar, 2023). En este sentido, la presente investigación coincide con los hallazgos de estudios desarrollados en zonas rurales de Perú y Guatemala, donde capacitaciones prácticas combinadas con actividades participativas facilitaron la incorporación de recomendaciones de lactancia exclusiva y diversificación de la dieta infantil (Rodríguez M. , 2021). No obstante, a diferencia de esos contextos, en Carmen de Pijili la participación activa estuvo influida por factores como la disponibilidad de tiempo de los cuidadores y el acceso a recursos básicos, lo que condicionó la asistencia regular a todas las sesiones.

Una coincidencia relevante con la literatura es que la utilización de recursos didácticos visuales y actividades de demostración práctica potencia la retención de conocimientos y su aplicación en la vida diaria. Estudios realizados en México y Bolivia confirman que los materiales adaptados al contexto local y el uso del idioma o expresiones propias de la comunidad generan mayor apropiación de las recomendaciones (Boillos García, 2024). En

el presente trabajo, el uso de ejemplos con alimentos locales, junto con juegos y dramatizaciones, favoreció la comprensión y redujo la resistencia a modificar hábitos alimenticios.

Sin embargo, se observaron diferencias frente a investigaciones previas en cuanto al ritmo de adopción de ciertas prácticas, como la inclusión regular de todos los grupos alimenticios en la dieta infantil. Mientras en otros estudios este cambio se produjo rápidamente tras las capacitaciones, en la comunidad de estudio persistieron limitaciones asociadas a la disponibilidad estacional de alimentos y a las restricciones económicas. Esto sugiere que, si bien el conocimiento mejora, la puesta en práctica depende también de factores estructurales que trascienden la intervención educativa, tal como advierten trabajos de la FAO (2021) sobre seguridad alimentaria.

Los hallazgos obtenidos en la evaluación de la estrategia educativa muestran que las intervenciones adaptadas culturalmente y vinculadas a recursos locales pueden producir mejoras significativas en los conocimientos y algunas prácticas esenciales de alimentación infantil. El incremento en los puntajes de evaluación posterior en temas de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y manipulación segura de alimentos respalda lo señalado por Unicef (2024), quienes destacan que la educación comunitaria es uno de los pilares más efectivos para reducir la malnutrición infantil en contextos de vulnerabilidad social.

Los cambios positivos observados no fueron homogéneos entre las diferentes áreas de intervención, mientras que en lactancia materna exclusiva y prácticas de higiene alimentaria se alcanzaron niveles cercanos a las metas propuestas, en la diversificación de la dieta infantil el avance fue menor. Esto refleja que, aunque la transmisión de conocimientos fue efectiva, la puesta en práctica depende también de la disponibilidad y accesibilidad de alimentos variados, tal como advierte la FAO (2025) al señalar que la seguridad alimentaria es un factor determinante para la sostenibilidad de los hábitos saludables.

El uso de materiales didácticos visuales y actividades lúdicas, como dramatizaciones y juegos educativos, resultó fundamental para mejorar la comprensión y facilitar la apropiación de

mensajes clave. Esta estrategia coincide con lo encontrado por Mora et al. (Mora et al., 2023), quienes subrayan que la incorporación de elementos visuales y adaptados culturalmente potencia la retención del conocimiento y su aplicación práctica. En Carmen de Pijilí, el uso de alimentos típicos y ejemplos cotidianos permitió que los cuidadores visualicen la viabilidad de incorporar las recomendaciones a su rutina diaria, reduciendo barreras culturales y de comprensión.

En este estudio se observó un aumento en la capacidad de identificar fiebre persistente, diarrea con deshidratación y otros signos de riesgo, lo que coincide con investigaciones del Ministerio de Salud Pública (2019) que señalan que la consejería comunitaria y las actividades prácticas ayudan a que las familias busquen atención médica de forma más rápida cuando se presentan estos problemas. Razeto (2019) encontró que las intervenciones en el hogar que incluyen demostraciones y resolución de casos fortalecen la decisión de acudir a un centro de salud y reducen demoras que pueden empeorar la situación. En el presente trabajo, el uso de ejercicios prácticos y materiales visuales pudo haber facilitado que los cuidadores recordaran los pasos necesarios para actuar en una situación real, fortaleciendo así la relación entre lo aprendido y la acción inmediata. Los resultados sugieren que la práctica guiada da confianza y seguridad para responder ante emergencias de salud infantil.

La menor mejora en la diversificación de la dieta, en comparación con los avances logrados en higiene y lactancia, puede explicarse si se consideran los factores externos que influyen en la alimentación y es que la disponibilidad estacional de alimentos, los precios y la facilidad de acceso son elementos que pueden limitar la aplicación de lo aprendido, incluso cuando la capacitación ha sido efectiva (FAO, 2021). En este estudio, la metodología participativa y el uso de ejemplos locales ayudaron a que los cuidadores comprendieran la importancia de diversificar la dieta, pero la práctica diaria dependió de la existencia de productos variados y de redes de distribución accesibles. Investigaciones como la de Cuesta y Chamorro (2022) coinciden en que, cuando la educación no se acompaña de acciones para garantizar el acceso constante a alimentos frescos, los cambios suelen ser parciales y menos sostenidos.

En el diseño de la propuesta se incluyó el uso de indicadores de proceso y de resultados con el objetivo de facilitar ajustes oportunos y, al mismo tiempo, reforzar la motivación de los participantes, para este caso, Francke et al. (2019) señalan que la medición frecuente de coberturas y prácticas, cuando se comunica a quienes participan, favorece la adherencia y el sentido de apropiación comunitaria de los programas de nutrición materno infantil. Bajo este planteamiento, se espera que compartir información sencilla sobre asistencia, logros de aprendizaje y posibles aplicaciones en el hogar pueda fortalecer la percepción de progreso y el compromiso con la propuesta. Investigaciones latinoamericanas en educación nutricional comunitaria también han documentado este efecto cuando la retroalimentación es culturalmente adaptada y presentada de manera clara.

5.2. Conclusión

El presente estudio tuvo como objetivo general analizar la influencia del conocimiento y las prácticas alimenticias de los padres de los niños y niñas del programa “Creciendo con Nuestros Hijos” en la prevención de la desnutrición infantil en la parroquia Carmen de Pijilí, cantón Ponce Enríquez, provincia del Azuay, durante el año 2024. Los hallazgos permitieron evidenciar que los conocimientos y las prácticas en torno a la alimentación infantil constituyen factores determinantes para prevenir la desnutrición, ya que el grado de información y las conductas aplicadas por los cuidadores se relacionan de manera directa con el estado de salud y el crecimiento adecuado de los menores. La investigación confirmó que, en la medida en que los padres fortalecen su nivel de comprensión sobre nutrición y logran aplicar prácticas correctas en el hogar, se incrementa la posibilidad de reducir riesgos asociados a la malnutrición y de mejorar la calidad de vida de la población infantil.

En cuanto al primer objetivo específico, relacionado con la caracterización del perfil sociodemográfico de los padres de familia del programa CNH, se identificó que la mayoría corresponde a mujeres jóvenes y adultas, principalmente madres, con nivel de instrucción secundaria, dedicadas en gran medida a actividades domésticas y agrícolas. Este perfil muestra una población con disposición al aprendizaje, pero que enfrenta limitaciones de tiempo, acceso a recursos y, en ciertos casos, condiciones de pobreza que restringen la implementación plena de prácticas alimenticias adecuadas. Estos factores sociales y

económicos, al mismo tiempo que reflejan vulnerabilidad, constituyen elementos clave para diseñar estrategias educativas que respondan a las necesidades reales del contexto y permitan mayor efectividad en su aplicación.

Respecto al segundo objetivo, que buscó determinar el nivel de conocimientos sobre nutrición que poseen los padres del programa CNH, los resultados muestran un dominio aceptable en aspectos fundamentales como la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, la incorporación de frutas y verduras en la dieta diaria y la higiene durante la preparación de alimentos. No obstante, también se identificaron vacíos importantes en el conocimiento de la consistencia adecuada de las papillas, la utilización constante de agua segura para la preparación de alimentos y el valor nutritivo de las proteínas en el crecimiento infantil. Estos hallazgos reflejan que, aunque existe una base de conocimientos, aún se requieren procesos de capacitación más específicos y prácticos que permitan afianzar contenidos claves para la prevención de la desnutrición.

El tercer objetivo, orientado a identificar el nivel de conocimientos sobre prácticas alimenticias, evidenció que las conductas de los cuidadores no siempre corresponden a lo que saben. Si bien se observan prácticas positivas como la lactancia frecuente y la oferta diaria de frutas y verduras, se mantienen deficiencias en la preparación adecuada de alimentos, especialmente en la consistencia de las papillas, y en el uso continuo de agua tratada. Esta brecha entre conocimiento y práctica demuestra que el aprendizaje teórico debe ir acompañado de actividades prácticas y demostrativas, ya que solo de esa manera se logra que la información se transforme en hábitos sostenibles dentro del hogar.

El cuarto objetivo específico, que buscó determinar la influencia de los controles médicos en la desnutrición infantil, reveló que la asistencia regular a los servicios de salud constituye un factor determinante en la prevención de riesgos nutricionales. Los niños y niñas cuyos cuidadores cumplen con los controles de crecimiento y desarrollo, así como con los esquemas de vacunación y consejerías de salud, presentan mejores indicadores en el cumplimiento de prácticas alimenticias adecuadas. Esto confirma que los controles médicos no solo cumplen una función de detección temprana de problemas, sino que también refuerzan los

conocimientos de los cuidadores y fomentan conductas preventivas que impactan en la salud infantil.

Finalmente, en relación con el quinto objetivo específico, se diseñó una estrategia educativa adaptada al contexto local, organizada en módulos temáticos que abordan lactancia, alimentación complementaria, higiene y manipulación de alimentos, diversidad y calidad de la dieta, y prevención de enfermedades. La estrategia incorpora actividades participativas, recursos didácticos de fácil acceso y ejemplos prácticos con alimentos locales, lo que garantiza pertinencia cultural y viabilidad operativa. Este diseño no solo responde a las necesidades detectadas en la población, sino que también constituye una hoja de ruta clara y replicable para equipos comunitarios e instituciones que busquen fortalecer la prevención de la desnutrición infantil en comunidades rurales.

En conjunto, las conclusiones permiten afirmar que los conocimientos y las prácticas alimenticias de los cuidadores ejercen una influencia directa en la prevención de la desnutrición infantil, y que las estrategias educativas, cuando están contextualizadas y adaptadas a la realidad local, son herramientas eficaces para empoderar a las familias, modificar conductas inadecuadas y promover un crecimiento saludable en los niños y niñas menores de 3 años. Sin embargo, se reconoce que la efectividad de estas intervenciones depende también de factores estructurales como el acceso a alimentos variados, agua segura y condiciones socioeconómicas básicas, por lo que la propuesta debe articularse con políticas y programas intersectoriales que garanticen sostenibilidad y alcance a largo plazo.

5.3. Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos y las conclusiones del presente estudio, se formulan recomendaciones orientadas a los distintos actores involucrados en la prevención de la desnutrición infantil en la parroquia Carmen de Pijilí.

En primer lugar, se recomienda a los padres, madres y cuidadores de los niños menores de tres años que participan en el programa CNH fortalecer su compromiso con la asistencia regular a las actividades educativas y aplicar en el hogar los conocimientos adquiridos,

particularmente en las áreas donde se identificaron vacíos importantes. Es indispensable que se ponga énfasis en la preparación adecuada de papillas, la utilización permanente de agua segura y la inclusión de proteínas en la dieta diaria de los niños, dado que estos aspectos resultaron ser los de mayor debilidad en la población estudiada. Además, se sugiere mantener una asistencia constante a los controles de salud infantil, ya que constituyen una estrategia fundamental no solo para la detección temprana de riesgos nutricionales, sino también para reforzar conocimientos y fomentar conductas preventivas.

En cuanto al programa “Creciendo con Nuestros Hijos” y los actores comunitarios, se recomienda implementar de manera sostenida la estrategia educativa diseñada en el marco de esta investigación, adaptando los módulos temáticos a la disponibilidad de tiempo y recursos de las familias. Las actividades deben priorizar metodologías participativas, como demostraciones prácticas, juegos, dinámicas y ejercicios de retroalimentación, que favorezcan el aprendizaje vivencial y aseguren la transferencia efectiva de conocimientos a la práctica cotidiana. De igual forma, es pertinente que el programa CNH integre de manera permanente la temática de nutrición y prácticas alimenticias saludables en sus rutinas de trabajo con las familias, estableciendo mecanismos de monitoreo y evaluación periódica para medir avances y detectar necesidades de refuerzo.

En relación con los servicios de salud del territorio, se recomienda fortalecer la coordinación con el programa CNH, de modo que exista una articulación efectiva entre las capacitaciones educativas y la atención médica preventiva. El trabajo conjunto permitirá garantizar que las familias reciban mensajes consistentes, asesoría técnica especializada y un acompañamiento integral en temas de salud y nutrición. Además, se sugiere que las unidades de salud refuercen campañas comunitarias sobre lactancia materna, alimentación complementaria, higiene alimentaria y consumo de agua segura, con un enfoque culturalmente pertinente que se adapte a la realidad de la parroquia.

Desde el ámbito institucional y de políticas públicas, se recomienda garantizar la disponibilidad de condiciones estructurales mínimas, como el acceso a agua potable segura, suplementos nutricionales y espacios de consejería comunitaria, que acompañen y

complementen los procesos educativos. La sostenibilidad de las prácticas alimenticias adecuadas no puede depender únicamente de la voluntad de las familias, sino que requiere del apoyo intersectorial entre salud, educación y desarrollo social. Por ello, resulta indispensable promover políticas y programas que aseguren entornos favorables para la nutrición infantil en comunidades rurales.

Finalmente, para futuras investigaciones, se sugiere ampliar el estudio a otras localidades rurales con características similares, con el fin de comparar los resultados y validar la efectividad de la estrategia educativa en diferentes contextos. Asimismo, se recomienda incorporar evaluaciones de mediano y largo plazo que permitan medir el impacto real de la intervención en el estado nutricional de los niños y niñas, así como complementar los estudios con metodologías cualitativas que exploren las percepciones, barreras y motivaciones de los cuidadores frente a la adopción de prácticas alimenticias saludables.

En conjunto, estas recomendaciones buscan no solo consolidar los avances logrados en el presente estudio, sino también orientar acciones sostenibles y coordinadas que contribuyan a la prevención de la desnutrición infantil, fortaleciendo el rol de las familias, las instituciones y la comunidad en la promoción de la salud y el bienestar infantil en la parroquia Carmen de Pijilí.

BIBLIOGRAFÍA

- ABC. (2 de diciembre de 2015). *Vitaminas y minerales, ¿hay que tomar más?*
<https://abcblogs.abc.es/eat-fit/2015/12/02/vitaminas-y-minerales-hay-que-tomar-mas>
- Albuja, W. (2022). Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador. *Inter disciplina*, 10(28), 591-611.
<https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83314>
- Alianzas Salud. (11 de marzo de 2018). *La alimentación complementaria del bebé y la formación de hábitos alimentarios*. <https://alianzasalud.org.mx/2018/03/la-alimentacion-complementaria-y-la-formacion-de-habitos-alimentarios/>
- Apaza, E., Cazola, S., Condori, C., y Arpasi, F. (2022). La Correlación de Pearson o de Spearman en caracteres físicos y textiles de la fibra de alpacas. *Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú*, 33(3), 1-19.
<https://doi.org/10.15381/rivep.v33i3.22908>
- Arija, V., Cano, M., y Novalbos, J. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15.
<https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Arikpo, D., Sewanu, E., Chibuzor, M., Odey, F., y C. D. (2018). *Intervenciones educativas para mejorar las prácticas de alimentación complementaria de los cuidadores primarios para niños de 24 meses o menos*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011768.pub2>
- Asamblea Constituyente. (2008). *La Constitución*. Registro Oficial 449.
- Ayala, A., Loredó, A., Zárate, F., y Toro, M. (2022). Manejo hospitalario de desnutrición severa en pediatría. *Acta Pediatrica de Mexico*, 43(3), 193-201.
- Barreno, S., Barrera, Z., Rodríguez, C., y Jordán, A. (2020). Conocimientos y prácticas alimentarias de los cuidadores en los Centros de Desarrollo Infantil. *Revista Dominio de las Ciencias*, 6(4), 163-185. <https://doi.org/10.23857/dc.v6i4.1587>
- Boillos García, F. (2024). *La gamificación y el aprendizaje lúdico como recurso didáctico: práctica comparada y análisis de una metodología en centros de España y Costa Rica*. Universidad de la Rioja.
- Canencia, E., y Tenisaca, J. (2020). Cuidado infantil y participación de la mujer en el mercado laboral ecuatoriano. *Revista Economía y Política*, 26(1), 22-33.
<https://doi.org/10.25097/rep.n26.2017.01>

- Chango, B., Chancusig, M., y Haro, A. (2024). Chi Cuadrado y tablas de contingencia aplicado en SPSS. *Código Científico Revista De Investigación*, 5(1), 499-514. <https://doi.org/10.55813/gaea/ccri/v5/nE3/329>
- Comida Crítica. (3 de marzo de 2025). *La ruta de los alimentos*. <https://www.comidacritica.org/la-ruta-de-los-alimentos/>
- Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. (2021). *Los efectos de la COVID-19 en la seguridad alimentaria y la nutrición: elaboración de respuestas eficaces en materia de políticas para abordar la pandemia del hambre y la malnutrición*. HLPE Grupo de Expertos de Alto Nivel.
- Coulthard, M. (2021). El edema en el kwashiorkor es causado por hipoalbuminemia. *Pediatra Internacional de Salud Infantil*, 35(2), 83-89. <https://doi.org/10.1179/2046905514Y.0000000154>
- Cuesta, G., y Chamoccho, N. (2022). La educación en Ecuador, retos y perspectivas. *Polo del Conocimiento*, 7(8), 2030-2045. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i8>
- Epsianas wayuu. (11 de abril de 2023). *Amamantar y trabajar*. <https://epsianaswayuu.com/amamantar-y-trabajar/>
- FAO. (19 de febrero de 2021). *El estado de la nutrición: progreso hacia la consecución de las metas de nutrición mundial, en la América Latina y el Caribe*. <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/efefa9bb-2deb-4f04-944b-f805532d4aee/content/sofi-statistics-rlc-2022/stunting-among-children.html>
- FAO. (2021). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021. Transformación de los sistemas alimentarios en aras de la seguridad alimentaria, una nutrición mejorada y dietas asequibles y saludables para todos*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- FAO. (2021). *Facilitando sistemas alimentarios sostenibles*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- FAO. (16 de julio de 2025). *Mejoramiento de la seguridad alimentaria en el hogar*. <https://www.fao.org/4/w0073s/w0073s13.htm>
- Fonocat Materiales. (25 de agosto de 2023). *¿Qué harías si?* <https://fonocat.salduu.com/p/que-harias-si>
- Fonseca, Z., Quesada, J., y Meireles, M. (2020). La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed*, 24(1), 237-247.
- Francke, P., Quispe, D., Bardalez, C., y Francke, M. (2019). *Estudio de los factores que explican la adherencia al tratamiento cvon "chispitas" y suplemento ferroso*. Consorcio de Investigación Económica y Social.

- Gallegos, C., Waters, W., Carrasco, A., y Iannotti, L. (2024). Encuentros impensados en la transición nutricional: agroecosistemas andinos en la Sierra central ecuatoriana. *Mundosplurales Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 11(1), 85-117. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2024.6066>
- Gómez, F. (2023). Desnutrición. *Salud Pública de México*, 1(1), 1-23.
- Guamán, L., Rivadeneira, M., Moncayo, A., Cóndor, J. A., y Buitrón, J. (2020). Capital social y malnutrición en población indígena menor de 5 años de cinco cantones de la provincia de Chimborazo. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 21(3), 1-10. <https://doi.org/10.52011/0006>
- Guida, C., Lobos, N., y Artaza, O. (2024). *Salud y Comunicación: Diálogos desde la Comunidad hacia la Transformación Social*. Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la UDLA.
- Gutiérrez, N., Ciuffardi, T., Rokx, C., Brousset, H., y Gachet, N. (2017). *Apuntando alto. Retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador*. Banco Mundial.
- Hernández, J., Jaramillo, L., Álvarez, L., y Roldán, M. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina*, 20(2), 490-504. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>
- INEC. (5 de septiembre de 2023). *PRIMERA ENCUESTA ESPECIALIZADA REVELA QUE EL 20.1% DE LOS NIÑOS EN ECUADOR PADECEN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/primera-encuesta-especializada-revela-que-el-20-1-de-los-ninos-en-ecuador-padecen-de-desnutricion-cronica-infantil/>
- JMP Statistical Discovery. (25 de agosto de 2024). *ANOVA de un factor*. <https://www.jmp.com/es/statistics-knowledge-portal/one-way-anova>
- López, A. (2021). Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del estrés laboral crónico. *Anales en Gerontología*, 13(1), 145-171.
- López, G., y Proaño, I. (2024). *Impacto de la educación nutricional en la atención y reducción de la desnutrición crónica infantil*. Tesis de Maestría, Santo Domingo.
- Lozano, L., Andagoya, B., Moyano, E., y Calderón, P. (2024). Sobre peso y obesidad en escolares del Guayas (Ecuador) según la referencia WHO 2007 y local, 2024. *Pacha revista De Estudios Contemporáneos Del Sur Global*, 5(15), 1-15. <https://doi.org/10.46652/pacha.v5i15.316>
- Maternal. (18 de septiembre de 2024). *3 mitos sobre la lactancia materna*. <https://maternar.co/mitos-lactancia-materna/>

- Mi bebé. (2 de julio de 2025). *Alimentación complementaria de tu bebé ¿Cómo empezar?*
https://www.recetasparamibebé.com/alimentacion-complementaria-de-4-a-6-meses-guia-completa/#google_vignette
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Educación y comunicación para la promoción de la salud*. Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
- Montenegro, M., y Meneses, M. (2025). Factores de riesgo que influyen en la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en la provincia de Morona Santiago - Ecuador. *Revista Espacios*, 45(6), 54-72. <https://doi.org/10.48082/espacios-a24v45n06p05>
- Mora, B., Basurto, J., Rosales, F., Reyna, D., y Cedeño, M. (2023). Recursos Didácticos en Centros Educativos de Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 5600-5618. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9105
- Morales, F., Monserrat, S., León, M., y Rivero, F. (2023). Efectos de la desnutrición en el sistema inmunitario y las infecciones y el papel de las estrategias nutricionales en la mejora del estado de salud infantil: una revisión de la literatura. *Revista Nutrientes*, 16(1), 31-50. <https://doi.org/10.3390/nu16010001>
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2024). *Política Metropolitana de Primera Infancia 2024 - 2034*. Secretaría de Inclusión Social.
- Naula, L., Bermeo, L., Illesca, L., y Sanmartín, L. (2025). Desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad en la región sierra del Ecuador. *Revista Arandu Revista Científica Internacional*, 12(1), 1672-1684.
<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i1.701>
- OMC. (1 de marzo de 2024). *Malnutrición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Pacheco, L., y Casquete, A. (2023). Estrategias lúdicas niños menores de 5 años y evitar el uso excesivo de dispositivos tecnológicos en los hogares. *Polo del Conocimiento*, 8(2), 1583-1602. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i2>
- Pardo, N., Erreis, E., Quiñonez, S., y Realpe, J. (2024). Abordaje de la Enfermería en la Educación Prenatal para Primerizas. *Ciencia Latina*, 8(4), 3452-3471.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12583
- Pediatría Integral. (11 de abril de 2025). *Alimentación en el niño hasta los dos años de edad*. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2025-03/alimentacion-en-el-nino-hasta-los-dos-anos-de-edad/>
- Ramírez, A. (2023). Análisis sobre conceptos de sostenibilidad y su implicación en los proyectos de vida en adolescentes. *Cultura y Conciencia. Revista de antropología*, 7(1), 22-46.

- Razeto, A. (2019). Estrategias para promover la participación de familias en la educación de niños en escuelas chilenas. *Educação e Pesquisa*, 44(1), 111-129. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201844180495>
- Rivera, J. (2020). *La malnutrición infantil en Ecuador: entre progresos y desafíos*. Tesis de Maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador, Quito.
- Rodríguez, J., y Reguant, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista d'Innovació*, 13(2), 1-13. <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
- Rodríguez, M. (2021). Recomendaciones dietéticas en el embarazo y la lactancia. *Ámbito Farmacéutico*, 30(3), 126 - 133.
- Salud. (15 de septiembre de 2020). *El 'método del plato': divide el plato en cuatro partes con estas proporciones para comer de manera saludable*. <https://www.20minutos.es/noticia/4379570/0/metodo-plato-divide-plato-tres-proporciones-comer-manera-saludable/>
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (25 de agosto de 2019). *Programa Acción Nutrición*. <https://www.infancia.gob.ec/programa-accion-nutricion/>
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2021). *Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil*. Ministerio de Salud Pública.
- Simón, R., Sánchez, A., Carmona, W., y González, J. (2021). Efecto de un programa de ejercicio físico sobre la condición física y la grasa visceral en personas. *Retos*, 39(1), 723-730.
- UCR. (10 de mayo de 2022). *Médico, microbiólogo y estudiantes vencen las lluvias y el barro para prevenir enfermedades en zona indígena*. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2022/5/10/medico-microbiologo-y-estudiantes-vencen-las-lluvias-y-el-barro-para-prevenir-enfermedades-en-zona-indigena.html>
- UNICEF. (2019). *Niños, alimentos y nutrición*. UNICEF.
- UNICEF. (11 de mayo de 2021). *La desnutrición crónica es un problema que va más allá del hambre*. Para resolver esta problemática se requiere atacar sus múltiples causas: falta de agua segura, saneamiento, higiene, controles médicos, vacunas y otros factores: <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-es-un-problema-que-va-m%C3%A1s-all%C3%A1-del-hambre>
- UNICEF. (12 de septiembre de 2023). *Los niños y niñas son los que más sufren a causa del estancamiento en la reducción de la pobreza extrema en el mundo, según UNICEF*

y el Banco Mundial. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/los-ninos-y-ninas-sufren-causestancamiento-reduccion-pobreza-extrema-mundo>

- UNICEF. (2024). *Estrategias de enseñanza aprendizaje para la inclusión educativa de todos y todas con énfasis en trastornos del espectro autista*. Equipo UNICEF.
- UNICEF. (2024). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. New York: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia .
- Vera, T., Aguas, W., Moreira, H., Zambrano, A., y Alejandro, C. (2024). Determinantes de salud de la desnutrición infantil en el Centro de Salud Miraflores. *Revista Gregoriana de las Ciencias de la Salud*, 1(2), 57-67.
<https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i2.3126>
- Villar, M. (2023). Tareas repetitivas: Identificación de los factores de riesgo para la extremidad superior. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España*, 1(1), 1 - 32.

ANEXOS

Anexo 1.
Respaldo fotográfico

	
Charla educativa	Controles antropométricos en visita domiciliaria



Charla educativa



Charla educativa



Control del niño sano en domicilio



Reunión con padres de familia

	
Controles antropométricos en visita domiciliaria	Charla educativa

Anexo 2.

Solicitud para capacitaciones

SOLICITUD PARA CAPACITACIONES

CARMEN DE PIJILI 22 NOV 2024

Srta. Maritza Ochoa Ochoa

Educadora del centro de desarrollo Infantil CNH MIS PEQUEÑOS INQUIETOS

Asunto: Solicitud de capacitaciones al grupo de Lactancia Materna

Me dirijo a Usted para solicitar apertura en el grupo de CNH para brindar capacitaciones a las madres de familia la comunidad con el fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades en la promoción de la lactancia materna, alimentación saludable para la prevención de la desnutrición infantil

Temas abordar:

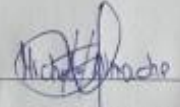
- Beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé
- Técnicas de lactancia materna efectiva
- Solución de problemas comunes durante la lactancia materna

Nutrición Infantil:

- Importancia de la nutrición adecuada en la infancia
- Recomendaciones nutricionales para niños menores de 5 años
- Preparación de alimentos saludables para niños

Cuidado y salud del niño:

- Importancia del cuidado y la atención en la infancia
- Reconocimiento de signos de enfermedad y desnutrición en niños.


Lcda. Michelle Almache


M. Ejar Chiriboga


Maritza Ochoa
Promotora del CNH

Anexo 3.

Cuestionario sobre conocimientos y prácticas de alimentación infantil en padres y cuidadores del programa CNH

Objetivo: Recopilar información sobre los conocimientos y prácticas de alimentación y cuidado infantil para menores de tres años, con el fin de diseñar una estrategia educativa de prevención de la desnutrición infantil.

Instrucciones: Marque con una “X” la opción que mejor represente su opinión o práctica. La información será utilizada únicamente con fines académicos y mantendrá la confidencialidad de los participantes.

Sección 1. Datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años

2. Nivel de instrucción:

- (1) Ninguno
- (2) Educación primaria incompleta
- (3) Educación primaria completa
- (4) Educación secundaria incompleta
- (5) Educación secundaria completa
- (6) Educación superior incompleta
- (7) Educación superior completa

3. Ocupación actual:

- (1) Ama de casa
- (2) Trabajo agrícola
- (3) Comercio
- (4) Empleo en servicio público o privado
- (5) Otro: _____

4. Número de hijos menores de 3 años en el hogar: _____

Sección 2. Conocimientos y prácticas de alimentación infantil

Escala de respuesta: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo

1. Considero que la lactancia exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses de edad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

2. Creo que la alimentación complementaria debe comenzar a los seis meses de edad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

3. Ofrecer papillas espesas favorece el crecimiento saludable del niño.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

4. Los niños pequeños deben recibir varias comidas y colaciones al día para crecer sanos.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

5. Es importante que el niño consuma diariamente alimentos de diferentes grupos.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

6. Los alimentos con proteínas son esenciales para el crecimiento del niño.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

7. Antes de preparar alimentos para el niño es necesario lavarse las manos con agua y jabón.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

8. Le ofrezco leche materna a mi hijo con la frecuencia recomendada para su edad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

9. Le ofrezco frutas y verduras a mi hijo todos los días.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

10. Siempre uso agua hervida, filtrada o clorada para preparar alimentos o bebidas para mi hijo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

11. Llevo a mi hijo al centro de salud cuando presenta fiebre, diarrea o cualquier signo de alarma.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------	--

Tabla 30.

Cronograma de Actividades

N.º	Actividad	Fecha (2024)
1	Revisión bibliográfica de fuentes actuales y pertinentes sobre nutrición infantil	19 al 22 de mayo
2	Elaboración y validación de la encuesta estructurada	23 al 25 de mayo
3	Coordinación logística con responsables del programa CNH para la aplicación de la encuesta	26 de mayo
4	Aplicación de la encuesta a padres y cuidadores de la parroquia Carmen de Pijili	27 y 28 de mayo
5	Análisis estadístico y sistematización de resultados de la encuesta	1 de junio
6	Elaboración de la estrategia educativa adaptada al contexto local	4 de junio
7	Revisión y ajustes finales a la estrategia educativa	20 de junio
8	Redacción del informe final de investigación	6 y 7 de julio

Fuente: Autores