

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Medicina

Maestría en Nutrición y Dietética

**RELACION ENTRE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS
MADRES CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS, EL VALLE-CUENCA
2023**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Nutrición y Dietética

Autor:

María Paula Gangotena Bravo

Director:

Carla Marina Salgado Castillo

ORCID:  0000-0002-1491-3551

Cuenca, Ecuador

2024-03-12

Resumen

Antecedentes: La malnutrición infantil es un problema de salud pública prevenible, que a pesar de múltiples políticas de prevención no ha disminuido. **Objetivos:** Establecer la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas maternas en alimentación con el estado nutricional de sus hijos, en pacientes que acudan al Centro de Salud de El Valle, Cuenca-Ecuador 2023. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo transversal, en el Centro de Salud El Valle, la población se constituyó por el binomio tutor/niño entre los 6-23 meses, con una muestra de 265 infantes (135 niños y 130 niñas). El método que se utilizó fue la observación, la técnica la entrevista para el llenado del formulario y toma de medidas antropométricas. Para el análisis inferencial se utilizaron 3 modelos de regresión logística teniendo como variable dependiente el estado nutricional; para la variable predictora de interés se evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas, considerando diferencias significativas un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Al relacionar las actitudes y prácticas de las madres se evidenció que la variable talla/edad es afectada significativamente por las actitudes y prácticas de alimentación por parte de los tutores. En cuanto a las actitudes en nutrición se encontró asociación positiva estadísticamente significativa en cuanto al indicador talla para la edad vs el grado de percepción de menor dificultad a diversidad alimentaria y alimentar con frecuencia. **Conclusión:** Es esencial brindar conocimientos y educación adecuada a las madres y cuidadores para asegurar el funcionamiento adecuado de las funciones orgánicas, como el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Palabras clave: conocimientos, actitudes, prácticas, nutrición



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Introduction: Child malnutrition is a preventable public health problem, which despite multiple prevention policies has not decreased. **Objectives:** To establish the relationship between maternal knowledge, attitudes and practices in nutrition and the nutritional status of their children in patients attending the Centro de Salud de El Valle, Cuenca-Ecuador 2023 **Methods:** A cross-sectional quantitative study was carried out at the El Valle Health Center, the population of this study was constituted by the binomial guardian/child between 6-23 months, with a sample of 265 infants (135 boys and 130 girls). The method used was observation, the technique used was the interview for filling out the form and taking anthropometric measurements. For the inferential analysis, 3 logistic regression models were used, with nutritional status as the dependent variable; for the predictor variable of interest, knowledge, attitudes and practices were evaluated, with a value of $p < 0.05$ being considered significant differences. **Results:** When relating the attitudes and practices of the mothers, it was found that the height/age variable is significantly affected by the attitudes and feeding practices of the tutors. Regarding the attitudes in nutrition, a statistically significant positive association was found in the height-for-age indicator vs. the degree of perception of less difficulty in food diversity and frequent feeding. **Conclusion:** It is essential to provide adequate knowledge and education to mothers and caregivers to ensure the proper functioning of organic functions, such as the growth and development of their children.

Keywords: knowledge, attitudes, practices, nutrition



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenidos

Capítulo I: Marco Introductorio	7
1.1. Introducción:	8
1.2. Planteamiento del problema.....	9
1.3. Justificación	10
Capítulo II: Fundamentación Teórico.....	12
2.1. Fundamento teórico	12
Capítulo III: Marco Empírico	18
3.1. Hipótesis	18
3.2. Objetivos	18
3.2.1. Objetivo general	18
3.2.2. Objetivos específicos.....	18
3.3. Metodología	18
3.3.1. Tipo de estudio	18
3.3.2. Área de estudio	18
3.3.3. Universo y muestra.....	18
3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión	19
3.3.5. Variables.....	19
3.3.6. Métodos, técnicas e instrumentos	19
3.3.7. Tabulación y análisis	21
3.3.8. Aspectos éticos	21
Capítulo IV: Resultados y Discusión.....	23
5.1. Resultados	23
5.1.1. Características sociodemográficas	23
5.1.2. Estado nutricional	24
5.1.3. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs)	25
5.1.4. Análisis de asociación multivariada	32

5.2. Discusión37

Referencias42

Anexos47

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación nutricional.....	12
Tabla 2. Características sociodemográficas.....	21
Tabla 3. Estado nutricional de los niños de 6-23 meses.....	23
Tabla 4. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) vs estado nutricional (/PesoTalla).....	24
Tabla 5. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) vs estado nutricional (Talla/Edad).....	26
Tabla 6. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) vs estado nutricional (Peso/Edad).....	29
Tabla 7. Modelos de regresión logística.....	38

Agradecimiento

1. A mi tutor Dra. Carla Salgado, sin usted, su paciencia y perseverancia, este trabajo no hubiera sido tan fácil. Sus consejos siempre fueron útiles. Es parte importante de mi historia profesional, gracias por sus palabras de aliento cuando más las necesitaba.

2. A mis docentes Donde quiera que vaya, los llevo conmigo a mi vida laboral. Llevo la semilla de su conocimiento en mi alma y espíritu. Gracias por su paciencia, profesional e invaluable intercambio de sus conocimientos, dedicación, determinación y tolerancia.

3. A mis padres siempre habéis sido el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, los que siempre habéis estado a mi lado en los días y las noches más difíciles, tanto mental como económicamente. Siempre han sido los mejores guías en mi vida, gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Capítulo I: Marco Introductorio

1.1. Introducción:

La malnutrición hace referencia a excesos, carencias, y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona, y engloba tres aspectos principales como lo son: la desnutrición, la malnutrición relacionada con los micronutrientes, y el sobrepeso y obesidad.(1)

La desnutrición está constituida principalmente por estados como la emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales. La insuficiencia de peso en relación con la talla se denomina emaciación. La insuficiencia de talla con respecto a la edad se denomina retraso del crecimiento, se asocia a falta del desarrollo físico y cognitivo en los niños. Los niños con un peso menor que el que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal.(1)

Con respecto a la malnutrición por excesos; el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que tienen efectos perjudiciales para la salud. La obesidad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública prevenible en todo el mundo. A partir de 1975 los índices de obesidad se han triplicado, en América latina afecta al 50% de la población en general.(2)

Aproximadamente 32.7 millones de niños menores de cinco años tiene desnutrición aguda moderada en el mundo, con predominio en regiones de recursos limitados, la desnutrición crónica ha disminuido en las últimas décadas, sin embargo, su prevalencia sigue siendo inaceptable ya que afecta a 144 millones de niños menores de 5 años, mientras que a nivel mundial 41 millones de niños tienen sobrepeso u obesidad.(1)(3)

En el 2018 en nuestro país Ecuador según la ENSANUT tanto la obesidad como el sobrepeso duplicaron su prevalencia en el lapso de 4 años. Si bien las curvas con relación a la desnutrición han ido en decreciente, los porcentajes no son bajos siendo estos del 25.3%, 2.4%, 6.4% para retraso en la talla, emaciación y bajo peso respectivamente.(4)

A medida que aumenta la obesidad, también aumentan las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones, lo que genera una enorme carga en todo el mundo. Como consecuencia de la obesidad en niños están: anomalías dermatológicas, endocrinas, gastrointestinales, neurológicas, ortopédicas, pulmonares, renales y psicosociales. Por esta razón, es importante brindar asesoramiento y tratamiento.(5)

Los estudios en Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) realizados en Austria en 2020 informaron que, los tutores no logran alimentar a sus hijos pequeños con más de 2 o 3 grupos

de alimentos por día. Además, el conocimiento sobre la consistencia y la cantidad de los alimentos para los niños se asocia positivamente con su estado nutricional. En este estudio se determinará si los conocimientos y prácticas nutricionales por parte de los padres influyen en el estado nutricional de los niños entre las edades de 6-23 meses.(6)

1.2. Planteamiento del problema

¿Los conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación de la madre (tutor/a) se relacionan con el estado nutricional de sus hijos? Un estudio realizado en Nigeria en 2019 reveló que el conocimiento de la madre relacionado con la nutrición tiene una asociación significativa y positiva con el estado nutricional de los niños. Además, demuestra que cada punto a favor en el índice del conocimiento nutricional materno se asocia con un aumento de 0.34 SD y 0.12 SD respecto al peso y talla en las curvas de crecimiento.(7)

En el Ecuador según el censo del 2012 la prevalencia de desnutrición crónica infantil fue del 24% aumentando en 3.2 puntos al 2018 con el 27.2%. Las tasas de malnutrición denotan un panorama heterogéneo dentro de nuestro país, en relación con la desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad la región Sierra posee mayor prevalencia. (7)(8)

En nuestro país, la desnutrición crónica afecta al 27% de los niños menores de 2 años, siendo uno de los principales problemas de salud pública en Ecuador, que tiene la segunda prevalencia más alta en América Latina y el Caribe después de Guatemala.(9)

En la ciudad de Cuenca, un estudio en 2015 reveló que la prevalencia de malnutrición en base a curvas de la OMS fue: bajo peso (4.6%), talla baja (20.8%), talla baja severa (2.8%). Otra investigación en 2017 en pacientes de 1-5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, presentó una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 20.4% y 5.2% respectivamente, además se determinó la asociación de estas condiciones con una alimentación inadecuada y obesidad en los padres.(10)

En Kenia, en el 2015 un estudio reveló que las prácticas inadecuadas de alimentación en lactantes y niños pequeños se correlacionan significativamente con el estado nutricional de los niños. Además, llegan a la conclusión que la baja diversidad dietética (consumo de 2,4 grupos de alimentos) muestra la falta de una dieta diversificada, que los indicadores del estado nutricional en el condado de Kitui muestran niveles de desnutrición aguda relativamente altos en este grupo de edad, lo que podría atribuirse a la inseguridad, que resulta en una baja ingesta de macro y micronutrientes por parte de la mayoría de los niños.(11)

Un estudio en 2019, en nuestro vecino país Colombia llega a la conclusión que la falta de conocimiento sobre cuándo iniciar el suministro de alimentos complementarios, como carbohidratos y yogur, contribuyen a la probabilidad de sufrir trastornos nutricionales como sobrepeso y, en otras ocasiones, desnutrición.(12)

La malnutrición infantil a nivel mundial se ha abordado a través de intervenciones en distintos ámbitos, estas varían según los recursos y las prácticas culturales de cada país. En el Ecuador es indispensable conocer de forma clara la principal causa de malnutrición, y de esta forma realizar una intervención temprana y eficaz.(3)

A través de este estudio se pretende conocer la relación entre los conocimientos, prácticas y actitudes de las madres y el estado nutricional de sus hijos, con la finalidad de crear estrategias para actuar de manera oportuna sobre los factores y entorno a los cuales están expuestos los lactantes.

1.3. Justificación

Como se mencionó anteriormente, la malnutrición infantil es un problema de salud pública prevenible, sin embargo, esta condición patológica se ha incrementado a pesar de múltiples políticas de prevención. Conocer la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación maternos con respecto al estado nutricional de sus hijos, nos orientará a mejorar nuestras políticas en contra de la malnutrición.

Parte de la investigación sobre malnutrición en niños se centra en la evaluación de los CAPs de las madres, sin embargo, no existen estudios realizados en nuestro medio relacionados con este tema. Por ese motivo, nuestra investigación tiene como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas maternas sobre alimentación y su relación con el estado nutricional de los lactantes.

La investigación explora la relación entre el conocimiento, actitudes y prácticas de las madres sobre la alimentación adecuada y el estado nutricional de sus hijos. Este enfoque ayuda a identificar factores de riesgo que influyen en el estado nutricional de los niños y niñas.

Los resultados de esta investigación pretenden mejorar el enfoque contra la malnutrición, con la implementación de programas que promuevan una nutrición adecuada y saludable en los niños en salud pública y prevención primaria, de esta manera se espera lograr un beneficio a nivel local y nacional, con disminución de los índices de malnutrición.

El presente estudio se apeg a las prioridades de investigación en salud del Ministerio de Salud Pública, se encuentra dentro del área de Nutrición, líneas “Desnutrición” y “Obesidad y

Sobrepeso”, sublínea “Conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición”.(13) En la línea investigación “Alimentación y nutrición en el ciclo de la vida” de Facultad de Ciencias Médicas y en línea de Nutrición en Salud Pública de la Maestría en Nutrición y Dietética.

Capítulo II: Fundamentación Teórica

2.1. Fundamento teórico

Cuando hablamos de malnutrición nos referimos a cualquier alteración del estado nutricional óptimo infantil, dicho desequilibrio puede deberse a excesos o carencias, lo podemos clasificar en dos grupos:(14)(1)

1. Desnutrición
2. Sobrepeso y obesidad.

2.1.1. Desnutrición

La desnutrición engloba cuatro tipos principales: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y déficit de micronutrientes.(1)

La insuficiencia de peso en relación de la talla se denomina emaciación. Se asocia a una pérdida de peso reciente y grave, puede deberse a inanición o enfermedades infecciosas gastrointestinales que provocan pérdida de peso.(1)

La talla insuficiente en relación con la edad se denomina retraso del crecimiento. Se asocia a una desnutrición crónica o recurrente, generalmente debida a una condición socioeconómica baja, nutrición inadecuada y a cuidado inadecuado. El adecuado desarrollo físico y cognitivo puede verse afectado por el retraso del crecimiento.(1)

Los niños que pesan menos en relación con su edad sufren insuficiencia ponderal. Esta condición puede asociarse tanto a retraso del crecimiento como a emaciación.(1)

2.1.2. Obesidad y sobrepeso

El sobrepeso y la obesidad se definen como el exceso de peso en relación con la altura y una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede causar la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Dichas patologías pueden ser de índole metabólico, cardiovasculares, cerebrovasculares y algunos cánceres. A nivel mundial la mala alimentación y nutrición son los principales factores de riesgo.(1)

2.1.3. Datos epidemiológicos

A nivel mundial, el 45% de la mortalidad infantil está asociada con la desnutrición, aproximadamente 32,7 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación moderada en todo el mundo. Además, otros 14,3 millones de niños en este grupo de edad han mostrado agotamiento severo lo que indica desnutrición aguda severa. Estas cifras son predominantes en regiones con recursos limitados, especialmente en el sur de Asia.(3)

Acerca de la desnutrición crónica: aproximadamente 144 millones de niños se ven afectados por el retraso del crecimiento, en Ecuador, la desnutrición crónica afecta al 27% de los niños menores de 2 años, siendo el responsable de la segunda prevalencia más alta en América Latina y el Caribe.(3)(9)

2.1.4. Etiología

Los primeros 1.000 días de vida son una ventana de oportunidad para garantizar la salud y la nutrición de un niño.(15)

En muchos países, menos de una cuarta parte de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios apropiados para la edad en cuanto al tipo y la frecuencia de la dieta. Los primeros dos años de la vida de un niño son especialmente importantes. La nutrición óptima durante este período reduce la morbilidad y la mortalidad, el riesgo de enfermedades crónicas y mejora el desarrollo general.(16)

Varios factores pueden contribuir al desarrollo de la obesidad infantil, incluido el índice glucémico de los alimentos, las bebidas azucaradas, servicios de comida rápida, la asistencia familiar reducida a las comidas y la actividad física estructural reducida. Existe una tendencia a reducir el tiempo de sueño. y cambiar los elementos del entorno construido, ver televisión es uno de los impactos ambientales mejor registrados en el desarrollo de la obesidad infantil.(2)(5)

Los factores genéticos juegan un papel importante e interactúan con los factores socioculturales para causar la obesidad. Estudios sugieren que los factores genéticos son responsables del 40-85% de la variabilidad de la obesidad, pero la mayoría de los polimorfismos genéticos causales aún no se han aislado. Se han identificado varios síndromes específicos asociados con la obesidad infantil y defectos de un solo gen.(17)(2)

Cada vez hay más pruebas del papel de la "programación metabólica" en el desarrollo de la obesidad. La programación metabólica se refiere al concepto de que los factores ambientales y dietéticos durante períodos significativos del desarrollo, especialmente durante la primera infancia, pueden tener un efecto duradero en la predisposición de un individuo a la obesidad y los trastornos metabólicos.(5)

2.1.5. Diagnóstico

Los estándares de Crecimiento Poblacional fueron desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006. Estos representan el crecimiento normal de los niños desde el nacimiento hasta los 5 años, de diferentes poblaciones en condiciones ambientales óptimas.(3)

La relación entre el peso/altura de una persona y altura/edad con respecto a la media de la población se expresa como puntuación Z o DE. Estos gráficos están disponibles en línea en el sitio web de la OMS.(3)

Tabla 1.

Clasificación nutricional

Puntaje Z o DE	Indicadores del Estado nutricional		
	Longitud para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud
Espacio que está arriba de la línea + 3DE	Muy alto		Obesidad
Espacio que está arriba de la línea de +2DE hasta la línea +3DE	Normal		Sobrepeso
Espacio que esta desde la línea de +2DE hasta la línea de -2DE	Normal		
Espacio que está debajo de la línea de -2DE hasta la línea de -3DE	Baja talla	Bajo peso	Emaciado
Espacio que esta debajo de la línea -3DE	Baja talla severa	Bajo peso severo	Severament e emaciado

Nota. (Norma de Vigilancia Nutricional)

2.1.6. Complicaciones

Las complicaciones de la obesidad en la niñez y la adolescencia engloban patologías en la salud cardiovascular, dermatológica, endocrina, gastrointestinal, neurológica, ortopédica, psicosocial y pulmonar, así como limitaciones funcionales.(5)

- **Cardiovascular:** Los niños con obesidad tienen tres veces más probabilidades de presentar comorbilidad cardiovascular, la más frecuente es la hipertensión. Aproximadamente el 50% de los niños y adolescentes con obesidad se diagnostican

mediante controles periódicos de la presión arterial. Los niños con obesidad también presentan dislipidemia, con aumento del LDL y disminución del HDL, que se asocia con varios marcadores de aterosclerosis, y deterioro de la función renal, secundaria a hipertensión y diabetes mellitus tipo 2.(5)

En niños con desnutrición, la masa miocárdica disminuida produce una reducción del gasto cardíaco que tiene un efecto sobre la función renal al reducir su perfusión y la tasa de filtración glomerular.(18)

- **Dermatológico:** presencia de acantosis nigricans asociada con la resistencia a la insulina. En niños con desnutrición el déficit de nutrientes se relaciona con mala cicatrización de las heridas, piel fina, seca y descamada, zonas de hiperqueratosis e hiperpigmentación, Petequias o equimosis y dermatitis.(5)
- **Endocrino:** los niños con obesidad presentan hasta 25% más de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, riesgo de desarrollar síndrome metabólico, y en las niñas en la adolescencia mayor riesgo de síndrome de ovario poliquístico (SOP) de aparición temprana.(5)
- **Psicosocial:** las consecuencias psicosociales son comunes e incluyen dificultad en relaciones interpersonales, baja autoestima, trastorno dismórfico corporal, ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento de la alimentación. Los niños con desnutrición también sufren de apatía, depresión, ansiedad y abandono de uno mismo.(18)

2.1.7. Inmunidad: La función inmunitaria también se ve comprometida en pacientes con desnutrición, con disminución de la función de la inmunidad mediada por células, citocinas, complemento y función de células fagocíticas disminuidas, lo que aumenta el riesgo de infección.(18)

2.1.8. Conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación

Los CAPs de comportamiento con respecto a la nutrición de las mujeres son esenciales, ya que las mujeres controlan y supervisan principalmente el consumo de alimentos en toda la familia. Por lo tanto, el conocimiento de las mujeres sobre alimentación y nutrición es un factor importante para mejorar la seguridad alimentaria y el estado nutricional del hogar.(19)

Para mejorar la nutrición y poder establecer su impacto en el estado nutricional de los niños, necesitamos indicadores y herramientas más útiles para reconocer las comunidades con más riesgo y así poder mejorar la comprensión de los CAP relacionados con la alimentación y la nutrición. Por lo tanto, la investigación de CAP revela barreras conductuales a malentendidos

que pueden interferir con los cambios de comportamiento. La mejor forma de evitar esta situación es mejorar la actitud a través de los conocimientos sobre alimentación y nutrición.(19)

Una investigación realizada en nuestro vecino país Perú, en el año 2021 muestra que de aquellas madres que tuvieron malos conocimientos sobre alimentación saludable el 33,3% de niños presentó talla baja.(20)

Lactancia materna

La lactancia materna durante los seis primeros meses tiene muchos beneficios tanto para los niños como para las madres. La lactancia materna temprana protege a los recién nacidos de infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones disminuye en los bebés que son amamantados parcialmente o en su totalidad.(16)

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede satisfacer más de la mitad de las necesidades energéticas de un niño entre los 6 y los 12 meses y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes durante la enfermedad y reduce la mortalidad en niños desnutridos.(16)

Los niños que recibieron lactancia materna son menos susceptibles a infecciones agudas como diarrea y neumonía, además, tienen catorce veces más probabilidades de sobrevivir. Los dos primeros años de vida de un niño son particularmente importantes, debido a que una nutrición óptima durante este período reduce la morbilidad y la mortalidad, reduce el riesgo de enfermedades crónicas y mejora el desarrollo cognitivo. La lactancia materna traerá beneficios económicos no solo a la familia sino también al país.(16)

2.1.9. Alimentación complementaria

Un período de alimentación complementaria entre los 6 y los 24 meses se considera una forma importante de prevenir la desnutrición y sus consecuencias negativas a largo plazo para los lactantes.(21)

Alrededor de los 6 meses, las necesidades energéticas y nutricionales del bebé comenzarán a exceder la cantidad que puede proporcionar la leche materna, lo que requerirá la introducción de alimentos complementarios. A esta edad, el niño está bien desarrollado para absorber otros alimentos. Si la ablactación no se introduce después de los 6 meses o se administra incorrectamente, puede afectar el crecimiento del niño.(15)

Un estudio en 2020, en Madagascar reveló: que los niños de 9 a 11 meses que tuvieron una alimentación complementaria más diversa se asociaron con un menor riesgo de retraso en el crecimiento. Además, se pudo observar que las madres con mayor conocimiento sobre la alimentación infantil tenían más probabilidades de alimentar a sus bebés con ≥ 4 grupos de alimentos. Las prácticas óptimas de alimentación complementaria no se asociaron con retraso del crecimiento o emaciación después de los ajustes por edad y sexo del niño, peso al nacer. (22)

Capítulo III: Marco Empírico

1.1. Hipótesis

Los conocimientos, actitudes y prácticas maternas en alimentación se relacionan de forma directa con el estado nutricional de los hijos.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Establecer la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas maternas en alimentación con el estado nutricional de sus hijos en pacientes que acudieron al Centro de Salud de El Valle, Cuenca-Ecuador 2023

1.2.2. Objetivos específicos

- Describir las características de población de la parroquia El Valle, Cuenca-Ecuador.
- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre del niño(a), mediante una encuesta de la FAO (22).
- Valorar el estado nutricional de los niños 6-23 meses, tomando en cuenta edad, peso y longitud, según puntaje z de la OMS.
- Identificar la asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas con el estado nutricional de los niños entre los 6-24 meses.

3.3. Metodología

3.3.1. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, transversal de asociación de variables

3.3.2. Área de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de la parroquia El Valle, perteneciente a la ciudad de Cuenca - Ecuador.

3.3.3. Universo y muestra

El universo se constituyó por el binomio madre/niño entre los 6-23 que acudieron a consulta al Centro de Salud de El Valle, perteneciente al cantón Cuenca-Ecuador. Para el cálculo muestral se utilizó el programa Epi Dat 4.2, con la fórmula proporción, tomando en cuenta que la población entre 6 -23 meses programada para vacunación en el Centro de Salud de El Valle es de 844 y la

frecuencia de desnutrición del 46% en niños de madres con bajos conocimientos, nivel de confianza del 95%, potencia del 80%, resultando en una muestra de 265 niños.(20)

Para la selección de participantes, se utilizó probabilístico por conveniencia, de acuerdo el binomio que asistió al centro de salud de El Valle.

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.4.1. Criterios de inclusión.

Se incluye al binomio madre/niño entre los 6-23 meses, que acudan a consulta al centro de Salud de El Valle, Cuenca-Ecuador, que previamente hayan firmado el consentimiento informado (Anexo 3).

3.3.4.2. Criterios de exclusión.

- Niños de 6-23 meses con comorbilidades que afectan el peso y talla (endocrinopatías, síndromes).
- Tutores con discapacidad física o mental que impida completar el consentimiento informado y formulario de encuesta. Tutor que no sea responsable de la alimentación del niño.
- Niños con antecedente de prematuridad

3.3.5. Variables

- La variable resultado o dependiente es el estado nutricional del niño.
- La variable independiente son conocimientos, actitudes y prácticas del tutor en alimentación.

Además, se incluyó otras variables descriptivas como: edad, sexo, edad de la madre (tutor/a), sexo de la madre (tutor/a), estado civil de la madre (tutor/a), nivel de instrucción de la madre (tutor/a)(Anexo 1).

3.3.6. Métodos, técnicas e instrumentos

El desarrollo de la presente investigación inició con la entrega de la solicitud dirigida a la directora del Centro de Salud de la parroquia El Valle para viabilizar la ejecución del estudio. Seguido, se identificó la población a incluirse en la investigación.

Como método se utilizó la observación, como técnica se usó la entrevista y la toma de medidas antropométricas (peso y talla) para el llenado del formulario (Anexo 2). Previo a la entrevista se realizó la firma o aceptación de un consentimiento informado, el cual era explicado en forma

simple al participante, también se dio la opción de llevar el documento al domicilio en caso de que fuese necesario para su mejor comprensión (Anexo 3).

Instrumentos: Se realizó un formulario de preguntas que contiene datos sociodemográficos y preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación de niños de 6-23 meses, que consta en la Guía para evaluar información relacionada con la nutrición, conocimientos, actitudes y prácticas (Manual CAP) de la Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y Agricultura (FAO). (Anexo2).(23)

Cabe recalcar que, los conocimientos y actitudes se refieren a conceptos psicosociales y subjetivos; por lo tanto, no es posible validar los resultados sobre conocimientos y actitudes en las encuestas CAP porque no existe un punto de referencia, las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, incluida la diversidad dietética están validados mediante la Guía para medir diversidad dietética individual y de los hogares, y el documento Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños.(19)(24)

Asimismo, el formato de las preguntas relativas a otras medidas de la práctica se basó en la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados de la UNICEF y la Encuesta de Demografía y Salud, cuyas preguntas han sido contrastadas y se consideran fiables y válidas.

También, se realizó la revisión del formulario para la recolección de datos por parte de la directora del proyecto; y se dio lectura del consentimiento informado a los participantes (madres), para su debida aprobación mediante firma por parte de la madre (tutor/a) que decidió de manera voluntaria participar en el estudio. Al momento del estudio se pudo evidenciar que en el 11.3% (30) de los participantes no eran madres de los niños, sin embargo, eran los responsables de la alimentación, motivo por el cual se incluyó en el estudio.

Para la toma de medidas antropométricas se utilizó una balanza digital marca seca con cuatro soportes e infantómetro marca seca para la medición de la talla (longitud) del niño.

Se procedió a la recolección de datos mediante entrevista a la madre (tutor/a) donde se llenó el formulario de preguntas por parte de la investigadora principal; en cuanto a las medidas antropométricas, estas se tomaron antes de la consulta médica por parte de la investigadora, quién entregó una tarjeta con los datos obtenidos más la valoración nutricional a la madre (tutor/a) y personal de enfermería.

Se entrevisto también al tutor/a del lactante debido a que se pudo evidencia que no solo la madre es la responsable de la alimentación del pequeño, en varias ocasiones mientras la madre acude

a su horario de trabajo el abuelo/a, padre o tío/a son aquellos quienes quedan al cuidado de los lactantes y quienes les alimentan.

3.3.7. Tabulación y análisis

La información obtenida mediante el formulario permitió la construcción de la base de datos y se plasmó en tablas simples y compuestas que se presentan en el apartado de los resultados donde se analiza las características demográficas; estado nutricional; los conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición; y el análisis de la asociación multivariada de las variables planteadas, como la discusión de resultados.

Se utilizó análisis descriptivo de los datos, con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y medidas de tendencia central (mediana y rango Intercuartil RIC) para las variables cuantitativas, en cuanto a las medidas de dispersión no se pudieron realizar por la diferencia de edades de los lactantes, debido a que el peso y talla en los participantes varía cada mes.

Para el análisis inferencial (prueba de hipótesis) se realizaron 3 modelos de regresión logística teniendo como variable dependiente el estado nutricional (peso para la edad, longitud para la edad y peso para la longitud); la variable predictora de interés serán los conocimientos, actitudes y prácticas, considerando diferencias significativas un valor de $p < 0,05$.

En el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizaron los programas R-4.2.1 y RStudio, Anthro 2005 v.2.0.4, Microsoft Excel 2018 y Microsoft Word 2018, todos con licencia (Anexo 4).

3.3.8. Aspectos éticos

Basándose en la naturaleza del estudio y su diseño, no hay riesgos para los participantes relacionados directamente con la realización de este, sin embargo, hay que mencionar que el participar en un estudio por sí mismo implica un riesgo psicológico y de exposición a la información personal.

Para minimizar este riesgo se llevó a cabo la firma de un consentimiento informado en donde, se explicó a la madre o tutor/a que toda la información obtenida será manejada en anonimato, y que las preguntas que él/ella desee contestar no son una evaluación, ni una crítica, sino una forma de efectuar un análisis.

La base en la cual se encuentran los datos recolectados de las entrevistas se encuentra guardados en una carpeta electrónica, en el computador personal al cual solamente tiene acceso el investigador principal.

Los datos recolectados en todo momento fueron confidenciales, con el uso de códigos en lugar de los nombres. Además, el acceso a la base de datos y formularios fue únicamente por los responsables directos de la investigación: director del estudio, investigador principal y del Comité de Bioética del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca

Dado el caso de la intervención en pacientes menores de 2 años, quienes pertenecen a una población vulnerable, y sabiendo que la medición de la antropometría en ocasiones se asocia con un evento traumático y riesgos físicos; para minimizar el riesgo se siguieron protocolos para la medición de antropometría.

Los beneficios potenciales son mayores que los riesgos relacionados con el estudio, debido a que brinda información para dilucidar la posible asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación con el estado nutricional de los niños.

El protocolo presentado para este estudio fue revisado y aprobado por los comités de investigación y bioética pertinentes.

Los datos recolectados se mantienen en archivo en una base de datos junto con los formularios los cuales serán guardados durante un periodo de 5 años; cumplido el tiempo mencionado, la investigadora principal eliminará la información.

El financiamiento de la investigación fue cubierto en su totalidad por la autora, se declara que no existen conflictos de intereses.

Capítulo IV: Resultados y Discusión

5.1. Resultados

5.1.1. Características sociodemográficas

En este estudio reunimos a un total de 265 participantes. El 97.4% de los tutores participantes fueron de sexo Mujer, el 70% se dedicaba a actividades del hogar y su parentesco con el lactante es materno. El 75.1% de los participantes tenían entre 18-35 años, con una mediana de 28 años en donde el mínimo de edad fue de 15 años, y sólo el 2.6% tenía más de 50 años.

Tabla 2.

Características sociodemográficas

Variables		n (%)
Sexo tutores	Mujer	258 (97,4)
	Hombre	7 (2,6)
Sexo Lactantes	Hombre	135 (50,9)
	Mujer	130 (49,1)
Edad tutores (años)	Mediana (RIC)	28(13,0)
Edad lactantes (meses)	Mediana (RIC)	13,1(9,0)
Parentesco	Madre	235 (88,7)
	Otro	14 (5,3)
	Abuelo/a	12 (4,5)
	Padre	4 (1,5)
Estado civil madre o tutor/a	Casado/a	101 (38,1)
	Soltero/a	89 (33,6)
	Unión libre	66 (24,9)
	Divorciado/a	8 (3)
	Viudo/a	1 (0,4)
Nivel de instrucción madre o tutor/a	Bachiller	141 (53,2)
	Básica	86 (32,5)
	Superior	23 (8,7)
	Ninguna	13 (4,9)
	Postgrado	2 (0,8)
Ocupación madre o tutor/a	QQDD	186 (70,2)
	Empleado privado/a	42 (15,8)
	Estudiante	18 (6,8)
	Comercio	9 (3,4)
	Negocio propio	9 (3,4)
	Ganadería	1 (0,4)

Fuente: base de datos.

Elaborado por: María Paula Gangotena

El 63% (n=167) de los tutores participantes estaban casados o en unión libre. Además, la mayoría, el 85.7%(n=227) tenían educación básica y bachiller, y solo el 8.7%(n=23) tenía educación superior.

En lo que respecta a los lactantes, se observó un porcentaje similar en cuanto al sexo Hombre y Mujer, el 50.9% (n=135) y 49.1% (n=130) respectivamente. El 68.2% de los participantes presentaron un peso entre los 7.7 y 10.5 kilos, con una mediana de edad de 13.1 meses con un rango intercuartil de 9 meses.

5.1.2. Estado nutricional

La población en estudio se distribuyó en 265 niños de 6 a 23 meses de edad, el 50.9% fueron niños y el 49.1% niñas. Se observó una media de peso de 9.5 y 8.6 kilos en niños y niñas respectivamente, con una diferencia estadísticamente significativa.

La distribución 1. En esta sección, se analiza el estado nutricional de los niños en función de su relación peso/talla, y como se puede observar en la tabla 3 la mayoría de los niños se encuentran en la categoría Normal o eutrófico (>-2 $<+2$ puntaje Z), tanto en el grupo Hombre (88.7%) como en el Mujer (91.5%).

En la distribución 2. índice T/E (la longitud con respecto a la edad), aquí se analiza el estado nutricional de los niños en función de la relación talla/edad, de acuerdo a los resultados obtenidos la mayoría de las niñas se encuentran en la categoría "Normal/muy alto" con el 56.9%, en el caso de los niños el 51.9% presentan baja talla/baja talla severa.

En la distribución 3. de la muestra en estudio se analiza el índice P/E (el peso respecto a la edad), aquí se evalúa el estado nutricional de los niños en función de la relación peso/edad. La mayoría de los niños tienen un peso "Normal o eutrófica" en ambos grupos de género con el 94,95% de la muestra.

Debido al comportamiento de los datos en grupos pequeños se generaron tres categorías para peso/talla, dos categorías para talla/edad y dos categorías para peso/edad como se muestra en la Tabla 3, sin una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 3.

Estado nutricional de los niños de 6-23 meses

	n (%)	Hombre	Mujer	valor p
Total, n (%)		135 (50,9)	130 (49,1)	

Peso/Talla				
Emaciado/Severamente emaciado	4(1,5)	3(2,2)	1(0,8)	
Normal	235 (88,7)	116 (85,9)	119(91,5)	0,312
Sobrepeso/Obesidad	26 (9,8)	16(11,9)	10(7,7)	
Talla/Edad				
Baja talla/baja talla severa	126(47,5)	70(51,9)	56 (43,1)	
Normal/muy alto	139(52,5)	65(48,1)	74(56,9)	0,153
Peso/Edad				
Normal	252,0%	126(93,3)	126(96,9)	
Bajo peso/bajo peso severo	13(4,9)	9(6,7)	4(3,1)	0,176

Fuente: base de datos.

Elaborado por: María Paula Gangotena

5.1.3. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs)

Los conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición en relación con el estado nutricional peso para la talla se describen en la Tabla 4. Las prácticas en nutrición de los niños de 6 a 23 meses muestran que más de la mitad, el 73.2% (n=194) de los niños recibió lactancia materna el día de la encuesta. Además, podemos observar que la mayoría de los niños el 90.6% (n=240) cumplieron con la frecuencia mínima de comidas recomendadas al día (2 comidas al día) con un valor $p=0.035$ estadísticamente significativo, sin embargo, la mayoría de los niños el 92.1% (n=244) tuvieron una diversidad alimentaria inapropiada con una clasificación de baja y media, con un consumo de grupos de alimentos de 1 a 3 y 4 a 5 respectivamente. Se obtiene un valor de $p= 0.029$ estadísticamente significativo.

Debido al comportamiento de los datos en grupos pequeños se decide unir las categorías que indican malnutrición tanto para déficit como para exceso, siendo las categorías de peso para la edad: normal y malnutrición (severamente emaciado; emaciado; sobrepeso; obesidad).

Tabla 4.

Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) vs estado nutricional peso para la talla

Peso para la talla	n (%)	Normal	Malnutrición	valor p
Total n (%)				
Prácticas				
P1. Lactancia materna continua				
Sí	194(73,2)	171 (88,1)	23 (11,9)	
No	71(26,7)	64 (90,1)	7 (9,9)	0,650
P2. Diversidad alimentaria				
Alta	21(7,9)	19 (90,5)	2 (9,5)	

Media	142(53,6)	132 (93)	10 (7)	
Baja	102(38,4)	84 (82,4)	18 (17,6)	0,035*
P3. Frecuencia de comidas				
Más que lo recomendado	110(41,5)	104 (94,5)	6 (5,5)	
Lo recomendado	130(49,1)	111 (85,4)	19 (14,6)	
Menos que lo recomendado	25(9,4)	20 (80)	5 (5,5)	0,029*
Conocimientos				
C1. Lactancia materna continua				
Sabe	130(49,1)	114 (87,7)	16 (12,3)	
No sabe	135(50,9)	121 (89,6)	14 (10,4)	0,619
C 2. Edad de inicio de alimentación complementaria				
Sabe	183(69,1)	161 (8,8)	22 (12)	
No sabe	82(30,9)	74 (90,2)	8 (9,8)	0,590
C3. Motivos de la alimentación complementaria				
Sabe	179(67,5)	158 (88,3)	21 (11,7)	
No sabe	86(32,5)	77 (89,5)	9 (10,5)	0,761
C 4. Consistencia de las comidas				
Sabe	185(69,9)	166 (89,7)	19 (10,3)	
No sabe	80(30,1)	69 (86,3)	11 (13,8)	0,412
C 5. Motivo de consistencia de las comidas				
Sabe	128(48,3)	110 (85,9)	18 (14,1)	
No sabe	137(51,7)	125 (91,2)	12 (8,8)	0,173
C 6. Diversidad de la dieta + Enriquecer papillas				
Sabe	218(82,3)	192 (88,1)	26 (11,9)	
No sabe	47(17,7)	43 (91,5)	4 (8,5)	0,503
C7. Alimentar motivando				
Sabe	238(89,8)	215 (90,3)	23 (9,7)	
No sabe	27(10,2)	20 (74,1)	7 (25,9)	0,011*
Actitudes				
Confianza en uno mismo				
Sí	233(87,9)	205 (88)	28 (12)	
No	18(6,8)	16 (88,9)	2 (11,1)	
Regular	14(5,2)	14 (100)	0	0,387
Diversidad alimentaria Beneficios				
Es bueno	259(97,7)	230 (88,8)	29 (11,2)	
No lo sé	2(0,8)	2 (100)	0	
No es bueno	4(1,5)	3 (75)	1 (25)	0,605
Diversidad alimentaria Barreras				
No es difícil	157(59,2)	138 (87,9)	19 (12,1)	
Regular	31(11,7)	26 (26)	5 (16,1)	

Difícil	77(29,1)	71 (92,2)	6 (7,8)	0,414
Alimentar con frecuencia Beneficios				
Es bueno	255(96,2)	227 (89)	28 (11)	
No estoy seguro/a	3(1,1)	3 (100)	0	
No es bueno	7(2,6)	5 (71,4)	2 (28,6)	0,288
Alimentar con frecuencia Barreras				
No es difícil	213(80,4)	189 (88,7)	24 (11,3)	
Regular	16(6)	15 (93,8)	1 (6,3)	
Difícil	36(13,6)	31 (86,1)	5 (13,9)	0,724
Lactancia materna Beneficios				
Es bueno	239(90,2)	213 (89,1)	26 (10,9)	
No estoy seguro/a	10(3,8)	8 (80)	2 (20)	
No es bueno	16(6)	14 (87,5)	2 (12,5)	0,664
Lactancia materna frecuencia Barreras				
No es difícil	179(67,5)	157 (87,7)	22 (12,3)	
Regular	13(4,9)	13 (100)	0	
Difícil	73(27,5)	65 (89)	8 (11)	0,399

Fuente: base de datos.

Elaborado por: María Paula Gangotena

En cuanto a los conocimientos en nutrición por parte de los tutores de los lactantes, se determina que el 50.9% (n=135) de los tutores no conoce hasta qué edad debe continuar con la lactancia materna; siendo esta una de las preguntas con más respuestas incorrectas.

Asimismo, se determina que el 51.7% (n=137) de los tutores no tienen conocimientos sobre el motivo de la consistencia de las papillas.

En cuanto a la alimentación complementaria sobre cuándo debe iniciar esta práctica y por qué motivo se debe realizar, el 68.3% respondieron de manera positiva (sabe) a estas preguntas.

Tabla 5.

Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) vs estado nutricional (Talla/Edad)

Talla para la edad	n%	Baja talla/baja	Normal	valor p
Total n (%)		talla severa		
Prácticas				
P1. Lactancia materna continua				
Sí	194(73,2)	90(46,4)	104(53,6)	
No	71(26,7)	36(50,7)	35(49,3)	0,534
P2. Diversidad alimentaria				
Alta	21(7,9)	13(61,9)	8(38,1)	

Media	142(53,6)	71(50)	71(50)	
Baja	102(38,4)	42(41,2)	60(58,8)	0,154
P3. Frecuencia de comidas				
Más que lo recomendado	110(41,5)	58(52,7)	52(47,3)	
Lo recomendado	130(49,1)	59(45,4)	71(54,6)	
Menos que lo recomendado	25(9,4)	9(36)	16(64)	0,251
Conocimientos				
C1. Lactancia materna continua				
Sabe	130(49,1)	63(48,5)	67(51,5)	
No sabe	135(50,9)	63(46,7)	72(53,3)	0,770
C 2. Edad de inicio de alimentación complementaria				
Sabe	183(69,1)	83(45,4)	100(54,6)	
No sabe	82(30,9)	43(52,4)	39(47,6)	0,286
C3. Motivos de la alimentación complementaria				
Sabe	179(67,5)	88(49,2)	91(50,8)	
No sabe	86(32,5)	38(44,2)	48(55,8)	0,448
C 4. Consistencia de las comidas				
Sabe	185(69,9)	89(48,1)	96(51,9)	
No sabe	80(30,1)	37(46,3)	43(53,8)	0,781
C 5. Motivo de consistencia de las comidas				
Sabe	128(48,3)	63(49,2)	65(50,8)	
No sabe	137(51,7)	63(46)	74(54)	0,598
C 6. Diversidad de la dieta + Enriquecer papillas				
Sabe	218(82,3)	103(47,2)	115(52,8)	
No sabe	47(17,7)	23(48,9)	24(51,1)	0,833
C7. Alimentar motivando				
Sabe	238(89,8)	114(47,9)	124(52,1)	
No sabe	27(10,2)	12(44,4)	15(55,6)	0,733
Actitudes				
Confianza en uno mismo				
Sí	233(87,9)	107(45,9)	126(54,1)	
No	18(6,8)	11(61,1)	7(38,9)	
Regular	14(5,2)	8(67,1)	6(42,9)	0,351
Diversidad alimentaria Beneficios				
Es bueno	259(97,7)	123(47,5)	136(52,5)	
No lo sé	2(0,8)	1(50)	1(50)	
No es bueno	4(1,5)	2(50)	2(50)	0,993
Diversidad alimentaria Barreras				

No es difícil	157(59,2)	73(46,5)	84(53,5)	
Regular	31(11,7)	10(32,3)	21 (67,7)	
Difícil	77(29,1)	43(55,8)	34 (44,2)	0,078
Alimentar con frecuencia Beneficios				
Es bueno	255(96,2)	122(47,8)	133(52,2)	
No estoy seguro/a	3(1,1)	1(33,3)	2(66,7)	
No es bueno	7(2,6)	3(42,9)	4(57,1)	0,855
Alimentar con frecuencia Barreras				
No es difícil	213(80,4)	94(44,1)	119 (55,9)	
Regular	16(6)	6 (37,5)	10 (62,5)	
Difícil	36(13,6)	26 (72,2)	10 (27,8)	0,005*
Lactancia materna Beneficios				
Es bueno	239(90,2)	113 (47,3)	126 (52,7)	
No estoy seguro/a	10(3,8)	5 (50)	5 (50)	
No es bueno	16(6)	8 (50)	8 (50)	0,966
Lactancia materna frecuencia Barreras				
No es difícil	179(67,5)	86 (48)	93 (52)	
Regular	13(4,9)	2 (15,4)	11 (84,6)	
Difícil	73(27,5)	38 (52,1)	35 (47,9)	0,050*

Fuente: base de datos.

Elaborado por: María Paula Gangotena

El 69.8% (n=185) de los participantes conocen cuál debe ser la consistencia de las comidas, sin embargo, pocos conocen el motivo. Además, el 82.3% (n=218) de los tutores mostró conocimientos sobre cómo enriquecer las papillas. La pregunta 7 de conocimientos sobre cómo motivar la alimentación el 89.8% (n=238) de los participantes demostró saber motivar a sus hijos, con un valor $p=0.011$ mostrando una asociación estadísticamente significativa.

Acerca de las actitudes en nutrición de los tutores de los niños, el 87.9% (n=233) refirió confianza al momento de preparar los alimentos. En la tabla 5. Podemos observar los beneficios y barreras percibidas en los tutores.

El 97.7% (n=259) de los tutores percibe que brindarle distintos tipos de alimentos a su niño es bueno, sin embargo, más de un tercio de la población en estudio el 40.8% (n=108) lo percibe como regular o difícil. Además, en cuanto a alimentar a un niño 3 o más veces al día la mayoría de los tutores cree que es bueno el 96.2% (n=255), y para el 80.4% (n=213) no es difícil. para finalizar con las actitudes sobre nutrición el 90.2% (n=239) refirió como beneficioso continuar con la lactancia materna después de los 6 meses, sin embargo, a 3 de cada 10 lo percibió como regular o difícil.

Por último, no se encuentra asociación o relación estadísticamente significativa en las demás variables de estudio.

Tabla 6.

Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) vs estado nutricional (Peso/Edad)

Peso para la edad Total n (%)	n%	Bajo peso/bajo peso severo	Normal	valor p
P1. Lactancia materna continua				
Sí	194(73,2)	8 (4,1)	186 (95,9)	
No	71(26,7)	5 (7)	66 (93)	0,330
P2. Diversidad alimentaria				
Alta	21(7,9)	2 (9,5)	19(90,5)	
Media	142(53,6)	3 (2,1)	139 (97,9)	
Baja	102(38,4)	8 (7,8)	94(92,2)	0,073
P3. Frecuencia de comidas				
Más que lo recomendado	110(41,5)	6 (5,5)	104 (94,5)	
Lo recomendado	130(49,1)	6 (4,6)	124 (95,4)	
Menos que lo recomendado	25(9,4)	1 (4)	24 (96)	0,933
Conocimientos				
C1. Lactancia materna continua				
Sabe	130(49,1)	5 (3,8)	125(96,2)	
No sabe	135(50,9)	8 (5,9)	127 (94,1)	0,433
C 2. Edad de inicio de alimentación complementaria				
Sabe	183(69,1)	9 (4,9)	174 (95,1)	
No sabe	82(30,9)	4 (4,9)	78(95,1)	0,989
C3. Motivos de la alimentación complementaria				
Sabe	179(67,5)	11(6,1)	168 (93,9)	
No sabe	86(32,5)	2 (2,3)	84 (97,7)	0,178
C 4. Consistencia de las comidas				
Sabe	185(69,9)	9(4,9)	176 (95,1)	
No sabe	80(30,1)	4 (5)	76 (95)	0,963
C 5. Motivo de consistencia de las comidas				
Sabe	128(48,3)	7 (5,5)	121 (94,5)	
No sabe	137(51,7)	6 (4,4)	131 (95,6)	0,682
C 6. Diversidad de la dieta + Enriquecer papillas				
Sabe	218(82,3)	10 (4,6)	208 (95,4)	
No sabe	47(17,7)	3 (6,4)	44 (93,6)	0,605
C7. Alimentar motivando				
Sabe	238(89,8)	12 (5)	226 (95)	
No sabe	27(10,2)	1 (3,7)	26 (96,3)	0,760

Prácticas				
Confianza en uno mismo				
Sí	233(87,9)	13 (5,6)	220 (94,4)	
No	18(6,8)	0	18 (100)	
Regular	14(5,2)	0	14 (100)	0,391
Diversidad alimentaria Beneficios				
Es bueno	259(97,7)	13 (5)	246 (95)	
No lo sé	2(0,8)	0	2 (100)	
No es bueno	4(1,5)	0	4 (100)	0,854
Diversidad alimentaria Barreras				
No es difícil	157(59,2)	7 (4,5)	150 (95,5)	
Regular	31(11,7)	2(6,5)	29 (93,5)	
Difícil	77(29,1)	4(5,2)	73 (94,8)	0,887
Alimentar con frecuencia Beneficios				
Es bueno	255(96,2)	13 (5,1)	242 (94,9)	
No estoy seguro/a	3(1,1)	0	3 (100)	
No es bueno	7(2,6)	0	7 (100)	0,765
Alimentar con frecuencia Barreras				
No es difícil	213(80,4)	9 (4,2)	204 (95,8)	
Regular	16(6)	0	16 (100)	
Difícil	36(13,6)	4 (11,1)	32 (88,9)	0,135
Lactancia materna Beneficios				
Es bueno	239(90,2)	12 (5)	227 (95)	
No estoy seguro/a	10(3,8)	0	10 (100)	
No es bueno	16(6)	1 (6,3)	15 (93,8)	0,747
Lactancia materna frecuencia Barreras				
No es difícil	179(67,5)	8 (4,5)	171 (95,5)	
Regular	13(4,9)	1 (7,7)	12 (92,3)	
Difícil	73(27,5)	4 (5,5)	69 (94,5)	0,843

Fuente: base de datos.

Elaborado por: María Paula Gangotena

Acerca de las actitudes en nutrición de los tutores de los niños, el 87.9% (n=233) refirió confianza al momento de preparar los alimentos. En la tabla 6. Podemos observar los beneficios y barreras percibidas en los tutores.

El 97.7% (n=259) de los tutores percibe que brindarle distintos tipos de alimentos a su niño es bueno, sin embargo, más de un tercio de la población en estudio el 40.8% (n=108) lo percibe como regular o difícil. Además, en cuanto a alimentar a un niño 3 o más veces al día la mayoría

de los tutores refiere que es bueno el 96.2% (n=255), y para el 80.4% (n=213) no es difícil, observando una $p=0.005$ mostrando asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de las comidas con la talla para la edad.

Para finalizar con las actitudes sobre nutrición el 90.2% (n=239) refirió como beneficioso continuar con la lactancia materna después de los 6 meses, sin embargo, a 3 de cada 10 lo percibió como regular o difícil con una $p=0.050$ lo cual nos indica asociación estadísticamente significativa.

5.1.4. Análisis de asociación multivariada

Se realizaron 3 modelos de regresión logística para analizar la relación entre las variables de conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs), con el estado nutricional de los lactantes: peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad.

5.1.4.1. Variable dependiente: peso para la talla:

Se encontró que, manteniendo constantes todas las demás variables predictivas (talla para la edad, y peso para la edad), las probabilidades de tener un peso para la talla normal disminuyen en 70.6%(OR: 0.294; IC 95% 0.098-0.884, $p=0.029$) en quienes tienen una frecuencia de comidas mayor a lo recomendado. Por otra parte, el modelo mostró que la probabilidad de tener un peso para la talla normal es 4.865 veces mayor en aquellos lactantes cuyos padres saben motivar la alimentación (IC 95%: 1.387-17.073, $p=0.014$). Ninguna otra variable tuvo relevancia estadística (Tabla 7).

5.1.4.2. Variable dependiente: talla para la edad:

Se puede observar que, manteniendo constantes todas las demás variables predictivas (peso para la talla, y peso para la edad), la probabilidad de tener una talla para edad normal es 3.036 veces mayor en aquellos que expresan una dificultad media (regular) para alimentar a sus niños con diferentes tipos de alimentos, en comparación con los que expresaron tener mucha dificultad (IC 95%: 1.132-8.143, $P=0.027$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que no presentaba dificultad con respecto a los que refieren una dificultad media (regular).

Por otra parte, el modelo mostró que la probabilidad de tener una talla para la edad normal es 3.218 veces mayor en aquellos lactantes cuyos padres refieren que no es difícil alimentar a sus niños 3 o más veces al día en comparación con los que refieren dificultad (IC 95%: 1.387-7.465, $p=0.006$). Ninguna otra variable tuvo relevancia estadística (Tabla 7).

Finalmente, aquellos que refieren una dificultad media (regular) para continuar con la lactancia materna después de los 6 meses tiene 6.829 veces más probabilidades de tener una talla para la edad normal en comparación con quienes indican una mayor dificultad (IC 95%: 1.152-40.472, $p=0.034$). Sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa entre aquellos que refieren dificultad y los que no. No se logró encontrar otras asociaciones. 5.1.4.3. Variable dependiente: peso para la edad

Se realizó un modelo de regresión para la variable peso/edad con todas las variables CAPs (conocimientos, actitudes y prácticas) del formulario, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa.

Tabla 7.

Modelos de regresión logística

Peso para la talla				Talla para la edad				Peso para la edad				
Predictor	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	P			
P1. Lactancia materna continua												
Sí – No	0.589	0.1487	2.335	0.452	10.228	0.47959	2.181	0.954	0.245	0.0359	1.67	0.151
P2. Diversidad alimentaria												
Baja – Alta	2.334	0.3247	16.772	0.400	20.124	0.67213	6.025	0.211	1.773	0.2447	12.84	0.571
Media – Alta	0.885	0.1362	5.756	0.899	16.478	0.58928	4.608	0.341	0.175	0.0205	1.50	0.111
P3. Frecuencia de comidas												
Más_que_lo_recomendado – Lo_recomendado	0.294	0.0979	0.884	0.029*	0.8274	0.45431	1.507	0.536	1.357	0.3176	5.80	0.680
Menos_que_lo_recomendado – Lo_recomendado	1.186	0.3138	4.479	0.802	20.817	0.71624	6.050	0.178	0.752	0.0451	12.55	0.843
C1. Lactancia materna continua												
No_conoce – Conoce	0.901	0.3587	2.262	0.824	12.287	0.70827	2.131	0.464	1.563	0.4097	5.97	0.513
C 2. Edad de inicio de alimentacion complementaria												
No_conoce – Conoce	0.693	0.2575	1.866	0.468	0.7387	0.40855	1.336	0.316	0.797	0.1954	3.25	0.752
C3. Motivos de la alimentación complementaria												
No_conoce – Conoce	0.646	0.2272	1.834	0.411	12.298	0.68823	2.197	0.485	0.384	0.0609	2.42	0.309
C 4. Cosistencia de las comidas												
No_conoce – Conoce	2.668	0.8803	8.086	0.083	11.561	0.60278	2.217	0.663	0.803	0.1780	3.63	0.776
C 5. Motivo de consistencia de las comidas												
No_conoce – Conoce	0.347	0.1155	1.045	0.060	10.883	0.59705	1.984	0.782	1.550	0.3847	6.25	0.538
C 6. Diversidad de la dieta + Enriquecer papillas												

No_conoce – Conoce	0.357	0.0868	1.467	0.153	0.7293	0.34689	1.533	0.405	0.942	0.1533	5.79	0.949
C7. Alimentar motivando												
No_conoce – Conoce	4.865	13.865	17.073	0.014*	11.922	0.45237	3.142	0.722	0.767	0.0624	9.43	0.836
Confianza en uno mismo												
Si – Regular	1.66e+7	0.0000	Inf	0.991	32.140	0.87065	11.86 5	0.080	4.07e 0+7	0.0000	Inf	0.997
no – Regular	6.52e+6	0.0000	Inf	0.992	12.803	0.24003	6.829	0.772	0.582	0.0000	Inf	1.000
Diversidad alimentaria beneficios:												
No_sabe – No_es_bueno	6.32e-8	0.0000	Inf	0.997	16.669	0.04305	64.54 4	0.784	0.188	0.0000	Inf	1.000
Si_es_bueno – No_es_bueno	0.655	0.0433	9.902	0.760	20.947	0.24247	18.09 7	0.502	4.32e 0+7	0.0000	Inf	0.998
Diversidad alimentaria barreras:												
No_es_dificil – dificil	1.387	0.4528	4.248	0.567	13.735	0.73360	2.572	0.321	1.050	0.2457	4.48	0.948
Regular – dificil	2.789	0.6041	12.879	0.189	30.369	113.254	8.143	0.027 *	1.606	0.1961	13.16	0.659
Alimentar con frecuencia beneficios:												
No_es_bueno – es_bueno	3.863	0.4084	36.547	0.238	10.878	0.19653	6.021	0.923	1.21e 0-7	0.0000	Inf	0.998
No_estoy_seguro/a – es_bueno	7.48e-8	0.0000	Inf	0.996	25.825	0.17018	39.19 0	0.494	4.70e 0-7	0.0000	Inf	0.999
Alimentar con frecuencia barreras:												
No_es_dificil – dificil	0.699	0.2047	2.388	0.568	32.182	138.744	7.465	0.006 *	0.366	0.0818	1.64	0.189
Regular – dificil	0.183	0.0147	2.284	0.187	38.453	0.98489	15.01 3	0.053	9.95e 0-9	0.0000	Inf	0.996
Lactancia materna continua beneficios:												
No_es_bueno – es_bueno	0.820	0.1400	4.806	0.826	0.8496	0.26780	2.695	0.782	0.892	0.0827	9.62	0.925
No_estoy_seguro/a – es_bueno	2.337	0.3203	17.052	0.402	0.7588	0.18880	3.050	0.697	3.76e 0-8	0.0000	Inf	0.997

Lactancia materna continua barreras:												
No_es_dificil – dificil	0.762	0.2176	2.670	0.671	10.694	0.52856	2.164	0.852	0.998	0.1705	5.84	0.998
Regular – dificil	6.25e-8	0.0000	Inf	0.991	68.293	115.238	40.47 2	0.034 *	2.501	0.1329	47.08	0.540

Fuente: base de datos.

Elaborado por: María Paula Gangotena

5.2. Discusión

En este estudio investigamos los conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación de las madre/tutor(a) con el estado nutricional de niños de 6 a 23 meses.

Según los resultados de nuestro estudio, el 1.5% tenían emaciación y el 4.9% tenían bajo peso. Según un estudio realizado por Reshma et al.(25) con una muestra de 411 participantes, encontró que el 25% tenían emaciación y el 30% tenían bajo peso, cifras superiores a las encontradas en este estudio, en comparación con las cifras informadas Pragti et al. (26) quien reveló una mayor prevalencia de bajo peso (43,4%) y emaciación (43,7%) en Dheli.

Se determina que los conocimientos, actitudes y prácticas maternas en la alimentación sí se relacionan con el estado nutricional de los niños quienes presentaron resultados normal o eutrófico en la relación peso/talla, talla/edad y peso/edad; aunque en este último hay una variación en el grupo de los niños que presentaron baja talla. Este resultado se apoya en la investigación de Fadare (7) donde expone que, el conocimiento limitado de la madre acerca de la selección de alimentos, la nutrición y los métodos para buscar atención médica tiene un impacto significativo en los resultados desfavorables en la salud nutricional de los niños.

Un hallazgo importante de este estudio fue que una mayor proporción de niños (73.2%) recibió lactancia materna continua, lo que indica que cumplían con la recomendación de alimentación para bebés y niños pequeños, frecuencia similar a la encontrada por Ahmad et al.(27) en donde el 61% de los niños recibió lactancia materna prolongada. En India y Kenya, en general el 81 % y 86.9% de los niños continúan con lactancia materna entre los 12-23 meses, respectivamente. Cifra ligeramente mayor a la encontrada en nuestro estudio.(25)(28)

En lo que respecta a la diversidad alimentaria, en este estudio el 38.4% de los niños/as presentó una diversidad alimentaria baja (consumo igual o menor a 3 grupos de alimentos), Esta frecuencia mayor a la encontrada en Etiopía en donde solamente el 29.9% de los niños consumieron una diversidad dietética mínima.(29), sin embargo, menor a la observada en la India por Jain et al. (30) en donde el 57% de los niños recibió una diversidad dietética mínima.

Además, nuestro estudio revela que la mayoría de los niños el 90.6% cumplieron con la frecuencia mínima de comidas recomendadas al día (2-3 comidas al día). Ahmad et al. (27) encontró que el 74% de los niños recibieron alimentos complementarios al menos el número mínimo recomendado, en Indonesia.

En cuanto a los conocimientos en la alimentación, este estudio indicó que solo el 49.1% de las madres/cuidados tenía conocimiento sobre la duración de la lactancia materna continua. Esta

frecuencia es inferior respecto a un estudio del norte de Ghana con el 92% informado por Kingsley et al.(31). En contraste, el 51.7% (n=137) de los tutores no conocen hasta qué edad deben continuar con la lactancia materna.

En relación con la alimentación complementaria, los resultados mostraron que los tutores (69.1%) conocen cuándo deben empezar con la alimentación complementaria, y el 67.5% conocen por qué deben implementar esta práctica en sus hijos. Asimismo, la mayoría de los tutores (82.3%) conocen cómo enriquecer las papillas y cuál debe ser la consistencia de las comidas, pero no conocen cuál es el motivo de esta práctica. Frecuencia similar a la encontrada por Lennah et al.(28) en donde el 79.2 % de los cuidadores conocía la edad correcta en la que los niños debían ser introducidos a la alimentación complementaria.

En nuestro estudio sobre la consistencia de las papillas el 69.9% de los cuidadores eligen una papilla espesa vs el agua, porcentaje similar al encontrado por Shrestha et al.(32) que el 54,8% madres alimentaron con alimentos complementarios de consistencia espesa únicamente, mientras que 45,2% madres prepararon papillas finas. La mayoría (89.8%) de las madres/tutores sabía que debe alimentar motivando a su hijo, resultados comparables con un estudio en Irak, que evidenció que el 97.7% de las madres acepta la idea de animar al bebé a comer.(21)

En este estudio encontramos que el 87.9% de las madres/tutores referían confianza al momento de preparar los alimentos, porcentaje similar al 93% de las madres expresaron confianza en preparar la comida para sus hijos en un estudio en Ghana.(31)

Asimismo, el 77% de nuestros participantes refirió dificultad al momento de alimentar con diferentes tipos de alimentos, cifra superior encontrada en el estudio en Ghana, en donde el 51% expresó dificultad para darle diferentes tipos de comida al niño. En el mismo estudio el 93% conocía los beneficios percibidos de continuar con la lactancia materna más allá de los 6 meses, en donde el 7,5% expresó dificultades para ejecutarla.(31)

También se encontró que 3 de cada 10 tutores perciben como regular o difícil continuar con la lactancia después de los 6 meses.

En relación con el estado nutricional se encontró que, la probabilidad de tener un peso para la talla normal es 4.865 veces mayor en aquellos lactantes cuyos padres saben motivar la alimentación. Los niños cuyas madres/tutores expresaron dificultad media (regular) para alimentar a sus niños con diferentes tipos de alimentos, tenían una probabilidad de tener una talla para edad normal de 3.036 veces. Por otra parte, tener una talla para la edad normal es 3.218 veces mayor en aquellos lactantes cuyos padres refieren que no es difícil alimentar a sus

niños 3 o más veces al día en comparación con los que refieren dificultad. Un estudio en Indonesia no encontró asociación entre los indicadores saber diversidad dietética mínima (MDD), la frecuencia mínima de las comidas (MMF) y la dieta mínima aceptable (MAD) y la introducción oportuna de la alimentación complementaria, con la emaciación, el bajo peso y el retraso del crecimiento.(33)

Finalmente, aquellos que refieren una dificultad media (regular) para continuar con la lactancia materna después de los 6 meses tiene 6.829 veces más probabilidades de tener una talla para la edad normal en comparación con quienes indican una mayor dificultad.

Este estudio no está exento de limitaciones. Al ser un estudio transversal dificulta realizar relación causa-efecto. Otras limitaciones de este estudio se encuentran relacionadas a los múltiples instrumentos utilizados para la evaluación del conocimiento materno, sin un mayor análisis por dimensiones. También durante el estudio hubo un retraso en la aprobación del protocolo de investigación debido a la conformación del nuevo Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH). . Además, una vez llevada a cabo la aprobación de la investigación, el investigador se encontró con la difícil tarea de encontrar al binomio de interés juntos, debido a que generalmente el horario de atención del centro de salud de El Valle coincidía con el horario de trabajo de los tutores de los lactantes, lo cual atrasó la obtención de los datos, sin embargo, se alcanzó la muestra calculada (265 participantes).

Por otro lado, en este estudio al haber analizado una muestra no probabilística, genera que los resultados obtenidos no puedan ser extrapolados y solo sean de utilidad para el ámbito de la institución evaluada.

Conclusiones y Recomendaciones

El desarrollo del presente trabajo de titulación permitió determinar las siguientes conclusiones:

Las madres en su mayoría son responsables de la alimentación de sus hijos, la mayoría viven en relación de pareja (casadas 38.1% y en unión libre 24.9%) y se dedican a los quehaceres domésticos.

En cuanto a las características de género de los lactantes se determinó porcentajes similares en hombres y mujeres, presentando en su mayoría un estado nutricional normal o eutrófico.

Con respecto a los conocimientos y prácticas en general no se encontró asociación con el estado nutricional de los niños. La mayoría de los participantes mostraron un excelente conocimiento sobre el periodo de lactancia materna continua.

En cuanto a las actitudes en nutrición según la percepción de beneficios y barreras, se encontró asociación positiva estadísticamente significativa en cuanto al indicador talla para la edad T/E vs el grado de percepción de menor dificultad a diversidad alimentaria y alimentar con frecuencia.

Los hijos de los tutores quienes refirieron menor dificultad al momento de alimentar con adecuada diversidad y frecuencia (alimentar 3 veces o más a sus niños), presentaron menor posibilidad de sufrir desnutrición crónica.

Recomendaciones:

El educar a las madres/tutores en alimentación mejora las prácticas en cuanto a introducción de alimentos complementarios y hábitos de higiene asociados. Por ese motivo estas serian las recomendaciones:(34)

1. Brindar capacitación y educación a madres y cuidadores de los niños, para de esta manera garantizar un correcto desarrollo de las funciones orgánicas, como el crecimiento y la cognición
2. Proporcionar cantidad y calidad suficiente de alimentos para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales del organismo y todas las necesidades según edad, sexo, talla y peso; garantizar seguridad alimentaria.
3. Los profesionales de salud deben hablar con los padres o cuidadores sobre la fisiología del comportamiento alimentario y explicarles que todos los niños tienen cierto miedo a la introducción de nuevos alimentos, por lo que normalmente rechazarán cualquier alimento nuevo sin decir que no les gusta. Recordarles a los padres o tutores que cada niño tiene su propio ritmo debido a su individualidad, que este debe ser respetado.

Referencias

1. Malnutrición [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition#>
2. World Health Organization [Internet]. Obesity and overweight. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Praveen G. Malnutrition in children in resource-limited countries: Clinical assessment. UpToDate [Internet]. 2021;1–52. Available from: https://www.uptodate.com/contents/malnutrition-in-children-in-resource-limited-countries-clinical-assessment%0Ahttps://www.uptodate.com/contents/malnutrition-in-children-in-resource-limited-countries-clinical-assessment/print?source=history_widget
4. Díaz A, Palacios D, López B, Vargas V, OPS, OMS. Encuesta De Salud, Nutrición Y Desarrollo de los niños menores de 5 años, pertenecientes a los cantones de Sucúa, Taisha y Tiwintza, en la provincia de Morona Santiago 2017-2018. Minist Salud Pública [Internet]. 2019; Available from: <https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/documentos-2018/Encuesta de Salud Sucua.pdf>
5. William J. Klish, Joseph A. Skelton. Overview of the health consequences of obesity in children and adolescents. UpToDate [Internet]. 2021;1–36. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-health-consequences-of-obesity-in-children-and-adolescents/print?search=obesidad>
6. Rugarabamu S, Ibrahim M, Byanaku A. Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) Towards COVID-19: An Online Cross-Sectional Survey of Tanzanian Residents. J Community Med Public Heal Reports [Internet]. 2022; Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20080820v3.full.pdf>
7. Fadare O, Amare M, Mavrotas G, Akerele D, Ogunniyi A. Mother's nutrition-related knowledge and child nutrition outcomes: Empirical evidence from Nigeria. PLoS One [Internet]. 2019;14:1–17. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212775>
8. Inec. Encuesta Nacional De Salud. 2012;1:47. Available from: www.ecuadorencifras.gob.ec/...inec/Estadisticas
9. UNICEF. La desnutrición crónica es un problema que va más allá del hambre [Internet].

2021. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-desnutrición-crónica-es-un-problema-que-va-más-allá-del-hambre#:~:text=QUITO%2C MAYO 11 DE 2021,el Caribe%2C después de Guatemala.>
10. Lema AP. “Prevalenciay factores asociados a obesidad en pacientes de 0-5 años del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017” [Internet]. 2016. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8810/1/9BT2018-MTI20.pdf>
 11. Kimiywe J, Chege P. Complementary feeding practices and nutritional status of children 6-23 months in Kitui County, Kenya. J Appl Biosci [Internet]. 2015;85(1):7881. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/jab/article/view/113599>
 12. Rodriguez, Oscar, Barrera L. Knowledge, Attitudes And food Practices in CAregivers And nutritionAl stAtus in infAnts froM ventAqueMAAdA, boyACÁ, ColoMbiA. 2019;74–86. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273859249007/>
 13. Prioridades de investigación en salud , [Internet]. 2017. Available from: <https://healthresearchwebafrica.org.za/files/Prioridades20132017.pdf>
 14. Jiménez Ortega AI, Martínez Zazo AB, Salas González MD, Martínez García RM, González Rodríguez LG. Evaluating malnutrition in pediatrics, a current challenge. Nutr Hosp [Internet]. 2021;0–3. Available from: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/03801/show>
 15. Likhar A, Patil MS. Importance of Maternal Nutrition in the First 1,000 Days of Life and Its Effects on Child Development: A Narrative Review. Cureus. 2022;14(10):8–13.
 16. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 17. Motil KJ, Heyman MB. Prevention and management of childhood obesity in the primary care setting. 2020;1–50.
 18. Saunders J, Smith T. Malnutrition: Causes and consequences. Clin Med J R Coll Physicians London. 2010;10(6):624–7.
 19. Weerasekara PC, Withanachchi CR, Ginigaddara GAS, Ploeger A. Food and nutrition-related knowledge, attitudes, and practices among reproductive-age women in

- marginalized areas in Sri Lanka. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(11):1–24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312908/pdf/ijerph-17-03985.pdf>
20. Tarazona Rueda GDP, Tarazona Rueda GDP. Conocimiento materno sobre alimentación saludable y estado nutricional en niños preescolares. *An la Fac Med* [Internet]. 2021;82(4):269–74. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000400269&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832021000400269&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 21. Al-Samarrai MAM, Al-Rawi RA, Yaseen SM, Ali Jadoo SA. Knowledge, attitude, and practice of mothers about complementary feeding for infants aged 6-12 months in Anbar Province, Iraq. *J Ideas Heal* [Internet]. 2020;3(1):125–9. Available from: <https://www.jidhealth.com/index.php/jidhealth/article/view/17>
 22. Rakotomanana H, Hildebrand D, Gates GE, Thomas DG, Fawbush F, Stoecker BJ. Maternal Knowledge, Attitudes, and Practices of Complementary Feeding and Child Undernutrition in the Vakinankaratra Region of Madagascar: A Mixed-Methods Study. *Curr Dev Nutr*. 2020;4(11):1–11.
 23. FAO. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices manual [Internet]. Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2014. 1–188 p. Available from: www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm
 24. FAO. Guidelines for measuring household and individual dietary diversity [Internet]. Fao. 2010. 1–60 p. Available from: <https://www.fao.org/3/i1983e/i1983e00.pdf>
 25. Reshma Prasad, Arvind Shukla AG. Feeding practices and nutritional status of children (6-23 months) in an urban area of Raipur, Chhattisgarh, India. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2017;6(2):169–70. Available from: <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi>
 26. Pragti Chhabra AG. Physical Violence Against Doctors: A Content Analysis from Online Indian Newspapers. *Indian J Community Med* [Internet]. 2017;42(1):147–50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8575192/pdf/IJCM-46-528.pdf>

27. Ahmad A, Madanijah S, Dwiriani CM, Kolopaking R. Complementary feeding practices and nutritional status of children 6-23 months old: Formative study in Aceh, Indonesia. *Nutr Res Pract*. 2018;12(6):512–20.
28. Nyatichi Nyakundi L, Chege P, Ogada I, Author C. Maternal Socio-Economic Status, Complementary Feeding Practices and Nutrition Status of Children Ages 6-23 Months in Kuria West, Migori County, Kenya. *Int J Heal Sci Res [Internet]*. 2019;9(December):12. Available from: www.ijhsr.org
29. Molla W, , Dirshaye Argaw Adem, Ruth Tilahun SS. Dietary diversity and associated factors among children aged 6 to 23 months in Chelia District, Ethiopia. *BMC Pediatr [Internet]*. 2021;21(1):1–10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8665621/>
30. Jain S, , Bhavna D. Bhan GCB. Complementary feeding practices and their determinants among children 6–23 months of age in an outpatient hospital setting in Central India: A cross-sectional study. *J Fam Med Prim Care [Internet]*. 2017;6(2):169–70. Available from: <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi>
31. Bimpong KA, Cheyuo EKE, Abdul-Mumin A, Ayanore MA, Kubuga CK, Mogre V. Mothers' knowledge and attitudes regarding child feeding recommendations, complementary feeding practices and determinants of adequate diet. *BMC Nutr [Internet]*. 2020;6(1):4–11. Available from: [file:///C:/Users/mpau_/Downloads/s40795-020-00393-0 \(2\).pdf](file:///C:/Users/mpau_/Downloads/s40795-020-00393-0%20(2).pdf)
32. Shrestha S, Pokhrel M, Mathema S. Knowledge, attitude and practices among mothers of children 6 to 24 months of age regarding complementary feeding. *J Nepal Med Assoc [Internet]*. 2020;58(230):758–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7654499/>
33. Ahmad A, Madanijah S, Dwiriani CM, Kolopaking R. Determinant factors of maternal knowledge on appropriate complementary feeding of children aged 6–23 months in aceh. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo) [Internet]*. 2020;66:S239–43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6277313/>
34. Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, et al. Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023. *Rev Gastroenterol*

Mex [Internet]. 2023;88(1):57–70. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2022.11.001>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
1. Edad (lactante)	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació	Tiempo en años	Años cumplidos desde el nacimiento referido por la persona o registrado en la historia clínica	Numérica - N.º de meses
2. Sexo (lactante)	Referencia a características biológicas y fisiológicas	sexo	Sexo registrado por el investigador	Nominal - Hombre - Mujer
3. Peso al nacer (lactante)	Cantidad de masa en Kg del niño al momento del nacimiento	Antropométrica	Peso registrado en el carné del infante	Numérica - N.º de Kg
4. Peso (lactante)	Cantidad de masa en Kg del niño al momento del contacto	Antropométrica	Peso registrado por el investigador	Numérica - N.º de Kg
5. Longitud (lactante)	Cantidad de masa en cm del niño al momento del contacto	Antropométrica	Longitud registrada en el carné del infante	Numérica - N.º de cm
6. Estado nutricional (lactante)	Resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y	Antropométrica	Longitud para la edad	Nominal - Talla baja - Talla baja severa - Normal - Talla muy alta

	otros nutrientes esenciales. Valorado por la investigadora según software Anthro 2005 v.2.0.4		Peso para la edad	- Bajo peso - Bajo peso severo - Normal
			Peso para la longitud	- Severamente emaciado - Emaciado - Normal - Sobrepeso - Obesidad
7. Edad (tutor/a)	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació	Tiempo en años	Años cumplidos desde el nacimiento referido por la persona o registrado en la historia clínica	Numérica - N.º de años
8. Sexo (tutor/a)	Referencia a características biológicas y fisiológicas	sexo	Sexo registrado por el investigador	Nominal - Hombre - Mujer
9. Estado Civil (tutor/a)	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Relación legal	Estado civil referido por la persona o registrado en la historia clínica	Nominal - Soltera - Casada - Viuda - Divorciada - Unión Libre
10. Nivel de instrucción (tutor/a)	Nivel más elevado de estudios realizados	Educacional	Mayor nivel académico aprobado referido por la persona o	Ordinal - Ninguna - Básica - Bachiller

			registrado en la historia clínica	- Superior - Postgrado
11. Conocimientos (tutor/a)	La comprensión de nutrición de un individuo, incluida la capacidad intelectual para recordar.	Nivel de conocimiento	Basado en la respuesta del paciente	Nominal - Sabe - No sabe
12. Actitudes (tutor/a)	Son creencias emocionales, motivacionales, perceptivas y cognitivas que influyen positiva o negativamente en la conducta o práctica de un individuo	Escala de 3 puntos	Inclinación positiva o negativa hacia problema, práctica o preferencia en alimentación	Nominal - Probable - No estoy seguir - No es probable
13. Prácticas (tutor/a)	Acciones observables del individuo que podrían afectar la nutrición.	Diversidad alimentaria	Número de alimentos	Nominal - 0 grupos de alimentos - 1 grupo de alimentos - 2 grupos de alimentos - 3 grupos de alimentos - 4 grupos de alimentos - + de 4 grupos de alimentos

Anexo B. Cuestionario para recolección de datos

Cuestionarios CAP adaptables

Este documento es un extracto de la publicación de la FAO Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (2014), comúnmente llamado manual CAP, disponible aquí: <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm>

Este documento contiene los siguientes documentos: cuestionarios socio demográficos, y cuestionarios CAP relacionados a la nutrición.

CUESTIONARIO SOCIOECONOMICO PARA PADRES/TUTORES

Padre/tutor		
1. Nombre y código	¿Cómo se llama?	
	Inserte el código de entrevistado	-----
2. Sexo	Seleccione el sexo del padre/tutor	Hombre↑ Mujer↑
3. Parentesco	¿Qué tipo de parentesco tiene con el niño al que cuida?	Madre↑ Padre↑ Abuelo/Abuela↑ Otro↑
4. Edad del padre/tutor	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	___/___/____ día mes año
	Si es necesario pruebe: ¿En qué día, mes y año nació? Dígame su edad por favor Si es necesario pruebe: ¿Qué edad tenía en su último cumpleaños?	Edad en años cumplidos --

	Si la información no concuerda con la respuesta anterior, determine cuál es la más precisa	
7. Nivel educativo	¿Ha asistido a la escuela?	Ninguno↑ Primaria↑ Secundaria↑ Más alto↑
	Si sí, continúe: ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	
	¿Cuál es el último grado que cursó?	Grado --
Bebé o Niño		
1. Nombre del niño	¿Cuál es el nombre del niño?	
2. Sexo del niño	¿Es (nombre del niño) hombre o mujer?	Hombre↑ Mujer↑
3. Edad del niño	¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño?	
	Si es necesario pruebe: ¿En qué día, mes y año nació (nombre del niño)? ¿Él o ella tiene cartilla de vacunación con la fecha de nacimiento?	_____/____/____ año mes día

Módulo 2: Alimentación de niños de 6 a 23 meses

Explicarle al participante:

Le voy a hacer preguntas acerca de la nutrición de los niños de 6-23 meses. Por favor dígame si no entiende alguna pregunta para que se la clarifique. También dígame si tiene preguntas.

Temporada:
↑ Temporada baja de alimento
↑ Temporada alta de alimento

Group 3: Productos lácteos	¿Fórmula infantil como [insertar ejemplos locales]?		¿Cuántas veces? _ _
	Leche, como leche enlatada, ¿animal en polvo o fresca?		¿Cuántas veces? _ _
	Yogurt?		¿Cuántas veces? _ _
	¿Queso u otros productos lácteos?		
Group 4: Carnes	¿Hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre?		
	Algún tipo de carne como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo, ¿pato u otra?		
	¿Pescado fresco o secos, o mariscos?		
	¿Gusanos, caracoles o insectos?		
Group 5: Huevos	Huevos		
Grupo 6: Frutas y verduras ricas en vitamina A	Calabaza amarilla, zanahoria, ¿papas que son amarillas o anaranjadas por dentro?		
	Verduras de hoja verde oscuro como las hojas de amaranto, las hojas de yuca, berzas, espinacas, ¿[insertar ejemplos locales]?		
	Mango maduro, papaya madura, melón cantalupo, ¿durazno fresco o seco o [insertar otras frutas locales ricas en vitamina A]?		
	Alimentos hechos con aceite rojo de palma, nuez de palma roja, ¿salsa de pulpa de nuez de palma roja?		
Grupo 7: Otras frutas y verduras	Otras frutas o verduras		

Otros alimentos (no deben ser contados en el puntaje de diversidad alimentaria)	Algún aceite, grasa, mantequilla, ¿o alimentos preparados con alguno de estos?		
	¿Alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tartas, galletas?		
	Condimentos para el sabor, tales como chiles, especias, hierbas		

↑ No consume alimentos más que leche materna

! 1 Pregunta P.3: Frecuencia de las comidas*

¿Cuántas veces (nombre del bebé) comió alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?

Número de veces | ____ | | ____ |

No sabe / No contesta ↑

Análisis preliminar

Número de grupos de alimentos consumidos el día anterior ____ / 7

Análisis preliminar (realizar el análisis posterior a la aplicación de la encuesta)

OMS (2008) recomendaciones para la frecuencia mínima de comidas:

Para los niños alimentados con leche materna:

2-3 veces para los bebés de 6 a 8 meses alimentados con leche materna

3-4 veces para lactantes de 9 a 23 meses alimentados con leche materna

Para los niños no amamantados:

4 veces para los niños de 6 a 24 meses que no son amamantados (incluyendo alimentos lácteos, identificado en pregunta P2)

Determinar si el niño recibió alimentos el número mínimo de veces según las recomendaciones de la OMS

- ☐ Menos de lo recomendado
- ☐ El mínimo número de veces (es decir que sigue la recomendación)
- ☐ Más de lo recomendado

Conocimiento**! 2 Pregunta C.1: Lactancia continua**

¿Hasta los cuantos meses cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo?

↑ 6 meses o menos

↑ 6 - 11 meses

↑ 12 - 23 meses

➤ 23 meses (respuesta correcta)

↑ Otros

↑ No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe ↑

No conoce/no sabe ↑

! 1 Pregunta C.2: Edad de inicio de la alimentación complementaria

¿A qué edad los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna?

↑ A los 6 meses

↑ Otros

↑ No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe ↑

No conoce/no sabe ↑

! 2 Pregunta C.3: Motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses

¿Por qué cree que es importante darle a su bebé otros alimentos a parte de la leche materna?

↑ La leche materna por sí sola no es suficiente / no puede proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento

↑ Otros

↑ No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe ↑

No conoce/no sabe ↑

! 1 Pregunta C.4: Consistencia de las comidas

Por favor, observe estas dos fotos de papillas. ¿Cuál cree usted que se debe dar a un niño pequeño?

(Enseñe las imágenes de papillas espesa y acuosa / aguad y marque una de las opciones a continuación en función de la respuesta demandada.)

↑ Muestra la papilla espesa

↑ Muestra la aguada

↑ No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe ↑

No conoce/no sabe ↑

Material de apoyo: Papillas

1.



2.



! 2 Pregunta C.5: Motivo de la consistencia de las comidas

¿Por qué eligió esa foto?

- ↑ Debido a que la primera es más espesa que la otra
- ↑ Debido a que la primera es más nutritiva (o viceversa)
- ↑ Otros
- ↑ No sabe

! 1 Pregunta C.6: Diversidad de la dieta + manera de enriquecer las papillas

Para alimentar a sus hijos, muchas madres les dan papilla o **[proporcionar ejemplos locales de comidas a base de papillas]**.

Por favor, ¿me puede decir algunas maneras de hacer esos alimentos más nutritivos o mejor para la salud de su bebé?

En otras palabras: ¿Qué alimentos o tipos de alimentos se puede añadir para hacerlos más nutritivos?

Mediante la adición:

- ↑ Alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado / órganos, huevos, etc.)
- ↑ Leguminosas y frutos secos: harina de cacahuete y otras leguminosas (chícharos, habas, lentejas, etc.), semillas de girasol, cacahuete, soya
- ↑ Frutas y verduras ricas en Vitamina A (zanahoria, calabaza amarilla, mango, papaya, etc.)
- ↑ Verduras de hoja verde (espinacas, por ejemplo)
- ↑ Alimentos muy energéticos: aceite, mantequilla / manteca
- ↑ Otros
- ↑ No sabe

Análisis preliminar	
Conoce/sabe	↑
No conoce/no sabe	☐

! 3 Pregunta C.7: Alimentar motivando (responsive feeding)

¿De qué manera se puede motivar a los niños a comer, por ejemplo, cuando no quieren?

En otras palabras: Si su hijo no quiere comer, ¿usted que hace para motivarlo?

☐ Brindarles atención durante sus comidas, hablar con ellos, hacer que los tiempos de comidas sean momentos felices:

- ☐ Aplaudir
- ☐ Hacer muecas/jugar/reír
- ☐ Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande
- ☐ Decir palabras alentadoras
- ☐ Llamar la atención del niño

☐ Otros

☐ No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe ↑

No conoce/no sabe ↑

Actitudes

- **Actitudes relacionadas con las prácticas para una nutrición adecuada**

! 1 confianza en uno mismo:

¿Siente usted la confianza de preparar la comida de su hijo?

En otras palabras: ¿Se siente usted segura preparando la comida de su hijo? ¿Siente que lo está haciendo bien?

↑1. Si

↑2. Regular/No lo sé

↑3. No ☐ ¿Me podría decir por qué razones?

! 1 dar una diversidad de alimentos (alimentos de muchos grupos de alimentos)

Beneficios percibidos:

¿Cree usted que brindarle diferentes tipos de alimentos a su hijo es bueno?

- ↑1. No
- ↑2. No lo sé/ No estoy seguro/a
- ↑3. Si

¿Me podría decir por qué razones **no es bueno**?

Barreras percibidas:

¿Qué tan difícil es para usted darle diferentes tipos de alimentos a su hijo todos los días?

- ↑1. No es difícil
- ↑2. Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a
- ↑3. Difícil ☐ ¿Me podría decir por qué razones **es difícil**?

! 1 alimentar con frecuencia**Beneficios percibidos:**

¿Qué tan bueno cree que es alimentar a su hijo 3 veces al día ó más?

- ↑1. No es bueno
- ↑2. No lo sé/ No estoy seguro/a
- ↑3. Es bueno

¿Me podría decir por qué razones **no es bueno**?

Barreras percibidas:

¿Qué tan difícil es para usted alimentar a su hijo 3 veces al día o más?

↑1. No es difícil

↑2. Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a

↑3. Difícil ☐ ¿Me podría decir por qué razones **es difícil**?

! 1 continuar la lactancia materna más de seis meses

Beneficios percibidos:

¿Qué tan bueno cree que es seguir dando leche materna después de los 6 meses?

↑1. No es bueno

↑2. No lo sé/ No estoy seguro/a

↑3. Es bueno

¿Me podría decir por qué razones **no es bueno**?

Barreras percibidas:

¿Qué tan difícil cree que es seguir dando leche materna después de los 6 meses?

↑1. No es difícil

↑2. Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a

↑3. Difícil ☐ ¿Me podría decir por qué razones **es difícil**?

Anexo C. Consentimiento informado**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: Relación entre los conocimientos, prácticas y actitudes de las madres con el estado nutricional de sus hijos, El Valle 2022.

Datos del equipo de investigación: (puede agregar las filas necesarias)

	Nombres completos	# De cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	María Paula Gangotena Bravo	1105224891	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento? (Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la parroquia el Valle. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La motivación para realizar este estudio es conocer si sus conocimientos, prácticas (lo que Ud. hace) y actitudes (comportamiento o predisposición) en alimentación se relacionan con el peso o talla de su hijo para la edad. Es importante conocer esta relación para poder orientar mejor las normas de prevención es decir realizar actos para mejorar el estado nutricional, no solo de sus hijos sino de todo el Ecuador.

Objetivo del estudio

Conocer si existe una relación entre los conocimientos, prácticas y actitudes de los responsables de la alimentación de niños de 6-23 meses con el estado nutricional de los niños es decir peso y talla con respecto a la edad.

Descripción de los procedimientos
Ahora el proyecto va iniciando al cual se incluirán 220 participantes, a los cuales se les realizará una encuesta para saber más acerca de sus conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la nutrición, y además se les tomará el peso y talla a sus hijos. La entrevista tomará aproximadamente 20 min, y la medición de peso y talla de 5-10 min. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad y sus respuestas y nombre jamás serán revelados. No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar nuestra conversación en el momento que usted desee. Si hacemos esta encuesta, no es para evaluarlo a usted, o criticarlo, entonces por ningún motivo se sienta presionado para dar una respuesta en específico. Le pediría entonces que contestara a las preguntas con toda honestidad, diciéndome lo que sabe, lo que siente o piensa, la manera en la que vive y en la que prepara su comida y la de su familia. Tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas. La medición de peso y talla de su hijo será en el centro de salud de El Valle, mi persona tomará a su hijo para colocarlo en la balanza y luego tomar la talla en forma horizontal tomando en cuenta indicaciones estandarizadas de un protocolo, posterior a esto anotare las medidas en una tarjeta la cual entregaré a ud con la valoración de su hijo.
Riesgos y beneficios
Los riesgos a los que está expuesto en caso de participar de este estudio son físicos al momento de la toma del peso y talla de su bebé, pero minimizarlos se llevará a cabo una serie de pasos ya estandarizados en la toma de medidas antropométricas (peso y talla), para guardar la confidencialidad de sus datos se asignará un valor numérico a cada participante, la base de datos será manejada únicamente por mi persona, estará en mi computador personal que solicita una clave de ingreso. Los beneficios de este estudio para Ud. son conocer el estado nutricional de su hijo, se le entregará una tarjeta con el peso, talla y valoración nutricional, en caso de que esta esté alterada se comunicará al médico encargado de su comunidad para el respectivo tratamiento integral. Los resultados de este estudio beneficiaran a su comunidad ya que será socializados al centro de salud de El Valle, para de esta manera se realicen intervenciones dirigidas a mejorar el estado nutricional de los niños.
Otras opciones si no participa en el estudio

Usted está en la voluntad de decidir si participa o no del estudio. En caso de que su respuesta sea de negación no existe penalización, es decir no existirá ninguna conducta en su contra.

Derechos de los participantes (debe leerse todos los derechos a los participantes)

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado (si aplica)

No aplica

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0963304139 que pertenece a María Paula Gangotena B. o envíe un correo electrónico a mpau_21gb@hotmail.co.uk

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo (si aplica)

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec