



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

**PUCE TEC
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA**

Tema:

**PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN NIÑOS
MENORES DE 2 AÑOS DEL CASERÍO ARTEZÓN**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Técnico Superior en Enfermería**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autor:

Ronny Alexander Jaitia Pilataxi

Directora:

Mg. Ingrid Valeria Flores Zambrano

Ambato – Ecuador

Abril 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **RONNY ALEXANDER JAITIA PILATAXI**, con número de cédula: **1804930350**, autor del trabajo de titulación intitulado: "PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CASERÍO ARTEZÓN", previo a la obtención del título de **TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA**, en **PUCE TEC**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, abril 2026



Ronny Alexander Jaitia Pilataxi

CC. 1804930350

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CASERÍO ARTEZÓN

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autor:

Ronny Alexander Jaitia Pilataxi

Ingrid Valeria Flores Zambrano, Lic. Mg.

CC. 0504245630

CALIFICADOR

f. 

Ivon Daniela Abril Rivera, Lic. Esp.

CALIFICADOR

f. 


Joselyne Nathaly Valenzuela Cáceres, Lic. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Christian Andrés Barragán Ramírez, Ing. PhD.

COORDINADOR GENERAL PUCE TEC

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

PROSECRETARIO PUCE AMBATO

f. 

Ambato – Ecuador

Abril 2026

 PUCE | AMBATO
PROSECRETARÍA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación, en primer lugar, a Dios por guiar cada uno de mis pasos y darme la fortaleza necesaria para no rendirme.

A mis padres, Fernando y Zoila, quienes me apoyaron constantemente con su sacrificio, pues fueron el pilar fundamental durante todo este proceso.

Finalmente dedico este trabajo con un amor profundo y gratitud a mis dos abuelitas quienes, aunque no se encuentren físicamente viven en mi corazón y en cada uno de mis logros.

Ronny Alexander Jaitia Pilataxi

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por acompañarme en cada etapa de mi formación y por concederme la salud, la fortaleza y la perseverancia necesaria para alcanzar este objetivo académico.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato, y a la carrera de Técnico Superior en Enfermería, por brindarme una formación integral basada en el conocimiento, los valores y el compromiso con el cuidado de la salud.

De manera especial, agradezco a mi tutora de tesis por su guía constante y acompañamiento académico, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo y culminación de la presente investigación.

Asimismo, dedico este logro a mi familia, docentes y a todas las personas que me apoyaron moral y académicamente durante este proceso, contribuyendo de manera significativa a la finalización de esta etapa de mi vida profesional.

Ronny Alexander Jaitia Pilataxi

RESUMEN

En Ecuador, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años es considerada como un problema de salud pública a pesar de los esfuerzos comunitarios y estatales. Esta situación se evidencia con mayor frecuencia en sectores rurales como Artezón, no existe un acceso adecuado a información nutricional durante el embarazo, además, que muchas madres no asisten regularmente a los controles prenatales y no se garantiza la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses, lo que mantiene un ciclo constante de desinformación y prácticas inadecuadas en la alimentación infantil.

Por tanto, esta investigación se propone como objetivo la elaboración de un manual educativo sobre la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años, dirigido a padres y cuidadores en el caserío Artezón, que promueva prácticas nutricionales adecuadas y accesibles. La metodología aplicada corresponde a un enfoque cualitativo de tipo descriptivo.

Los resultados muestran que, si bien existe un reconocimiento progresivo sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo, la lactancia materna y la alimentación complementaria, este conocimiento suele adquirirse de forma tardía, principalmente después de la experiencia del parto, además, en las gestantes persisten vacíos de información, creencias tradicionales y una limitada apropiación de prácticas preventivas, de esta manera el manual será una herramienta de apoyo para fortalecer los conocimientos de la alimentación adecuada, mediante esta intervención favorecerá el crecimiento y desarrollo infantil, generando un impacto positivo en la comunidad.

Palabras clave: desnutrición crónica infantil, manual educativo, prácticas nutricionales.

ABSTRACT

In Ecuador, the prevalence of chronic malnutrition in children under two years of age is considered a public health problem despite community and government efforts. This situation is most evident in rural areas like Artezón, where there is inadequate access to nutritional information during pregnancy. Many mothers do not attend prenatal checkups regularly, and exclusive breastfeeding is not guaranteed for the first six months, perpetuating a cycle of misinformation and inadequate infant feeding practices.

Therefore, this research aims to develop an educational manual on the prevention of chronic malnutrition in children under two years of age, aimed at parents and caregivers in the hamlet of Artezón, promoting appropriate and accessible nutritional practices. The methodology applied corresponds to a qualitative approach of a descriptive type.

The results show that although there is a growing recognition of the importance of nutrition during pregnancy, breastfeeding, and complementary feeding, this knowledge is often acquired late, mainly after the birth experience. Furthermore, pregnant women still have gaps in information gaps, traditional beliefs, and limited adoption of preventive practices. Thus, the manual will be a support tool to strengthen knowledge of proper nutrition. Through this intervention, it will promote child growth and development, generating a positive impact on the community.

Keywords: *chronic childhood malnutrition, educational manual, nutritional practices.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1. La desnutrición infantil	6
1.2. Clasificación de la desnutrición infantil	6
1.3. Factores de riesgo.....	8
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	20
2.1. Consideraciones metodológicas	20
2.2. Grupo de estudio	21
2.3. Procesamiento y análisis de la información	22
CAPÍTULO III. PROPUESTA	26
3.1. Validación y desarrollo de los resultados prácticos generales de la propuesta	26
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	72

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil constituye uno de los problemas de salud pública más persistentes y complejos a nivel mundial, regional y nacional, especialmente en contextos rurales y comunidades con limitaciones socioeconómicas. Este fenómeno no solo compromete el crecimiento físico de los niños, sino que condiciona de manera irreversible su desarrollo cognitivo, emocional y social, afectando sus oportunidades futuras y perpetuando ciclos intergeneracionales de pobreza y enfermedad. En este sentido, la prevención de la desnutrición crónica infantil representa una prioridad estratégica para los sistemas de salud, particularmente durante los primeros años de vida, etapa considerada decisiva para el desarrollo humano.

La evidencia científica ha demostrado que el período comprendido desde la etapa prenatal hasta los dos primeros años de vida del niño, conocido como la “ventana de oportunidad” o los “primeros 1000 días”, es determinante para el crecimiento y desarrollo integral. Durante este lapso, una nutrición adecuada de la madre gestante y del niño menor de dos años tiene un impacto directo y duradero en la salud futura, el rendimiento escolar, la productividad laboral y la calidad de vida de la población. Según (Joyce, Rooyen, & Ham, 2023)., las intervenciones oportunas en este período no solo reducen la morbilidad y mortalidad infantil, sino que también generan beneficios económicos y sociales sostenibles para las familias y las comunidades.

Desde el punto de vista teórico, la desnutrición se define como un estado patológico resultado de una ingesta insuficiente, excesiva o desequilibrada de nutrientes y energía, que afecta negativamente las funciones vitales del organismo. Cuando esta condición se presenta de forma prolongada durante la infancia temprana, se configura la desnutrición crónica infantil, caracterizada principalmente por el retraso en la talla para la edad. Esta alteración refleja un proceso acumulativo de carencias nutricionales y cuidados inadecuados, cuyos efectos se manifiestan en el desarrollo físico, cognitivo e inmunológico del niño, incrementando la susceptibilidad a enfermedades infecciosas y crónicas a lo largo del ciclo vital (World Food Programme, 2024).

A nivel mundial, la malnutrición continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil. Se estima que cerca del 45 % de las muertes en niños menores de cinco años están relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición. Actualmente, alrededor de 148,1 millones de niños presentan desnutrición crónica, con mayor prevalencia en regiones como África Central y Melanesia, donde las condiciones estructurales, económicas y sanitarias limitan el acceso a una alimentación adecuada y a servicios de salud de calidad (Sawadogo, Kobiané, & Nguemeleu, 2024). Estas cifras evidencian que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, la desnutrición infantil sigue siendo un desafío global no resuelto.

En el contexto latinoamericano, la situación no es menos preocupante. La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (2025). señala que aproximadamente 3,6 millones de niños en la región se encuentran en riesgo de no alcanzar su potencial máximo debido a la desnutrición. De este grupo, uno de cada tres vive en hogares pobres de zonas rurales, donde las condiciones de acceso a alimentos nutritivos, agua segura, saneamiento básico y educación en salud son limitadas. Además, uno de cada diez niños presenta un peso inferior al recomendado para su edad, consolidando la desnutrición como un problema estructural de salud pública.

En Ecuador, la desnutrición crónica infantil se mantiene como una problemática prioritaria del sistema nacional de salud. Datos de (UNICEF, 2021), indican que uno de cada cinco niños menores de dos años presenta desnutrición crónica, con mayor prevalencia en zonas rurales, comunidades indígenas y sectores con menor nivel socioeconómico. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición evidencia que la prevalencia nacional alcanza el 23,2 %, siendo más elevada en la región Sierra (32 %), seguida de la Amazonía (22,7 %), la Costa (15,7 %) y la región Insular (5,8 %). Estas cifras reflejan profundas desigualdades territoriales y sociales que condicionan el estado nutricional infantil.

Diversos estudios nacionales han señalado que, a pesar de la implementación de programas de suplementación, controles de crecimiento y acompañamiento nutricional, los avances logrados no han sido suficientes para reducir de manera significativa la desnutrición crónica infantil en determinadas comunidades. En

algunos sectores indígenas y rurales del país, se reportan prevalencias superiores al 50 %, lo que se traduce en retraso del crecimiento, bajo rendimiento cognitivo y mayor riesgo de enfermedades a largo plazo (Cueva M. , Pérez, Ramos, & Guerrero, 2021). Estas condiciones están estrechamente relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación, escasa educación nutricional, acceso limitado a servicios de salud y determinantes sociales como pobreza, bajo nivel educativo y creencias culturales arraigadas.

La provincia de Tungurahua se ubica entre las zonas con mayores índices de desnutrición crónica infantil del país, alcanzando una prevalencia aproximada del 41,3 %, cifra que supera ampliamente el promedio nacional. Esta realidad evidencia debilidades en la implementación de estrategias preventivas sostenibles y contextualizadas. En particular, el caserío Artezón, perteneciente a la provincia de Tungurahua, enfrenta una problemática persistente de desnutrición crónica infantil en niños menores de dos años, a pesar de los esfuerzos comunitarios e institucionales realizados hasta la fecha (Márquez, 2023).

Desde el análisis práctico y contextual, en el caserío Artezón se identifican múltiples factores que influyen en la persistencia de la desnutrición crónica infantil. Entre ellos destacan la limitada educación nutricional durante el embarazo, la inasistencia regular a los controles prenatales, la baja adherencia a la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la introducción inadecuada de la alimentación complementaria. Estas prácticas se ven reforzadas por condiciones socioeconómicas desfavorables, bajo nivel de escolaridad, creencias culturales y escaso acceso a información clara y adaptada a la realidad local.

Asimismo, se evidencia una débil articulación entre la comunidad y los servicios de salud, lo que limita el seguimiento continuo del crecimiento y desarrollo infantil. La educación familiar en cuidado materno-infantil no ha logrado consolidarse como una estrategia preventiva efectiva, manteniéndose un ciclo de desinformación que afecta directamente la salud y el bienestar de los niños. Desde la perspectiva de enfermería, esta situación representa un reto significativo, el personal de salud constituye el principal agente de promoción, prevención y educación sanitaria en la comunidad.

La situación problemática se concreta en la persistencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de dos años del caserío Artezón, asociada a insuficientes conocimientos y prácticas inadecuadas de los padres y cuidadores respecto a la alimentación infantil y el cuidado durante los primeros años de vida. Esta problemática incide negativamente en el crecimiento y desarrollo infantil, incrementa la vulnerabilidad a enfermedades y perpetúa factores de riesgo que afectan la salud colectiva de la comunidad.

En este contexto, el planteamiento del problema se orienta a comprender cómo los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y cuidadores influyen en la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de dos años del caserío Artezón. Analizar esta realidad permitirá identificar vacíos de información, prácticas erróneas y oportunidades de intervención desde un enfoque educativo y preventivo, acorde a las necesidades locales.

Con base a lo señalado, el objetivo general de esta investigación es elaborar un manual educativo sobre la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años, dirigido a padres y cuidadores en el caserío Artezón, que promueva prácticas nutricionales adecuadas y accesibles.

Para cumplir con el propósito de esta investigación se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- 1) Revisar la literatura científica sobre la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años.
- 2) Identificar los conocimientos y prácticas actuales de los padres y cuidadores sobre nutrición infantil mediante entrevistas en el caserío Artezón.
- 3) Desarrollar el contenido del manual educativo basado en la información recopilada y en las recomendaciones nutricionales apropiadas para niños menores de 2 años.

La metodología aplicada para llevar a cabo la investigación se fundamenta en un enfoque cualitativo con nivel descriptivo, permite comprender de manera profunda las prácticas, percepciones y experiencias de las familias y profesionales de la salud en torno a la prevención de la desnutrición crónica infantil, con el apoyo de la

investigación descriptiva, se detalla, sistematiza y organiza la información relevante sobre la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años del caserío Artezón.

La presente investigación se justifica, en primer lugar, desde el ámbito de la salud, al abordar una problemática que afecta de manera directa el desarrollo humano y el bienestar social. Desde la perspectiva profesional de enfermería, este estudio adquiere especial relevancia al fortalecer el rol del personal de salud como educador y agente de cambio en la comunidad. La elaboración de un manual educativo dirigido a padres y cuidadores permitirá promover prácticas nutricionales adecuadas, accesibles y culturalmente pertinentes, fomentando la lactancia materna exclusiva, una alimentación complementaria segura, la higiene alimentaria y el seguimiento del crecimiento infantil.

En el ámbito académico, la investigación permite al estudiante de nivel técnico aplicar los conocimientos teóricos y metodológicos adquiridos durante su formación, desarrollar habilidades de análisis crítico y contribuir con soluciones prácticas a problemas reales del entorno sanitario. Finalmente, desde el punto de vista práctico, el estudio vincula la teoría con la realidad comunitaria, generando un recurso educativo útil y sostenible que fortalezca la prevención de la desnutrición crónica infantil y promueva una cultura de cuidado integral desde el hogar y la comunidad.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. La desnutrición infantil

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2025), la desnutrición infantil se presenta cuando los niños no obtienen los nutrientes indispensables para crecer y desarrollarse adecuadamente, expresándose en problemas como el retraso del crecimiento, la emaciación o desnutrición aguda, e incluso el sobrepeso. Esta condición repercute de manera significativa en su salud, su desarrollo físico, su rendimiento cognitivo y su capacidad para enfrentar enfermedades.

La desnutrición infantil para la Organización Mundial de la salud OMS (2025) es una condición de salud que ocurre cuando los niños no reciben los nutrientes esenciales para un desarrollo adecuado y que afecta de manera severa la salud, el crecimiento, el estado de inmunidad y la capacidad para desenvolverse intelectual y socialmente.

1.2. Clasificación de la desnutrición infantil

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2023) refiere que la desnutrición en dependencia de su duración se clasifica en:

Desnutrición aguda

Definición

La desnutrición aguda es una condición caracterizada por un peso muy bajo para la estatura que puede estar acompañado por un grado de emaciación o delgadez y generalmente puede definirse como un “desequilibrio entre el requerimiento y la ingesta de nutrientes lo que resulta en déficits acumulativos de energía, proteínas o micronutrientes que pueden afectar negativamente el crecimiento y desarrollo” (Dipasquale et al., 2020, p.2413).

De acuerdo con la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2026) la desnutrición aguda es una condición en la que ocurre una pérdida de peso o un estancamiento del mismo, como consecuencia de una insuficiente ingesta

alimentaria o de la presencia de enfermedades o condiciones clínicas que afectan la adecuada utilización de los nutrientes, y por tanto, el cumplimiento de los requerimientos corporales.

Dentro de la desnutrición aguda, la Secretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública del Ecuador (2017), reconoce dos tipos los cuales se definen de la siguiente manera:

Desnutrición aguda moderada: en esta categoría se incluye todo paciente menor de 5 años cuyo puntaje Z del indicador peso (P)/talla (T) de acuerdo a patrones de crecimiento esté entre -2 y -3 desviaciones estándar (DE) pudiendo presentarse con delgadez o emaciación moderada dada la pérdida de peso

Desnutrición aguda severa: esta categoría se asigna a todo paciente menor de 5 años cuyo puntaje Z del indicador P/T de acuerdo a patrones de crecimiento esté por debajo de -3DE, pudiendo acompañarse de edema bilateral, emaciación grave y otros signos clínicos como la falta de apetito.

Epidemiología

De acuerdo a la Secretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública del Ecuador (2017), de acuerdo a registros actuales la desnutrición aguda se ha reportado en 914 niños, de los cuales el 78,45% corresponden a desnutrición moderada y el 21,55% a desnutrición aguda severa. Las provincias donde mayor número de casos de desnutrición aguda moderada es Guayas (19,67%), Pichincha (16,04%) y El Oro (11,30%), mientras que para la desnutrición severa están: Manabí (12,18%), Pichincha (11,68%) y Guayas (10,15%).

Para la desnutrición aguda moderada además se reconoce que el grupo más afectado es el de 1 a 2 años de edad con un 52,86% (379 casos) principalmente en el género masculino (53,03%), por otra parte, para la desnutrición aguda severa el grupo más afectado es el de 0 a 11 meses con el 52,28% (103 casos), siendo el sexo femenino el más afectado (52,43%).

Cuadro clínico

En los niños, la desnutrición aguda tiene dos presentaciones clínicas que son el marasmo, causado por una deficiencia calórica general, y kwashiorkor, debido principalmente a una deficiencia grave de proteínas en la dieta a pesar de una ingesta energética adecuada o casi adecuada (Owuraku & Sharon, 2025). A continuación, se detalla cada una de estas

Marasmo: es causada por desnutrición calórico-proteica grave por falta de calorías y nutrientes causando pérdida extrema de grasa y músculo, aspecto demacrado, irritabilidad, piel y cabello reseco y crecimiento retrasado como dice Owuraku y Sharon (2025).

Kwashiorkor: Puede desarrollarse como consecuencia de un proceso agudo o una infección en niños que ya presentan desnutrición calórico-proteica. Se caracteriza por la presencia de edema periférico y alrededor de los ojos, así como por un abdomen abultado, hepatomegalia y, en ciertos caso ascitis; la piel suele presentar resequedad, zonas de hiperpigmentación, fisuras, se desgarran con facilidad, cabello fino, de color pardo rojizo y tiende a caerse con facilidad (Bermeo, 2023)

1.3. Factores de riesgo

Dipasquale et al. (2020) tomando como referencia las principales causas de la desnutrición, reconocen los siguientes factores de riesgo:

En casos de desnutrición aguda primaria: se reconoce como el resultado del suministro inadecuado de alimentos por factores socioeconómicos, políticos, ambientales propios de países de ingresos bajos. Los factores asociados incluyen: inseguridad alimentaria dentro del hogar, pobreza, mala nutrición de gestantes, restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, lactancia materna deficiente o ausente, alimentación complementaria inadecuada, enfermedades infecciosas recurrentes, mala calidad del agua e higiene.

En casos de desnutrición aguda secundaria: se reconoce a la pérdida anormal de nutrientes, mayor gasto energético o una menor ingesta de alimentos en contextos de enfermedades subyacentes como, por ejemplo: fibrosis quística, insuficiencia

renal, enfermedad hepática, tumores malignos, cardiopatías, enfermedades neuromusculares.

Desnutrición crónica

Definición

La desnutrición crónica es un problema nutricional, definido por una deficiencia prolongada de macro y micronutrientes esenciales durante los primeros mil días de vida, se relaciona con daños permanentes en la estructura y el funcionamiento del organismo, limitando la posibilidad de que la persona alcance su pleno potencial biológico y social (Cacha, 2024).

Según el Boletín Técnico de la Encuesta Nacional sobre Nutrición Infantil del Ecuador (2023), la desnutrición crónica se refiere a un retraso en el crecimiento (baja talla para la edad) de acuerdo a parámetros de crecimiento debido a una nutrición inadecuada y prolongada.

Epidemiología

A nivel mundial, la desnutrición crónica infantil continúa siendo un problema de gran magnitud, afecta a aproximadamente a 200 millones de niños entre 0 y 5 años de edad, la mayor carga de esta problemática se concentra en los continentes de Asia y África, donde alcanza el 90% de los casos, además, se estima que el 80% de los niños con desnutrición crónica se concentra en apenas 24 países, reflejando que este problema está fuertemente asociado a contextos específicos de vulnerabilidad social y económica, dentro de este grupo, diez países aportan la mayor proporción de casos, de los cuales seis pertenecen al continente asiático: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, en particular, India concentra una carga significativa, aproximadamente tres de cada diez niños con desnutrición crónica en el mundo residen en este país (2023).

En Ecuador se reconoce que el porcentaje de niños menores de 2 años con desnutrición crónica general es del 20,1% con mayor propensión en niños (23,5%) que en niñas (16,5%), además en el área urbana es del 18,9% y en la rural del 21,9% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], (2023).

Cuadro clínico

Los niños que sufren desnutrición crónica infantil presentan manifestaciones clínicas notables, tales como la pérdida significativa de peso, retraso en el crecimiento, emaciación extrema, problemas físicos y mentales. Identificar estos problemas de manera oportuna es importante para prevenir posibles daños de salud de los niños y tomar las medidas adecuadas para combatir la desnutrición según menciona Alcocer y Masaquiza, (2024).

Manifestaciones físicas:

Naranjo et al. (2020) definen alguna de las manifestaciones físicas de los niños con desnutrición crónica infantil:

- **Retraso en el crecimiento:** Al conocer la edad precisa del niño, se evidencia que es más pequeño de lo normal, excepto en casos de edema evidente debido a que este enmarcará algunos signos.
- **Cambios en la piel:** La dermatosis tiende a presentarse en primer lugar en las áreas de fricción o de presión, como por ejemplo en la región inguinal (ingle), detrás de las rodillas y en los codos. De igual forma aparecen partes con pigmentaciones oscuras, los mismos que se pueden descamar con facilidad.
- **Cambios en el cabello:** El cabello se torna más sedoso, frágil, delgado, y sin brillo, adoptando un aspecto opaco y sin vitalidad, y puede cambiar su color o castaño rojizo. En algunas ocasiones el cabello se rompe con facilidad, deprendiéndose en pequeños mechones.
- **Enflaquecimiento:** Los brazos y piernas del niño son delgados debido a la pérdida de masa muscular
- **Edema:** Se produce por la acumulación de líquido en los tejidos hace que se hinchen comenzando en las extremidades inferiores y superiores, extendiéndose de manera progresiva hacia las zonas centrales del cuerpo.

Manifestaciones inmunológicas y de salud

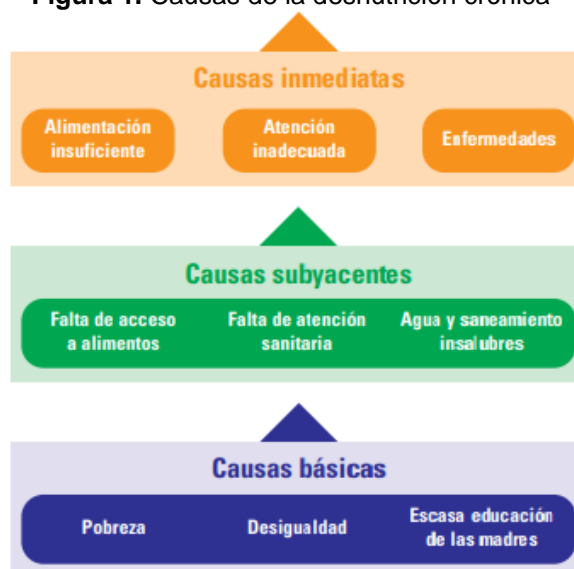
Entre las manifestaciones inmunológicas y de salud de la desnutrición crónica se mencionan las siguientes:

- **Sistema inmune débil:** La desnutrición crónica provoca efectos profundos y persistentes en el sistema inmunitario infantil, la carencia de nutrientes esenciales limita la producción de células defensivas, disminuyendo la capacidad del organismo para enfrentar infecciones. Los niños con desnutrición presentan una reducción de linfocitos T que son fundamentales para la inmunidad adaptativa, y una menor síntesis de anticuerpos. En consecuencia, cuando estos niños entran en contacto con agentes patógenos, su organismo no logra generar una respuesta eficaz, lo que se traduce en infecciones más frecuentes y de mayor gravedad (Álvarez, 2024).
- **Anemia:** debido a la falta de micronutrientes como el hierro se produce la anemia, lo cual puede incrementar el riesgo de infecciones. La anemia se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 24 meses y en mujeres embarazadas, generando consecuencias adversas en el desempeño académico y en la productividad como menciona Naranjo (2020).
- **Diarrea:** Las afecciones intestinales, especialmente la diarrea, representan un riesgo elevado para los niños desnutridos, debido a que provocan una pérdida acelerada y considerable de líquidos y nutrientes, esto no solo agrava el estado de desnutrición, sino que también deteriora aún más el funcionamiento del sistema inmunológico (Álvarez, 2024).
- **Fatiga y apatía:** El niño se muestra cansado e irritable
- **Problemas cognitivos:** La carencia prolongada de nutrientes afecta de manera negativa en aspectos cruciales como el desarrollo cerebral, la memoria, la atención, el aprendizaje y la resolución de problemas. Durante los primeros años de vida, el cerebro atraviesa una fase de rápido crecimiento y de formación de conexiones neuronales, por ello, una deficiencia nutricional en este periodo puede alterar dicho proceso, reducir la plasticidad cerebral perjudicar las habilidades cognitivas (Taco, 2025).

Causas y factores de riesgo en menores de 2 años

De acuerdo a la (UNICEF, 2011), la desnutrición crónica es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (cantidad y calidad), falta de atención adecuada y aparición de enfermedades, la cual está relacionada con los siguientes factores:

Figura 1. Causas de la desnutrición crónica



Fuente: UNICEF

La desnutrición crónica infantil resulta de la combinación de distintos factores que actúan de manera interrelacionada; entre las causas inmediatas se encuentran la alimentación insuficiente, la falta de una atención y la presencia de enfermedades. Entre las causas subyacentes están el acceso limitado a alimentos nutritivos, a servicios de salud oportunos, así como a agua potable y saneamiento adecuados. Y a su vez, en la base de esta problemática se encuentran causas estructurales, entre ellas la pobreza, la desigualdad social y los bajos niveles de educación de las madres que impiden un crecimiento y desarrollo saludable en la infancia (UNICEF, 2011).

Desde la perspectiva de Cueva et al. (2021) las causas que se asocian a la desnutrición infantil pueden ser de naturaleza directa e indirecta; las causas directas se asocian al consumo de una dieta inadecuada, así como la presencia de infecciones que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes, mientras que las causas indirectas se vinculan con la pobreza. En este marco Ronquillo y

Enríquez (2022) añaden al entorno doméstico insalubre, caracterizado por la ausencia de agua potable y servicios de salud inadecuada.

Para Alcocer y Masaquiza (2024) la desnutrición crónica infantil, a menudo tiene su origen en el periodo prenatal, factores como la nutrición materna deficiente, la desnutrición durante la etapa fetal, la ausencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses, la incorporación inadecuada de alimentación complementaria y una pobre absorción de nutrientes inciden significativamente a este problema.

Diagnóstico

De acuerdo a Bhupathiraju et al. (2023), explica que el diagnóstico de la desnutrición crónica se fundamenta principalmente en:

Evaluación clínica inicial: esta incluye la recolección de información sobre los hábitos alimentarios, la pérdida de peso y la realización de un examen físico detallado pues en muchos casos, especialmente cuando la desnutrición es severa, el diagnóstico puede establecerse a partir de la apariencia física y de los antecedentes clínicos de la persona. En esta fase, el profesional de salud también indaga sobre la capacidad del individuo o de la familia para seleccionar y preparar los alimentos, la presencia de enfermedades asociadas, el consumo de medicamentos u otras sustancias, así como el estado emocional y mental. Para facilitar este proceso, se pueden utilizar cuestionarios estandarizados que permiten confirmar el diagnóstico, sobre todo cuando los signos no son evidentes, y orientar la identificación de la causa, aspecto especialmente relevante en la población infantil.

Exploración clínica: durante esta fase el personal de salud realiza mediciones antropométricas como el peso y la talla, calcula el índice de masa corporal y evalúa la composición corporal mediante la estimación de la masa muscular y grasa, generalmente a través de la medición de la circunferencia del brazo y del pliegue cutáneo del tríceps, asimismo, se observan otros signos físicos que pueden indicar desnutrición, como alteraciones en la piel y el cabello, o la presencia de edemas en extremidades o abdomen. Estos hallazgos en su conjunto permiten no solo

confirmar el diagnóstico, sino también establecer el grado de severidad de la desnutrición.

Pruebas complementarias: estas se suelen solicitar según el contexto clínico y la sospecha diagnóstica, siendo el análisis de sangre es una de las pruebas más utilizadas, especialmente para medir los niveles de albúmina, que suelen disminuir ante una ingesta insuficiente de proteínas, también se pueden evaluar los glóbulos blancos, cuyo descenso se asocia al agravamiento de la desnutrición, así como realizar un hemograma completo. Además, cuando se sospechan deficiencias de vitaminas o minerales, se solicitan análisis específicos para medir sus niveles, y si se presume que la desnutrición está asociada a otra enfermedad, se realizan estudios adicionales, como exámenes de heces, orina o radiografías, con el fin de identificar infecciones u otras patologías subyacentes.

Tratamiento

De acuerdo a los planteamientos de la UNICEF (2020), el tratamiento de la desnutrición crónica implica el cumplimiento de las siguientes fases:

Fase de estabilización: esta corresponde a las primeras 24 a 48 horas de tratamiento y tiene como objetivo principal corregir de manera inmediata las condiciones médicas que ponen en riesgo la vida del niño con desnutrición. Durante este periodo se controlan alteraciones como la hipoxemia, la deshidratación, los desequilibrios hidroelectrolíticos, la hipoglicemia, la hipotermia, así como las infecciones y comorbilidades asociadas. El manejo nutricional se inicia de forma cuidadosa por vía oral o sonda nasogástrica, una vez asegurada la función renal y la diuresis. Esta fase se desarrolla exclusivamente en el ámbito hospitalario hasta lograr la estabilidad clínica del paciente.

Fase de transición: esta representa el paso progresivo entre la alimentación inicial utilizada en la estabilización y el aumento gradual del aporte nutricional necesario para la recuperación metabólica y tisular del niño, pues esta etapa comienza cuando el paciente recupera el apetito, las patologías agudas se encuentran

controladas, los trastornos hidroelectrolíticos se han corregido y el edema disminuye. En este momento, es posible incrementar de manera segura la cantidad de nutrientes, ajustándolos según la edad, el peso y el grado de desnutrición, con el fin de preparar al organismo para la recuperación nutricional.

Fase de rehabilitación: esta fase tiene como finalidad lograr la recuperación nutricional completa mediante el aumento progresivo del aporte calórico, favoreciendo la ganancia de peso y el crecimiento compensatorio, por cuanto se prioriza la vigilancia del apetito y del incremento ponderal y suele desarrollarse principalmente en el manejo ambulatorio una vez que el niño cumple los criterios de egreso hospitalario.

Complicaciones

Para Morales et al. (2025) la desnutrición crónica infantil tiene consecuencias para el crecimiento físico y el neurodesarrollo infantil, las repercusiones inmediatas incluyen un aumento significativo de la mortalidad infantil y una mayor susceptibilidad a las infecciones. Además, se presentan deficiencias motoras, cognitivas, socioemocionales y conductuales durante el neurodesarrollo infantil.

Según Cortez y Pérez (2023) la desnutrición y falta de energía por amplios periodos de tiempo causa afecciones considerables que incluyen cambios en la morfología, fisiología, crecimiento y desarrollo tanto en el cuerpo como en el sistema nervioso lo cual genera problemas graves en el estado de salud, el desempeño escolar y el comportamiento que se traducen en problemas de motricidad, aprendizaje (memoria, retención), socialización y trabajo, además de mayor propensión a desarrollar enfermedades a corto y largo plazo.

Prevención

De acuerdo con la Guía de prevención de la desnutrición crónica infantil del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023) para la prevención de la

desnutrición crónica infantil se debe intervenir en las siguientes poblaciones básicas: madres-mujeres embarazadas y niños de 0 a 2 años.

En las gestantes es primordial llevar a cabo el control prenatal que permite vigilar el estado de salud y nutrición de la madre asegurando un adecuado crecimiento intrauterino. A través de controles oportunos, suplementación nutricional y educación en hábitos saludables, se fortalecen las reservas con las que el niño inicia la vida con lo cual se evita el riesgo de bajo peso al nacer y de desnutrición crónica en la infancia.

Una vez que el niño nace y hasta los 2 años, el cuidado es responsabilidad de la madre quien debe proporcionar lo siguiente:

- Lactancia materna: Su primera comida (leche materna) en las primeras 24 horas de nacido y hasta los 6 meses de vida de forma exclusiva cada 3 horas en un promedio de 8 a 12 veces al día.
- Alimentación complementaria: a partir de los 6 a los 12 meses la lactancia debe continuar según lo que pide el bebé y deberá complementarse con alimentos de forma progresiva.
- De los 12 a los 24 meses la lactancia será esporádica, solo para dormir o en momentos en los que se requiera.
- Mantener una alimentación saludable y variada que incluya todos los grupos de alimentos: verde (frutas y verduras), azul (cereales y tubérculos), morado (proteínas), amarillo (grasas).

A más de ello, de acuerdo al Manual de atención integral a la niñez del Ministerio de salud pública del Ecuador (2018) se requiere que la madre asista a los controles de salud, los cuales durante los 2 primeros años de vida deben ser de manera regular y organizada; en los primeros 8 meses se recomienda acudir una vez al mes, entre los 8 y 12 meses cada dos meses y desde el primer hasta el segundo año, cada tres meses, esto con el fin de acompañar de forma continua al niño y a su familia, promoviendo prácticas saludables, previniendo enfermedades y detectando a tiempo posibles problemas de salud.

En cada control se desarrollarán las siguientes acciones:

Control del primer mes de vida: en el primer mes se evalúa la adaptación del recién nacido mediante la toma de signos vitales, medición del peso, talla y perímetro cefálico, y una exploración física completa. Se valoran los reflejos, se realizan los tamizajes neonatal auditivo y metabólico y se brinda educación a los padres sobre cuidados básicos, lactancia materna, prevención de infecciones y reconocimiento de signos de alarma.

Control de los 2 a 3 meses: en esta etapa se continúa el seguimiento del crecimiento y la exploración física, junto con la evaluación del desarrollo psicomotor, como el control de la cabeza y la respuesta visual. Se administran suplementos nutricionales en casos indicados y se refuerzan las medidas de prevención de infecciones, accidentes y signos de alarma.

Control de los 4 a 5 meses: el control permite vigilar el desarrollo motor y sensorial, incluyendo la respuesta a la voz y el agarre de objetos. Se mantiene la valoración del crecimiento, la exploración física y la prevención de riesgos, con suplementación de hierro en niños con bajo peso y visitas domiciliarias en hogares vulnerables.

Control de los 6 a 9 meses: durante este periodo se evalúa el crecimiento, el desarrollo psicomotor y el inicio de la alimentación complementaria. Se administra vitamina A y micronutrientes, y se orienta a los padres sobre alimentación, estimulación, sueño y prevención de infecciones y accidentes.

Control de los 10 a 12 meses: en este control se valoran avances en la postura, el lenguaje y el juego, junto con el estado nutricional y la alimentación. Se continúa con la suplementación indicada y se refuerzan medidas de prevención de enfermedades y lesiones.

Control de los 15 a 18 meses: se evalúa el desarrollo motor y del lenguaje, la alimentación y el crecimiento. Se mantiene la suplementación nutricional y se

promueven hábitos saludables relacionados con la alimentación, el sueño, la estimulación y la disciplina positiva.

Control de los 21 a 24 meses: al finalizar los dos años se evalúa el crecimiento, el índice de masa corporal y el desarrollo psicomotor. Se administra vitamina A según esquema y se fortalecen las acciones preventivas, promoviendo el buen trato y una alimentación equilibrada para prevenir la desnutrición crónica.

Vacunación en menores de 2 años

La vacunación oportuna protege no solo al niño, sino también a la comunidad, por ello se considera una estrategia clave del cuidado integral del niño y en menores de 2 años se considera una de las intervenciones más efectivas para proteger la salud infantil, fortalece el sistema inmunológico y previene enfermedades infecciosas que pueden afectar gravemente el crecimiento y desarrollo. El cumplimiento oportuno del esquema de vacunación contribuye a reducir la morbilidad, la mortalidad y las secuelas que incrementan el riesgo de desnutrición y retraso en el desarrollo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2025).

Durante los primeros dos años de vida se administran vacunas esenciales como BCG, hepatitis B, pentavalente, poliomielitis, rotavirus, neumococo, influenza y sarampión, rubéola y paperas, las cuales previenen enfermedades como tuberculosis grave, hepatitis, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, diarreas severas, neumonías y enfermedades virales altamente contagiosas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2025)

Acciones de enfermería en la desnutrición crónica infantil

El papel del personal de enfermería en casos de desnutrición crónica infantil es esencial tanto en el proceso de cribado como de cuidado para abordar los desequilibrios nutricionales. En este campo, Villa (2024) sugiere las siguientes acciones consideradas desde el PAE (Proceso de atención de enfermería) ante los diagnósticos más frecuentes relacionados con esta condición:

Desequilibrio nutricional: evaluar periódicamente el estado nutricional del niño (peso, talla, IMC), planificar un plan dietético adecuado y brindar suplementos nutricionales necesarios.

Dinámica de alimentación ineficaz del lactante: evaluar la técnica de alimentación del lactante, enseñar a los padres sobre adecuada succión y a partir de los 6 meses asesorar sobre la alimentación complementaria.

Deficiencias de volumen de líquidos: monitorear el balance de líquido diario para la posterior administración de líquidos orales y/o intravenosos, manejo de hipovolemia y control de signos vitales para detectar cambios tempranamente.

Motilidad intestinal: evaluar patrones de eliminación, documentación de la consistencia y frecuencia de deposiciones para brindar tratamiento para mejorar la movilidad intestinal, además de proporcionar alimentos ricos en fibra.

Riesgos de infección: instruir a los padres sobre la importancia de la higiene personal y ambiental, correcta manipulación y preparación de alimentos.

Factores adicionales: el personal de enfermería debe abordar factores sociodemográficos que incrementan el riesgo de desnutrición para promover estrategias saludables de cuidado y colaboración personal de salud-familia.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Consideraciones metodológicas

Enfoque

El presente estudio se desarrolla desde un enfoque cualitativo, orientado a comprender de manera profunda las percepciones, prácticas y significados que los actores involucrados atribuyen a la problemática abordada. De acuerdo con Barraza Macías (2023), el enfoque cualitativo constituye un proceso sistemático y riguroso de indagación que no se centra en el análisis estadístico de la realidad, sino en la descripción e interpretación de situaciones y comportamientos para la construcción de significados, buscando profundidad en los hechos.

En el caso particular, el enfoque cualitativo permitió analizar las prácticas, percepciones y experiencias de las familias y profesionales de la salud en torno a la prevención de la desnutrición crónica infantil. Este abordaje facilitó la identificación de necesidades informativas y prácticas de cuidado desde la perspectiva de los actores involucrados, aportando insumos para la elaboración de un manual para la orientación en salud adaptada al contexto local.

Tipo

Como complemento al enfoque cualitativo, la investigación adopta un tipo descriptivo, cuyo propósito es detallar, sistematizar y organizar la información relevante sobre la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años. A partir de esta descripción ordenada de la realidad, se busca generar insumos que permitan comprender cómo se presenta el problema pues de acuerdo con Guevara et al. (2020), la investigación descriptiva es aquella que implica una descripción de todos los componentes principales de la realidad de estudio.

El tipo de investigación descriptivo en este estudio estuvo orientado en detallar de forma sistemática la situación existente en torno a la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de dos años del caserío Artezón con el fin de

identificar y describir las características, prácticas y condiciones relacionadas con el cuidado y la alimentación infantil, sin intervenir ni modificar la realidad.

Método

El método fue transversal es decir que la “evaluación se realizó en un momento específico y determinado del tiempo” (Cvetkovic et al., 2021, p. 180). La investigación se desarrolló bajo un diseño transversal, la información fue recolectada en un único período de tiempo comprendido entre el mes de diciembre de 2025 y febrero de 2026, tiempo en el cual se abordó el problema de estudio identificando características, prácticas y condiciones existentes sin realizar seguimientos posteriores.

Técnicas de investigación

La recolección de información se realizó a través de una entrevista, la cual es una técnica de la investigación cualitativa con base en el método inductivo y se considera como un instrumento oportuno para la obtención de información social, debido a que la interacción oral permite obtener información profunda y detallada del problema como menciona Gonzáles (2022). El acuerdo de confidencialidad se encuentra en el Anexo

Para efectos de la presente investigación, se utilizó la técnica de la entrevista como técnica de recolección de información. La primera entrevista se dirigió a un grupo de madres de niños menores de 2 años o en período de gestación y la segunda se dirigió a un grupo de profesionales de la salud con conocimiento sobre el cuidado infantil.

Los formatos de entrevista se encuentran en el Anexo 2 y 3.

2.2. Grupo de estudio

En el presente estudio, la población estuvo conformada por profesionales de la salud vinculados a la atención del niño menor de dos años y por madres de niños menores de dos años, pertenecientes al área de influencia del estudio. Este grupo poblacional fue seleccionado debido a su relación directa con la prevención de la

desnutrición crónica infantil y su experiencia en prácticas de cuidado, nutrición y seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo conveniencia, considerando la accesibilidad, disponibilidad y disposición voluntaria de los participantes para formar parte del estudio. Este tipo de muestreo resulta pertinente en investigaciones en el área de la salud, especialmente cuando se busca obtener información detallada y contextualizada a partir de informantes clave, sin pretender la generalización estadística de los resultados.

La muestra estuvo constituida por un total de 11 participantes, de los cuales 5 fueron profesionales de la salud y 6 madres de niños menores de dos años. Los profesionales de la salud cumplieron con criterios como experiencia en la atención del niño menor de dos años y vinculación directa con áreas de pediatría, nutrición o atención primaria de salud. Por su parte, las madres participantes incluyeron mujeres en etapa de gestación, parto o postparto, con experiencia materna previa, conocimientos básicos sobre lactancia materna y alimentación complementaria, y que manifestaron su aceptación libre y voluntaria para participar activamente en el estudio.

La selección de esta muestra permitió integrar perspectivas profesionales y maternas, enriqueciendo el análisis del fenómeno estudiado y fortaleciendo la comprensión integral de los factores relacionados con la nutrición infantil temprana.

2.3. Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de la información se realizó mediante la elaboración de cuadros descriptivos que permitieron organizar las respuestas obtenidas de los entrevistados para su análisis, los cuales se encuentran detallados en el Anexo 5.

Además, su interpretación se desarrolló mediante un proceso sistemático de codificación, que permitió transformar las respuestas abiertas en categorías, subcategorías y códigos, facilitando la identificación de patrones, percepciones,

conocimientos, prácticas y limitaciones relacionadas con la prevención de la desnutrición crónica infantil.

Tabla 1. Interpretación del instrumento aplicado: Personal de Salud

Categoría	Subcategoría	Códigos
Práctica clínica	Prevención nutricional	Consejería, enfoque preventivo
Educación en salud	Orientación a gestantes	Lenguaje claro, adaptación cultural
Evaluación nutricional	Indicadores clínicos	Peso, talla, ganancia gestacional
Seguimiento infantil	Curva de crecimiento	Monitoreo mensual, seguimiento continuo
Determinantes sociales	Factores de riesgo rural	Pobreza, inseguridad alimentaria
Limitaciones institucionales	Barreras del sistema	Falta de personal, tiempo limitado
Estrategias prioritarias	Prevención temprana	Educación familiar, lactancia materna

Fuente: elaborado por Jaitia R.

Los discursos de los profesionales reflejan una visión clara y coherente sobre la prevención de la desnutrición crónica infantil, centrada en la detección temprana, educación nutricional y seguimiento continuo.

Se evidencia que el personal de salud integra los conocimientos adquiridos en capacitaciones principalmente a través de la atención directa y consejería, destacando la importancia de la lactancia materna, suplementación nutricional y monitoreo antropométrico regular. Este enfoque se alinea con el modelo de cuidado integral infantil propuesto por la OMS y UNICEF, que prioriza los primeros 1.000 días de vida.

Sin embargo, los profesionales reconocen limitaciones estructurales, como la sobrecarga laboral, escasez de recursos y barreras culturales, que dificultan el impacto sostenido de las intervenciones. Estas limitaciones refuerzan la teoría de los determinantes sociales de la salud, que explica cómo las condiciones socioeconómicas influyen directamente en el estado nutricional infantil.

Asimismo, se destaca que la prevención efectiva requiere no solo acciones clínicas, sino también trabajo comunitario, educación familiar y políticas públicas sostenidas, lo cual posiciona al profesional de salud como un agente educador y promotor del cambio social.

Tabla 2. Interpretación del instrumento aplicado: Madres

Categoría	Subcategoría	Códigos
Conocimientos maternos	Importancia de la alimentación	Alimentación saludable, crecimiento fetal, desconocimiento previo
Controles prenatales	Asistencia y barreras	Asistencia regular, inasistencia, distancia, trabajo
Educación nutricional	Información recibida	Información clara, información insuficiente, olvido
Lactancia materna	Inicio y duración	Inicio temprano, retraso, lactancia no exclusiva
Alimentación complementaria	Inicio y prácticas	Inicio adecuado, inicio temprano, influencia familiar
Seguimiento infantil	Controles CRED y vacunación	Cumplimiento, inasistencia, dificultad de acceso
Identificación de riesgos	Signos de alarma	Reconocimiento limitado, dependencia del personal de salud

Fuente: elaborado por Jaitia R.

El análisis de los discursos evidencia que el conocimiento materno sobre la prevención de la desnutrición crónica infantil es heterogéneo, influenciado principalmente por la experiencia personal, el nivel de información recibida y las condiciones socioculturales del entorno.

Se observa que las madres en posparto presentan mayor conciencia sobre la importancia de la alimentación, lactancia y controles infantiles, lo que sugiere que el aprendizaje ocurre posterior a la experiencia vivida, más que como resultado de una educación preventiva anticipada. Este hallazgo coincide con lo planteado por la teoría del aprendizaje experiencial de Kolb, que sostiene que el conocimiento se consolida a partir de la vivencia directa.

Asimismo, se identifican barreras estructurales como la distancia al centro de salud, limitaciones de tiempo y responsabilidades del hogar, las cuales condicionan la asistencia a controles prenatales y de crecimiento y desarrollo, incrementando el riesgo de detección tardía de alteraciones nutricionales.

La influencia del entorno familiar y las creencias tradicionales aparece como un factor determinante en prácticas como la alimentación complementaria temprana o la suspensión de la lactancia exclusiva, lo cual evidencia una brecha entre el conocimiento técnico y la práctica cotidiana. Desde el enfoque de la Atención

Primaria de Salud (APS), estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer la educación comunitaria continua, contextualizada y culturalmente sensible.

El análisis conjunto evidencia una brecha entre el conocimiento técnico del personal de salud y la apropiación del mismo por parte de las madres, lo que explica la persistencia de prácticas inadecuadas en el hogar. Mientras los profesionales reconocen estrategias claras de prevención, las madres enfrentan barreras sociales, culturales y estructurales que limitan su aplicación.

Este hallazgo respalda la necesidad de intervenciones educativas continuas, participativas y adaptadas al contexto rural, fortaleciendo la comunicación, el acompañamiento y el empoderamiento materno como eje central de la prevención de la desnutrición crónica infantil.

CAPÍTULO III. PROPUESTA

3.1. Validación y desarrollo de los resultados prácticos generales de la propuesta

La presente propuesta consiste en la elaboración de un manual educativo orientado a fortalecer la prevención de la desnutrición infantil, mediante la incorporación de aspectos clave basados en la atención integral de la madre y del niño. El manual se estructura en dos secciones fundamentales: la primera aborda las acciones de cuidado y prevención durante el período de gestación, y la segunda se centra en el acompañamiento y las prácticas de cuidado posteriores al parto. Esta propuesta tiene como finalidad promover una prevención integral, temprana y oportuna de la desnutrición en niños y niñas menores de dos años, así como contribuir al mantenimiento de adecuadas condiciones de salud en la madre, favoreciendo el desarrollo infantil temprano y el bienestar familiar.

Manual de enfermería dirigido a la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años



Autor:

Ronny Alexander Jaitia Pilataxi

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil es un importante problema de salud debido a su impacto directo y sostenido sobre el crecimiento, el desarrollo neurológico y la calidad de vida de los niños, la cual se manifiesta principalmente como retraso en la talla para la edad y refleja carencias nutricionales prolongadas, asociadas a factores biológicos, sociales, económicos y de acceso oportuno a los servicios de salud.

En este contexto, el rol del profesional de enfermería resulta fundamental, su cercanía con la comunidad, su participación activa en la atención primaria de salud y su función educativa lo posicionan como un actor clave en la prevención de la desnutrición crónica. A través del control prenatal, el seguimiento del niño sano, la educación nutricional y el acompañamiento a las familias, el rol de enfermería contribuye de manera directa a la promoción de prácticas saludables desde la gestación hasta los primeros años de vida.

A partir de lo expuesto se presenta la propuesta titulada “Manual de enfermería dirigido a la prevención de la desnutrición crónica en menores de 2 años” la cual se encuentra estructurada en dos secciones principales:

- La primera aborda el cuidado prenatal, enfatizando el control prenatal, el estado nutricional de la gestante, los requerimientos nutricionales durante el embarazo y la preparación para la lactancia.
- La segunda sección se centra en el cuidado del niño menor de 2 años, incluyendo el control del niño sano, el esquema de vacunación, la lactancia materna y la alimentación complementaria.

Este manual se proyectará como una herramienta práctica y educativa que fortalecerá la labor del personal de enfermería y contribuirá a la prevención efectiva de la desnutrición crónica infantil.

SECCIONES

Sección 1 Cuidado prenatal para la prevención



Control prenatal

- ❖ Definición
- ❖ Importancia
- ❖ Frecuencia
- ❖ Acciones
 - Establecimiento de riesgo obstétrico
 - Estado y requerimientos nutricionales
 - Vacunación
 - Preparación para la lactancia
 - Signos de alarma

Sección 2: Cuidado integral del niño menor de 2 años



Control del niño sano

- Esquema de vacunación
- Lactancia materna
- Alimentación complementaria

SECCIÓN I

La primera sección se orienta al cuidado prenatal, entendido como una intervención clave para la prevención de la desnutrición crónica, el cuidado infantil se inicia desde la gestación, un seguimiento prenatal adecuado favorece el crecimiento intrauterino, garantiza la cobertura de los requerimientos nutricionales de la gestante y fortalece las reservas nutricionales con las que el niño inicia la vida.

En este contexto, el control prenatal constituye una estrategia fundamental dentro de la atención primaria de salud porque permite acompañar de manera sistemática y continua a la mujer durante el embarazo, vigilando su estado de salud y el adecuado desarrollo del feto.

A través de controles periódicos, el personal de enfermería y el equipo de salud pueden evaluar el estado nutricional de la gestante, identificar factores de riesgo, promover hábitos saludables y brindar educación oportuna que favorezca un embarazo seguro y consciente.



EL control prenatal

¿Qué es?

El control prenatal es un proceso de atención integral y programada que se brinda a todas las mujeres desde el momento en que se confirma la gestación hasta el momento previo al parto.



¿Por qué es importante?

- ❖ Vigilar la salud de la madre y del feto para asegurar un adecuado crecimiento intrauterino y buen estado de salud en la madre.
- ❖ Identificar y manejar factores de riesgo de forma oportuna para facilitar la detección temprana de anemia, desnutrición, infecciones u otras condiciones de salud de la madre que pueden afectar al bebé.
- ❖ Prevenir complicaciones como la preeclampsia, diabetes gestacional, etc.
- ❖ Promover hábitos saludables para una alimentación equilibrada y el consumo suficiente de nutrientes.
- ❖ Educar a la gestante sobre aspectos fundamentales para un embarazo seguro y saludable.

¿Con qué frecuencia se debe acudir al control prenatal?

- ❖ El primer control debe realizarse lo antes posible preferentemente antes de las 12 semanas de gestación.



- ❖ Controles posteriores cada 4 semanas hasta la semana 28 y cada 2-3 semanas entre la semana 28 a la 36 y semanal a partir de la semana 36.
- ❖ Es importante acudir al menos a 5 controles prenatales.

Acciones que deben realizarse en el control prenatal

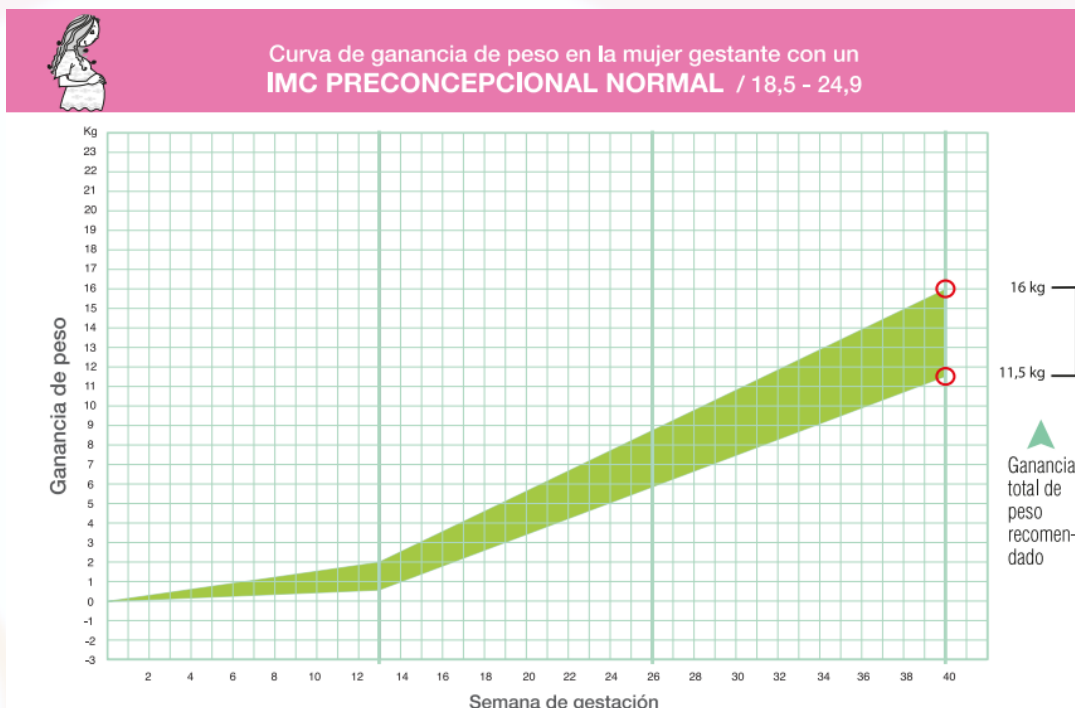
1. Determinar riesgo obstétrico (Score de Riesgo) a través de aspectos como:

- Antecedentes obstétricos y familiares
- Factores socioeconómicos
- Factores nutricionales
- Patología pélvico-genital
- Patología obstétrica actual
- Discapacidad

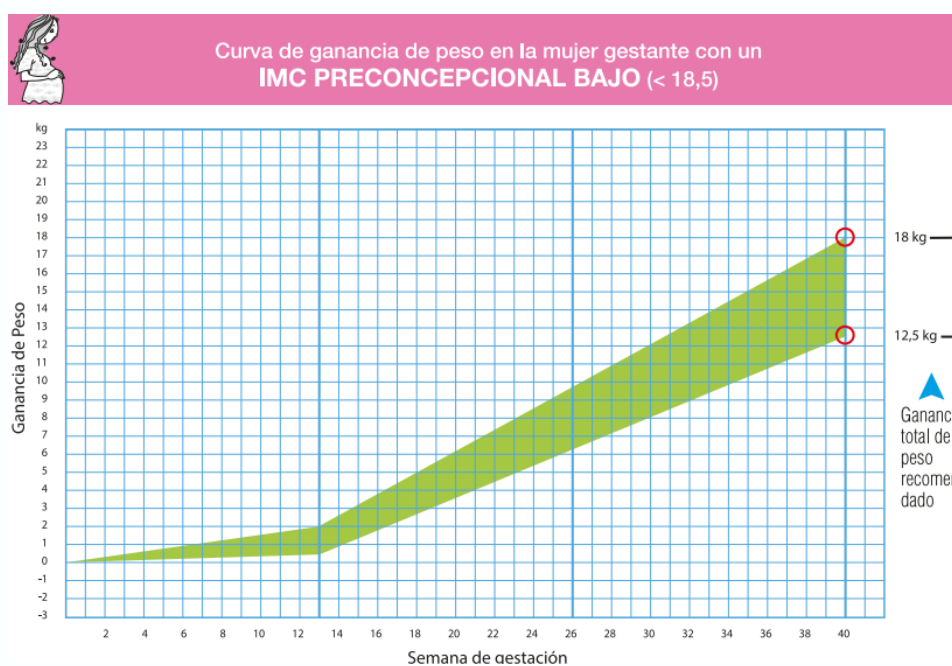
Riesgo	Valor
Bajo	0 - 3
Alto	4 - 6
Muy alto	>7

2. Valorar el estado nutricional y requerimientos de la gestante

- Medición del peso y talla maternos, así como el IMC para determinar categorías como: bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad.
- Determinación de metas de ganancia de peso según el IMC inicial de la siguiente forma:



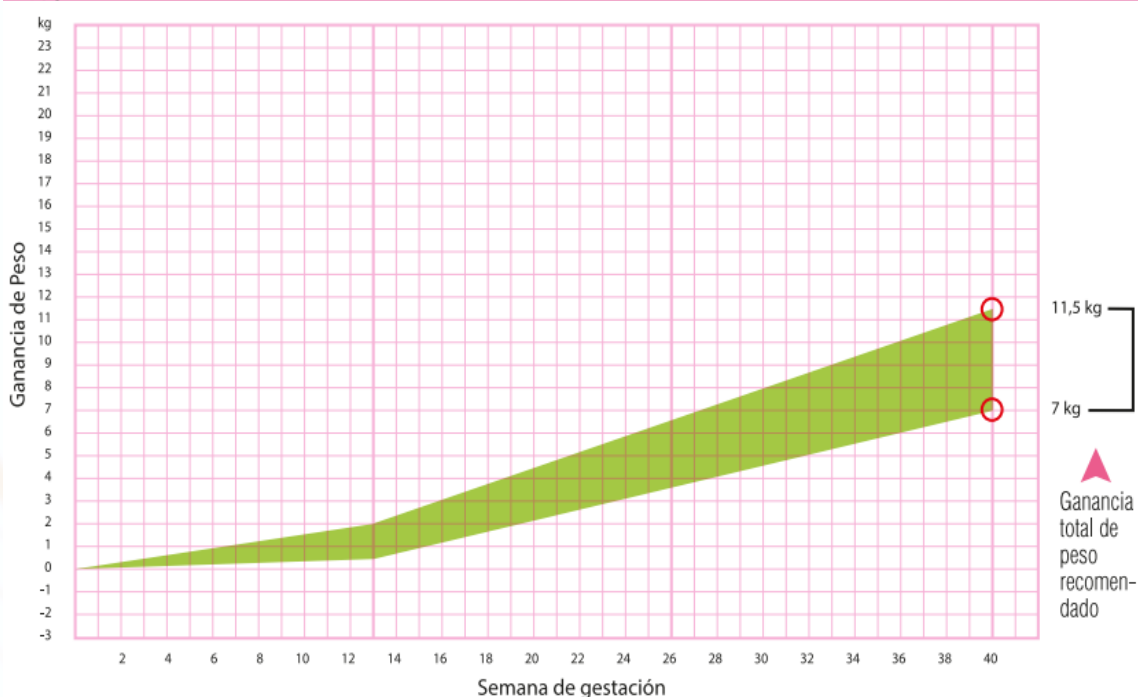
La ganancia semanal debe ser de 0,35 a 0,50 kg en el 2do y 3er trimestre y en mujeres con gestión múltiple la ganancia será de 17-25 kg.



En casos de IMC preconcepcional bajo la ganancia semanal será de 0,44 a 0,58 kg en el 2do y 3er trimestre.



Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO de 25 a 29,9



En casos de sobrepeso, la ganancia semanal es de 0,23 a 0,33 kg en el 2do y 3er trimestre y en casos de obesidad de 0,17 a 0,27 kg.

Requerimientos nutricionales durante el embarazo

	Adiciones		
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Energía (kcal/día)	+85	+285	+475
Proteínas (g/día)	+1	+10	+31
Grasas	25 %	25 %	25 %

En la embarazada adulta se recomienda una ingesta de 85 kcal, 285 kcal y 475 kcal en el primer, segundo y tercer trimestre. En caso de gestantes con desnutrición o bajo peso para la edad gestacional se debe adicionar 675 kcal y 370 kcal en el primer y segundo trimestre de persistir la deficiencia.

Los alimentos deben consumirse en una frecuencia de 6 veces/día con una distribución de energía total de:

- 20% en el desayuno
- 30% en el almuerzo
- 30% en la cena
- 10% en cada uno de los 2 refrigerios.

Uso de micronutrientes

¿Qué son?

Los micronutrientes son vitaminas y minerales que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades, pero que son esenciales para el crecimiento y desarrollo fetal.

¿Cuáles debe ingerirse durante la gestación?

Ácido fólico: vitamina del complejo B fundamental para la síntesis de ADN y prevención de defectos del tubo neural en el feto.

- Se recomienda al menos 400 µg/día desde antes de la concepción y durante el primer trimestre.

Calcio: mineral esencial para el desarrollo de los huesos y dientes del bebé y para mantener la salud ósea materna.

- Se recomienda un consumo de 1000-1300 mg/día durante la gestación



3. Vacunas

¿Por qué son importantes?

Las mujeres embarazadas experimentan cambios en su sistema inmunitario que las hacen más vulnerables a complicaciones por infecciones como la influenza o la tos ferina. En este contexto, la vacunación es una medida preventiva clave para proteger tanto a la madre como al feto de enfermedades infecciosas graves.



¿Qué vacunas se recomiendan durante la gestación?

Influenza: se debe aplicar en cualquier momento durante el embarazo con el fin de prevenir enfermedad grave en la madre y aumentar el riesgo de complicación.

TDAP (tosferina, toxoides tetánicos, diftérico): aplicar una dosis preferiblemente entre las 27 y 36 semanas de gestación para prevenir estas infecciones graves

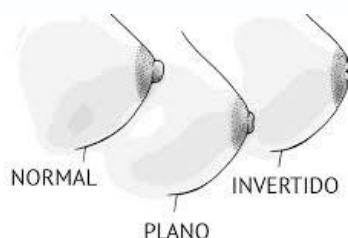
4. Preparación para la lactancia

La preparación para la lactancia materna durante la gestación es una estrategia fundamental dentro del control prenatal, influye directamente en el inicio oportuno y el mantenimiento de una lactancia exitosa.

Es importante educar a la gestante sobre los cambios normales a nivel de las mamas como el aumento de tamaño, sensibilidad mamaria y posible salida de calostro en el último trimestre, reforzando que estos cambios son normales y forman parte de la preparación natural para la lactancia.

¿Cuál es el proceso de preparación de mamas durante la gestación?

- Observación de la anatomía del pezón: durante el control prenatal se debe identificar la presencia de pezones planos o invertidos, brindando orientación oportuna para su manejo durante la lactancia.



- Evitar manipulaciones innecesarias: no se recomienda masajear ni estimular los pezones de forma rutinaria durante la gestación, estas prácticas no son necesarias y podrían provocar molestias.
- Uso de sujetador adecuado: se aconseja utilizar un sujetador cómodo, de soporte firme y sin aros, que se adapte al aumento progresivo del tamaño de las mamas, previniendo molestias y lesiones.
- Higiene adecuada: se recomienda el aseo diario de las mamas únicamente con agua, evitando el uso excesivo de jabones o productos irritantes que puedan resecar o dañar la piel del pezón.


5. Signos de alarma



La identificación y el conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo constituyen un componente esencial del control prenatal. Informar a la gestante sobre estas señales permitirá reconocer oportunamente situaciones que pueden poner en riesgo su salud y la del feto, favoreciendo la búsqueda inmediata de atención médica.

La detección precoz de complicaciones contribuye a prevenir desenlaces adversos, proteger el crecimiento intrauterino y garantizar condiciones adecuadas para un

inicio de vida saludable, aspectos fundamentales en la prevención de la desnutrición crónica infantil.

Los principales signos de alarma y sus acciones se muestran a continuación

<p>Control de la presión arterial</p> <p>En todos los controles prenatales se deben medir los valores de presión arterial y a más de ello indagar sobre signos/síntomas como: dolor de cabeza, zumbido, visión borrosa, pies-manos-cara hinchados.</p>	
	<p>Convulsiones</p> <p>Toda convulsión es una emergencia porque puede comprometer la salud de la madre y el feto</p>
<p>Ausencia de movimientos del bebé</p> <p>Si se detecta que el bebé no se mueve o reduce la frecuencia, se debe buscar atención</p>	
	<p>Infecciones en vías urinarias</p> <p>Estas infecciones, que se manifiestan a manera de dolor, ardor, mal olor o sin ningún síntoma pueden provocar complicaciones como disminución del crecimiento del bebé y un parto prematuro</p>

<p style="text-align: center;">Fiebre</p> <p>Esta es consecuencia de una infección o de que algo anda mal por lo que debe buscarse ayuda y no automedicarse</p>	
	<p style="text-align: center;">Salida de líquido amniótico</p> <p>La salida de este líquido antes de las 38 semanas puede complicar la vida del bebé y la madre, por lo que debe buscar atención inmediata.</p>

SECCIÓN II



La segunda sección aborda el cuidado integral del niño después de su nacimiento y se dirige especialmente a los primeros dos años de vida, etapa crítica para el crecimiento, desarrollo infantil y determinante en la prevención de la desnutrición crónica pues durante este periodo, el seguimiento continuo mediante el control del niño sano permite vigilar su crecimiento y estado nutricional, así como identificar de manera oportuna posibles riesgos o alteraciones que puedan afectar su salud.

Esta sección integra acciones fundamentales como el control periódico del niño, el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación, la promoción y el apoyo a la lactancia materna, y la orientación sobre una alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses de edad. Estas prácticas contribuyen a fortalecer el sistema inmunológico, garantizar un aporte nutricional suficiente y prevenir enfermedades que pueden interferir con el crecimiento y la adecuada absorción de nutrientes.

Control del niño sano

¿Qué es?

Se refiere a un conjunto de actividades preventivas y de seguimiento que se realizan de manera periódica desde el nacimiento hasta los primeros años de vida, con el objetivo de vigilar el crecimiento, el desarrollo y el estado de salud del niño.



¿Para qué sirve?

- ❖ El control del niño sano es fundamental para la prevención de la desnutrición crónica infantil, posibilita la detección temprana de alteraciones en el crecimiento, especialmente del peso y la talla.
- ❖ A través de este seguimiento continuo, el personal de enfermería puede identificar oportunamente signos de riesgo nutricional, enfermedades frecuentes de la infancia o prácticas inadecuadas de alimentación, interviniendo de manera temprana para evitar daños permanentes.
- ❖ Además, fortalece la prevención de enfermedades mediante la vacunación, promueve la lactancia materna y orienta sobre una alimentación complementaria adecuada, contribuyendo al desarrollo integral del niño.

¿Con qué frecuencia se realiza?

De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el control del niño sano debe realizarse con mayor frecuencia durante los primeros

meses de vida, cuando el crecimiento es más acelerado y el riesgo de desnutrición es mayor:

- ❖ Recién nacido: dentro de los primeros 7 días de vida
- ❖ De 1 a 6 meses: control mensual
- ❖ De 6 a 12 meses: control cada 2 meses
- ❖ De 12 a 24 meses: control trimestral

La periodicidad puede ajustarse según el estado de salud y nutrición del niño, especialmente en casos de riesgo.

¿Qué actividades se realizan en el control del niño sano?

MES 1	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales (temperatura axilar, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno). • Antropometría (peso, talla, perímetro cefálico) • Exploración física (piel, cabeza, cara, visual, auditivo, nariz, boca, cuello, aparato respiratorio, abdomen, genitales, musculoesquelético, caderas) • Evaluación del desarrollo psicomotor (reflejos) • Tamizajes (auditivo y metabólico neonatal). • Educación a padres: manejo del bebé (baño, piel y uñas, temperatura, signos de alarma), tolerancia al llanto, fomento de lactancia materna, estimulación del niño, prevención de infecciones, accidentes o maltrato, signos de alarma.
<p>NOTA: Realizar estos controles es importante, permite confirmar que el bebé esté creciendo bien y que su cuerpo funcione correctamente, pues detecta a tiempo cualquier problema de salud o dificultad con la alimentación, para cuidar mejor al bebé en casa y a reconocer señales de alerta.</p>	

<p>2-3 MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales • Antropometría • Evaluación del desarrollo psicomotor (reflejos, sigue con la vista, eleva la cabeza cuando está boca abajo) • Exploración física • Aplicación de megadosis de vitamina A (50.000 UI) y uso de suplementos para niños con bajo peso al nacer o prematuros (solución de hierro en gotas a partir de los 28 días hasta los 6 meses en dosis de 2mg/kg). • Promover la prevención se infecciones, accidentes, riesgos, signos de alarma.
<p>NOTA: Es importante realizar estos controles porque permiten vigilar que el bebé esté creciendo adecuadamente y recibiendo los nutrientes necesarios para su desarrollo, además de la medición del peso ayudan a identificar signos de alarma en bajo peso o riesgo de desnutrición crónica.</p>	
<p>4-5 MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales • Antropometría • Exploración física • Evaluación del desarrollo psicomotor (responde a la voz, agarra objetos, emite sonidos, sostiene la cabeza) • Prevención de infecciones, accidentes, riesgos. • Administración de hierro en gotas en casos de bajo peso. • Visitas domiciliarias en hogares en riesgo
<p>NOTA: Estos controles aseguran que el peso, el desarrollo y el estado general de salud permitan identificar tempranamente problemas que podrían afectar el crecimiento, la administración del hierro es importante porque previene la anemia favoreciendo el crecimiento adecuado.</p>	

<p>6-9 MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales • Antropometría • Exploración física • Evaluación del desarrollo psicomotor (intenta alcanzar objetos, lleva objetos a la boca, gira la cabeza, se da la vuelta solo) • Evaluación de la alimentación • Repetir la dosis de vitamina A (100.000 UI) • Prevención de infecciones, riesgos, accidentes • Educación a padres (alimentación, estimulación, sueño, buen trato) • Micronutrientes en polvo (1 sobre pasando un día por 6 meses).
<p>NOTA: Es una etapa clave para su crecimiento, donde la alimentación complementaria cubre nuevas necesidades nutricionales, la vitamina A es útil porque fortalece las defensas del niño, protege la vista y ayuda a que el crecimiento sea adecuado así también los micronutrientes mejoran la alimentación diaria, previenen la anemia y la desnutrición crónica.</p>	
<p>10-12 MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales • Antropometría • Exploración física • Evaluación del desarrollo psicomotor (juega a taparse y descubrirse, se pasa objetos de una mano a otra, duplica sílabas, se sienta sin apoyo) • Evaluación de la alimentación • Repetir dosis de vitamina A (100.000 UI de 6-11 meses y 200.000 de 12 a menor de 5 años). • Prevención de enfermedades y lesiones • Administración de hierro y micronutrientes de 6-23 meses (1 sobre pasando un día).

NOTA: El niño se encuentra en una etapa de crecimiento rápido y mayor actividad física, aumentando las necesidades nutricionales para ello la vitamina A, el hierro y los micronutrientes ayudan a que el niño esté sano y que no se enferme con facilidad.

12-15

MES

- Toma de signos vitales
- Antropometría
- Exploración física
- Evaluación del desarrollo psicomotor (juega a taparse y descubrirse, se pasa objetos de una mano a otra, duplica sílabas, se sienta sin apoyo)
- Evaluación de la alimentación
- Repetir dosis de vitamina A (100.000 UI de 6-11 meses y 200.000 de 12 a menor de 5 años).
- Prevención de enfermedades y lesiones
- Administración de hierro y micronutrientes de 6-23 meses (1 sobre pasando un día).

NOTA: Es importante realizar estos controles porque el niño deja poco a poco la lactancia exclusiva y depende más de los alimentos que consume a diario, por eso controlando el peso y la alimentación ayudan a prevenir la desnutrición crónica.

<p>15-18 MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales • Antropometría • Exploración física • Evaluación del desarrollo psicomotor (ejecuta gestos a pedido, mete objetos en un recipiente, dice palabras aparte de mamá y papá, camina sin apoyo) • Evaluación de la alimentación • Suplementación de hierro, micronutrientes. • Promoción de salud: alimentación, estimulación, sueño, disciplina positiva
<p>NOTA: Son importantes porque el niño está en la etapa de crecimiento en donde gasta más energía, por lo que necesita una alimentación balanceada, la suplementación y la orientación a la familia ayuda en la prevención de deficiencias nutricionales que pueden desencadenar en la desnutrición crónica.</p>	

<p>21-24 MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales • Antropometría incluido IMC • Exploración física • Evaluación del desarrollo psicomotor (identifica objetos, garabatea espontáneamente, dice 3 palabras aparte de mamá y papá, camina para atrás) • Evaluación de la alimentación • Vitamina A en dosis de 200.000 UI (24 gotas) hasta los 5 años. • Prevención de infecciones, caídas, quemaduras, lesiones, maltrato, asfixia, ahogamiento, intoxicación • Fomento de buen trato, disciplina positiva, alimentación adecuada y equilibrada.
<p>NOTA: Para esta edad es importante los controles porque el niño ya depende de gran parte de la alimentación familiar para cubrir todas las</p>	

necesidades, la vitamina A fortalece las defensas, prevenir las infecciones es fundamental para que el niño explore más su entorno y el buen trato es esencial para generar un ambiente seguro y estable.

1. Esquema de vacunación

La vacunación del niño constituye una de las intervenciones preventivas más eficaces para proteger la salud infantil pues a través del cumplimiento oportuno del esquema de vacunación, se previenen enfermedades infecciosas graves que pueden generar complicaciones, hospitalizaciones y secuelas que afectan el crecimiento y el desarrollo del niño.

¿Qué son las vacunas?

Las vacunas son sustancias biológicas que se administran principalmente durante la infancia con el propósito de proteger a los niños frente a enfermedades infecciosas graves y potencialmente mortales gracias a la inmunidad que proporcionan.

¿Por qué se debe vacunar a los niños?



- ❖ Protegen al niño frente a enfermedades que pueden causar secuelas graves o incluso la muerte, especialmente en etapas tempranas de la vida, cuando el sistema inmunológico aún se encuentra en desarrollo
- ❖ Para evitar enfermedades altamente contagiosas como el sarampión, difteria y poliomielitis.

Enfermedades que se evitan con las vacunas en niños:

- Tuberculosis grave
- Hepatitis B

- Difteria
- Tétanos
- Tos ferina
- Poliomiелitis
- Diarreas graves por rotavirus
- Neumonía, meningitis y sepsis por neumococo
- Influenza (gripe)
- Sarampión
- Rubéola
- Parotiditis (paperas)
- Fiebre amarilla
- COVID-19

Esquema de vacunación del niño de 0 a 24 meses

MSP

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN 2025		
Menores de un año	Recién Nacido dentro de las primeras 24 horas. Dosis única.	BCG: Meningitis y Tuberculosis pulmonar diseminada
		HB: Hepatitis B por transmisión vertical (madre con antecedentes de HB).
	2 meses	ROTAVIRUS: Enfermedad diarreica agua por rotavirus. HEXAVALENTE: Previene 6 enfermedades. Toxoide diftérico, Toxoide tetánico, B Pertusis (tos ferina) de célula entera, HbsAg (hepatitis B), vacuna inactivada de polio Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3 y haemophilus influenzae Tipo B. NEUMOCOCO 13: Neumonías, meningitis. Otitis por streptococcus pneumoniae

	4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • ROTAVIRUS • HEXAVALENTE • NEUMOCOCO13
	6 meses	bOPV: Poliomieltis <ul style="list-style-type: none"> • HEXAVALENTE • NEUMOCOCO 13
	INFLUENZA ESTACIONAL	
12 MESES	12 meses	FA: Fiebre Amarilla
A		
23 MESES		SRP 1: Sarampión Rubeola y Parotiditis (Paperas)
	15 meses	VARICELA
	18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • HEXAVALENTE • bOPV • SRP 2

NOTA: El cumplir con el esquema nacional de vacunación es fundamental para que los niños no se enfermen con enfermedades infecciosas las cuales les hacen bajar de peso y no crecer adecuadamente.

Vacunarlos a tiempo protege su salud y su crecimiento pues un niño sano come mejor y se desarrolla adecuadamente, por cumplir con las vacunas previene la desnutrición crónica infantil.

¿Cuáles son los efectos adversos de las vacunas?

- ❖ Dolor y enrojecimiento en el sitio de aplicación
- ❖ Fiebre leve
- ❖ Irritabilidad o llanto
- ❖ Somnolencia o decaimiento
- ❖ Disminución transitoria del apetito



Recomendaciones post- vacunación



- ❖ Mantener la lactancia materna antes y después de la vacunación, brinda consuelo, disminuye el dolor y fortalece la respuesta inmunológica del niño.
- ❖ Observar el sitio de aplicación de la vacuna, es normal que aparezca enrojecimiento, leve inflamación o dolor, los cuales suelen desaparecer en pocos días.
- ❖ Aplicar compresas frías en el lugar de la inyección si existe molestia local, evitando masajes o fricciones sobre la zona.
- ❖ En caso de fiebre leve, asegurar una adecuada hidratación y continuar con la alimentación habitual del niño.
- ❖ Administrar medicación antipirética únicamente bajo indicación del personal de salud, respetando la dosis y frecuencia recomendadas.
- ❖ Vigilar la aparición de signos de alarma como fiebre persistente y elevada, llanto inconsolable, dificultad para respirar, erupciones extensas o convulsiones y acudir de inmediato a un establecimiento de salud si se presentan.
- ❖ Mantener actualizada la tarjeta de vacunación y acudir puntualmente a las siguientes citas según el esquema establecido.

2. Lactancia materna

Durante los primeros seis meses de vida, la leche materna es el único alimento que el bebé necesita, proporciona todos los nutrientes necesarios para crecer sano y protege contra enfermedades, ayudando a prevenir la desnutrición crónica desde el inicio de la vida.



¿Qué es la leche materna?

La leche materna es el alimento natural producido por las glándulas mamarias de la madre y constituye la forma óptima de nutrición para el niño debido a que aporta todos los nutrientes que necesita durante los primeros seis meses de vida, en cantidades y proporciones adecuadas, además de anticuerpos y factores bioactivos que protegen contra enfermedades

¿Cuáles son las ventajas de la leche materna?

- ❖ Proporciona una nutrición completa y equilibrada durante los primeros seis meses de vida.
- ❖ Fortalece el sistema inmunológico del niño, protegiéndolo contra infecciones respiratorias, gastrointestinales y otras enfermedades.
- ❖ Favorece el adecuado crecimiento y desarrollo, reduciendo el riesgo de desnutrición crónica infantil.
- ❖ Mejora el desarrollo neurológico y cognitivo del niño.
- ❖ Facilita la digestión y absorción de los nutrientes, disminuyendo el riesgo de diarreas y estreñimiento.
- ❖ Fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el hijo.



- ❖ Contribuye a la prevención de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida.
- ❖ Reduce el riesgo de alergias e intolerancias alimentarias.
- ❖ Es un alimento seguro, higiénico y siempre disponible, sin riesgo de contaminación.
- ❖ Aporta beneficios a la madre, como la reducción del riesgo de hemorragia posparto y ciertas enfermedades.

Dosis de lactancia materna

- ❖ Ofrecer el pecho al bebé cada 2 a 3 horas, incluso durante la noche.
- ❖ Proporcionar lactancia a libre demanda, siempre que el bebé lo solicite.
- ❖ Permitir que el bebé termine de succionar un pecho antes de ofrecer el otro.

Recomendaciones para una adecuada lactancia materna

La posición debe ser cómoda tanto para la madre como para el bebé.

-Posición de cuna: el bebé recostado sobre el brazo de la madre, frente al pecho.

-Posición en cuna cruzada: similar a la cuna, pero sosteniendo la cabeza del bebé con la mano contraria.



-Posición recostada: madre y bebé de lado, ideal para el descanso nocturno.

-Posición recostada de lado: el bebé se coloca a un lado del cuerpo de la madre, útil después de una cesárea.



¿Cómo lograr una buena lactancia?

Una buena succión asegura que el bebé reciba suficiente leche y evita dolor en los pezones.



- La boca del bebé debe estar bien abierta.
- El bebé debe tomar el pezón y parte de la areola, no solo la punta.
- Los labios deben estar hacia afuera, no doblados hacia adentro.
- La barbilla del bebé debe tocar el pecho de la madre.

¿Por qué es fundamental la lactancia materna?

- Es el alimento natural y completo del recién nacido
- Fortalece el vínculo afectivo madre-hijo
- Contribuye a la salud física y emocional de la madre

ESAMyN

- Los objetivos son básicos y no se pueden cambiar, porque forman parte de la normativa ESAMyN para la lactancia como el proteger que el bebé reciba solo leche materna desde el nacimiento, mantener la lactancia de forma segura y evitar prácticas que puedan hacer que la madre produzca menos leche.



ESAMyN en Lactancia Materna Exclusiva

- Respeto a la decisión informada de la madre en darle o no de lactar.
- Entornos de salud que protejan y promuevan la lactancia.
- Prohibición del uso continuo de biberones, fórmulas o chupetes sin indicaciones de un médico.



NOTA: Toda madre puede producir leche suficiente, la leche materna se adapta a las necesidades del bebé y no se necesita agua ni otros líquidos.



- El bebé debe colocarse sobre el pecho de la madre inmediatamente después de nacer.
- El contacto piel con piel ayuda a que el bebé busque el seno y succionar.
- La primera leche se llama calostro y aunque sea poca cantidad es suficiente.
- No se debe dar agua, fórmula ni otros líquidos al recién nacido.

NOTA: Al recién nacido no se le da líquidos porque su estómago es muy pequeño y solo está preparado para recibir leche materna, al darle agua, fórmula hace que succione menos el pecho y se produzca menos leche, además, estos líquidos no lo protegen y pueden causarle enfermedades.

- La lactancia debe darse cada vez que el bebé se lo pida.
- El bebé solo necesita leche materna durante los primeros 6 meses.
- Mientras más succione el bebé más leche producirá.
- Si hay dolor al lactar, se debe revisar cómo el bebé se prende del seno.
- Ante un dolor fuerte, fiebre o tristeza se debe buscar ayuda.



NOTA: La lactancia es un aprendizaje que mejora con apoyo, cada madre y bebé tienen su propio ritmo y dar de lactar fortalece la salud del bebé.

3. Alimentación complementaria

La alimentación complementaria constituye una etapa clave en el crecimiento y desarrollo del niño, a partir de los seis meses de edad la leche materna por sí sola ya no cubre completamente sus requerimientos nutricionales. En esta fase se inicia la incorporación progresiva de alimentos sólidos y semisólidos adecuados para la edad, que complementan la lactancia materna y aportan la energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para un crecimiento saludable.



Una alimentación complementaria oportuna, suficiente, variada y segura es fundamental para prevenir la desnutrición crónica infantil, favorecer el adecuado desarrollo físico y cognitivo, fortalecer el sistema inmunológico y establecer hábitos alimentarios saludables que perduren a lo largo de la vida, con un rol clave del personal de enfermería en la educación y acompañamiento a las familias.

¿Cuándo iniciar la alimentación complementaria?

A partir de los seis meses de edad, la leche materna continúa siendo un pilar fundamental de la nutrición infantil; sin embargo, ya no cubre por completo los requerimientos nutricionales del niño, por lo que se vuelve necesario introducir de forma gradual alimentos sólidos y semisólidos que complementen la lactancia materna y respondan a las mayores demandas de energía y nutrientes propias del crecimiento.



¿Cuándo proporcionar alimentación complementaria?

Los alimentos complementarios deben ofrecerse después de la lactancia materna o entre las tomas, con el fin de asegurar que el niño continúe recibiendo una cantidad suficiente de leche materna.

La lactancia debe mantenerse a libre demanda, sigue aportando nutrientes esenciales y factores protectores durante todo el proceso de alimentación complementaria.



¿Qué características deben tener los primeros alimentos?

Alrededor de los seis meses, el niño inicia el aprendizaje de la masticación, por lo que los primeros alimentos deben tener una consistencia blanda y fácil de deglutir, como papillas espesas, frutas y verduras bien trituradas.

¿En qué cantidad y cuándo se debe proporcionar alimentos?


- La alimentación debe responder a las señales de hambre del niño, como llevarse las manos a la boca o mostrar interés por los alimentos.
- Inicialmente se recomienda ofrecer dos a tres cucharadas de comida blanda, dos veces al día, considerando que el estómago del niño aún es pequeño.
- Es fundamental respetar las señales de saciedad, evitar forzarlo a comer y permitir que se familiarice progresivamente con nuevos sabores y texturas.

¿Cuáles son los requerimientos calóricos adicionales?

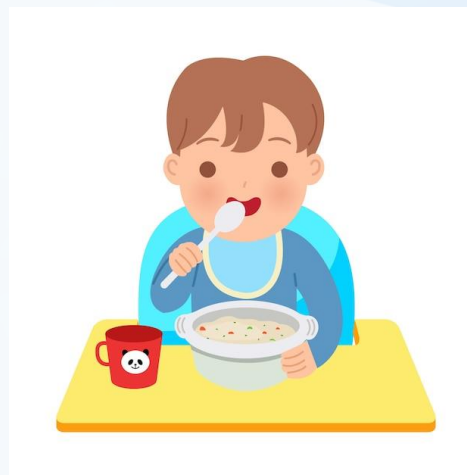


- Desde los 9 -11 meses el requerimiento calórico adicional es de 300 kcal independientemente del proporcionado por la leche materna.
- De los 12 a los 24 meses de edad el requerimiento calórico es de 550 kcal independientemente del proporcionado por la leche materna.

Alimentación complementaria en menores de 12 meses

<p style="text-align: center;">6-8 meses</p> 	<p>El niño puede consumir aproximadamente media taza de alimentos blandos, dos a tres veces al día. En este periodo puede introducirse un refrigerio saludable entre comidas, como puré de frutas. Se debe mantener la lactancia materna en la misma frecuencia.</p> <p>En esta etapa, se debe evitar el consumo de miel, la cual no es segura antes del primer año de vida.</p>
<p>En este periodo la cantidad y la frecuencia de las comidas aumentan progresivamente.</p> <p>El niño puede consumir media taza de comida tres o cuatro veces al día, además de uno o dos refrigerios saludables.</p>	<p style="text-align: center;">9-11 meses</p>

Los alimentos pueden ofrecerse en trozos pequeños y blandos, favoreciendo la masticación y el inicio de la alimentación con las manos, siempre bajo supervisión. La lactancia materna debe continuar a libre demanda.



Alimentación complementaria entre el 1-2 año de edad

Durante el segundo año de vida, la leche materna continúa aportando nutrientes importantes y protección frente a enfermedades, sin embargo, los alimentos sólidos y semisólidos se convierten en la principal fuente de energía y nutrición. En esta etapa se recomienda ofrecer primero los alimentos y luego la lactancia materna, en caso de que el niño o la niña aún tenga apetito, manteniendo la lactancia como un complemento valioso.

¿Qué alimentos se recomiendan en esta etapa?

A partir del primer año, el niño o la niña puede consumir la mayoría de los alimentos que forman parte de la dieta familiar, siempre que estén preparados de manera saludable y adaptados a su capacidad de masticación. Cada comida debe priorizar alimentos nutritivos que aporten energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para su crecimiento y desarrollo.



Se recomienda incluir:

- Alimentos de origen animal: leche y derivados (yogur, queso pasteurizado), huevos, carne, pollo, pescado y otras aves, por su aporte de proteínas de alta calidad, hierro, zinc y vitaminas esenciales.
- Leguminosas y semillas: lentejas, fréjol, garbanzos, arvejas, maní y otras semillas, preferiblemente bien cocidas y trituradas o molidas.
- Cereales y tubérculos: arroz, avena, maíz, quinoa, papa, yuca y plátano, como principales fuentes de energía.
- Frutas y verduras: especialmente las de color verde y naranja (espinaca, brócoli, zanahoria, zapallo, mango, papaya), por su contenido de vitaminas y minerales.
- Grasas saludables: pequeñas cantidades de aceites vegetales (como aceite de girasol, maíz u oliva) añadidas a las comidas para incrementar el aporte energético.
- Refrigerios saludables: frutas frescas, yogur natural o preparaciones caseras nutritivas entre comidas.

¿En qué cantidad y frecuencia se debe proporcionar?

Entre el primer y segundo año de vida, el niño o la niña puede consumir entre tres cuartos y una taza de alimento por comida, con una frecuencia de tres a cuatro veces al día, además de uno o dos refrigerios. En los niños que no reciben lactancia materna, la frecuencia de alimentación debe ser mayor para asegurar un adecuado aporte nutricional.



Alrededor del primer año, cuando el niño inicia la marcha, se recomienda una alimentación más fraccionada, con cuatro a cinco comidas diarias y dos refrigerios saludables.

¿Qué alimentos se debe evitar?

Para prevenir deficiencias nutricionales y promover hábitos alimentarios saludables, se debe evitar el consumo de alimentos con bajo valor nutricional, entre ellos:

- Alimentos ultra procesados: papas fritas, galletas, pasteles, snacks industriales y comida rápida.
- Bebidas azucaradas: refrescos, jugos artificiales y bebidas gaseosas.
- Dulces y golosinas: caramelos, chocolates y productos con alto contenido de azúcar.
- Alimentos con exceso de sal y grasa: embutidos, frituras y productos industrializados.
- Productos con aditivos y colorantes artificiales, que no aportan beneficios nutricionales y pueden desplazar el consumo de alimentos saludables.



CONCLUSIONES

- El manual de enfermería que se ha desarrollado constituye como una herramienta educativa pertinente y coherente para la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años, integra de manera organizada y comprensible los cuidados prenatales y el cuidado integral del niño sano, abordando factores clave como la nutrición materna, la lactancia materna, la alimentación complementaria y el control del crecimiento y desarrollo.
- El enfoque de este manual fortalece el rol del profesional de enfermería como agente educativo y preventivo dentro del primer nivel de atención, permitiendo estandarizar acciones de promoción de la salud dirigidas a gestantes, madres y cuidadores, lo que contribuye a mejorar los conocimientos, prácticas alimentarias y la detección temprana de riesgos nutricionales durante los primeros días de vida.
- La implementación del manual favorece una atención integral, continua y preventiva, orientada a reducir la incidencia de la desnutrición crónica infantil, promueve intervenciones oportunas desde el embarazo hasta los primeros años de vida, fortaleciendo la toma de decisiones informadas por parte de las familias y apoyando el desarrollo físico y cognitivo adecuado del niño.

Bibliografía utilizada en la propuesta

Ministerio de Salud Pública. (2013). Normas y Protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/4_alimentacion_ni%C3%B1o_menor_2a%C3%B1os.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2022). Libreta integral de salud. Obtenido de <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/libreta/Libreta%20integral%20de%20Salud%20Materna.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Manual de Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00091_2019%20DIC%2016...pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). Libreta integral de salud para la mujer embarazada, niñas y niños menores de 5 años de edad. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/media/13461/file/LIBRETA_INTEGRAL_DE_SALUD_FINAL_17_08_22.pdf.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). Esquema de vacunación. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/08/Ampliacion-esquema-nacional-vacunacion-ecuador-2025.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). Guía de apoyo ciudadano a la mujer embarazada. Por un Ecuador sin muertes maternas. Obtenido de <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Gu%C3%ADa%20de%20apoyo%20ciudadano%20a%20la%20mujer%20embarazada.pdf>

UNICEF. (2019). Qué saber antes de la lactancia: cómo prepararse para amamantar. Obtenido de <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-saber-antes-de-la-lactancia-como-prepararse-para-amamantar>

UNICEF. (2024). Lo que debes saber sobre las vacunas infantiles. Obtenido de <https://www.unicef.org/parenting/es/salud/lo-que-debes-saber-sobre-vacunas-infantiles>

UNICEF. (2025). Alimentación del bebé de 1 a 2 años. Obtenido de <https://www.unicef.org/parenting/es/alimentacion-nutricion/alimentacion-1-2-anos>

UNICEF. (2025). Alimentación del bebé de los 6 a los 12 meses. Obtenido de <https://www.unicef.org/parenting/es/alimentacion-nutricion/alimentacion-6-12-meses>

Zayas, G., Chávez, H., & Roque, P. (2023). Manual para la atención alimentaria y nutricional a embarazadas en hogares maternos. Obtenido de UNICEF: <https://www.unicef.org/cuba/media/6526/file/Manual%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20alimentaria%20y%20nutricional%20a%20embarazadas%20en%20hogares%20maternos.pdf>

CONCLUSIONES

- La evidencia científica analizada confirma que la prevención de la desnutrición crónica infantil en menores de dos años constituye una prioridad de salud pública, debido a su impacto directo y permanente en el desarrollo cognitivo y físico durante los primeros mil días de vida. Este problema se asocia a múltiples factores, entre ellos la inseguridad alimentaria, la pobreza, la inadecuada nutrición materna, el bajo peso al nacer y prácticas deficientes de lactancia y alimentación infantil.
- A partir de la información recopilada mediante entrevistas, se determinó que, aunque los padres y cuidadores de niños menores de dos años reconocen la importancia de una adecuada nutrición durante el embarazo y la primera infancia, persisten barreras relacionadas con el acceso y adherencia a los controles prenatales, el consumo irregular de suplementos nutricionales y el desconocimiento sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria, influenciadas en varios casos por prácticas culturales y del entorno.
- En respuesta a estas necesidades, se elaboró un manual educativo orientado a la prevención de la desnutrición crónica infantil, estructurado en componentes de control prenatal y control del niño sano, que integra recomendaciones nutricionales, uso adecuado de micronutrientes, esquema de vacunación, promoción de la lactancia materna, preparación durante la gestación y reconocimiento oportuno de signos de alarma, constituyéndose en una herramienta de apoyo para la educación y promoción de la salud materno infantil.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda el presente trabajo de investigación debido a que contiene un manual educativo estructurado, con información clara, actualidad y basada en evidencia científica, que aborda de manera integral la prevención de la desnutrición crónica, incluyendo la importancia de lactancia materna exclusiva y continua, alimentación complementaria y la necesidad de los controles prenatales durante cada etapa de crecimiento del niño.
- Fortalecer las estrategias de educación nutricional materno-infantil orientados al período prenatal y en los primeros 2 años de vida del niño y así promover los controles prenatales regulares, el consumo consistente de suplementos vitamínicos y las buenas prácticas alimentarias en los menores.
- Socializar con los principales actores el manual educativo propuesto en esta investigación, permite conocer todo lo que las gestantes y madres de niños menores de 2 años las acciones que deben seguir para prevenir la desnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

Alcocer, L., y Masaquiza, J. (2024). Desnutrición crónica infantil en menores de 24 meses que acuden a un centro de salud ecuatoriano, enero-marzo 2023. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(3), 407-421.

<https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1112/1528>

Alulema, A., Vacas, K., Rivadeneira, M., y Moncayo, A. (2023). Incidencia de desnutrición crónica y factores asociados en una cohorte de niños menores de 5 años: Un estudio observacional multicéntrico. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 24(1), 79-89. <https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/206/237>.

Álvarez, G. (2024). Relación entre desnutrición crónica y enfermedades infecciosas en niños. *Ciencia y Desarrollo. Universidad Alas Peruanas*, 27(3), 125-134.

Barraza Macías, A. (2023). *Metodología de la investigación cualitativa. Una perspectiva interpretativa*. México: Benessere. Centro de Intervención para el Bienestar Físico y Mental A.C.

Bermeo, K. (2023). *Desnutrición crónica en menores de dos años*. Azogues: Universidad Católica de Cuenca.

Bhupathiraju, S., Hu, F., y Braunstein, G. (2023). *Desnutrición*. Manual MSD, <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n?ruleredirectid=755>.

Bhupathiraju, S., y Hu, F. (abril de 2025). *Desnutrición calórico-proteica*. . En *Manual MSD versión para profesionales*: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n-cal%C3%B3rico-proteica>

- Chacha, E., Espinoza, L., y Chachalo, M. (2024). Desnutrición crónica infantil en Ecuador. Revisión sistemática. *Revista arbitrada de ciencias de la salud*, 3(Especial), 11-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.62574/zt8s8a56>
- Condori Ojeda, P. (2020). Universo, población y muestra. *Academia*, 1-16. <https://www.aacademica.org/cporfirio/18.pdf>.
- Cortez, D., y Pérez, M. (2023). Desnutrición crónica infantil y sus efectos en el crecimiento y desarrollo. *RECIAMUC*, 7(2), 6777-686. <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1158>.
- Cueva, M., Pérez, C., Ramos, M., y Guerrero, R. (2021). La desnutrición infantil en Ecuador. Una revisión de literatura. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, LXI(4), 556-564. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392385/364-1305-1-pb.pdf>
- Cueva, M., Pérez, C., Ramos, M., y Guerrero, R. (2021). La desnutrición infantil en Ecuador. Una revisión de literatura. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, LXI(4). <https://doi.org/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392385/364-1305-1-pb.pdf>
- Cvetkovi, A., Magiña, J., Soto, A., Lama, J., y Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Rev. Fac. Med. Hum*, 21(1), 179-185. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf>.
- Dipasquale, V., Cucinotta, U., y Romano, C. (2020). Acute Malnutrition in Children: Pathophysiology, Clinical Effects and Treatment. *Nutrients*, 12(8), 2413. <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2413>.

- García, C., y Taco, J. (2025). Impacto de la desnutrición crónica infantil en el desarrollo cognitivo en niños y niñas. *Revista Científica Arbitrada de Investigación en Comunicación, Marketing y Empresa REICOMUNICAR.*, 8(15), 526-542. <https://doi.org/https://doi.org/10.46296/rc.v8i15.0341>
- González, A., Molina, R., López, A., y López, G. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *New Trends in Qualitative Research*, 14, e571. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184-77702022000500004.
- Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Saberes del Conocimiento*, 4(3), 163-173. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/download/860/1560?inline=1>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). Boletín Técnico Nro. 01-2023-ENDI. Principales indicadores. INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/Boletin_tecnico_%20ENDI_R1.pdf
- Joyce, M., Rooyen, D., y Ham, W. (2023). Prevención de la desnutrición durante los primeros 1000 días de vida en comunidades de bajos recursos: una revisión integradora de la literatura. *Revista de Atención Médica Infantil*, 28(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1367493523116642>
- Juela, E., y Chileno, L. (2024). Prevención de la desnutrición infantil y educación sobre los hábitos alimenticios en las madres: Revisión Sistemática. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 7(14). <https://doi.org/https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/153>

Márquez, C. (10 de Marzo de 2023). El alto índice de Desnutrición Crónica Infantil en Tungurahua preocupa. <https://youtopiaecuador.com/desnutricion-cronica-infantil-tungurahua-ecuador/>

Ministerio de Salud Pública . (2018). Manual de Atención integral a la niñez. Quito: MSP. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ni%C3%B1ez.pdf.

Ministerio de Salud Pública . (2023). Guía para la prevención de la desnutrición crónica infantil. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/04/Guia-PPE-Prevencion-Desnutricion-Cronica.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). Esquema de vacunación. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/10/ESQUEMA-VACUNACION1.oct_.23.pdf

Morales, B., Gonzalez, E., Solis, G., Quispe, C., Bautista, W., Santos, G., . . . Aparco, J. (2025). Chronic Malnutrition during the first 12 month of life in children from a peruvian cohort. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 42(1), 14-27. <https://doi.org/https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.421.13662>

Naranjo, A., Alcívar, V., Rodríguez, T., y Betancourt, F. (2020). Desnutrición infantil kwashiorkor. *RECIMUNDO Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(1), 24-45. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).esp.marzo.2020.24-45](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.24-45)

Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (26 de Marzo de 2025). Un estudio sobre nutrición infantil alerta que 3,6 millones de niños en América Latina presentan rezago en su desarrollo. <https://oei.int/oficinas/secretaria-general/noticias/un-estudio-sobre-nutricion-infantil-alerta-que-36-millones-de-ninos-en-america-latina-presentan-rezago-en-su-desarrollo/>

- Organización Mundial de la Salud. (2025). ¿Qué es la desnutrición infantil?
<https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
- Owuraku, T., y Sharon, D. (2025). Severe Acute Malnutrition: Recognition and Management of Marasmus and Kwashiorkor. StatPearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559224/>
- Ron, M., y Pincay, A. (2024). Desnutrición infantil en niños de 2 a 3 años de la zona 8 en el DCI Mi Hogar Divino-Santa Elena-Ecuador. Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR", 7(13), 58-75.
<https://doi.org/https://doi.org/10.46296/gt.v7i13.0133>
- Ronquillo, E., y Enríquez, M. (2022). Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI9). UNICEF.
<https://www.unicef.org/ecuador/media/10971/file/Estrategia%20Comunicaci%C3%B3n%20para%20el%20Desarrollo%20DCI%20Digital.pdf.pdf>
- Saavedra, C., Cotto, M., Cotto, L., Saavedra, E., Cotto, Y., y Ayala, J. (2025). Plan de intervención en menores de dos años con desnutrición crónica infantil . Revista Científica y Académica, 5(1).
<https://doi.org/https://estudiosyperspectivas.org/index.php/EstudiosyPerspectivas/article/view/864/1401>
- Sawadogo, P., Kobiané, J., y Nguemeleu, E. (2024). Variación temporal de la desnutrición crónica infantil en el contexto del fortalecimiento de los servicios de salud en Burkina Faso: un análisis de descomposición multivariada de Oaxaca-Blinder. Sec. Salud Pública y Nutrición, 12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1356918>
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2026). Desnutrición aguda.
<https://portal.siinsan.gob.gt/desnutricion-aguda/>

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2023). ¿Cuál es la diferencia entre desnutrición crónica y desnutrición aguda? <https://portal.sesan.gob.gt/2023/08/28/cual-es-la-diferencia-entre-desnutricion-cronica-y-desnutricion-aguda/>

Secretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública del Ecuador. (2017). Desnutrición cero, Ecuador, Semana Epidemiológica. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/Desnutricion.pdf>

UNICEF. (2011). La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. <https://www.oda-alc.org/documentos/1366997341.pdf>.

UNICEF. (2020). Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamiento-manejo-desnutricion-resolucion-2350.pdf>

UNICEF. (2021). Desnutrición Crónica Infantil Uno de los mayores problemas de salud pública en Ecuador. <https://www.unicef.org/ecuador/desnutricion-cr%C3%B3nica-infantil>

UNICEF. (2025). Desnutrición infantil. <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>

Villa, D. (2024). Propuesta de acciones para la prevención de la desnutrición aguda infantil, basada en el PAE. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.

World Food Programme. (17 de Julio de 2024). Programación de nutrición en los primeros 1000 días. <https://www.wfp.org/publications/nutrition-programming-first-1000-days>

ANEXOS

Anexo 1.

Anexo 1.1. Consentimiento informado para el Personal de Salud



AMBATO

Escuela PUCE TEC

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato

Carrera: Técnico Superior en Enfermería

Tema: Prevención de la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 2 años del Caserío Artezón.

Objetivo: Elaborar un manual educativo sobre la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años, dirigido a padres, personal de salud y cuidadores del caserío Artezón, que promueva prácticas nutricionales adecuadas y accesibles

Se le invita a participar en una entrevista relacionada con el tema mencionado. Su participación es voluntaria y no implica ningún riesgo. La duración estimada es de 30 minutos.

Confidencialidad

Los datos proporcionados serán manejados estrictamente con fines académicos y/o de investigación. Su nombre, cargo u otra información que permita identificarle no será publicada ni compartida. Las respuestas serán analizadas de forma anónima y solo se presentarán resultados generales.

Firma:

Anexo 1.2. Consentimiento informado para Personas del Caserío Artezón**AMBATO**

Escuela PUCE TEC

CONSENTIMIENTO INFORMADO**Institución:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato**Carrera:** Técnico Superior en Enfermería**Tema:** Prevención de la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 2 años del Caserío Artezón.

Objetivo: Elaborar un manual educativo sobre la prevención de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años, dirigido a padres y personal de salud del caserío Artezón, que promueva prácticas nutricionales adecuadas y accesibles

Se le invita a participar en una entrevista relacionada con el tema mencionado. Su participación es voluntaria y no implica ningún riesgo. La duración estimada es de 30 minutos.

Confidencialidad

Los datos proporcionados serán manejados estrictamente con fines académicos y/o de investigación. Su nombre u ocupación que permita identificarle no será publicada ni compartida. Las respuestas serán analizadas de forma anónima y solo se presentarán resultados generales.

Firma:

Anexo 2.



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

AMBATO

Escuela PUCE TEC

GUÍA DE ENTREVISTAS APLICADAS AL PERSONAL DE SALUD

DATOS DEL ENTREVISTADO

Profesión:

Áreas de desempeño profesional:

Años de experiencia profesional:

1. **¿Cómo integra en su práctica clínica los contenidos abordados en las capacitaciones sobre prevención de la desnutrición crónica en menores de 2 años?**

.....

2. **¿Cómo proporciona información a las gestantes sobre el uso adecuado de suplementos nutricionales durante el embarazo?**

.....

3. **¿Qué indicadores clínicos y antropométricos utiliza para evaluar el crecimiento y desarrollo adecuado de la gestante durante el embarazo, y cómo los monitorea en la práctica diaria?**

.....

4. **¿De qué manera orienta a la familia respecto al uso de alimentos fortificados para mejorar el estado nutricional de los niños menores de 2 años?**

.....

5. ¿Con qué frecuencia se monitorea la curva de crecimiento en menores de 2 años?

.....
.....
.....

6. ¿Se realiza seguimiento individualizado a niños con riesgo nutricional?

.....
.....
.....

7. ¿Cuáles considera los principales factores asociados a desnutrición crónica Infantil en la zona rural?

.....
.....
.....

8. ¿Qué limitaciones identifica para fortalecer la promoción nutricional en la comunidad?

.....
.....
.....

9. ¿Qué acciones considera prioritarias para reducir la desnutrición crónica en menores de 2 años?

.....
.....
.....

Firma:

Anexo 3.

GUÍA DE ENTREVISTA APLICADA A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2



AMBATO

AÑOS
Escuela PUCE TEC

DATOS DEL ENTREVISTADO

Cedula:

PREGUNTAS PARA EL GRUPO POBLACIONAL

1. ¿Cree que es importante alimentarse bien durante el embarazo para el crecimiento y desarrollo adecuado del bebé?

.....
.....
.....

2. ¿Con qué frecuencia asistió a los controles prenatales?

.....
.....
.....

3. ¿Ha recibido información sobre la alimentación adecuada durante el embarazo y ha utilizado vitaminas o suplementos como hierro o ácido fólico?

.....
.....
.....

4. ¿Cuánto tiempo después del parto inició la lactancia y por cuánto tiempo mantuvo la lactancia materna exclusiva?

.....
.....
.....

5. ¿Ha recibido información sobre el momento adecuado y la forma correcta de iniciar la alimentación complementaria?

.....
.....
.....

6. ¿Con qué periodicidad asiste con su bebé a los controles de crecimiento y desarrollo, y cómo asegura el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación según la edad?

.....
.....
.....

7. ¿En su hogar tiene acceso a agua limpia para preparar alimentos y hacer la higiene del bebé?

.....
.....
.....

8. ¿Conoce cuáles son las señales que indican que un niño no está creciendo bien?

.....
.....
.....

Firma:

Anexo 4.

Información de Profesionales de la Salud	
Enfermera 1	Título Universitario: Licenciada en Enfermería Título Posgrado: Ninguno Años de experiencia: 12 años Experiencia Laboral: Pediatría Cargo Actual: Enfermera Pediatra
Enfermera 2	Título Universitario: Licenciada en Enfermería Título de Posgrado: Ninguno Años de experiencia: 5 años Experiencia Laboral: Emergencia-Valoración clínica – observación y pediatría Cargo Actual: Observación y Pediatría
Doctor 1	Título Universitario: Médico General Título de Posgrado: Ginecología, Obstetricia y Pediatría Años de experiencia: 11 años Experiencia laboral: Pediatría Cargo actual: Obstetricia
Doctor 2	Título Universitario: Médico General Título de Posgrado: Especialista en Pediatría Años de Experiencia: 15 años Experiencia laboral: Pediatría Cargo actual: Unidad de Medicina Clínica
Doctor 3	Título Universitario: Tecnólogo Médico en la Especialización de Dietética y Nutrición Título de Posgrado: Ninguno Años de Experiencia: 25 años Experiencia Laboral: Nutricionista Cargo Actual: Unidad de Nutrición y Dietética

Anexo 5.

Entrevistas a madres

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos de la aplicación de las entrevistas al grupo de madres:

Tabla 3. Pregunta 1. ¿Cree que es importante alimentarse bien durante el embarazo para el crecimiento y desarrollo adecuado del bebé?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	Sí creo que es muy importante, porque lo que yo coma es lo que le llega a mi bebé y así puede crecer bien y sano dentro de mi vientre.
Entrevistada 2	Sí, ahora entiendo que durante el embarazo la alimentación influye en el bebé.
Entrevistada 3	Más o menos, porque antes no sabía mucho de eso y aun así mi hijo nació bien.
Entrevistada 4	Yo no estaba tan convencida, pensaba que solo era comer lo que había en la casa.
Entrevistada 5	Sí, considero que la alimentación es importante para el crecimiento del niño.
Entrevistada 6	Antes no le daba mucha importancia, pero ahora sé que sí es necesario.

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

En las respuestas obtenidas se evidencia que la mayoría si reconoce la importancia de una adecuada alimentación durante y después del embarazo para el desarrollo del bebé, sin embargo algunas de las participantes manifestaron que inicialmente no le daban mayor importancia o desconocían el impacto que la alimentación genera, lo cual refleja que el conocimiento está siendo influenciado por experiencias previas y creencias familiares, además se observa que las mujeres en etapa de post parto presentan una mayor conciencia sobre el tema a comparación con las mujeres embarazadas, lo que demuestra que el aprendizaje proviene después de las experiencias.

Tabla 4. Pregunta 2. ¿Con qué frecuencia asistió a los controles prenatales?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	He asistido a mis controles prenatales todos los meses desde que supe que estaba embarazada porque considero que es importante cuidar mi salud y asegurarme de que mi bebé esté bien, además porque en cada cita recibí indicaciones y revisiones que me ayudaron a sentirme más tranquila y segura durante el embarazo
Entrevistada 2	Fui casi siempre a mis controles prenatales, aunque hubo una o dos ocasiones en las que no pude asistir por situaciones personales, pero a pesar de eso si traté de cumplir con la mayoría de las citas porque sabía que eran necesarias para el seguimiento de mi embarazo
Entrevistada 3	No asistí con frecuencia a los controles, solo iba cuando me sentía mal o presentaba alguna molestia es que como ya había pasado por un embarazo antes ya sabía más o menos como es todo este proceso
Entrevistada 4	Fui pocas veces a los controles prenatales porque el subcentro de salud de mi comunidad queda lejos de mi casa y se me dificulta trasladarme en este estado, porque a veces no tenía cómo ir o el viaje me resultaba cansado, por lo que no pude asistir muy frecuente
Entrevistada 5	Asistí a la mayoría de los controles que me indicaron, seguí las recomendaciones de los doctores yo sí he considerado importante cumplir con las citas para recibir orientación adecuada, tanto durante el embarazo como después, especialmente para el cuidado de mi bebé
Entrevistada 6	No pude ir a todos los controles por trabajo y tiempo porque tengo muchas responsabilidades diarias y aunque sé que los controles son importantes, en algunas ocasiones se me hizo imposible asistir

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Las respuestas presentadas muestran una asistencia variable a los controles prenatales, algunas mujeres acudieron de manera constantes mientras que otras asistieron por determinadas ocasiones o cuando se presentaban molestias, entre los principales factores influyeron de la inasistencia se menciona la distancia del centro de salud, el trabajo y tiempo, además se observa que quienes asisten con mayor frecuencia demuestran el interés del cuidado de su embarazo, mientras que en el otro grupo puede limitar la detección oportuna de riesgos maternos y fetales.

Tabla 5. Pregunta 3. ¿Ha recibido información sobre la alimentación adecuada durante el embarazo y ha utilizado vitaminas o suplementos como hierro o ácido fólico?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	Sí recibí información sobre la alimentación adecuada durante el embarazo, me explicaron qué alimentos debía consumir para estar sana y ayudar al crecimiento de mi bebé y sí tomé el hierro que me indicaron, siguiendo las recomendaciones de los doctores
Entrevistada 2	Sí recibí información sobre la alimentación y la importancia de las vitaminas, pero no siempre tomé las pastillas como me indicaron porque a veces se me olvidaba o no las tomaba como me mandaron, aunque sabía que eran buenas para mí y mi hijo.
Entrevistada 3	No recibí mucha información sobre la alimentación durante el embarazo y casi no me explicaron sobre las vitaminas que me hacían falta por eso no tomé suplementos como hierro o ácido fólico porque no tenía claro para qué mismo servían
Entrevistada 4	Recibí poca información sobre cómo debía alimentarme durante el embarazo y sobre el uso de vitaminas y otras cosas, a veces tomaba el hierro, pero en otras ocasiones me olvidaba porque las cosas que tengo que hacer
Entrevistada 5	Sí recibí información clara sobre la alimentación y la importancia de los suplementos durante el embarazo por eso yo sí tomé las vitaminas y el hierro tal como me indicaron, porque consideré que era importante para mi salud y la de mi bebé
Entrevistada 6	Más o menos me explicaron para qué eran las vitaminas que me mandaban a tomar, pero no de manera muy detallada, no entendí bien pero sabía que eran importantes durante el embarazo, aunque la información que recibí fue básica

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

En relación a la información recibida sobre alimentación y el uso de suplementos, las respuestas reflejan diferencias importantes, algunas mujeres recibieron orientación clara y consumieron regularmente las vitamina, mientras que otras señalaron falta de explicación o un consumo irregular por olvido o desconocimiento, esta situación evidencia las debilidades en el proceso educativo durante los controles prenatales, además las mujeres en post parto reconocen posteriormente la importancia de hierro, porque se identifica la necesidad de fortalecer la comunicación y seguimiento para mejorar la adherencia a la alimentación complementaria.

Tabla 6. Pregunta 4. ¿Cuánto tiempo después del parto inició la lactancia y por cuánto tiempo mantuvo la lactancia materna exclusiva?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	Aún no he dado a luz, pero durante los controles me dijeron que debo iniciar la lactancia materna apenas nazca mi bebé, por eso tengo en cuenta que es importante darle pecho desde el primer momento que le tenga en brazos
Entrevistada 2	Inicié la lactancia el mismo día del parto, pocas horas después de que pude ver a mi bebé y hasta el momento sigo alimentándolo únicamente con leche materna y pues si he tratado de mantener la lactancia exclusiva porque sé que es muy para su crecimiento.
Entrevistada 3	No empecé a dar pecho de inmediato después del parto porque tuve molestias y me sentía adolorida y en estas circunstancias saben decir que es mejor no dar pecho al bebé para que no le haga mal, pero eso también provocó que me demorara un poco en salir leche, aunque luego intenté continuar dándole pecho y lo sigo haciendo.
Entrevistada 4	Todavía no ha nacido mi bebé y no sabía que debía iniciar la lactancia tan pronto después del parto. No me habían explicado claramente ese aspecto, por lo que recién ahora entiendo la importancia de empezar desde el inicio
Entrevistada 5	Le di pecho a mi bebé desde que nació y mantuve la lactancia materna exclusiva durante varios meses, siguiendo las recomendaciones que me dieron todos los médicos y enfermeras, además que si he escuchado que es importante alimentarlo solo con leche materna en sus primeros meses para que tenga un bien desarrollo y crezca más fuerte
Entrevistada 6	No mantuve la lactancia materna exclusiva porque sentía que no tenía suficiente leche para alimentar a mi bebé porque lloraba de hambre por esto, tuve que complementar con otros alimentos para que el bebé quede más lleno, aunque siempre he intentado dar lo que más pueda de mi pecho.

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Las respuestas sobre el inicio y la duración de la lactancia materna evidencian que existen experiencias diversas, debido a que algunas mujeres iniciaron la lactancia inmediatamente después del parto y mantuvieron la exclusividad, mientras que otras presentaron dificultades físicas o creencias relacionadas con la baja producción de leche, asimismo las mujeres embarazadas evidencian desconocimientos sobre el inicio oportuno de la lactancia, lo cual indica que la información recibida no siempre es suficiente. En este sentido se puede decir que las experiencias personales influyen directamente en la práctica de la lactancia y en que esta se conserve durante los primeros meses.

Tabla 7. Pregunta 5. ¿Ha recibido información sobre el momento adecuado y la forma correcta de iniciar la alimentación complementaria?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	Sí he recibido información sobre la alimentación complementaria y me explicaron que esta debe iniciarse a partir de los seis meses de edad del bebé. También me indicaron que antes de ese tiempo la leche materna es suficiente para su alimentación y que lo demás debo dar poco a poco.
Entrevistada 2	Sí recibí información sobre cuándo empezar la alimentación complementaria, aunque no recuerdo con claridad toda la explicación, pero me mencionaron que no debe ser antes de los seis meses, aunque los tipos de comida que debo dar a mi hijo me han olvidado, no estoy clara con cuales debía iniciar.
Entrevistada 3	No recibí información clara por parte de las enfermeras sobre la alimentación complementaria. La mayoría de lo que aprendí fue por comentarios y consejos de otras personas, como familiares, mis abuelos, tíos, mi mamá o vecinos y eso influyó en cómo empecé a alimentar a mi hijo y que irle dando de acuerdo con la edad.
Entrevistada 4	No me explicaron mucho sobre este tema; solo me dijeron que a los seis meses ya se le puede dar otros alimentos al bebé, pero de ahí no recibí mayor orientación sobre qué alimentos iniciar ni cómo prepararlos para dar a mi hijo
Entrevistada 5	Sí recibí información completa sobre el inicio de la alimentación complementaria y me indicaron cómo dar las primeras comidas, qué alimentos empezar y en qué cantidades más o menos de acuerdo a la edad de mi bebé
Entrevistada 6	No recibí información adecuada sobre la alimentación complementaria y empecé a darle comida antes de lo recomendado porque yo sentía que no tenía suficiente leche y mi hijo se enfermaba con frecuencia o lloraba mucho, por lo que pensé que darle otros alimentos era la mejor opción en ese momento y así evitar que se sienta molesto por hambre.

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Con respecto a la alimentación complementaria, las respuestas muestran que algunas mujeres si recibieron información adecuada sobre el momento y la forma correcta de iniciarla, mientras que otras aprendieron por las recomendaciones familiares o iniciaron la alimentación antes de lo indicado, lo cual refiere que existe una fuerte influencia del entorno y de prácticas tradicionales, además las mujeres que recibieron orientación formal muestran mayor seguridad en sus respuestas, en cambio la falta de información puede generar prácticas inadecuadas que afecten el crecimiento del niño, la mayor parte de información proviene de otras fuentes y no de las oficiales.

Tabla 8. Pregunta 6. ¿Con qué periodicidad asiste con su bebé a los controles de crecimiento y desarrollo, y cómo asegura el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación según la edad?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	Cuando nazca mi bebé, tengo pensado llevarlo a todos los controles de crecimiento y desarrollo que me indiquen en el centro de salud. Mi intención es cumplir con las citas y las vacunas según la edad para asegurar que crezca sano, pero esperemos esto se pueda llevar como lo tengo previsto
Entrevistada 2	Llevo a mi bebé casi todos los meses a los controles de crecimiento y desarrollo, y siempre reviso su carnet de vacunación para no olvidar ninguna dosis y así asegurarme de que sus vacunas estén al día y con eso no le vaya a pasar algo.
Entrevistada 3	No siempre llevo a mi bebé a los controles de crecimiento y desarrollo, generalmente solo lo llevo cuando se enferma. Creo que no he seguido un buen control mensual porque más busco atención de los médicos cuando presenta algún problema de salud grave ahí le llevo a hacer ver y ahí de paso le revisan todo.
Entrevistada 4	Pienso llevar a mi bebé a los controles y cumplir con sus vacunas, ojalá pueda hacerlo así porque donde yo vivo es bien difícil salir por la distancia al centro de salud. Aunque tengo la intención, el traslado ojalá no se me complique.
Entrevistada 5	Cumplo de manera regular con los controles de crecimiento y desarrollo de mi bebé, así como con su esquema de vacunación, procuro casi siempre seguir las indicaciones del personal de salud para asistir en las fechas correspondientes
Entrevistada 6	Se me han pasado algunas citas de control y algunas vacunas porque no siempre he tenido el tiempo necesario para llevar a mi bebé justo el día que toca, pero a pesar de eso, trato de cumplir cuando me es posible, aunque reconozco que no siempre lo he logrado estar al día justo

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

La asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo en conjunto con el cumplimiento del esquema de vacunación no es constante en todas las mujeres, algunas acuden de manera regular mientras que otras solo lo hacen cuando el niño se enferma, entre las principales dificultades se encuentra el tiempo. La distancia y las responsabilidades del hogar, además las mujeres que cumplen con los controles mantienen una salud infantil buena mientras que la inasistencia a los controles genera retrasos de vacunas evidenciando que existe una necesidad que faciliten los accesos a estos servicios.

Tabla 9. Pregunta 7. ¿En su hogar tiene acceso a agua limpia para preparar alimentos y hacer la higiene del bebé?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	Sí tengo acceso a agua limpia en mi hogar, el agua que usamos para preparar los alimentos y para la higiene del bebé siempre la hervimos antes de utilizarla para garantizar que esté buena, de esta manera trato de evitar enfermedades
Entrevistada 2	Sí, en mi casa contamos con agua potable, la cual utilizamos tanto para la preparación de los alimentos como para la higiene diaria del bebé, esto me da mayor tranquilidad para su cuidado
Entrevistada 3	No siempre tenemos acceso a agua limpia, en algunas ocasiones el agua no llega en buenas condiciones, se ve turbia y cuando sucede eso, se nos dificulta mantener una higiene adecuada y preparar los alimentos de forma segura porque no siempre hay tiempo de hervir el agua, toca consumir como viene
Entrevistada 4	En mi hogar usamos agua de pozo y no contamos con un filtro, por eso utilizamos esa agua para las actividades diarias, aunque sabemos que no siempre es completamente segura, pero eso es lo que tenemos a la mano porque el agua potable no disponemos.
Entrevistada 5	Sí, en casa siempre tratamos el agua antes de usarla, ya sea hirviéndola o de otra forma, tanto para preparar los alimentos como para la higiene del bebé porque sabemos que es importante contar con agua siempre limpia para que el bebé no se enferme
Entrevistada 6	No, no siempre contamos con agua limpia y en algunas ocasiones usamos el agua tal como llega a la casa porque hervir toma mucho tiempo y eso es lo que no se tiene porque hay que salir a trabajar o hacer otras cosas entonces toca consumir el agua como nos llega, unas veces buena y otras veces no tanto, pero toca adaptarse.

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Las respuestas relacionadas con el acceso al agua limpia evidencian que la mayoría de las mujeres realiza algún tipo de tratamiento como hervir el agua, sin embargo algunas mencionan que no siempre cuentan con agua segura o utilizan agua de pozo sin tratamiento, esta situación representa un riesgo para la salud del niño y de la madre gestante en especial en la preparación de los alimentos y la higiene, además se evidencia desigualdad en las condiciones sanitarias de los hogares, lo cual favorece la aparición de enfermedades, resaltando la importancia de promover prácticas básicas de saneamiento y acceso a agua segura.

Tabla 10. Pregunta 8. ¿Conoce cuáles son las señales que indican que un niño no está creciendo bien?

Madres	Respuesta
Entrevistada 1	Sí conozco algunas señales que indican que un niño no está creciendo bien, por ejemplo, cuando no sube de peso como debería, eso fue lo que me explicaron en el centro de salud durante los controles que así podía darme cuenta si está bien o no
Entrevistada 2	Sí sé reconocer algunas señales, como cuando el niño no come bien, empieza a bajar de peso o se enferma con frecuencia. Esas situaciones me dijeron que me deben hacer notar que no está creciendo de manera adecuada y que se requiere hacer algún tratamiento o terapia.
Entrevistada 3	No sé reconocer bien las señales de que un niño no está creciendo bien porque generalmente solo me doy cuenta cuando le están revisando ahí como le pesan, miden o le revisan me dicen si está bien el desarrollo o no de ahí no sabría decirle a certeza cuáles son otros aspectos que me indiquen que algo pasa
Entrevistada 4	No conozco mucho sobre este tema y no me han explicado claramente cuáles son las señales que indican un problema en el crecimiento del niño a más del crecimiento, por eso, me resulta difícil identificar otras aparte de eso que le menciono
Entrevistada 5	Sí conozco algunas señales, como cuando el niño se ve muy delgado o no aumenta de peso de forma adecuada o está retrasado en las cosas que debe hacer como sentarse, gatear, cosas así. Por eso trato de estar atenta a su crecimiento y a los controles
Entrevistada 6	Solo sé que hay un problema cuando veo que el niño no crece igual que otros niños de su edad. En realidad, no conozco señales más específicas, pero la comparación con otros niños de la edad es lo que más me hace notar que algo no está bien con mi hijo

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

En cuanto al conocimiento sobre las señales de un crecimiento inadecuado, las respuestas enmarcan que algunas mujeres identifican signos básicos de alarma como la falta del aumento de peso o enfermedades frecuentes, mientras que la mayoría no identifican estas señales, generando así un nivel de conocimiento limitado sobre el seguimiento del desarrollo infantil, además se observa que las mujeres en post parto presentan mayor reconocimiento en comparación con las embarazadas, esta falta de información puede retrasar la búsqueda de atención oportuna, por lo que se considera necesario fortalecer la educación enfocados en los signos de alarma en el crecimiento.

Entrevista a profesionales de la salud

Tabla 11. Pregunta 1. ¿Cómo integra en su práctica clínica los contenidos abordados en las capacitaciones sobre prevención de la desnutrición crónica en menores de 2 años?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Integro los contenidos de las capacitaciones principalmente a través de la consejería nutricional durante los controles prenatales y del niño sano, donde en cada atención refuerzo la importancia de la lactancia materna exclusiva y una adecuada alimentación complementaria, asegurándome de que las madres comprendan y apliquen estas recomendaciones en el cuidado diario de sus hijos
Entrevistado 2	Aplico los conocimientos adquiridos reforzando acciones preventivas durante la consulta médica, enfocándome en la detección temprana de factores de riesgo nutricional porque así se puede intervenir de manera oportuna y orientar a las familias para evitar complicaciones relacionadas con la desnutrición
Entrevistado 3	Integro lo aprendido en las capacitaciones mediante una evaluación integral del niño en cada consulta, considerando su crecimiento, desarrollo y entorno que también es importante. Además, promuevo hábitos saludables desde el nacimiento, orientando a los cuidadores sobre prácticas adecuadas para prevenir problemas nutricionales
Entrevistado 4	Incluyo los conocimientos adquiridos a través de la educación continua brindada durante los controles a los que asisten las madres. A partir de esa información y seguimiento, establezco los parámetros nutricionales que deben cumplir, los cuales se refuerzan a lo largo de las consultas y los controles para asegurar una adecuada alimentación del niño en cada etapa
Entrevistado 5	Utilizo los lineamientos abordados en las capacitaciones para orientar mis decisiones clínicas desde un enfoque preventivo lo que permite tomar acción de manera temprana, considerando no solo al niño, sino también a su familia y contexto, con el objetivo de reducir el riesgo de desnutrición

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Las respuestas de los profesionales entrevistados evidencia que la integración de los contenidos abordados en las capacitaciones se realiza principalmente en la atención directa, en los controles infantiles, donde se refuerzan las prácticas preventivas relacionadas con la alimentación adecuada, pues de esa manera coinciden que la identificación temprana de factores de riesgo nutricional es una estrategia clave en la práctica clínica, asimismo se destaca la importancia de la educación continua a la familia, considerando el acompañamiento permanente para fortalecer los hábitos saludables desde los primeros años de vida.

Tabla 12. Pregunta 2. ¿Cómo proporciona información a las gestantes sobre el uso adecuado de suplementos nutricionales durante el embarazo?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Durante los controles prenatales explico de forma sencilla para qué sirven los suplementos nutricionales, como el hierro y el ácido fólico, además que siempre me aseguro de aclarar las dudas que tienen las gestantes y les recuerdo la importancia de tomarlos diariamente según la indicación recibida
Entrevistado 2	Informo a las gestantes sobre los beneficios de los suplementos nutricionales, relacionándolos directamente con su salud y con el adecuado desarrollo del bebé, de esta manera, busco que comprendan que su consumo es una medida preventiva fundamental durante el embarazo
Entrevistado 3	Brindo orientación desde un enfoque preventivo, destacando la importancia de una adecuada suplementación desde el embarazo, esta influye en el crecimiento y desarrollo del niño incluso antes de nacer a más de ello refuerzo este mensaje cuando interactúo con las madres en los controles posteriores
Entrevistado 4	Yo utilizo un lenguaje claro y ejemplos prácticos para que la gestante entienda cómo y cuándo debe tomar los suplementos, así facilito la comprensión y ayudo a que se sienta más segura al cumplir con el tratamiento indicado.
Entrevistado 5	Procuro adaptar la información al nivel cultural y educativo de cada gestante, utilizando explicaciones acordes a su realidad de cada mamita, esto permite que la paciente comprenda mejor la importancia de los suplementos y favorece una mayor adherencia al tratamiento nutricional

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Las respuestas reflejan que mediante la información brindada a las gestantes sobre el uso de suplementos nutricionales se enfoca en una explicación clara y adaptada a su nivel de comprensión, principalmente durante los controles prenatales, de forma reiterada se señala que los profesionales explican la utilidad de los suplementos y su relación directa con la salud materna y desarrollo fetal, se menciona que el uso de un lenguaje sencillo favorece la adherencia al tratamiento, existe coincidencia en que una adecuada orientación contribuye a prevenir complicaciones nutricionales desde el embarazo.

Tabla 13. Pregunta 3. ¿Qué indicadores clínicos y antropométricos utiliza para evaluar el crecimiento y desarrollo adecuado de la gestante durante el embarazo, y cómo los monitorea en la práctica diaria?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	En la práctica diaria realizo el control periódico del peso, la talla y la presión arterial de la gestante en cada atención prenatal y todos estos datos los registro de manera sistemática, lo que me permite observar cambios a lo largo del embarazo y alertar oportunamente sobre cualquier alteración
Entrevistado 2	Evalúo la ganancia de peso gestacional, los signos clínicos y algunos resultados básicos de laboratorio durante los controles prenatales, contar con estos parámetros de seguimiento me permite identificar riesgos tempranos y tomar decisiones oportunas para proteger la salud materna y fetal
Entrevistado 3	Reviso los parámetros antropométricos disponibles y los antecedentes maternos que pueden influir en el desarrollo fetal, como el estado nutricional y las condiciones de salud durante el embarazo, ello es clave para anticipar posibles dificultades en el crecimiento del niño
Entrevistado 4	Doy seguimiento continuo a los controles prenatales registrados en la historia clínica, revisando la evolución de cada indicador puesto que este monitoreo constante facilita la detección temprana de desviaciones y el refuerzo de las recomendaciones a la gestante
Entrevistado 5	Monitoreo de forma regular los indicadores físicos y clínicos de la gestante para detectar alteraciones de manera oportuna, además que a través del seguimiento continuo, puedo intervenir tempranamente y coordinar acciones preventivas junto al equipo de salud

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

De acuerdo con las respuestas obtenidas, los profesionales utilizan indicadores clínicos y antropométricos básicos como el peso, talla, la ganancia de peso gestacional y los signos vitales para evaluar el desarrollo adecuado durante el embarazo, se observa que estos parámetros son monitoreados de manera periódica y registrados en las historias clínicas, asimismo reconocen la importancia del seguimiento continuo para detectar alteraciones de manera oportuna, pues el control sistemático permite prevenir riesgos que podrían afectar el estado nutricional del niño.

Tabla 14. Pregunta 4. ¿De qué manera orienta a la familia respecto al uso de alimentos fortificados para mejorar el estado nutricional de los niños menores de 2 años?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Oriento a la familia explicándoles cómo incorporar los alimentos fortificados en la dieta diaria del niño, de acuerdo con su edad y etapa de desarrollo, ahí les indico opciones sencillas que pueden incluir en las comidas habituales para asegurar un mejor aporte nutricional.
Entrevistado 2	Recomiendo el uso de alimentos fortificados como un complemento a una alimentación balanceada, explicando a la familia que no reemplazan los alimentos naturales, sino que ayudan a cubrir requerimientos nutricionales importantes en los primeros años de vida y como se deben ir consumiendo
Entrevistado 3	Indico a los padres la importancia de los alimentos fortificados para prevenir retrasos en el crecimiento y problemas nutricionales, así durante la consulta explico cómo estos alimentos contribuyen al desarrollo adecuado del niño menor de dos años incitando a su ingesta
Entrevistado 4	Brindo orientación práctica a la familia sobre la preparación adecuada de los alimentos fortificados y la frecuencia con la que deben ofrecerse al niño. De esta manera, busco que las recomendaciones se apliquen correctamente en el hogar con los niños
Entrevistado 5	Refuerzo el mensaje destacando los beneficios nutricionales de los alimentos fortificados tanto a corto como a largo plazo y explico a la familia que su consumo adecuado contribuye a fortalecer el crecimiento, el desarrollo y la prevención de la desnutrición.

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Mediante las respuestas obtenidas se identifica que la orientación a la familia sobre el uso de alimentos fortificados se basa principalmente en explicar su incorporación en la alimentación diaria del niño, pues lo profesionales destacan que estos alimentos son recomendados como un complemento nutricional importante para prevenir el retraso del crecimiento, además se señala que brindar indicaciones prácticas sobre su preparación facilita su aceptación por parte de la familia, la educación familiar cumple con un rol fundamental para mejorar el estado nutricional desde los primeros años de vida.

Tabla 15. Pregunta 5. ¿Con qué frecuencia se monitorea la curva de crecimiento en menores de 2 años?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Durante los controles infantiles realizo el monitoreo de la curva de crecimiento de manera mensual porque este seguimiento regular permite observar la evolución del niño y detectar oportunamente cualquier desviación en su crecimiento
Entrevistado 2	El seguimiento de la curva de crecimiento se realiza mensualmente en los menores de dos años y aumento la frecuencia de los controles cuando identifico algún factor de riesgo que requiere mayor abordaje, de esta forma puedo intervenir de manera temprana para prevenir problemas nutricionales
Entrevistado 3	Evalúo la curva de crecimiento de forma periódica y continua, ajustando la frecuencia del seguimiento según la condición de cada niño porque esto me permite dar un control más cercano a aquellos que presentan mayor vulnerabilidad
Entrevistado 4	El control de la curva de crecimiento es regular y forma parte del seguimiento rutinario que realizo en cada atención al niño, este proceso es fundamental para asegurar un crecimiento adecuado
Entrevistado 5	Realizo el control de la curva de crecimiento de manera mensual como una medida preventiva puesto que este monitoreo constante permite identificar a tiempo alteraciones y reforzar las recomendaciones a la familia en pro de bienestar del infante

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Las respuestas coinciden en que el monitoreo de la curva de crecimiento en menores de dos años se realiza de manera mensual como parte de un control rutinario, asimismo se menciona que la frecuencia puede aumentar cuando el niño presenta algún factor de riesgo nutricional, esta práctica se considera una herramienta esencial para evaluar el crecimiento adecuado, para ellos las respuestas obtenidas evidencian que el seguimiento periódico permite identificar oportunamente desviaciones en el desarrollo infantil para así aplicar medidas preventivas o tratamiento para impedir que las desviaciones tomen un rumbo crítico.

Tabla 16. Pregunta 6. ¿Se realiza seguimiento individualizado a niños con riesgo nutricional?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Sí, se brinda un seguimiento más cercano a los niños que son identificados con riesgo nutricional, en estos casos, realizo controles más frecuentes y refuerzo la educación a la familia para asegurar el cumplimiento de las recomendaciones
Entrevistado 2	Sí, el seguimiento individualizado se realiza mediante controles más frecuentes y reevaluaciones periódicas, esto permite verificar la evolución del niño y realizar ajustes oportunos en el manejo nutricional
Entrevistado 3	Sí, se lleva a cabo un monitoreo específico del estado nutricional de los niños con riesgo, evaluando de manera continua sus indicadores antropométricos y clínicos para prevenir complicaciones
Entrevistado 4	Se realiza un seguimiento continuo para verificar la evolución del niño identificado con riesgo nutricional, así se puede detectar cambios tempranos y reforzar las acciones preventivas educando a los padres sobre lo que hace falta
Entrevistado 5	Sí, ajusto las recomendaciones de manera individual según la respuesta del niño al tratamiento, disponer de un enfoque específico y personalizado facilita una mejor recuperación nutricional y un acompañamiento más efectivo a la familia

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

La relación con el seguimiento individualizado, la respuestas muestran que todos los profesionales reconocen la importancia de brindar un control más cercano a los niños con riesgo nutricional, lo que destaca que este seguimiento incluya controles más frecuentes y ajustes en las recomendaciones según la evolución del niño, además se considera que el monitoreo continuo permite evaluar la efectividad de los tratamientos o intervenciones aplicadas, siendo así un método clave para prevenir la desnutrición crónica infantil.

Tabla 17. Pregunta 7. ¿Cuáles considera los principales factores asociados a desnutrición crónica Infantil en la zona rural?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Considero que uno de los principales factores asociados a la desnutrición crónica infantil en la zona rural son las limitaciones económicas de las familias, junto con el desconocimiento sobre una adecuada alimentación infantil, estas condiciones dificultan la aplicación de prácticas nutricionales apropiadas desde los primeros años de vida
Entrevistado 2	Desde mi experiencia, la desnutrición crónica infantil está asociada principalmente a la falta de acceso regular a los servicios de salud y a una alimentación adecuada, esto impide un seguimiento oportuno del crecimiento del niño y la detección temprana de problemas nutricionales
Entrevistado 3	Considero que una dieta inadecuada, sumada a la presencia frecuente de enfermedades infecciosas, es un factor determinante en la desnutrición crónica infantil porque estas enfermedades afectan la absorción de nutrientes y limitan el adecuado crecimiento del niño
Entrevistado 4	A través de mi práctica profesional considero como un factor importante la escasa educación nutricional en las familias, lo que influye en prácticas alimentarias inadecuadas, además que la falta de información limita la capacidad de los cuidadores para ofrecer una alimentación balanceada y acorde a la edad del niño
Entrevistado 5	Por lo que he podido observar sobre todo en la zona rural, la inseguridad alimentaria y las condiciones sociales desfavorables son factores clave asociados a la desnutrición crónica infantil, estas situaciones afectan el acceso a alimentos nutritivos y a servicios básicos que son esenciales para el desarrollo adecuado del niño

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

En estas respuestas indican que los principales factores de riesgos asociados a la desnutrición crónica infantil en la zona rural están relacionados con las limitaciones económicas, inseguridad alimentaria y deficiencia de educación nutricional, para ello se menciona también la falta de acceso regular a servicios de salud siendo este un factor determinante, de manera reiterada los profesionales señalan que estas condiciones afectan directamente la alimentación infantil, pues la desnutrición infantil es un problema multifactorial influenciado en las zonas rurales donde los recursos y servicios básicos son escasos a comparación con los servicios de las zonas urbanas.

Tabla 18. Pregunta 8. ¿Qué limitaciones identifica para fortalecer la promoción nutricional en la comunidad?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Personalmente considero que una de las principales limitaciones la falta de recursos educativos adecuados, así como la baja asistencia de las familias a los controles de salud, estas situaciones dificultan reforzar mensajes preventivos y dar continuidad a la promoción nutricional en la comunidad
Entrevistado 2	Considero que los escasos recursos disponibles y las dificultades para realizar un seguimiento continuo a las familias limitan el fortalecimiento de la promoción nutricional, pues esto reduce el impacto de las intervenciones educativas y preventivas
Entrevistado 3	Una de las principales limitaciones que observo es la poca adherencia de las familias a las recomendaciones nutricionales que se les da, a pesar de la orientación, muchas prácticas no se mantienen en el tiempo
Entrevistado 4	Desde mi práctica profesional considero que mayor peso tienen las barreras culturales que dificultan el cambio de hábitos alimentarios en la comunidad pues las creencias y costumbres influyen en la resistencia a adoptar nuevas prácticas nutricionales
Entrevistado 5	Las limitaciones de tiempo y la falta de suficiente personal de salud representan un obstáculo importante para fortalecer la promoción nutricional porque esto reducen la posibilidad de realizar un acompañamiento más cercano a las familias por la demanda tan alta de pacientes y el poco personal existente.

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

Según las respuestas obtenidas unas de las principales limitaciones para fortalecer la promoción nutricional es la escasez de recursos para transportarse por lugares de difícil acceso, escasez de personal y la baja adherencia de las familias a las recomendaciones brindadas, también se menciona las barreras culturales las cuales dificultan aún más el cambio de hábitos alimentarios, asimismo la falta del tiempo para el seguimiento continuo, representan un obstáculo importante afectando la efectividad de las estrategias preventivas del caserío.

Tabla 19 Pregunta 9. ¿Qué acciones considera prioritarias para reducir la desnutrición crónica en menores de 2 años?

Profesionales	Respuesta
Entrevistado 1	Considero prioritario fortalecer la educación nutricional dirigida a la familia en general, el hogar es el principal espacio donde se forman los hábitos alimentarios del niño pues una familia informada puede prevenir de mejor manera la desnutrición desde etapas tempranas
Entrevistado 2	Para reducir la desnutrición crónica, desde mi punto de vista es fundamental reforzar el control periódico del crecimiento infantil porque ello va a permitir detectar a tiempo alteraciones en el desarrollo y aplicar intervenciones oportunas acorde a cada necesidad
Entrevistado 3	Yo considero prioritario promover la lactancia materna y una alimentación adecuada desde edades tempranas, estas prácticas son claves para asegurar un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros años de vida.
Entrevistado 4	Desde mi perspectiva, sería importante incrementar la orientación preventiva en cada atención de salud, aprovechando cada contacto con la familia para reforzar mensajes clave sobre nutrición, cuidado infantil y prevención de la desnutrición que no solo afecta a corto sino a largo plazo
Entrevistado 5	Considero prioritario mantener una vigilancia nutricional continua durante los primeros meses y años de vida, este periodo es determinante para el desarrollo del niño y permite intervenir de manera temprana ante cualquier riesgo, así en futuras etapas se previenen alteraciones de desarrollo

Nota: Información obtenida de las entrevistas. Elaborado por Jaitia R.

Análisis:

En las respuestas de los profesionales de salud se evidencia que las acciones prioritarias para reducir la desnutrición crónica infantil se orientan principalmente hacia el fortalecimiento de la educación nutricional dirigida a las familias, reconociendo al hogar como el espacio clave para adquirir alimentos saludables y la formación de hábitos alimentarios saludables. De manera recurrente, los profesionales destacan la importancia del control periódico del crecimiento infantil como una estrategia fundamental para la detección temprana de riesgos nutricionales y la implementación oportuna de intervenciones. Asimismo, los profesionales de la salud resaltan la promoción de la lactancia materna y de una alimentación adecuada desde edades tempranas como pilares esenciales para un desarrollo infantil saludable.