

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR

**PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y CUIDADO DE LOS NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS EN LAS COMUNIDADES WAORANI DE LAS PROVINCIAS DE
ORELLANA, PASTAZA Y NAPO EN EL AÑO 2024.**

**DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MÉDICO
GENERAL**

Autoras:

Tamia Anahís Calderón Bolaños

María Belén Quevedo Soto

Directora

Rivadeneira Guerrero María Fernanda

QUITO, 2025

Agradecimiento

Queremos agradecer a todos quienes nos han brindado su guía, apoyo y cariño durante este largo, pero gratificante proceso.

En primer lugar, a nuestra tutora la Doctora María Fernanda Rivadeneira por su invaluable guía, paciencia, dedicación y compromiso que han sido fundamentales para culminar con éxito este trabajo.

Extendemos nuestro sentido de gratitud al equipo de investigadores del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), por permitirnos formar parte del macroproyecto con la población Waorani, experiencia profundamente enriquecedora que nos permitió ampliar nuestro conocimiento, entender su cosmovisión y a través de ellos contribuir a generar estrategias para fortalecer el bienestar de esta valiosa comunidad.

A nuestras familias, por brindarnos las oportunidades que nos han permitido el día de hoy sentirnos realizadas, por su amor incondicional y apoyo constante. Gracias, porque este logro también es suyo.

A nuestros amigos, por las risas compartidas, las palabras de ánimo y la compañía sincera. Gracias por recordarnos que, incluso en medio del esfuerzo y las exigencias académicas, siempre hay espacio para los momentos de alegría que hacen el camino más llevadero.

Y, por último, a nuestros fieles compañeros de cuatro patas, quienes silenciosamente en las largas jornadas de estudio nos han brindado su compañía y cariño incondicional.

Dedicatoria.

Dedicado a mis ángeles Juan, Mauro y Elvia, mis abuelitos, quienes me cuidan desde el cielo y siempre soñaron con verme triunfar. A mi abuelita Zoila quien con amor, fortaleza y palabras de aliento siempre me acompaña.

A mis padres, Silvio Quevedo y Alba Soto, quienes, con su apoyo incondicional, paciencia y confianza hicieron posible que hoy alcance este sueño.

A mis hermanas, Silvia y Karen Quevedo, por ser mi compañía constante, mi fuerza y mi ejemplo de amor fraternal.

Y a Liam, la luz de mi vida, quien inspira cada uno de mis pasos y da sentido a cada logro.

Este triunfo también es de ellos.

Belén Q.

Dedicado a Mariela y Richard, mis padres y apoyo incondicional, quienes han hecho posible alcance todos mis sueños.

Anahís.

ÍNDICE

Agradecimiento	2
Dedicatoria	3
Lista de anexos	10
Resumen	11
Abstract	13
Capítulo I.....	15
Introducción	15
Justificación.....	17
Problema de investigación	18
Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
Hipótesis.....	20
Capítulo II. Marco Teórico	21
2.1. Nacionalidad Waorani	21
2.1.1. Generalidades.....	21
2.1.2. Ubicación geográfica	21
2.1.3. Población.....	22
2.1.4. Salud	23

2.1.5.	Factores relacionados con las prácticas de alimentación y cuidados infantiles	24
2.1.6.	Salud en la comunidad Waorani	25
2.1.7.	Enfermedad	26
2.2.	Prácticas de alimentación.....	27
2.2.1.	Alimentación en la población infantil.....	28
2.2.2.	Crianza de los niños	28
2.2.3.	Indicadores de alimentación complementaria.....	30
Capítulo III. Materiales y métodos.....		36
3.1.	Operacionalización de variables	36
	Componente cuantitativo	36
	<i>Dependientes:</i>	36
	Componente cualitativo	42
3.2	Tipo y Diseño de la Investigación	42
3.3	Población y muestra del estudio	43
a.	Criterios de inclusión	43
b.	Criterios de exclusión	43
c.	Técnicas e instrumentos de recolección de muestra	43
d.	Procedimientos de recolección de información	44
e.	Aspectos bioéticos	45
f.	Plan de análisis de los datos.....	46
Capítulo IV. Resultados		48

4.1. Análisis sociodemográfico.....	48
4.2. Cruce de variables.....	56
4.3. Análisis cualitativo de las entrevistas.	73
4.3.1. Prácticas culturales en la alimentación durante el embarazo y postparto	73
Capítulo V. Discusión	82
Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones Del Estudio	91
Conclusiones	91
Recomendaciones.....	94
Anexos.....	95
Referencias bibliográficas	104

Lista de tablas

Tabla 1. Indicadores de alimentación complementaria.....	34
Tabla 2. Operacionalización de variables dependientes	36
Tabla 3. Operacionalización de variables independientes	40
Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la ubicación geográfica de la vivienda.....	48
Tabla 5. Frecuencias y porcentajes según edad de los niños/as	48
Tabla 6. Porcentajes y frecuencias según el sexo del niño/a.....	49
Tabla 7. Frecuencias y porcentajes según edad de la madre.....	49
Tabla 8. Nivel de instrucción de la madre.....	50
Tabla 9. Estado civil de la madre	51
Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de padres presentes en el hogar.....	51
Tabla 11. Nivel de instrucción del padre	52
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje según los ingresos económicos trimestrales de cada familia	52
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de niños/as que han recibido lactancia materna alguna vez en su vida.....	53
Tabla 14. Frecuencias y porcentaje de niños/as que han recibido lactancia materna exclusiva.	54
Tabla 15. Frecuencia y porcentajes de niños/as con diversidad alimentaria.....	54
Tabla 16. Porcentajes y frecuencias de los niños/as que cumplen con la frecuencia mínima de comidas	55
Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de niños/as que han recibido lactancia continua	55
Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de niños/as que han consumido leche de fórmula.....	56
Tabla 19. Cruce de variables: Lactancia materna y características sociodemográficas.....	58

Tabla 20. Cruce de variables: Lactancia materna exclusiva y características sociodemográficas.....	62
Tabla 21. Cruce de variables frecuencia mínima aceptable según edad con características sociodemográficas.....	65
Tabla 22. Cruce de variables: Consumo de leche de fórmula y características sociodemográficas.....	68
Tabla 23. Cruce de variables: Diversidad alimentaria y características sociodemográficas.	72

Lista de abreviaturas

AMWAE	Asociación de Mujeres Waorani de la Amazonía Ecuatoriana
CEISH	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
ENAI	Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IC	Intervalo de Confianza
ILV	instituto Lingüístico de Verano
IMC	Índice de Masa Corporal
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PUCE	Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Lista de anexos

Anexo 1. Instrumento de investigación.....	95
Anexo 2. Consentimiento informado para participar en el proyecto	98
Anexo 3. Documento de aprobación del tema de tesis	102
Anexo 4. Aprobación del comité de ética (CEISH) para la realización del proyecto.....	103

Resumen

Introducción: Las prácticas de alimentación y cuidado durante los primeros años de vida, representan la base para un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños. En el Ecuador, la población indígena ha estado sujeta a una historia de desigualdad que ha desencadenado en altos niveles de pobreza y a su vez en altos índices de desnutrición crónica infantil. Los niños/as se desenvuelven en un entorno que, a pesar de tener como base el modo de vida tradicional, ligado a su cultura, ha sido influenciado por el exterior y ha cambiado su dinámica familiar. Por estas razones, comprender sus cuidados, se vuelve fundamental para desarrollar estrategias y proyectos destinados a mejorar su calidad de vida.

Objetivo: Determinar las prácticas de alimentación y cuidado de los niños menores de 5 años en las comunidades waorani de las provincias de Orellana, Pastaza y Napo en el año 2024.

Métodos: Estudio observacional descriptivo mixto cualitativo y cuantitativo de corte transversal. Como fuente de información las madres y personas encargadas del cuidado de los 74 niños y niñas menores de 5 años en la población waorani de Orellana/Miwaguno, Napo/Gareno y Tiwino/Pastaza durante el 2024. Para la obtención de datos, se aplicaron encuestas y entrevistas estructuradas a los participantes. Se elaboró un análisis estadístico descriptivo cada una de las variables, regresión logística y tablas de contingencia para obtener el Odds ratio e intervalos de confianza al 95% con un valor de $p < 0.05$. Para el componente cualitativo se identificaron categorías de análisis a partir de la interpretación de las

experiencias y prácticas comentadas por las madres. **Resultados:** En el ámbito cuantitativo, para la cultura waorani la lactancia materna continúa siendo la base de alimentación en los menores de 5 años con una prevalencia del 97.3%, al igual que la lactancia exclusiva en un 79.7% y la lactancia continua con el 100%. Por otro lado, en cuanto a diversidad alimentaria únicamente el 23% de los niños la tiene junto con la frecuencia mínima de comidas según su edad donde apenas el 29.7% la alcanza. El cruce de variables de las prácticas de alimentación con las características sociodemográficas no mostró resultados estadísticamente significativos. En el ámbito cualitativo, las entrevistas permitieron identificar las prácticas de cuidado desde el embarazo hasta el postparto. Durante la etapa del embarazo, el cuidado y alimentación de la madre, en la mayoría de los casos, no difiere del resto de la familia. El parto, comúnmente se realizan en casa con apoyo de abuelas y otros familiares cercanos con el uso de plantas como la ortiga que hacen más fácil el proceso. Después del parto, se realizan baños a los niños con agua de ajo de monte como parte de cultura. En este diálogo, se confirma la importancia de la lactancia materna, a pesar de que a algunos niños se le han

introducido alimentos complementarios a una temprana edad. Existe una gran influencia de la medicina tradicional, sin embargo, existe una influencia de la medicina occidental con el acceso a centros de salud y la asistencia de las madres con sus hijos a ellos para su cuidado y control. Por último, prácticas como la caza, agricultura, cantos y momentos en el río, forman parte de las actividades de la vida diaria en las que los niños participan de manera activa y se involucran con el resto de la comunidad.

Conclusiones: A pesar de que las prácticas mantienen sus raíces en su cosmovisión ancestral, han sufrido transformaciones desde el contacto con la población occidental. La lactancia materna sigue siendo una práctica central, mientras que el acceso limitado a alimentos locales y la introducción de productos procesados han modificado la dieta de los Waorani. Los resultados resaltan la importancia de los factores culturales y estructurales en la nutrición infantil y la necesidad de promover estrategias que fortalezcan el bienestar de la niñez Waorani.

Palabras Clave: Waorani, indígena, alimentación, lactancia materna, lactancia exclusiva, medicina tradicional, niños.

Abstract

Introduction: Feeding and care practices during the early years of life are the foundation for children's proper growth and development. In Ecuador, the indigenous population has been subject to a history of inequality that has led to high levels of poverty and, in turn, high rates of chronic child malnutrition. Children grow up in an environment that, despite being based on a traditional way of life linked to their culture, has been influenced by outside forces and has changed their family dynamics. For these reasons, understanding their care needs is essential for developing strategies and projects aimed at improving their quality of life.

Objective: Determine feeding and care practices for children under 5 years of age in Waorani communities in the provinces of Orellana, Pastaza, and Napo in 2024.

Methods: Mixed qualitative and quantitative descriptive observational cross-sectional study. The source of information was the mothers and caregivers of 74 children under the age of 5 in the Waorani population of Orellana/Miwaguno, Napo/Gareno and Tiwino/Pastaza during 2024. To obtain data, structured surveys and interviews were conducted with participants. A descriptive statistical analysis was performed for each of the variables, logistic regression and contingency tables were used to obtain the odds ratio and 95% confidence intervals with a p-value < 0.05.

Results: In the quantitative domain, for the Waorani culture, breastfeeding remains the primary source of nutrition for children under five, with a prevalence of 97.3%, exclusive breastfeeding at 79.7%, and continued breastfeeding at 100%. On the other hand, regarding dietary diversity, only 23% of children meet this indicator, and just 29.7% reach the minimum meal frequency according to their age. The cross-analysis of feeding practices with sociodemographic characteristics did not show statistically significant results, likely due to the small sample size ($p > 0.005$). However, the data allow us to understand the realities experienced by Waorani families and how these influence childcares. In the qualitative

domain, interviews revealed childcare practices from pregnancy to postpartum. During pregnancy, maternal care and nutrition, in most cases, are similar to those of the rest of the family. Childbirth typically takes place at home with the support of grandmothers and close relatives, using plants such as nettle to facilitate the process. After birth, children are bathed with “wild garlic” water as part of cultural practices. These discussions confirmed the importance of breastfeeding, although some children are introduced to complementary foods at an early age. Traditional medicine strongly influences childcare, yet Western medicine also plays a role through access to health centers and maternal attendance for child monitoring. Finally, practices such as hunting, agriculture, singing, and river activities are part of daily life, in which children actively participate and engage with the wider community.

Conclusions: Although these practices remain rooted in their ancestral worldview, they have undergone changes since contact with Westerners. Breastfeeding continues to be a central practice, while limited access to local foods and the introduction of processed products have altered the Waorani diet. The results highlight the importance of cultural and structural factors in child nutrition and the need to promote strategies that strengthen the well-being of Waorani children.

Keywords: Waorani, indigenous, nutrition, breastfeeding, exclusive breastfeeding, traditional medicine, children,

Capítulo I

Introducción

Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo físico y cognitivo de los niños que depende en gran medida de la alimentación que se le proporciona y del cuidado que reciben. En esta etapa, las prácticas alimentarias, sobre todo la lactancia materna junto con los hábitos de crianza, influyen directamente en la salud y el bienestar a largo plazo. Sin embargo, en Ecuador, las desigualdades sociales, culturales y territoriales que han estado presentes y han persistido a lo largo del tiempo, han generado marcadas diferencias en los indicadores nutricionales y de salud infantil.

El pueblo Waorani asentado en las diferentes provincias de la Amazonía como Orellana, Pastaza, Napo, aún conserva una cosmovisión ancestral y prácticas tradicionales que son parte fundamental de su cultura e identidad. La relación que mantiene con la naturaleza ha determinado su forma de vivir, su alimentación y las prácticas de cuidado que han pasado de generación en generación. No obstante, en las últimas décadas el contacto con la sociedad junto con las limitaciones que se han presentado respecto al acceso a alimentos, servicios de salud han afectado la calidad de vida, repercutiendo, en cierta medida, su desarrollo (1).

En los últimos estudios que se han realizado muestran un incremento de la desnutrición crónica infantil sobre todo en grupos indígenas, el 34,5% de niños indígenas menores de cinco años la padece, según datos de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición (2). Esto indica que, a pesar de su riqueza cultural y prácticas ancestrales, muchas de estas no cumplen con los requerimientos nutricionales necesarios para cubrir un buen desarrollo, sobre todo en lo que respecta a la alimentación complementaria.

Por ello, este estudio tiene como propósito determinar las prácticas de alimentación y cuidado de los niños menores de 5 años en las comunidades Waorani de las provincias de Orellana, Pastaza y Napo en el año 2024. Se parte del supuesto de que a pesar de que

culturalmente se practique lactancia materna, otros factores como alimentación complementaria y diversidad alimentaria según los indicadores establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tienen una baja prevalencia lo cual limita el adecuado crecimiento y desarrollo de niños Waorani.

Este estudio forma parte del macroproyecto denominado “Determinantes de la malnutrición en niños/as menores de 5 años residentes en comunidades Waorani de Orellana, Napo y Pastaza durante el 2024” llevado a cabo por el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

Esta investigación pretende ser un aporte a los estudios realizados previamente por parte de investigadores del Instituto de Salud Pública de la PUCE, no obstante, por ciertas limitaciones respecto al tamaño de muestra se vio la necesidad de ampliar la investigación hacia un enfoque más integral que se permita comprender, en este caso, las prácticas de alimentación y cuidado de los niños Waorani menores de 5 años, para hacer un análisis tanto cuantitativo como cualitativo, con el fin de enriquecer el conocimiento existente sobre esta comunidad y ofrecer una visión más completa de su realidad sociocultural y nutricional.

Este estudio inicia con el capítulo I brindando de forma general la problemática y la razón por la que se ha decidido llevar a cabo la investigación, los objetivos planteados y la forma en que se pretende contribuir al conocimiento y comprensión del tema abordado.

En el capítulo II se explica las generalidades acerca de la población Waorani, su ubicación, condiciones de salud, percepción de la enfermedad, los principales determinantes de salud y de alimentación complementaria, fundamentales para un análisis integral.

Continuando con el capítulo III se explica la metodología que se aplicó al estudio, detallando las herramientas usadas, entre ellas el programa SPSS, las encuestas, las entrevistas, así como la muestra seleccionada, los criterios de inclusión y exclusión que garantizaron rigurosidad en la población estudiada. Además, se mencionan los aspectos

bioéticos que orientaron en el proceso de recolección, asegurando confidencialidad, respeto y protección de la identidad de los participantes.

En el capítulo IV se detallan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los habitantes Waorani, además del cruce de las variables seleccionadas para un análisis más amplio y de esta manera nos permita comprender de mejor manera. Luego, en el capítulo V se realiza el respectivo análisis detallado junto con la interpretación de los datos provenientes de las encuestas y las entrevistas realizadas, para ofrecer una visión de la problemática estudiada.

Finalizando, en el capítulo VI se plantean las conclusiones derivadas de los capítulos previos y se formulan las recomendaciones pertinentes, orientadas a fortalecer futuras investigaciones y contribuir al desarrollo de estrategias que promuevan mejoras en el ámbito estudiado.

Justificación

El Ecuador es reconocido como un territorio pluricultural y multiétnico conformado por varias comunidades indígenas como la Waorani que lleva cientos de años con sus costumbres en cuanto a alimentación y sistema de salud, el cual su conocimiento ha pasado de generación en generación como parte fundamental de su cultura. El 7% de la población es indígena y de este porcentaje, aproximadamente 2000 personas son Waoranis, repartidos en 30 comunidades, además, se estima que el 80% de todos los ecuatorianos dependen de la medicina tradicional, pero hay que tomar en cuenta que esta forma parte de la cultura indígena, por lo que tiene un valor más importante dentro de su entorno (3). Sin embargo, a pesar de que estos saberes ancestrales se han preservado a lo largo del tiempo, muchas de las prácticas alimentarias no satisfacen plenamente las necesidades nutricionales de los niños. Esto es especialmente preocupante, considerando que durante la etapa de desarrollo y crecimiento infantil se requiere una dieta rica en nutrientes esenciales que garantice un

adecuado crecimiento físico y cognitivo. Estas prácticas que se han ido realizando a lo largo de los años han llevado a una desnutrición crónica grave en la población indígena infantil.

Las cifras de desnutrición crónica infantil en Ecuador son preocupantes. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), cerca del 27% de los niños menores de 2 años en el país sufren esta condición, lo que evidencia la gravedad de la problemática a nivel nacional (4). Aunque el promedio nacional ya es alarmante, la situación se agrava al analizarla desde una perspectiva étnica o social. La población infantil indígena tiene cifras más altas entre todos los grupos poblacionales, por ejemplo 38 de cada 100 niños padecen desnutrición crónica (4). La desnutrición infantil crónica en la población indígena ecuatoriana de 0 a 59 meses es del 40,7%, muy por encima de la prevalencia nacional de 23% (5). A pesar de esto, la información sobre la comunidad Waorani es aún limitada, por lo que es importante conocer las prácticas y percepciones sobre sus prácticas alimentarias y cómo estas pueden afectar o no a la nutrición infantil.

Problema de investigación

La desnutrición crónica infantil es uno de los problemas más graves y persistentes que enfrenta nuestro país, afectando significativamente el desarrollo físico y cognitivo de los niños y limitando sus oportunidades futuras. Según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENAI) realizada en el período 2023-2024 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), un 17,5% de los niños menores de 2 años en Ecuador padecen de esta condición. Dentro de este panorama, la población indígena representa el grupo más afectado, con un alarmante 35,9% de prevalencia. En particular, los niños pertenecientes a las comunidades waorani, asentadas principalmente en las provincias de Napo, Pastaza y Orellana, enfrentan tasas de desnutrición que superan el promedio nacional, registrando un 17,3%, 27,4% y 17,6%, respectivamente. Estas cifras reflejan una realidad crítica donde la

desnutrición es una de las principales causas de morbilidad infantil, evidenciando una profunda desigualdad en el acceso a recursos básicos y servicios de salud (6).

Esta problemática se agrava debido a las condiciones históricas de aislamiento de estas comunidades, cuya cosmovisión y prácticas tradicionales han definido en gran medida su enfoque hacia el cuidado infantil y la alimentación. Si bien su entorno natural es una fuente importante de recursos, estas prácticas a menudo no se complementan con un acceso adecuado a servicios de salud que podrían garantizar un control más efectivo desde el embarazo, el nacimiento y los primeros años de vida. Este periodo, crucial para el desarrollo integral del ser humano, requiere una atención especializada que no siempre está disponible o alineada con las necesidades culturales y sociales de estas comunidades.

Además, existe una notable carencia de información actualizada sobre el estilo de vida, las prácticas alimenticias y los cuidados infantiles dentro de las comunidades indígenas, especialmente en niños menores de cinco años. Este vacío en la investigación no solo limita la comprensión de las causas detrás de las altas tasas de desnutrición, sino que también dificulta el diseño de estrategias de intervención efectivas y culturalmente adecuadas. Por estas razones, resulta indispensable estudiar y documentar las prácticas alimentarias y de cuidado infantil en estas comunidades, para comprender cómo están influyendo en el estado nutricional de los niños y así abordar de manera integral y sostenible este grave problema de salud pública.

Por esta razón nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación "¿Cuáles son las prácticas de alimentación y cuidado de los niños menores de 5 años en las comunidades waorani de las provincias de Orellana, Pastaza y Napo en el año 2024?"

Objetivos

Objetivo general

Determinar las prácticas de alimentación y cuidado de los niños menores de 5 años en las comunidades Waorani de las provincias de Orellana, Pastaza y Napo en el año 2024.

Objetivos específicos

1. Identificar las prácticas tradicionales de alimentación y cuidado utilizadas por las comunidades Waorani para niños menores de 5 años.
2. Evaluar el nivel de adecuación nutricional de las prácticas alimentarias de las comunidades Waorani en relación con las necesidades nutricionales para el desarrollo infantil.
3. Analizar la relación entre las prácticas de lactancia y alimentación complementaria con malnutrición en niños menores de 5 años.
4. Explorar las percepciones y conocimientos de los cuidadores Waorani sobre el impacto de sus prácticas de alimentación y cuidado en la salud y desarrollo infantil.

Hipótesis

Al ser un estudio cualitativo no requiere hipótesis, pero partimos del siguiente supuesto: existe un bajo cumplimiento de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria según los indicadores establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en niños Waorani menores de cinco años, lo cual no satisfacen las necesidades nutricionales que requieren para su desarrollo y crecimiento.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Nacionalidad Waorani

2.1.1. Generalidades

La comunidad waorani, también conocido como “Aucas”, es un pueblo indígena, localizado en la Amazonía ecuatoriana, que reside dividido en varias comunidades dentro de las provincias de Napo, Pastaza y Orellana. Son considerados uno de los pueblos más recientemente contactados, cuando en la década de 1950 se estableció un acercamiento con misioneros estadounidenses, luego de permanecer aislados durante todo el proceso de colonización; esto principalmente por su característica hostilidad que les permitió conservar su cultura y tradiciones que afortunadamente se han mantenido hasta la actualidad pese a los contactos que se han dado a lo largo de la historia. Las comunidades waorani han establecido su modo de vida dentro de la selva tropical, basando su alimentación por muchos años a partir de la caza, recolección y agricultura, haciéndolos autosuficientes y sin necesidad de comercio con el exterior. En este punto, es importante recalcar que su cultura y modo de vida ha obligado a quienes forman parte de este grupo, a que tengan un fuerte vínculo con la naturaleza y el entorno que los rodea.

2.1.2. Ubicación geográfica

El territorio tradicional waorani abarca una extensión de aproximadamente 200 000 hectáreas, en la Amazonía ecuatoriana, cubriendo el borde derecho de Río Napo y el margen izquierdo del Río Curaray, además limita con el Parque Nacional Yasuní, una de las zonas protegidas más biodiversas del mundo, albergando a miles de especies de flora y fauna con la que mantiene una fuerte interacción. A lo largo de su historia han tenido que enfrentarse a la influencia de colonos y más recientemente empresas de explotación petrolera, por lo que se registra que su territorio es de aproximadamente 30 000 km², sin embargo, legalmente, el

Estado Ecuatoriano tiene reconocido únicamente alrededor de 8000 km². Este territorio se encuentra delimitado por varias zonas claves, al norte con la región fronteriza de Colombia, al sur con otras comunidades indígenas como la Taromenane y Tagaeri.

Por otro lado, sus comunidades se reparten entre las provincias de Orellana, dentro del cantón Orellana, parroquia Dayuma; y cantón Aguarico, parroquias Tiputini, Yasuní y Sta. María de Huiririma; en la provincia de Napo en el cantón Tena, parroquia Chontapunta y en Pastaza, cantón Arajuno, parroquia Curaray.

2.1.3. Población

La nacionalidad waorani se encuentra dividida entre 26 a 32 comunidades a lo largo de toda su extensión, con una población de aproximadamente 3000 habitantes. Sus actividades se basan en dos ramas principales: el autoconsumo que a su vez depende de la caza, pesca y cultivos y la generación de ingresos por medio del turismo y otras actividades económicas.

Su lengua es el *wao terero*, idioma poco comprendido y estudiado por quienes son ajenos a su entorno. Sin embargo, por la relación que se ha ido estableciendo poco a poco con el entorno que nosotros conocemos, y de igual manera por influencia del gobierno, se han asentado algunas escuelas donde se enseña el español, idioma que para ellos aún sigue siendo extraño y no bien manejado, pero que sí amenaza a la preservación de su idioma nativo.

Tienen una fuerte influencia de la religión evangélica, debido a que fueron ellos, por medio del Instituto Lingüístico de verano o ILV por sus siglas, quienes establecieron los primeros contactos con ellos en 1958. En esa época, se veía a la Amazonía ecuatoriana con un misterio, para lo que este grupo se propuso como objetivos, el acercamiento con el fin de lograr comprender su cultura mediante la creación de documentos como diccionarios y sobre todo adaptar la biblia y su religión a su entorno. A pesar de ello, se ha catalogado al ILV

como un grupo asociado al etnocidio y culturización con las comunidades en las que se ha hecho presente, siendo este un tema aún bastante polémico (7).

2.1.4. Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedad (8). Esto reconoce la influencia tanto de los determinantes sociales, ambientales de las personas y sobre todo se enfoca en los niños que son la base para formar una sociedad sana y solvente a un futuro, que gocen de salud y derechos. Por ende, la Organización tiene un enfoque integral hacia la salud infantil donde se incluye:

- Acceso equitativo a servicios de salud preventivos y curativos.
- Plan de nutrición adecuados según la etapa de desarrollo
- Estimulación temprana integral
- Prácticas de cuidado infantil basadas en el vínculo afectivo y la protección
- Entornos seguros y favorecedores al desarrollo de infante.

Sin embargo, en nuestro país existe muchas deficiencias con respecto a estos objetivos que la OMS promueve implícitamente en su plan de salud al niño. En Latinoamérica la desnutrición crónica es un problema de la mayoría de los países (67%) y más de 7 millones de niños padecen de esta condición (9). Por ejemplo, dentro de la población indígena según la Encuesta nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2018, 4 de cada 10 niños (casi la mitad de todos los del área rural) sufre de desnutrición crónica infantil (10). Y esta problemática sucede en muchas familias del Ecuador. Mario Touchette menciona que el 48% de las familias en Ecuador no puede tener acceso a una dieta balanceada, diversificada; no solo se trata de consumir calorías vacías como arroz, papas, maíz, sino complementar con frutas y vegetales y esto sucede por falta de educación nutricional (10).

Parte de esta problemática también se debe al acceso desigual a servicios básicos, un factor determinante en el estado de salud de todas las personas. Esta desigualdad está condicionada por el nivel socioeconómico, una brecha particularmente evidente en gran parte de la población.

2.1.5. Factores relacionados con las prácticas de alimentación y cuidados infantiles

Varios estudios han logrado identificar factores determinantes que intervienen en las prácticas de alimentación y cuidado infantil.

- *Alto costo de los alimentos saludables:*

Generalmente los alimentos más saludables suelen ser más caros y de acceso un poco limitado a diferencia de los productos procesados, sobre todo en países que no tienen materia prima como frutas y verduras.

- *Poder adquisitivo de la familia:*

Dependiendo de los ingresos familiares será la calidad de alimentación y la zona donde se encuentren.

- *Acceso desigual al agua potable y saneamiento:*

Las diferencias en el acceso al agua potable y al saneamiento son marcadas entre las zonas urbanas y rurales. Países como Ecuador y Colombia solo el 37% de hogares rurales de menor ingreso poseen los servicios de saneamiento adecuados.

- *Brechas en la cobertura de los programas de protección social:*

América Latina y el Caribe han destacado a nivel mundial por mostrar cómo los programas de transferencias monetarias pueden contribuir al bienestar nutricional y salud de la primera infancia. No obstante, existen brechas en la cobertura de estos programas.

- *Bajos niveles de conocimiento de los cuidadores sobre prácticas alimentación complementaria:*

El grado de conocimiento que tienen los cuidadores sobre prácticas alimentarias adecuadas y la elección de alimentos varía a gran escala. Esto se condiciona por el contexto sociocultural, preferencias personales y la disponibilidad de alimentos en su entorno.

- *Acceso desigual a los servicios de salud:*

Existen varias brechas marcadas en el acceso a los servicios de salud influenciadas como el nivel socioeconómico, ubicación geográfica y el entorno rural o urbano de residencia.

- *Comodidad:*

Muchas veces las familias prefieren lo más fácil o barato para sus familias, lo cual la mayoría de las veces esto puede ser un mal y perjudicar en lugar de beneficiar.

Todos estos factores a la larga impactan directamente en la salud de la población y sobre todo a la población infantil, donde las consecuencias se manifiestan con altos niveles de desnutrición. La población más afectada es la población indígena, como la población Waorani, debido a las desigualdades estructurales como falta de vía para acceder a sus comunidades.

2.1.6. Salud en la comunidad Waorani

Desde sus orígenes, la concepción de salud de los Waorani estaba basada en un equilibrio entre cuerpo y espíritu. La enfermedad se interpretaba como una alteración de la identidad social y los tratamientos eran inmediatos y se fundamentaban en el uso de la medicina tradicional, administrada por los pikenanis quienes eran considerados los sabios de la comunidad. Estos guardianes del conocimiento ancestral poseían una

profunda comprensión de las propiedades curativas de las plantas medicinales y aplicaban prácticas que garantizaban el bienestar de su pueblo (11).

“Nuestra gran salud fue un reflejo de la comida que consumíamos años atrás, puesto que todos los alimentos que ingeríamos nos daban la selva para que estemos llenos de vitalidad y energía para caminar en su vasto territorio. En la época que los ‘pikenanis’ (abuelos, abuelas) eran jóvenes padecíamos de pocas patologías y fuimos muy sanos hasta antes del contacto definitivo con la sociedad nacional ...” (11).

La concepción de salud de los pueblos indígenas representa una convivencia armónica del ser humano consigo mismo, la comunidad y la naturaleza. Este equilibrio abarca la dimensión individual (física, espiritual y emocional) como la colectiva (política, económica, cultural y social). No obstante, el sistema actual quien está arraigado a la visión occidental ha sido poco receptivo a la interculturalidad en salud y los cuidados integrales que practican los pueblos indígenas. Persiste la necesidad de reconocer y valorar sus saberes tradicionales como parte de sus derechos humanos (12).

2.1.7. Enfermedad

La enfermedad no solo afectaba al cuerpo, sino que también transformaba a la persona en un ser ajeno a la comunidad, pues consideraban que su sufrimiento la apartaba del grupo. Por ejemplo, padecían síntomas como cambios de voz, irritabilidad, pérdida de apetito y desinterés por la convivencia. Había casos severos en los que creían incluso que la persona podía perder su identidad Wao, especialmente cuando la persona llegaba a manifestar agresión por su familia (13)

Antes del contacto con la sociedad nacional, ellos refieren haber padecido pocas enfermedades y que solo padecían de 5 males entre ellas infecciones fúngicas, mordeduras de serpiente, problemas dentales y episodios febriles. Pero debido a la

adopción de un estilo más sedentario, la introducción a alimentos procesados y la pérdida progresiva de sus prácticas tradicionales, ha habido un aumento de enfermedades parasitarias, osteomusculares, respiratorias y dermatológica. Además, sus prácticas de endogamia han contribuido al incremento de malformaciones y trastornos del desarrollo de algunas enfermedades (11).

La disminución del conocimiento ancestral sobre la medicina tradicional, sumada al acceso limitado a un sistema de salud que integre la cosmovisión Waorani, ha agravado esta situación. Como resultado, muchas enfermedades antes desconocidas se han vuelto cada vez más comunes, afectando la salud y bienestar de la población.

2.2. Prácticas de alimentación

La comunidad Waorani desde siempre han mantenido un vínculo fuerte con el bosque y su fauna para la alimentación. Según un estudio *Monitoreo Biológico del Yasuní* la carne de animales es su principal fuente de alimentos, con 261 especies consumidas, incluyendo mamíferos, aves, reptiles, peces e invertebrado (14). Su alimentación se ha basado sus prácticas alimentarias en una combinación conocida como carne de monte proveniente de la cacería, junto con la recolección de frutos silvestres, raíces, tubérculos, es decir eran dependiente de lo que la selva les proveía. Aunque había cierta desventaja porque no siempre había disponibilidad de todo, ya que esto dependía de las estaciones y los ciclos naturales, los Waorani desde la infancia aprendían estos patrones y a recolectar alimentos de manera sostenible.

Los Waorani preferían consumir alimentos frescos y su alimentación rica en proteínas y libre de sal, les brindaba gran fortaleza física. Además, su estilo de vida exigía largas caminatas y esfuerzo constante, lo que fortalecía su resistencia y mantenía su salud en óptimas condiciones.

Posterior al contacto con la sociedad nacional, su alimentación se vio afectada y ha sufrido una transformación drásticamente, ya que, el consumo de alimentos procesados, especialmente con alto contenido de azúcar generando problemas de salud como diabetes, dislipidemias. Asimismo, rechazan la carne vacuna y porcina debido a su olor, que asocian con la domesticación, algo ajeno a su cosmovisión. Todos estos cambios han impactado en su bienestar, reflejando una transición de una dieta natural y equilibrada a una procesada con efectos negativos en la salud.

2.2.1. Alimentación en la población infantil

Las prácticas alimentarias de la población infantil están influenciadas por la dieta y costumbres tradicionales de su comunidad. Desde muy pequeños son alimentados con productos como yuca, plátano, guineo de seda, camote, maní. Todos estos productos forman parte esencial de su dieta y son cultivados en huertos (13). Conformen crecen, colaboran en la recolección de alimentos o en la pesca y luego se adiestran para aprender a cazar.

Acerca de la alimentación en la población lactante de 0 a 5 años no se dispone de información precisa. Debido a esta limitación, se realizará una exhaustiva investigación con el objetivo de realizar un análisis más detallado y profundo sobre el tema.

2.2.2. Crianza de los niños

La crianza y los cuidados de los niños waorani se basan en una fuerte conexión con su cultura, su territorio y sus saberes ancestrales. Toda la comunidad influye en la educación y formación de los niños, asegurando que crezcan con un sentido de identidad y pertenencia. Desde pequeños se les inculca sobre su entorno natural a través de la observación y la práctica, acompañados por sus padres, abuelos y otros

miembros de la comunidad (15). El modelo educativo waorani busca preservar sus conocimientos tradicionales, como la caza, pesca, uso de plantas medicinales y transmisión oral de historias y valores. Se prioriza un aprendizaje inmerso en la naturaleza, donde la experimentación y el juego son elementos esenciales para el desarrollo infantil.

Los niños crecen en un entorno de respeto mutuo, fomentando la autonomía y reforzando su identidad cultural a través de experiencias que integran todo su conocimiento ancestral con la vida cotidiana. El modelo educativo waorani busca preservar sus conocimientos tradicionales, como la caza, pesca, uso de plantas medicinales y transmisión oral de historias y valores. Se prioriza un aprendizaje inmerso en la naturaleza, donde la experimentación y el juego son elementos esenciales para el desarrollo infantil. Los niños crecen en un entorno de respeto mutuo, fomentando la autonomía y reforzando su identidad cultural a través de experiencias que integran todo su conocimiento ancestral con la vida cotidiana. Además, han enfrentado desafíos impuestos por la educación occidental que no se acopla a su cosmovisión y de alguna forma margina sus saberes. En general, el sistema actual no ofrece el conocimiento profundo del territorio, historia y cultura.

Según los líderes waorani Nemonte Nenquimo y Gilberto Nenquimo “el Estado ecuatoriano diseña currículos desde la ciudad que no tienen sentido en la selva: son currículos que priorizan la memorización y no el aprendizaje, y que enseñan lo que es importante para el cowore -la gente de afuera- sin considerar lo que es importante para nosotros” (15). Por ello la comunidad waorani busca en mantener un sistema educativo que les permita enseñar a sus hijos su propia educación, historia y formas de organización como lo han tenido sus antepasados el poder de cuidar su territorio y todo lo que les pertenece. Además, han enfrentado desafíos impuestos por la

educación occidental que no se acopla a su cosmovisión y de alguna forma margina sus saberes. En general, el sistema actual no ofrece el conocimiento profundo del territorio, historia y cultura. Según los líderes waorani Nemonte Nenquimo y Gilberto Nenquimo “el Estado ecuatoriano diseña currículos desde la ciudad que no tienen sentido en la selva: son currículos que priorizan la memorización y no el aprendizaje, y que enseñan lo que es importante para el cowore -la gente de afuera- sin considerar lo que es importante para nosotros” (15). Por ello la comunidad waorani busca en mantener un sistema educativo que les permita enseñar a sus hijos su propia educación, historia y formas de organización como lo han tenido sus antepasados el poder de cuidar su territorio y todo lo que les pertenece.

2.2.3. Indicadores de alimentación complementaria

Los indicadores de alimentación complementaria son herramientas que permiten medir la calidad de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad, siendo esta una etapa determinante para el desarrollo, crecimiento y base nutricional para el futuro. Además, permiten establecer guías para su adecuada alimentación y fomentar estrategias de salud infantil (16).

La creación de estos indicadores se ha basado en las variables de alimentación de esta población y las necesidades básicas para alcanzar un adecuado aporte de nutrientes y a su vez evitar grupos de alimentos que afecten la salud de estos, a continuación, se explican los fundamentos que apoyan cada uno de ellos (16).

Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos a los 6-8 meses: según la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeños de la Organización Mundial de la Salud, se recomienda empezar con la introducción de estos alimentos a partir de los seis meses, además de continuar con la lactancia

materna, esto debido a que la demanda de nutrientes comienza a ser superior a la que se puede alcanzar con la leche materna, haciendo que exista mayor posibilidad de malnutrición. Además, existe la evidencia de que los niños quienes ingieren estos alimentos tienen un menor riesgo de padecer retraso del crecimiento o insuficiencia ponderal (16).

Diversidad alimentaria mínima a los 6-23 meses: en base a los principios de orientación para la alimentación complementaria, se recomienda introducir una variedad de alimentos que logre cubrir con las necesidades nutricionales, además se asocia a un mejor crecimiento lineal y su ausencia a un aumento de riesgo de déficit de micronutrientes y con ello un menor desarrollo físico y cognitivo (17).

Frecuencia mínima de comidas a los 6 a 23 meses: la Organización Mundial de la Salud, recomienda que los niños de entre 6 y 8 meses deben recibir alimentos complementarios dos o tres veces al día, los niños amamantados de entre 9 a 23 meses a su vez, tres o cuatro veces al día, incluyendo meriendas nutritivas una a dos veces al día. Por otro lado, para los niños no amamantados, es cifra aumenta a cuatro a cinco veces. La frecuencia de comidas es recomendada con el fin de cumplir con el requerimiento energético de los niños (18).

Frecuencia mínima de tomas de leche para niños no amamantados de 6 a 23 meses: los productos lácteos son una fuente importante de calcio y demás nutrientes y según la OMS, los requerimientos de este grupo de alimentos dependen de otros alimentos consumidos. Si la dieta no incluye alimentos enriquecidos o suplementos, el requerimiento de leche es de 200 a 400 ml en el caso de que se incluyan otros

alimentos de origen animal, en el caso de que no se incluyan, el requerimiento es de 300 a 500 ml, estas cantidades deben ser divididas en tomas no superiores a 240 ml (18).

Dieta mínima aceptable a los 6 a 23 meses: este indicador resalta la complementariedad de la combinación entre el de diversidad alimentaria mínima y frecuencia mínima de comidas, junto con los requerimientos de leche en niños no amamantados (18).

Consumo de huevos y/o carne a los 6 a 23 meses: las recomendaciones de la OMS indican que se debe consumir fuente de proteína como carne, aves, pescado o huevos de forma diaria o lo frecuentemente posible. Esto con el fin de lograr un crecimiento lineal (talla para la edad). Además, se asocia a un mayor aporte de ingesta energética, proteína, ácidos grasos esenciales, vitamina B12, vitamina D, fósforo y selenio. Es importante mencionar que esta recomendación está fundamentada en la evidencia de déficit de ingesta de este grupo de alimentos en varios países (16).

Consumo de bebidas dulces a los 6 a 23 meses: la ingesta de estos alimentos se asocia a un alto aporte de calorías “vacías” es decir con poco valor nutricional, disminución del apetito hacia comidas saludables, mayor riesgo de obesidad y otros problemas de salud como aparición de caries dentales. Según estudios, son de consumo frecuente en países de ingresos bajos y medianos como Ecuador por lo que el indicador toma mayor fuerza. Como dato adicional, la población mantiene la creencia de que los jugos 100% naturales no son perjudiciales para la salud, sin

embargo, al tener gran aporte de calorías, el consumo de estos se asocia a mayor IMC y en base a encuestas realizadas, generalmente, las personas no logran distinguir entre una bebida natural y azucarada a base de jugo. Por estas razones, estas bebidas se incluyen dentro de este grupo (16).

Consumo de alimentos poco saludables a los 6 a 23 meses: en países de bajos recurso como Ecuador, se ha evidencia que el consumo de alimentos con azúcares añadidos, grasas e hidratos de carbono refinados, con alto nivel de calorías y poco valor nutricional, va en aumento. Las guías europeas recomiendan que, en todos los menores de dos años, se debe consumir como máximo, un 5% de la ingesta calórica total con alimentos con azúcares libres. Es importante mencionar que, durante los primeros dos años de vida, se empiezan a establecer las preferencias alimentarias para la infancia y la adolescencia, por esta razón, se debe evitar exponer repetidamente a alimentos poco saludables que además se asocian a mayor riesgo de padecer obesidad y contraer enfermedades crónicas como consecuencia de ello (17).

Ningún consumo de frutas o verduras a los 6 a 23 meses: la OMS ha determinado que el no consumo de estos alimentos se asocia a mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, tal es el caso de que en el 2017 se relacionó al consumo escaso de estos grupos de alimentos con 3,9 millones de muertes, convirtiéndose este factor en uno de los diez principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial (17).

A continuación, se muestran las definiciones de los indicadores:

Tabla 1. Indicadores de alimentación complementaria

	Indicador	Definición
1	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos a los 6-8 meses	Porcentaje de lactantes de 6 a 8 meses que consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior
2	Diversidad alimentaria mínima a los 6-23 meses	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron en el día anterior alimentos y bebidas de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos definidos*
3	Frecuencia mínima de comidas a los 6 a 23 meses	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos por lo menos el número mínimo de veces durante el día anterior**
4	Frecuencia mínima de tomas de leche para niños no amamantados de 6 a 23 meses	Porcentaje de niños no amamantados de 6 a 23 meses que consumieron al menos dos tomas de leche durante el día anterior.
5	Dieta mínima aceptable a los 6 a 23 meses	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron una dieta mínima aceptable*** durante el día previo
6	Consumo de huevos y/o carne a los 6 a 23 meses	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron huevo y/o carne el día previo
7	Consumo de bebidas dulces a los 6 a 23 meses	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron una bebida dulce**** durante el día previo.

8	Consumo de alimentos poco saludables a los 6 – 23 meses	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron el día previo alimentos poco saludables***** que son objeto de vigilancia.
9	Ningún consumo de frutas o verduras a los 6 a 23 meses	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que no consumieron ni fruta ni verdura el día anterior.

***Grupos de alimentos: 1. Leche materna 2. Cereales, raíces, plátanos y tubérculos 3. Legumbres, frutos secos y semillas 4. Productos lácteos 5. Carnes 6. Huevos 7. Frutas o verduras ricos en vitamina A 8. Otras frutas y verduras**

**** Número de veces: 1. Dos tomas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos para lactantes amamantados de 6 – 8 meses. 2. Tres tomas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos para lactantes amamantados de 9 – 23 meses. 3. Cuatro tomas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos o de leche para niños no amamantados de 6 – 23 meses, de las cuales al menos una debe ser de un alimento sólido, semisólido o blando.**

***** Dieta mínima aceptable: 1. Niños amamantados: haber recibido al menos la diversidad alimentaria y la frecuencia mínimas de comidas. 2. Niños no amamantados: haber recibido al menos la diversidad alimentaria y la frecuencia mínimas adecuada para su edad durante el día anterior, además, al menos dos tomas de leche.**

****** Bebida dulce: bebidas producidas o envasadas comercialmente, zumos de fruta 100% naturales y bebidas con sabor a fruta, bebidas caseras a las que se le han añadido edulcorantes (miel, azúcar, etc.)**

******* Alimentos poco saludables: dulces, productos congelados como helados, pasteles, snacks. Además, se incluyen fabricados y envasados comercialmente como los de puestos callejeros y elaborados en casa.**

Capítulo III. Materiales y métodos

3.1. Operacionalización de variables

Componente cuantitativo

Dependientes:

Tabla 2. Operacionalización de variables dependientes

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Lactancia Materna	Acción natural de alimentar al bebé con la leche producida por la madre.	Alimentación con leche materna	% Sí % No	Nominal	Cualitativa
		Lactancia materna inmediata	% de niños de 6 meses que recibieron leche materna al nacimiento	Nominal	Cualitativa
		Lactancia materna exclusiva	% de niños a los que no se les ha introducido en la dieta alimentos diferentes a la leche	Nominal	Cualitativa

			materna antes de los 6 meses de vida		
		Lactancia materna exclusiva de la propia madre	% Sí % No % Otra persona	Nominal	Cualitativa
		Período de lactancia materna	0 - 6 meses 6 meses – 11 meses 1 año – 1 año 11 meses 2 años – 3 años 11 meses 4 años – 4 años 11 meses	De razón	Cuantitativa
Seguridad Alimentaria	Situación en la que las personas tienen acceso físico, social y económico para satisfacer sus	Disponibilidad de alimentos	Número de veces en las que no hay o no se espera suficiente cantidad de	Ordinal	Cualitativa

	necesidades dietéticas.		alimentos en casa		
		Acceso a los alimentos	Frecuencia en las que no se ha consumido ningún tipo de comida por falta de recursos económicos	Ordinal	Cualitativa
Alimentación complementaria	Es el proceso de introducir progresivamente alimentos sólidos diferentes a leche materna para completar los requerimientos nutricionales que la leche materna a la edad de 6 meses	Consumo de alimentos sólidos, semisólidos o blandos	% de lactantes de 6 a 8 meses que consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior	Nominal	Cualitativa
		Diversidad y frecuencia alimentaria	Dieta mínima aceptable a	Ordinal	Cualitativa

	no lo logra por sí sola.		los 6 a 23 meses		
		Consumo de proteínas	Consumo de huevos y/o carne a los 6 a 23 meses	Nominal	Cualitativa
		Alimentación con productos procesados	Consumo de bebidas dulces a los 6 a 23 meses	Ordinal	Cualitativa
		Comidas completas diarias	Frecuencia mínima de comidas a los 6 a 23 meses	De razón	Cualitativa
		Consumo de lácteos	Frecuencia mínima de tomas de leche para niños no amamantados de 6 a 23 meses	Ordinal	Cualitativa
		Alimentos procesados	Consumo de alimentos procesados a	Ordinal	Cualitativa

			los 6 – 23 meses		
		Consumo de frutas y verduras	Ningún consumo de frutas o verduras a los 6 a 23 meses	Ordinal	Cualitativa
Cuidadores del niño	Número total de personas responsable de vestir, alimentar, llevar al médico al niño.	No aplica	Cuidado por la mamá Cuidado por el papá Cuidado por otro miembro de la familia	Ordinal	Cualitativa

Independientes

Tabla 3. Operacionalización de variables independientes

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Sexo del niño/a	Características biológicas y fisiológicas que definen a	No aplica	% sexo femenino % sexo masculino	Nominal	Cuantitativa

	hombres y mujeres				
Edad del niño/a	Período de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la encuesta	No aplica	Número de meses Número de años	Nominal	Cuantitativa
Educación de la madre	Conjunto de conocimiento, aprendizajes que la madre adquiere para criar y educar a sus hijos	Años de escolaridad	Números de años curados	Razón	Cuantitativo
Estado de salud	Condición general de bienestar físico, mental y social de una persona.	Salud física	Número de enfermedades activas	Nominal	Cualitativa
		Salud mental	Estado de ánimo	Ordinal	Cualitativa
		Salud social	Relación con los miembros de su familia Número de	Ordinal	Mixta

			participación en actividades de la comunidad		
Ingresos económicos	Cantidad de dinero que una familia recibe a través de diversas fuentes para el sustento familiar.	Fuentes de ingreso	Número de fuentes de ingreso	Razón	Cuantitativa

Componente cualitativo

- Cosmovisión y prácticas de alimentación y cuidados
- Prácticas ancestrales en la alimentación y cuidados

3.2 Tipo y Diseño de la Investigación

Estudio observacional descriptivo mixto cualitativo y cuantitativo de corte transversal. Este estudio es de carácter mixto cualitativo y cuantitativo puesto que durante la recolección de datos se emplearon encuestas donde abarcaban preguntas abiertas lo cual da apertura a analizar las respuestas de nuestras participantes. No obstante, se emplearán diversos cálculos para la obtención de datos específicos que obtendremos con la información adquirida, por lo cual se puede hacer igualmente un análisis estadístico cuantitativo.

3.3 Población y muestra del estudio

Nuestra población principal de estudio son niños y niñas de 0 meses hasta los 4 años 11 meses y 29 días, la cual por lógicas razones toda la información que se obtendrá son las madres de estos niños residentes de la comunidad Waorani de Gareno, Tiwino y Miwaguano, comunidades ubicadas en las provincias de Francisco de Orellana, Napo y Pastaza ubicadas en la Amazonía ecuatoriana. Se incluirán a todos los niños que entren en el rango de edad y estén dentro de nuestros criterios de inclusión definidos en el estudio, con el fin de garantizar una selección mucho más específica y precisa de la muestra.

a. Criterios de inclusión

- Madres y personas encargadas del cuidado de los niños menores de 5 años de las comunidades Waorani de Gareno, Tiwino y Miwaguano.
- Personas que acepten participar del estudio y firmen el consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

- Adultos no pertenecientes a las comunidades Waorani de las provincias de Orellana, Pastaza y Napo
- Adultos que presenten alguna discapacidad intelectual que no les permita brindar información adecuada

c. Técnicas e instrumentos de recolección de muestra

Este estudio, forma parte de un macroproyecto que se denomina “Determinantes de la malnutrición en niños/as menores de 5 años residentes en comunidades Waorani de Orellana, Napo y Pastaza durante el 2024”. Para la obtención de datos, se realizaron encuestas a las madres y personas encargadas del cuidado de este grupo de niños quienes previamente habían accedido a la realización de esta con la firma de consentimiento informado.

La encuesta fue diseñada con el fin de obtener información sobre el estado de salud de la población, acceso a servicios básicos y de salud y prácticas de alimentación y cuidado que se enfocan en determinar la existencia de malnutrición y cuáles podrían ser las razones de esta.

Para el estudio presente, se tomó como base los resultados de la encuesta mencionada previamente, sin embargo, se seleccionaron preguntas específicas que permitan nos obtener información precisa para alcanzar los objetivos establecidos, es decir más orientadas en el cuidado y alimentación de este grupo de personas y cómo influyen en su estado de salud.

d. Procedimientos de recolección de información

Para la recolección de datos se contrataron encuestadores profesionales con un perfil apto como el entendimiento de temas médicos y nutricionales, asimismo, que hayan tenido previa experiencia con las comunidades Waorani. Además, se contó con la colaboración de líderes locales quienes nos ayudaron con la traducción del idioma y fueron de primordial apoyo a los encuestadores. El proceso se desarrolló en diferentes etapas, siguiendo un protocolo acorde para un eficaz desarrollo de las entrevistas.

1. Convocatoria a la comunidad: se acordó con las autoridades locales para su respectivo permiso y que den anuncio con fecha, hora y espacio para las entrevistas.
2. Reunión informativa: Posteriormente se realizó una reunión con todas las madres o representante legales de los niños para explicarles sobre todos los objetivos de proyecto, resolviendo dudas que presenten.
3. Verificación de criterios: se analizó cada caso a detalle determinando si cumplían o no nuestros criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos para saber si serán o no parte de nuestro proyecto.
4. Luego, se seleccionó con rigurosidad a quienes iban a ser parte de nuestra muestra y se explicó el consentimiento informado a madres o representantes legales para ser partícipes.

5. Una vez firmado el consentimiento informado y hayan sido aclaradas todas las dudas a los nuevos participantes, se procedió a asignarse un código alfanumérico a cada participante para que de esta forma se identificable, pero mantenga su anonimato.
6. Se procedió a realizar las entrevistas a cada una de las participantes. Cada encuesta duró alrededor de 40 minutos y se consideró varios puntos específicos para abarcar todos los temas que se requieren del proyecto global, se dividió en 3 componentes principales:
 - 6.1. Preguntas sobre Salud y Nutrición. En este apartado se incluye: lactancia, ingesta de alimentos, antecedentes maternos y prenatales, sobre familia y cuidados.
 - 6.2. Preguntas sobre condición socioeconómica de la familia y accesos a servicios.
 - 6.3. Preguntas sobre el consumo de alimentos en específicos introducidos a la dieta familiar.
7. Mediciones antropométricas. Una vez finalizada las encuestas se procedió a tomar la medición de las medidas antropométricas, tanto para el niño como para la madre: talla, peso. Estos datos se los tomaba por 2 ocasiones para evitar cualquier error y una tercera vez si hubiera diferencia mayor de 0,5 kg o 0,5 cm en los niños y diferencia 0,5 kg o 1 cm para la talla en los adultos.
8. Una vez finalizada la recolección de datos, se almacenó toda la información en una base de datos general, para facilitar su lectura y así también mantener el anonimato de los participantes.

e. Aspectos bioéticos

En este estudio se respetaron todas las normas de buenas prácticas de investigación y principios de bioética. Además, se contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la PUCE y la autorización de los líderes de la comunidad Waorani antes del inicio del trabajo de campo.

Un punto importante es que se realizó una pequeña encuesta a los participantes donde se aclaró los siguientes puntos:

- Al ser una participación voluntaria, podrán dejar de participar del estudio en el momento que deseen.
- Podrán terminar la encuesta al momento que deseen o no dar toda la información que se pida, ya que considera que la pregunta considera que es privada. Se respeta su derecho de privacidad y podrán pasar a la siguiente pregunta o simplemente no continuar.

f. Plan de análisis de los datos

El análisis estadístico de este estudio es de tipo descriptivo que combina tanto variables cuantitativas como cualitativas. En el caso del componente cuantitativo, se presentarán los datos mediante tablas con frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), además de gráficos que permitan comprender de manera práctica la información. Por otro lado, para el componente cualitativo, se emplearán medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar).

Adicionalmente, se utilizarán tablas de contingencia que permitan relacionar las variables dependientes e independientes junto con la aplicación de un análisis de regresión logística bivariada y multivariada para identificar la asociación entre las prácticas de alimentación y cuidado y como estas influyen en el estado de salud de los niños. Se estimará Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% para definir si existe un análisis bivariado con resultados estadísticamente significativos. Para el proceso de datos se utilizará el software de SPSS versión 31.0.0.0 (117)

Para el análisis cualitativo, se realizaron entrevistas estructuradas con la participación de 13 personas, entre ellas madres y cuidadores de los menores, esto con el objetivo de

comprender a profundidad las percepciones sobre los cuidados y prácticas de alimentación en el grupo estudiado.

Las entrevistas fueron realizadas por personal capacitado quien previo a establecer un ambiente de confianza con los integrantes de la comunidad, procedió a aplicar las guías de la entrevista con preguntas abiertas que permitieron respuestas espontáneas y detalladas sobre el tema. Estas entrevistas se ejecutaron de manera individual, en el idioma más cómodo para el participante, con el fin de establecer un entorno favorable para los mismos. Adicionalmente, y con su consentimiento previo, se realizaron grabaciones y notas de campo para el registro de las respuestas que fueron analizadas a profundidad en una etapa posterior en la cual se transcribieron, y con ello se establecieron categorías para extraer la información más relevante sobre prácticas culturales en la alimentación, cuidados en la etapa reproductiva y postparto y percepciones maternas sobre alimentación infantil y cuidado del niño.

Capítulo IV. Resultados

4.1. Análisis sociodemográfico

En este estudio de investigación se estudió un total de 74 niños y niñas Waorani de las comunidades de Miwaguno, Gareno y Tiwino de las provincias de Orellana, Napo y Pastaza.

En la tabla 4 se puede apreciar la distribución geográfica de las viviendas de la población estudiada, con una presencia mayor en Orellana (39.2%), seguido de Pastaza (37.8%) y por último Napo (23%)

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la ubicación geográfica de la vivienda

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA VIVIENDA		
	Frecuencia	Porcentaje
Napo/Gareno	17	23.0%
Pastaza/Tiwino Waorani	28	37.8%
Orellana/Miwaguno	29	39.2%
Total	74	100.0%

La tabla 5 demuestra la distribución de los niños/as según su edad, para ello se ha separado en dos grupos, el primero y más grande (86.5%) con aquellos de 6 meses o más y el segundo con los menores de seis meses. Esta división con el fin de poder aplicar un cruce de variables en prácticas y cuidados como lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria temprana. Sin embargo, para el estudio, se han identificado desde recién nacidos con días cumplidos hasta niños de 5 años.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes según edad de los niños/as

EDAD DEL NIÑO/A		
	Frecuencia	Porcentaje

6 meses o mayor	64	86.5%
Menor de 6 meses	10	13.5%
Total	74	100.0%

En la tabla 6 se indica el total de niños y niñas, 74 participantes, la cual el 56.8% corresponde al sexo femenino y el 43.2% al sexo masculino. Esto indica una ligera predominancia de niñas en la muestra, aunque la distribución de ambos sexos es relativamente equilibrada.

Tabla 6. Porcentajes y frecuencias según el sexo del niño/a

SEXO DEL NIÑO/A		
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	32	43.2%
Mujer	42	56.8%
Total	74	100.0%

La tabla 7 se ha agrupado a las madres por edades, el primer grupo integrado por aquellas de 16 a 20 años, en el cual se incluye a las adolescentes que a pesar de no representar un gran porcentaje (14.9%) se debe tomar en cuenta que existe la problemática de embarazo adolescente en esta población. Por otro lado, el mayor grupo de madres tienen entre 21 a 40 años (79.7%) y por último, aquellas de más de 40 años (consideradas como madres de edad avanzada desde los 35 años) con un 5.4%.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes según edad de la madre

EDAD DE LA MADRE		
	Frecuencia	Porcentaje

16 a 20 años	11	14.9%
21 a 30 años	36	48.6%
31 a 40 años	23	31.1%
41 a 50 años	4	5.4%
Total	74	100.0%

La tabla 8 se aprecia que la mayoría de las madres (97.3%) tienen un nivel de instrucción básica, seguido de bachilleres en un 43.2% y con un mínimo de madres en ambos extremos, una con nivel preparatoria y otra con nivel superior. A pesar de los dos casos excluidos por falta de respuesta en la encuesta, no se ha identificado madres con analfabetismo.

Tabla 8. Nivel de instrucción de la madre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE		
	Frecuencia	Porcentaje
Preparatoria (guardería, pre-kinder, kinder, 1er. grado)	1	1.4%
Básica (2do grado de escuela a 3er curso)	38	51.4%
Bachillerato (4to, 5to, 6to curso)	32	43.2%
Superior	1	1.4%
Total	72	97.3%
Perdidos	2	2.7%
Total	74	100.0%

En la tabla 9, como podemos observar, la mayoría de las madres permanecen en unión libre con su pareja (66.2%) o casadas (17.6%), lo que puede reflejar que cuentan con una red

de apoyo que permite un mejor cuidado de los niños/as, sin embargo, un 16.2% son madres solteras.

Tabla 9. Estado civil de la madre

Estado civil de la madre		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	12	16.2%
Casada	13	17.6%
Unión libre	49	66.2%
Total	74	100%

En la tabla 10 se muestra que, en la mayoría de los casos, el padre sí se encuentra presente en el hogar (95.9%), y que apenas 3 de ellos indican que no. Esto refleja que en la mayoría de los hogares se cuenta con una figura paterna lo que podría considerarse una influencia positiva para la dinámica familiar y cuidado de los menores.

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de padres presentes en el hogar

PRESENCIA DEL PADRE EN EL HOGAR		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	71	95.9%
No	3	4.1%
Total	74	100.0%

En la tabla 11 podemos observar en el gráfico que en la mayoría de casos, el padre alcanzó un nivel de bachillerato (50%), seguido por aquellos con educación básica, y un grupo menor con nivel superior (10.8%), preparatorio (2.7%) y sin instrucción (1.4%). De manera general,

los padres alcanzaron un nivel de instrucción medio, lo que podría influir en prácticas de crianza y apoyo escolar, además de decisiones relacionadas con la salud y educación de sus hijos.

Tabla 11. Nivel de instrucción del padre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	1	1.4%
Preparatoria	2	2.7%
Básica	26	35.1%
Bachillerato	37	50.0%
Superior	8	10.8%
Total	74	100.0%

La tabla 12 muestra los ingresos familiares trimestrales en promedio de una familia en la comunidad. Como se aprecia, la mayoría recibe entre 101 a 500 dólares, lo que no cubre ni el valor de una canasta básica, esto refleja la importancia de la autosubsistencia con la que los hogares waorani viven, sin embargo, no les brinda garantía de acceso a alimentos ni adecuadas condiciones de vida.

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje según los ingresos económicos trimestrales de cada familia

INGRESOS ECONÓMICOS TRIMESTRALES		
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 100 dólares	23	31.1%

101 a 500 dólares	31	41.9%
501 a 1000 dólares	9	12.2%
Más de 1000 dólares	10	13.5%
Total	73	98.6%
Perdidos	1	1.4%
Total	74	100.0%

Como se puede apreciar, en la tabla 13, la lactancia materna es una práctica con alta prevalencia en la comunidad Waorani, apenas 2 niños no lo han recibido. Esto refleja el valor cultural que tiene la lactancia en esta población y cómo es la base de la alimentación de los niños durante su etapa de crecimiento.

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de niños/as que han recibido lactancia materna alguna vez en su vida

LACTANCIA MATERNA		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	72	97.3%
No	2	2.7%
Total	74	100.0%

La tabla 14 indica que la mayoría (79.7%) de los niños, ha recibido lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, lo que indica una alta prevalencia de esta práctica, siendo positivo por los beneficios que conlleva y cumpliendo con las recomendaciones de organismo internaciones de salud

Tabla 14. Frecuencias y porcentaje de niños/as que han recibido lactancia materna exclusiva.

LACTANCIA EXCLUSIVA		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	59	79.7%
No	5	6.8%
Total	64	86.5%
Perdidos	10	13.5%
Total	74	100.0%

La tabla 15 indica que la mayoría de los niños/as Waorani no cuentan con diversidad alimentaria, apenas el 23% de ellos la tiene frente al 77% de niños que no. Lo que los hace vulnerables a una dieta con nutrientes insuficientes que predispone a desnutrición crónica infantil.

Tabla 15. Frecuencia y porcentajes de niños/as con diversidad alimentaria

DIVERSIDAD ALIMENTARIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	23%
No	57	77%
Total	74	100%

En la tabla 16 se puede apreciar que el 48.6% de niños no alcanza el mínimo de frecuencia de comidas en un día según su edad y si se encuentran amamantados o no como lo describe el indicador de alimentación complementaria, esto se convierte en un factor de riesgo para

desarrollo de comorbilidades y un mal estado nutricional, además refleja la poca seguridad alimentaria de esta población.

Tabla 16. Porcentajes y frecuencias de los niños/as que cumplen con la frecuencia mínima de comidas

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS AJUSTADA A LA EDAD DEL NIÑO/A		
	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	22	29.7%
No cumple	36	48.6%
Total	58	78.4%
Perdidos	16	21.6%
Total	74	100.0%

Los datos de la tabla 17 indican que el 100% de los niños/as han recibido lactancia materna continua, es decir posterior a los 6 meses de edad que se ha prolongado hasta al menos los dos años, por lo que se ha garantizado el aporte nutricional proveniente de la leche materna y se ha fortalecido el vínculo madre-hijo a través de ella. Se han excluido 19 casos que corresponden a quienes aún no cumplen la edad.

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de niños/as que han recibido lactancia continua

LACTANCIA CONTINUA		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	55	74.3%
Perdidos	19	25.7%
Total	74	100.0%

Como lo muestra la tabla 18, el consumo de sucedáneos de la leche materna tiene una baja prevalencia en las comunidades indígenas, apenas el 12.2% lo ha consumido alguna vez frente a un 86.5% de ni niños a los que nunca se los ha administrado. Esto refuerza la creencia de la importancia de la lactancia materna en esta población y también la poca influencia de propaganda sobre estos productos en su entorno.

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de niños/as que han consumido leche de fórmula

CONSUMO DE LECHE DE FÓRMULA		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	12.2%
No	64	86.5%
Total	73	98.6%
Perdidos	1	1.4%
Total	74	100.0%

4.2. Cruce de variables

En la tabla 19 se puede evidenciar que la lactancia materna se practica en la gran mayoría de la población, independientemente de sus características sociodemográficas, a pesar de que si existan diferencias mínimas entre ellas.

En cuanto al lugar de residencia, el grupo de niño/as pertenecientes a Napo/Gareno, recibe en su totalidad leche materna (100%), en comparación con Pastaza/Tiwino en quienes esta práctica se presenta en el 96,4% y en Orellana/Miwaguno en el 96,6%. Esto refleja que quienes pertenecen a Pastaza/Tiwino, tiene una probabilidad ligeramente menor de recibir lactancia que las de Orellana/Miwaguno (OR 0,62, IC 95%: 0.62 – 147,2); sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa debido a que el valor de p corresponde a 0,980.

Tomando en cuenta el sexo, los hombres mantuvieron un 96.9% de lactancia materna frente a las mujeres con un 97,6%. El análisis refleja que los hombres tienen un 8% menos de probabilidades de recibir lactancia materna que las mujeres (OR 0,08; IC 95%: 0,08–21,98), a pesar de ello, no es un valor estadísticamente significativo ($p=0,845$)

Respecto a la edad del niño/a, se ve reflejado el dato de que los menores de seis meses presentan un porcentaje menor de lactancia materna (90%), frente a los mayores de seis meses con 98,4%, lo que significa que los menores de seis meses tienen hasta 2,5 veces más probabilidades de no lactar frente a sus mayores (OR=0,008–2,491); sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0.182$).

En el caso de edad materna, las madres de 16 a 20 años practican en un 90,9% la lactancia materna, en comparación al grupo de 21 a 30 años y 41 a 50 años quienes alcanzaron el 100% y aquellas de 31 a 40 años siendo el grupo de referencia con un 95,7%. El análisis de esos grupos, a pesar de sus diferencias, no mostró un resultado estadísticamente significativo con base en la referencia (OR=1,0; IC 95%: 0,026–8,023; $p=0,999$).

Al analizar el nivel de instrucción de la madre, aquellas que tenían un educación básica o preparatoria presentaron un 94,9% de lactancia a comparación de aquellas con bachillerato o educación superior quienes cumplen con el 100%. A pesar de que se evidencia que las madres con un nivel de instrucción más alto tienen mayor tendencia a dar de lactar a su hijo, no representa un valor estadísticamente significativo (OR=1; $p=0,999$).

En cuanto al estado civil, no hubo una diferencia significativa ($p=0,999$) debido a que la madres casadas y solteras cumplen al 100% con la práctica de lactancia materna, frente a las madres en unión libre con un 95,9%.

La presencia de padre en el hogar tampoco mostró una diferencia significativa ($p=0,999$), en el caso de los hogares en los que el padre vivía con el niño/a, se practica lactancia materna en un 97,2%, a diferencia de en los que el padre no está presente donde la lactancia es del

100%. De igual manera, el nivel de instrucción del padre no mostró un dato estadísticamente significativo ($p=0,999$), donde se reporta que aquellos niños quienes tiene un padre con nivel de instrucción básica y preparatoria reciben lactancia materna en un 100% frente a aquellos con nivel superior y bachillerato con una prevalencia del 95,9%.

Por último, la relación entre lactancia materna e ingresos económicos trimestrales no obtuvo una diferencia significativa ($p=1,00$) debido a que en las familias que perciben ingresos menores a 1000 dólares y mayores a 5000, se practica al 100% lactancia materna, frente a aquellos entre 1000 y 5000 dólares con un 96,9%.

Tabla 199. Cruce de variables: Lactancia materna y características sociodemográficas

	Lactancia materna			
	Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Lugar de residencia				
Napo/Gareno	100% (17)	0% (0)	-	0.999
Pastaza/Tiwino Waorani	96.4% (27)	3.6% (1)	0.62 - 17.42	0.980
Orellana/Miwaguno	96.6% (28)	3.4% (1)	Referencia	
Sexo				
Hombre	96.9% (31)	3.1% (1)	Referencia	
Mujer	97.6% (41)	2.4% (1)	0.08 – 21.98	0.845
Edad del niño/a				
Menor de 6 meses	90% (9)	10% (1)	0.008 – 2.491	0.182
6 meses o mayor	98.4% (63)	1.6% (1)	Referencia	
Edad de la madre				
16 a 20 años	90.9% (10)	9.1% (1)	Referencia	
21 a 30 años	100% (36)	0% (0)	-	0.998

31 a 40 años	95.7% (22)	4.3% (1)	0.026 – 8.023	0.590
41 a 50 años	100% (4)	0% (0)	-	0.999
Nivel de instrucción de la madre				
Preparatoria y básica	94.9% (37)	5.1% (2)	Referencia	
Bachiller y superior	100% (33)	0% (0)	-	0.998
Estado civil de la madre				
Soltera	100% (12)	0% (0)	-	0.999
Casada	100% (13)	0% (0)	-	0.999
Unión libre	95.9% (47)	4.1% (2)	Referencia	
Padre presente en el hogar				
Sí	97.2% (69)	2.8% (2)	Referencia	
No	100% (3)	0% (0)	-	0.999
Nivel de instrucción del padre				
Soltera	100% (12)	0% (0)	-	0.999
Casada	100% (13)	0% (0)	-	0.999
Unión libre	95.9% (47)	4.1% (2)	Referencia	
Ingresos económicos trimestrales				
0 a 100 dólares	100% (23)	0% (0)	Referencia	
101 a 500 dólares	100% (31)	0% (0)	-	1
501 a 1000 dólares	77.8% (7)	22.2% (2)	-	1
Más de 1000 dólares	10 (100%)	0% (0)	-	0.999

En la Tabla 12 se muestra la lactancia materna en relación a variables sociodemográficas donde de manera general, se evidencia que la prevalencia de lactancia exclusiva es elevada, manteniéndose sobre el 85%.

En cuanto al lugar de residencia, los niño/as pertenecientes a Pastaza/Tiwino fueron quienes alcanzaron una prevalencia de 95,2%, frente a los de Napo/Gareno del 93,8% y Orellana/Miwaguno, siendo el más bajo con 88,9%. A pesar de que existen diferencias, estas no fueron estadísticamente significativas con un OR=0,051 (IC 95%: 0,051–5,611; p=0,701) para Pastaza/Tiwino Waorani y OR=0,393 (IC 95%: 0,39–4,151; p=0,443) para Orellana/Miwaguno.

En los que respecta al sexo del niño/a, los hombres presentaron una mayor prevalencia de lactancia exclusiva con un 96.6%, en comparación con las mujeres con (88,6%). A pesar de que el modelo ha demostrado que los hombres tienen más probabilidad de recibir lactancia exclusiva, el valor no es estadísticamente significativo.

Sobre la edad del niño, el análisis expone que todos los menores de 6 meses se encuentran recibiendo lactancia exclusiva, por otro lado, de los mayores de seis meses solo se reporta que el 92,1% recibió lactancia exclusiva aun cuando el OR indicó esta tendencia (OR=0,123; IC 95%: 0,123–2,263), la asociación no alcanzó significancia estadística (p=0,144).

En lo que refiere a la edad materna, las madres de entre 16 a 20 años, y las de 41 a 50 años, reportan el cumplimiento con lactancia exclusiva en un 100%, mientras que las de 21 a 30 años en un 90,9% y las de 31 a 40 años en un 95,7%. Estas diferencias no son estadísticamente significativas (p>0,05 en todas las comparaciones).

Al analizar el nivel de instrucción de la madre, las madres con educación básica y preparatoria mantuvieron lactancia exclusiva en un 94,9%, por otro lado, aquellas con bachillerato y nivel superior cumplieron con esta práctica en su totalidad; esto nos indica que aquellas con un nivel de instrucción mayor tienen mayor probabilidad de dar a sus hijos lactancia exclusiva, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa (p=0,174).

En cuanto al estado civil de la madre, las solteras alcanzaron un 100% de lactancia exclusiva frente a las casadas con un 86,6% y en unión libre 95,9% (grupo de referencia). Los resultados del análisis, a pesar de mostrar que las mujeres casadas tienen una menor tendencia a practicar lactancia exclusiva, esta no se considera estadísticamente significativa ($p=0,458$).

La presencia del padre en el hogar no mostró una diferencia significativa en cuanto a esta práctica, aquellos niños/as que cuentan con su padre en el hogar alcanzan una prevalencia de lactancia exclusiva en un 94,9% mientras que en los que no está presente, el 100%. El valor de p es de 0,999 por lo que no es estadísticamente significativo.

Al igual que con las madres, en cuanto al nivel de instrucción del padre, aquellos con nivel básico y preparatoria se asocian a una menor probabilidad de lactancia exclusiva con el 94,9%, frente a los que tienen bachillerato o superior con el 97,9%. Aunque la probabilidad fue mayor en el último grupo ($OR=4,267$; IC 95%: 0,256–23,299), las diferencias no alcanzaron significancia ($p=0,437$).

Por último, las familias con ingresos económicos de 0 a 1000 dólares reportaron un 95,2% de lactancia exclusiva en comparación con las que mantienen ingresos de entre 501 a 1000 dólares con el 100% y en las que tienen más de 5000 dólares donde la práctica desciende al 85,7%. No obstante, estas diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas ($OR=0,258$; IC 95%: 0,258–55,252; $p=0,417$ para el rango de 501–1000 dólares; $OR=0,999$ para más de 5000 dólares).

Tabla 20. Cruce de variables: Lactancia materna exclusiva y características sociodemográficas

	Lactancia materna exclusiva			
	Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Lugar de residencia				
Napo/Gareno	93.8% (15)	6.3% (1)	Referencia	.704
Pastaza/Tiwino Waorani	95.2% (20)	4.8% (1)	.051 – 5.611	.601
Orellana/Miwaguno	88.9% (24)	11.1% (3)	.039 – 4.151	.443
Sexo				
Hombre	96.6% (28)	3.4% (1)	Referencia	
Mujer	88.6% (31)	11.4% (4)	.029 – 2.626	.263
Edad del niño/a				
Menor de 6 meses	100.0% (1)	0.0% (0)	Referencia	1.000
6 meses o mayor	92.1% (58)	7.9% (5)	-	1.000
Edad de la madre				
16 a 20 años	100.0% (9)	0.0% (0)	Referencia	.765
21 a 30 años	93.8% (30)	6.3% (2)	-	1.000
31 a 40 años	84.2% (16)	15.8% (3)	-	.999
41 a 50 años	100.0% (4)	0.0% (0)	-	.999
Nivel de instrucción de la madre				
Preparatoria y básica	94.9% (37)	5.1% (2)	Referencia	
Bachiller y superior	100% (33)	0% (0)	.111 – 4.597	.714
Estado civil de la madre				
Soltera	88.9% (8)	11.1% (1)	Referencia	.458

Casada	84.6% (11)	15.4% (2)	.202 – 30.998	.476
Unión libre	95.2% (40)	4.8% (2)	.459 – 28.830	.222
Padre presente en el hogar				
Sí	91.9% (57)	8.1% (5)	Referencia	
No	100.0% (2)	0.0% (0)	0	.999
Nivel de instrucción del padre				
Preparatoria y básica	96.4% (27)	3.6% (1)	Referencia	
Bachiller y superior	97.8% (44)	2.2% (1)	.256 - 23.299	.437
Ingresos económicos trimestrales				
0 a 100 dólares	95.2% (20)	4.8% (1)	Referencia	.854
101 a 500 dólares	88.9% (24)	11.1% (3)	.016 – 5.552	.419
501 a 1000 dólares	100% (8)	0% (0)	.066 – 8.550	.817
Más de 1000 dólares	85.7% (6)	14.3% (1)	.000 -	.999

En la tabla 21 se muestra el cumplimiento de la frecuencia mínima de comidas en relación con las características sociodemográficas. En cuanto, al lugar de residencia, los niños de Pastaza/Tiwino mostraron una mayor frecuencia mínima aceptable con 46.2% en comparación con los de Napo/Gareno con 37.5% y Orellana/Miwaguno con 29.2%. Sin embargo, las diferencias no fueron significativas [*OR 0.68 (0.12 – 3.68); p = 0.661*].

Respecto al sexo, se evidenció una proporción ligeramente mayor de frecuencia mínima aceptable en los hombres con 41.7% que en las mujeres con 35.3%; sin embargo, la diferencia no fue significativa [*OR 0.76 (0.26 – 2.23); p = 0.623*].

En relación con la edad de los niños, se observó que los niños menores de seis meses presentaron una mayor proporción de cumplimiento con un 75% frente a aquellos de seis meses o más con 35.2%. De este modo, los menores de seis meses tuvieron 5.5 veces más

probabilidades de alcanzar la frecuencia mínima aceptable [*OR* 5.52 (0.53 – 56.86); *p* = 0.151], aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa.

Aquellas madres entre 21 y 30 años presentaron una frecuencia mínima aceptable del 41.4%, seguida de las de 31 a 40 años con 36.8%, mientras que las de 16 a 20 años y de 41 a 50 años registraron proporciones menores con 33.3% y 24% respectivamente. A pesar de estas variaciones, no se encontraron asociaciones significativas entre la edad materna y la frecuencia aceptable porque se determinó un valor de $p > 0.05$.

En cuanto al nivel de instrucción de la madre, se observó que aquellas con educación preparatoria o básica alcanzaron un 40.9% de frecuencia mínima aceptable, mientras que las madres con nivel bachiller o superior presentaron un 37.1%. Aunque el nivel educativo más alto no mostró una mejora en la frecuencia mínima aceptable, la diferencia no fue significativa [*OR* 0.76 (0.43 – 3.79); *p* = 0.651]. Esto sugiere que, dentro de la población estudiada, el acceso a la educación formal no necesariamente se traduce en mejores prácticas alimentaria infantiles.

Respecto al estado civil, las madres que están solteras presentaron la mayor proporción de frecuencia mínima aceptable con 50%, seguidas de las casadas con 46.2% y la que viven en unión libre con 33.3%. A pesar de esta tendencia, no se observó una asociación significativa entre el estado civil y la frecuencia mínima aceptable valor $p > 0.05$. Lo cual indica que el estado civil no influye de manera relevante en la frecuencia mínima aceptable.

En relación con la presencia del padre en el hogar, se evidenció que aquellos niños cuyos padres viven en el hogar, alcanzaron una frecuencia mínima aceptable del 38.6%, frente al 0% en los hogares donde el padre no está presente. Sin embargo, debido al bajo número de casos sin padre en el hogar, esta diferencia no alcanzó significancia estadística.

En cuanto al nivel de instrucción del padre, se observó una ligera diferencia entre quienes poseen educación preparatoria o básica con 40.9% y aquellos con bachillerato o nivel

superior con 37.1%, sin diferencias estadísticamente significativas [OR 1.17 (0.39 – 3.49); $p = 0.776$].

Por otro lado, los hogares con ingresos trimestrales entre 501 y 1000 dólares presentaron una mayor frecuencia mínima aceptable con 71.4% en comparación con los de menores ingresos un 27.8% en el grupo de 0 a 100 dólares. A pesar de esta tendencia, la asociación no fue significativa [OR 1.88 (0.31 – 11.34); $p = 0.487$].

Tabla 211. Cruce de variables frecuencia mínima aceptable según edad con características sociodemográficas

	Frecuencia mínima aceptable			
	Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Lugar de residencia				
Napo/Gareno	37.5% (3)	62.5% (5)	Referencia	0.470
Pastaza/Tiwino Waorani	46.2% (12)	53.8% (14)	0.68 (0.128 – 3.68)	0.661
Orellana/Miwaguno	29.2% (7)	70.8% (17)	0.48 (0.149 – 1.54)	0.219
Sexo				
Hombre	41.7% (10)	58.3% (14)	0.76 (0.26 – 2.23)	0.623
Mujer	35.3% (12)	64.7% (22)	Referencia	0.091
Edad del niño/a				
Menor de 6 meses	75% (3)	25% (1)	5.52 (0.53 – 56.86)	0.151
6 meses o mayor	35.2% (19)	64.8 (35)	Referencia	0.341
Edad de la madre³				
16 a 20 años	33.3% (2)	66.7% (4)	Referencia	0.922

21 a 30 años	41.4% (12)	58.6% (17)	0.66 (0.03 – 11.28)	0.779
31 a 40 años	36.8% (7)	63.2% (12)	0.47 (0.04 – 5.10)	0.537
41 a 50 años	25% (1)	75% (3)	0.57 (0.04 – 6.60)	0.654
Nivel de instrucción de la madre				
Preparatoria y básica	40.9% (9)	59.1% (13)	Referencia	-
Bachiller y superior	37.1% (13)	62.9% (22)	0.434 – 3.797	.651
Estado civil de la madre				
Soltera	50% (3)	50% (3)	Referencia	0.582
Casada	46.2% (6)	53.8% (7)	0.50 (0.08 – 2.83)	0.433
Unión libre	33.3% (13)	66.7% (26)	0.58 (0.163 – 2.09)	0.408
Padre presente en el hogar				
Sí	38.6% (22)	61.4% (35)	-	-
No	0% (0)	100% (1)	Referencia	-
Nivel de instrucción del padre				
Preparatoria y básica	40.9% (9)	59.1% (13)	1.17 (0.39 – 3.49)	0.776
Bachiller y superior	37.1% (13)	62.9% (22)	Referencia	-
Ingresos económicos trimestrales				
0 a 100 dólares	27.8% (5)	72.2% (13)	Referencia	0.252
101 a 500 dólares	34.6% (9)	65.4% (17)	2.6 (0.38 – 17.45)	0.325
501 a 1000 dólares	71.4% (5)	28.6% (2)	1.88 (0.31 – 11.34)	0.487
Más de 1000 dólares	50% (3)	50% (3)	0.40 (0.04 – 3.95)	0.433

En la Tabla 22 se presenta en relación con el lugar de residencia, se observó que el consumo de leche de fórmula fue mayor en los niños de Orellana/Miwaguno con un 17.2%, seguido de Pastaza/Tiwino con un 10.7% y Napo/Gareno con un 5.9%. A pesar de ello, los resultados no muestran una asociación estadísticamente significativa entre el lugar de residencia y el consumo de leche de fórmula $p = 0.292$. Los niños residentes de Orellana/Miwaguno presentaron 0.30 menos probabilidades de consumir leche de fórmula en comparación con los de Napo/Gareno [*OR 0.30 (0.03 – 2.81)*].

En cuanto al sexo, se evidenció un mayor consumo de leche de fórmula entre los niños con un 18.8% frente a las niñas con 7.1%. No obstante, los resultados no fueron estadísticamente significativos valor de $p = 0.153$. Los varones presentaron 0.34 menos probabilidades de consumo de leche de fórmula en comparación con las mujeres [*OR 0.34 (0.07 – 1.49)*].

Respecto a la edad de los niños, el 20% de los mayores de 6 meses consumían leche de fórmula, mientras que los menores de 6 meses la proporción fue del 10.9%. No obstante, esta diferencia no fue significativa por su valor de $p = 0.434$, observándose que los menores de 6 meses tuvieron aproximadamente el doble de probabilidades de consumir leche de fórmula en relación con los mayores [*OR 2.00 (0.35 – 11.36)*].

Con respecto al nivel de instrucción de la madre, se observó que el 12.8% de las madres con educación preparatoria o básica ofrecían leche de fórmula a sus hijos, frente al 9.1% de aquellas con educación bachiller o superior. Aunque las madres con menor instrucción presentaron una probabilidad ligeramente mayor de ofrecer leche de fórmula [*OR 0.97 (0.95 – 1.008)*], pero los resultados no fueron estadísticamente significativos por su valor de $p = 0.161$.

En cuanto al estado civil, las madres solteras mostraron una mayor frecuencia de consumo de leche de fórmula en sus hijos con 16.7%, comparada con las casadas 7.7% y las que viven

en unión libre con 12.2%. No obstante, las diferencias no alcanzaron significancia estadística por su valor de $p = 0.827$.

Respecto a la presencia del padre en el hogar, se evidenció que los niños con padre presente tuvieron un consumo de leche de fórmula del 11.3%, mientras que en aquellos sin padre presente fue del 33.3%. Aunque no se observó significancia estadística con valor de p de 0.290, los resultados sugieren que la presencia del padre podría estar asociada con una menor probabilidad de consumo de leche de fórmula [OR 3.87 (0.31 – 47.72)].

En cuanto al nivel de instrucción del padre, el consumo fue levemente mayor entre aquellos con educación preparatoria o básica con 10.7% comparado con lo de bachillerato o superior 13.3%, sin diferencias estadísticamente significativas cuyo valor de p es 0.783.

Finalmente, al analizar los ingresos económicos trimestrales, se encontró que el consumo de leche de fórmula fue mayor entre las familias con ingresos entre 501 y 1000 dólares con 33.3%, mientras que fue menor entre las de menores ingresos con 8.7%. Aun así, esta relación no resultó significativa debido a que se determinó un valor de $p = 1.00$. Las familias con ingresos entre 501 y 1000 dólares presentaron una probabilidad similar de consumo de leche de fórmula respecto a las de menores ingresos [OR 1.00 (0.09 – 10.86)].

Tabla 22. Cruce de variables: Consumo de leche de fórmula y características sociodemográficas

	Consumo de leche de fórmula			
	Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Lugar de residencia				
Napo/Gareno	5.9% (1)	94.1% (16)	Referencia	0.534
Pastaza/Tiwino Waorani	10.7% (3)	85.7% (24)	0.50 (0.04 – 5.24)	0.563

Orellana/Miwaguno	17.2% (5)	82.8% (24)	0.30 (0.03 – 2.81)	0.292
Sexo				
Hombre	18.8% (6)	81.3% (26)	0.34 (0.07 – 1.49)	0.153
Mujer	7.1% (3)	90.5% (38)	Referencia	< 0.001
Edad del niño/a				
Menor de 6 meses	10.9% (7)	87.5% (56)	2.00 (0.35 – 11.36)	0.434
6 meses o mayor	20% (2)	80% (8)	Referencia	0.080
Edad de la madre				
16 a 20 años	18.2% (2)	81.8% (9)	Referencia	0.366
21 a 30 años	5.6% (2)	94.4% (34)	-	0.999
31 a 40 años	21.7% (5)	78.3% (18)	-	0.999
41 a 50 años	0.0% (0)	75% (3)	-	0.999
Nivel de instrucción de la madre				
Preparatoria y básica	12.8% (5)	87.2% (34)	0.97 (0.95 – 1.008)	0.161
Bachiller y superior	9.1% (3)	87.9% (29)	Referencia	< 0.001
Estado civil de la madre				
Soltera	16.7% (2)	83.3% (10)	Referencia	0.827
Casada	7.7% (1)	84.6% (11)	0.69 (0.12 – 3.98)	0.685
Unión libre	12.2% (6)	87.8% (43)	1.53 (0.16 – 14.10)	0.705
Padre presente en el hogar				
Sí	11.3% (8)	87.3% (62)	3.87 (0.31 – 47.72)	0.290
No	33.3% (1)	66.7% (2)	Referencia	0.571
Nivel de instrucción del padre				
Preparatoria y básica	10.7% (3)	85.7% (24)	0.81 (0.18 – 3.55)	0.783

Bachiller y superior	13.3% (6)	86.7% (39)	Referencia	9.846
Ingresos económicos trimestrales				
0 a 100 dólares	8.7% (2)	91.3% (21)	Referencia	0.312
101 a 500 dólares	9.7% (3)	87.1% (27)	1.16 (0.09 – 14.56)	0.905
501 a 1000 dólares	33.3% (3)	66.7% (6)	1.00 (0.09 – 10.86)	1.00
Más de 1000 dólares	10% (1)	90% (9)	0.22 (0.18 – 2.67)	0.236

En la Tabla 23 observamos la cantidad de niños que viven con diversidad alimentaria según sus características demográficas. Con respecto al lugar de residencia en Napo/Gareno el 11.8% de los niños presentaron diversidad alimentaria frente al 25% en Pastaza/Tiwino y 27.6% en Orellana/Miwaguno. Aunque los niños de Pastaza [*OR 2.85 (0.53 – 15.41); p 0.22*] tuvieron 2.85 veces más probabilidades de presentar diversidad alimentaria que los de Napo Gareno, mientras que en Orellana [*OR 1.14 (0.351 – 3.72); p 0.825*] la probabilidad fue de 1.14 veces. Sin embargo, estas estas diferencias no son estadísticamente significativas.

En cuanto al sexo, el 21.9% de los varones presentaron diversidad alimentaria frente al 23.8% en las niñas. Los niños tuvieron una probabilidad de 16% lo cual es ligeramente menor de presentar diversidad alimentaria [*OR 1.16 (0.37 – 3.34); p 0.845*] en comparación con las niñas, sin que la diferencia sea significativa, lo que sugiere que el sexo no influye de manera determinante en la diversidad alimentaria en las comunidades Waorani.

En relación de la edad del niño/a, el 21.9% de los menores de 6 meses presentó diversidad alimentaria, comparado con un 30% en los niños de 6 meses o más. Los menores de 6 meses tuvieron 53% veces más probabilidad de presentar diversidad alimentaria que los mayores de 6 meses [*OR 1.53 (0.35 – 6.70); p = 0.572*] sin alcanzar significancia estadística.

Respecto a la edad de la madre, se observó que los niños cuyas madres tienen entre 31 y 40 años presentaron 8 veces más probabilidades de diversidad alimentaria [*OR 8.00 (0.87 –*

73.55); $p = 0.066$] en comparación con aquellas madres de 16 a 20 años. Esto supone por sus años de experiencia, consolidación de redes de apoyo. No obstante, para los otros rangos etarios, las probabilidades fueron menores y ninguna alcanzó la significancia estadística.

Con relación al nivel de instrucción de la madre, los niños cuyas madres se encuentran en preparatoria o básica mostraron presentan mayor diversidad alimentaria en la dieta de sus hijos con 20.5%, mientras que aquellas que se encuentran en bachillerato y superior presentan un 24.2%. Esto quiere decir que las madres con menor escolaridad tuvieron 0.80 veces menos probabilidades de presentar diversidad alimentaria que los hijos de madres con bachiller o superior [$OR\ 0.80\ (0.26 - 2.45); p = 0.705$], estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Al analizar el estado civil de la madre, los niños de madres casadas presentaron 38.5% de diversidad alimentaria, frente al 25% de las solteras y 18.4% de aquellas en unión libre. Los hijos de las madres casadas tuvieron 0.53 veces menos probabilidades [$OR\ 0.53\ (0.09 - 2.97); p = 0.474$], mientras que hijos de madres en unión libre mostraron 1.48 veces más probabilidades [$OR\ 1.48\ (0.33 - 6.59); p = 0.606$], sin alcanzar significancia.

Respecto a la presencia del padre en el hogar, los niños con padre presente mostraron un 22.5% de diversidad frente al 33.3% de aquellos sin padre. La presencia se asoció a 1.71 veces más probabilidades de diversidad alimentaria [$OR\ 1.71\ (0.14 - 20.20); p = 0.667$], sin significancia estadística.

En cuanto al nivel de instrucción del padre, los niños de padres con preparatoria y básica presentaron un 35.7% de diversidad alimentaria, frente al 16.6% de aquellos con bachillerato o superior, reflejando de esa manera 3.01 veces más probabilidades [$OR\ 3.01\ (0.98 - 9.21); p = 0.053$], resultados que no fueron estadísticamente significativos.

Finalmente, respecto a los ingresos económicos trimestrales, los niños de familiar con ingresos de 501 a 1000 presentaron un 55.6% de diversidad alimentaria, mientras que

aquellas son ingresos mayores a 1000 dólares solo alcanzaron un 10%. Los niños de familias con mayores ingresos 0.08 veces menos probabilidades [*OR 0.08 (0.008 – 1.02); p = 0.053*]sin embargo no fueron significativamente estadístico.

Tabla 233. Cruce de variables: Diversidad alimentaria y características sociodemográficas.

	Diversidad alimentaria			
	Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Lugar de residencia				
Napo/Gareno	11.8% (2)	88.2% (15)	Referencia	0.465
Pastaza/Tiwino Waorani	25% (7)	75% (21)	2.85 (0.53 – 15.41)	0.22
Orellana/Miwaguno	27.6% (8)	72.4% (21)	1.14 (0.35 – 3.72)	0.825
Sexo				
Hombre	21.9% (7)	78.1% (25)	1.16 (0.37 – 3.34)	0.845
Mujer	23.8% (10)	76.2% (32)	Referencia	0.001
Edad del niño/a				
Menor de 6 meses	21.9% (14)	78.1% (50)	1.53 (0.35 – 6.70)	0.572
6 meses o mayor	30% (3)	70% (7)	Referencia	0.220
Edad de la madre				
16 a 20 años	45.5% (5)	54.5% (6)	Referencia	0.074
21 a 30 años	11.1% (4)	88.9% (32)	1.20 (0.12 – 11.86)	0.876
31 a 40 años	26.1% (6)	73.9% (17)	8.00 (0.87 – 73.55)	0.066
41 a 50 años	50% (2)	50% (2)	2.83 (0.32 – 24.80)	0.347
Nivel de instrucción de la madre				
Preparatoria y básica	20.5% (8)	79.5% (31)	0.80 (0.26 – 2.45)	0.705

Bachiller y superior	24.2% (8)	75.8% (25)	Referencia	0.078
Estado civil de la madre				
Soltera	25% (3)	75% (9)	Referencia	
Casada	38.5% (5)	61.5% (8)	0.53 (0.09 – 2.97)	0.474
Unión libre	18.4% (9)	81.6% (40)	1.48 (0.33 – 6.59)	0.606
Padre presente en el hogar				
Sí	22.5% (16)	77.5% (55)	1.71 (0.14 – 20.20)	0.667
No	33.3% (1)	66.7% (2)	Referencia	0.571
Nivel de instrucción del padre				
Preparatoria y básica	35.7% (10)	64.3% (18)	3.01 (0.98 – 9.21)	0.053
Bachiller y superior	16.6% (7)	84.4% (38)	Referencia	0.562
Ingresos económicos trimestrales				
0 a 100 dólares	21.7% (5)	78.3% (18)	Referencia	0.132
101 a 500 dólares	19.4% (6)	80.6% (25)	0.40 (0.04 – 3.95)	0.433
501 a 1000 dólares	55.6% (5)	44.4% (4)	0.46 (0.04 – 4.39)	0.502
Más de 1000 dólares	10% (1)	90% (9)	0.08 (0.008 – 1.02)	0.053

4.3. Análisis cualitativo de las entrevistas.

4.3.1. Prácticas culturales en la alimentación durante el embarazo y postparto

En las entrevistas, se observa que las mujeres Waorani mantienen una alimentación similar a la del resto de la familia durante el embarazo, consumiendo los alimentos que se encuentran disponibles en el hogar. Las comidas incluyen pescado, yuca, carne de tajino o sajino, frutas, arroz y sopas. Aunque la dieta se considera variada, algunas mujeres reportan

rechazo a ciertos alimentos, principalmente carne, debido a náuseas, malestar estomacal o dolor de cabeza.

LY04, Cita textual:

Entrevistadora: ... ¿Usted cree que tienen una alimentación o comen diferente al resto de personas? ¿Lo que usted quiera decir?

Informante: Comen todo.

Entrevistadora: ... no hay ninguna diferencia entre lo que come una mujer que está embarazada y una mujer que no está embarazada. Pero tiene que comer más o menos. ¿Cuándo estaba embarazada usted comía más o menos? ¿O normal?

Informante: Normal.

Tras el parto, las madres continúan con prácticas alimenticias influenciadas por sus familiares mayores, especialmente abuelas, quienes recomiendan alimentos nutritivos para favorecer la recuperación de la madre y la salud del recién nacido. Algunos alimentos tradicionales mencionados incluyen pollo y otros productos locales. Para los recién nacidos, la lactancia materna es prioritaria, aunque en la práctica algunas madres comienzan a introducir alimentos sólidos desde los primeros meses, como sopas, arroz, frutas o huevos. En otros casos, los niños reciben “comida dura” alrededor del año. La chicha y la chucula son ejemplos de alimentos de la tradición local que se incorporan a la dieta infantil.

MI07, Cita textual:

“Entrevistadora: Entonces, Marta, cuénteme, ¿qué comía durante su embarazo?”

Informante: Maito, pescado, pollo. Todo, todo...

En general, la alimentación se concibe como una práctica integrada al hogar, donde los niños participan desde temprano en la dieta familiar, aunque muchas madres preparan comida aparte para sus hijos pequeños, adaptando la textura o tipo de alimentos según la edad. La percepción maternal indica que una adecuada alimentación es fundamental para prevenir enfermedades, mejorar el desarrollo y fortalecer el sistema inmunológico del niño.

MP06, cita textual

“Entrevistadora: ... ¿Qué comen las mujeres Waorani cuando están embarazadas?

Informante: comen pescado, come todo, yuca, plátano,

Entrevistadora: ¿Come todo?

Informante: Todo, todo...”

4.3.2. Prácticas culturales en cuidados durante el embarazo y uso de plantas medicinales

Respecto al cuidado de las mujeres embarazadas, las entrevistas muestran que el apoyo de la familia es variable. Algunas madres mencionan que recibieron ayuda de sus esposos para alimentación y acompañamiento del centro de salud, mientras que otras cuidaron de sí mismas, especialmente aquellas que no contaban con la presencia de sus madres o familiares cercanos.

MO05, cita textual:

Entrevistadora: Y, por ejemplo, ¿su esposo sí le ayudaba con el cuidado durante el embarazo?

Informante: Sí

JB02, cita textual:

“Entrevistadora: ... ¿Y durante el embarazo tal vez hizo uso de plantas medicinales para algún malestar, para el dolor de cabeza, para el mareo? ...

Informante: Solo la ortiga.

Entrevistadora: ¿Y para qué usaba la ortiga?

Informante: Para el dolor de cabeza...”

El uso de plantas medicinales es una práctica recurrente para el manejo de molestias durante el embarazo, como dolores leves, fiebre o gripe. Plantas como ajo de monte, ortiga y uña de gato se utilizan tanto para la madre como para el bebé. La transmisión de conocimientos sobre estas plantas se realiza principalmente de manera intergeneracional, donde las abuelas enseñan a las hijas cómo usarlas, lo que refleja un conocimiento tradicional sobre la salud integrado en la cultura waorani.

LY04, cita textual:

“Entrevistadora: ¿Y qué plantas usaban? ¿O tu mamá o tu abuela qué plantas te decían que te podrían ayudar para esos males?...”

Informante: Ajo de monte

Entrevistadora: Ajo de monte. Ya muy bien. ¿Y ese ajo para que sirve?

Informante: Para nutrirse.”

Durante el parto, se observa que las mujeres Waorani tienden a realizarlo en casa, utilizando prácticas como el uso de hamaca o maca para el parto, y aplicando plantas medicinales para aliviar el dolor (ortiga en la espalda) o para el cuidado del recién nacido (baños con ajo de monte). El cuidado posparto implica una recuperación rápida: las madres retoman actividades domésticas y de crianza poco tiempo después del parto, contrastando con la práctica urbana de reposo prolongado.

MO05, cita textual:

“Entrevistadora: ... ¿cómo es el parto? ¿Fue en su casa o en el hospital?

Informante: En la casa, Yo agarrada en la sogá y ahí comencé a pujar

Entrevistadora: ¿Y le tocó solita o ahí en el parto sí le acompañaron?

Informante: Sí me acompañó mi esposo.”

4.3.3. Percepciones maternas sobre alimentación y cuidado del recién nacido

Las madres reconocen que la lactancia materna es fundamental durante los primeros meses, aunque algunos bebés comienzan a recibir otros alimentos antes de los seis meses, como sopas, arroz, huevo y frutas. Para ellas, la leche materna sigue siendo lo principal mientras se incorporan gradualmente los alimentos sólidos.

LY04, Cita textual:

Entrevistadora: ... ¿Qué hay que hacer para que no enferme?

Informante: Comer bien.

MI07, Cita textual:

Entrevistadora: ¿Y su primera bebé al cuánto tiempo ya le daba comida? ¿Qué será?

¿Seis, ocho meses?

Informante: 2 meses

Entrevistadora: ¿Y cuando los bebés ya comienzan a comer comidita, qué tipo de comida se les puede dar?

Informante: Todo, todo comen para no estar enfermos...”

En cuanto a los cuidados, se destaca la responsabilidad compartida, donde padres y otros miembros de la familia colaboran en la atención del niño. Sin embargo, en la práctica, la madre suele asumir la mayor parte del cuidado, especialmente en la alimentación, higiene y

protección del recién nacido. La aplicación de baños con hierbas se considera un método preventivo para mantener la salud del niño, mientras que la introducción de alimentos se hace progresivamente, respetando la tolerancia del bebé.

Las madres perciben que los problemas de salud infantil suelen estar asociados con la alimentación insuficiente o inadecuada y con la exposición a factores ambientales como lluvia o contacto con el río. La prevención incluye tanto la nutrición como la higiene y la protección frente a factores climáticos.

MP06, cita textual:

“Entrevistadora: ¿Y cuando ya dan a luz, también usan plantas?”

Informante: Sí, a bañar bebé.

Entrevistadora: Ah, ¿bañan al bebé?

Entrevistadora: ¿Con qué lo bañan?

Informante: Con de ajo de monte, todo, todo.

Entrevistadora: ¿Y eso es para que esté bien?

Informante: Algunos sin bañar, coge rapidito, pequeños, sí tiene gripe.”

4.3.4. Prácticas de crianza, juego y educación temprana

El cuidado infantil va más allá de la alimentación, incluyendo aspectos de socialización, juego y contacto con el entorno natural. Los niños participan en actividades culturales y recreativas desde temprana edad: se les lleva al río para bañarse, a la chacra para aprender a trabajar, y posteriormente a la caza y pesca. Estas prácticas son percibidas como esenciales para el desarrollo físico y la integración de los niños a la vida comunitaria.

SM13, cita textual:

“Entrevistadora: ah se le partía. ¿Qué hacen las familias o ahora es para que los niños pequeños estén felices tal vez juegan con ellos les cantan los llevan a la selva o están muy pequeños todavía?”

Informante: Cuando sabemos bañar en el río, les encantan bañar los niños en el río les encanta, sólo quieren estar en el río.”

El juego y el canto son actividades habituales para estimular el bienestar emocional y social de los niños. Las madres destacan que estas prácticas, junto con la alimentación y el cuidado físico, son determinantes para que los niños estén saludables, activos y felices. La edad de incorporación a algunas actividades depende de la madurez del niño, aunque muchas prácticas se inician antes de los tres años, favoreciendo la autonomía progresiva.

MP06, cita textual

“Entrevistadora: ¿Y qué hacen las familias waoranis para que los niños pequeños sean felices? ¿Les cantan, juegan, los llevan también a la selva, a la chacra o los dejan solos en la casa? ¿Qué hacen?”

Informante: Sí, se los llevan a jugar. Se los llevan también a casa de ellos. Tía, tío, se los llevan a jugar. Los niños los llevaron. Así están jugando.”

4.3.5. Principales retos y percepción de salud infantil

A pesar de la valoración positiva de las prácticas tradicionales, algunas madres reconocen limitaciones en la alimentación infantil, principalmente por la disponibilidad de ciertos alimentos y la capacidad de supervisión de los niños. La percepción general es que los niños de la comunidad están bien alimentados, aunque reconocen que existen casos de anemia o debilidad que requieren atención médica.

NI12, cita textual:

“Entrevistadora: *¿Y para usted qué cree que hay que mejorar para que los niños estén bien?*

Informante: *Sí hay que mejorar y tiene que ir con tratamiento, después ya recupera. Y eso está pasando con mi hija que estaba aquí, ella no se alimentó bien porque estaba enferma con otro, me fui al subcentro, me dijo que está con anemia y tiene que dar natural de aquí mismo. Yo le di tomar y después ya con mucho y ya está mejorando.*

Entrevistadora: *Ya, que bueno.”*

Las madres sugieren que la mejora de la alimentación infantil depende de asegurar disponibilidad de alimentos nutritivos, y complementarla con tratamiento médico cuando sea necesario, integrando prácticas tradicionales y acceso a servicios de salud.

MO10, cita textual:

“Entrevistadora: *¿Los peces para que crezca fuerte? ¿Y usted cree que en esta comunidad los niños están bien alimentados o mal alimentados?*

Informante: *Depende de cada mamacita*

Entrevistadora: *Depende de cada mamacita ¿Y para que la alimentación mejore, ¿qué deberían hacer las mamacitas?*

Informante: *Eso no sé*

Entrevistadora: *O sea, ya depende de cada familia*

Informante: *Sí.”*

Estas entrevistas muestran que la alimentación y el cuidado infantil entre los Waorani combinan prácticas tradicionales, lactancia materna y supervisión familiar, Aunque los niños generalmente se perciben bien alimentados, existen limitaciones en la disponibilidad de alimentos y la supervisión, lo que puede causar anemia, debilidad o alguna otra condición que pueda afectar su salud. Las madres destacan la importancia de integrar alimentos nutritivos,

prácticas culturales y acceso a servicios de salud para promover el desarrollo y bienestar infantil.

Capítulo V. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las prácticas de alimentación y cuidado de los niños menores de 5 años en las comunidades Waorani de las provincias de Orellana, Pastaza y Napo en el año 2024. Para el desarrollo de este segmento, partimos desde el objetivo general y específicos que adicional a la asociación de variables, permitieron obtener resultados que se convierten en aportes para que con el análisis complementario de otros realizados en una población similar se pueda contrastarlos y tener una visión holística sobre las realidades que viven los niños Waorani en una etapa tan crucial para su desarrollo y desenvolvimiento en la sociedad.

Los resultados de este estudio muestran que, en la actualidad, la población Waorani se ve influenciada tanto por conocimientos ancestrales como por prácticas occidentales, tomando en cuenta que inicialmente la alimentación se basaba principalmente en actividades como la caza, pesca y recolección de alimentos silvestres como: frutas, tubérculos, carne de monte. Esto proporcionaba previamente un alto contenido de proteína y alta variabilidad en la ingesta (19). Sin embargo, sus prácticas de alimentación y cuidado infantil se encuentran en un proceso de transformación gradual, influenciado por la introducción del mercado occidental, cambios socioeconómicos y la interacción con la modernidad (20). No obstante, a pesar de todos estos cambios, las prácticas ancestrales de alimentación y cuidado infantil persisten y desempeñan un papel protector. Prácticas como la lactancia materna continúan siendo la forma más natural y extendida de alimentación durante los primeros meses de vida, no solo por la ausencia histórica de alternativa industriales, sino porque está profundamente arraigada en la cosmovisión waorani. Para los Waorani, amamantar no solo es una elección o algo aprendido, sino es un acto vinculado al cuidado, conexión y continuidad de vida (21). La lactancia materna es una práctica que a lo largo de tiempo se ha mantenido con una alta prevalencia en esta población. En nuestro estudio el 97.3% de niños y niñas menores de 5

años, alguna vez han recibido lactancia materna y de ellos el 79.7% con una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, este dato concuerda con los de la encuesta ENSANUT del 2012, la cual reporta que la población indígena a nivel nacional tiene una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 77%, siendo la más alta en comparación con otras etnias y reflejando así una fuerte asociación con su cultura (22). Para poder explicar el por qué no se logra alcanzar una prevalencia mayor de lactancia materna exclusiva, es notable que la introducción temprana (antes de los seis meses) de alimentos complementarios en esta población, refleja cierta variabilidad debido a las percepciones propias de la población sobre crianza y alimentos necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado de los niños, como se puede apreciar en las entrevistas.

En cuanto al nivel de instrucción de la madre y su influencia en la práctica de lactancia materna exclusiva; en la población Waorani no se identificó una diferencia estadísticamente significativa que permita relacionar estas dos variables, lo que se deba posiblemente al tamaño de la muestra. Sin embargo, si se puede realizar una comparación frente a la realidad que vive el país, debido a que en aquellas madres indígenas del territorio estudiado que poseen un nivel de instrucción bachiller y superior, la prevalencia de lactancia materna exclusiva alcanza el 100% frente a las que tienen un nivel básico o preparatorio con un 94,9%. Esto difiere de los datos obtenidos en la encuesta ENSANUT 2012, donde el nivel de instrucción de la madre es inversamente proporcional a la práctica de lactancia materna exclusiva quizá por el hecho de que tienen un mayor acceso a información sobre sucedáneos de la leche materna, lo que claramente no ocurre con facilidad en zonas donde reside la población Waorani (23) .

Esto además se complementa con el hecho de que apenas el 12.2% de niños y niñas estudiados, alguna vez han sido alimentados con leche de fórmula, ya sea por el poco acceso a información sobre estos productos o el costo de los mismos, que junto con el valor cultural

que tiene la lactancia materna en este medio, crean una tendencia que evita el uso de los sucedáneos de la leche materna. Afortunadamente, esta práctica se convierte en un factor protector para la salud de los infantes quienes se ven beneficiados de los nutrientes que ofrece la leche materna. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que es fundamental estudiar la salud de la madre y su tipo de alimentación, para garantizar que todos los beneficios que conlleva esta práctica estén llegando a sus hijos a través de la lactancia.

Respecto a la diversidad alimentaria, dentro de la población Waorani la introducción alimentaria no sigue un calendario estandarizado como el propuesto por la medicina occidental, sino que se basa generalmente en la observación directa de señales del niño como el interés por los alimentos, el que ya tenga sus primeros dientes o su capacidad de masticar; esto sucede entre los 6 a 9 meses, pero puede variar. Este proceso no solo se limita a la nutrición, sino que también es un proceso ritual de integración social (21) A medida que los niños crecen, la alimentación se amplía hacia una mayor diversidad de productos que la madre naturaleza les ofrece, sin embargo, este equilibrio tradicional se ha visto afectado por transformaciones socioeconómicas y ambientales recientes (24). Actualmente es un tema complejo que está presente en todo el Ecuador debido a que apenas el 50% de los niños acceden a una alimentación variada la cual además de brindarles los nutrientes necesarios para su desarrollo, les permite exponerse a nuevos sabores, olores y texturas que serán la base para una adaptación adecuada a una nueva dieta saludable.

En la población Waorani, el problema se vuelve más grave ya que únicamente el 23% de niños cuenta con diversidad alimentaria, fenómeno que quizás esté asociado a la alta tasa de pobreza en la región del 75.6% (25) y más específicamente en la población indígena con una tasa de pobreza del 68.5% (26). A pesar de la creencia de que los Waoranis tienen un modo de vida basado en la auto subsistencia, y la obtención de alimentos a partir de la caza y recolección en su mismo territorio, estudios recientes han demostrado que gran parte de sus

alimentos son adquiridos en mercados y aquellos que eran esenciales en su dieta, como la carne de monte, hormigas, y otros insectos, han dejado de serlo (27).

Asimismo, las presiones sobre el territorio Waorani, incluyendo la extracción petrolera, la tala, caza indiscriminada para la venta y urbanización han provocado la contaminación de tierras y río, así como cambios profundos en la disponibilidad de alimentos tradicionales. Actividades como la caza ilegal ha diezmando poblaciones de caimán negro, marimonda, pacas y pecarúa, especies esenciales no solo para la nutrición infantil, sino también para la dispersión de semillas y el mantenimiento de la biodiversidad de bosque (28). Estas transformaciones afectan directamente la diversidad alimentaria de los niños, limitando el acceso a proteínas, micronutrientes provenientes de la fauna local. Además, la división interna entre las mismas comunidades y las infracciones de normas tradicionales relacionadas con la caza y tala intensifican el deterioro ecológico, creando un círculo de vulnerabilidad nutricional que impacta especialmente a niños menores de cinco años. Es así como ahora la variedad de alimentos también depende de otros factores como los ingresos económicos de la familia que lastimosamente en la población Waorani la variabilidad es grande, desde familias que no perciben ni un dólar en tres meses hasta familias que tienen más de 1000 dólares. En el análisis, se puede apreciar que quienes cuentan con ingresos económicos medios en el rango de 500 a 1000 dólares son los que mayor probabilidad tienen (55.6%) de contar con diversidad alimentaria.

Así mismo, sucede con la frecuencia mínima de comidas donde apenas el 29.7% de los niños cumplen con su necesario según su edad y aquellas familias con ingresos mayores a los 500 dólares reflejan mayores posibilidades de que sus hijos completen el mínimo de comidas en el día. Lastimosamente, ni la mitad de los niños/as que pertenecen a familias con ingresos económicos bajos alcanzan estos objetivos, donde el contraste es tan fuerte que incluso en algunos casos. la frecuencia puede reducirse a una comida al día.

Tanto la diversidad alimentaria como la frecuencia mínima aceptable de comidas son factores esenciales para construir una base fuerte para el desarrollo y crecimiento de los niños. Desafortunadamente, en esta población, se convierten en elementos que aumentan la probabilidad de desnutrición infantil lo que conlleva al aumento de morbimortalidad y retraso del crecimiento, además, los estudios más recientes realizados en la población waorani perteneciente a Orellana, reflejan que a desnutrición crónica infantil alcanza un hasta 69%, siendo una de las provincias con las tasas más altas en comparación al resto de país (29).

Por otro lado, el análisis cualitativo con base en las entrevistas brinda un gran aporte que permite comprender de mejor manera la cosmovisión de estos pueblos y cómo sus creencias y saberes ancestrales influyen en la crianza de los niños y niñas. Reflejan un sistema de alimentación y cuidado infantil profundamente enraizado en la cultura, el conocimiento empírico y la organización familiar, que combina tantas prácticas tradicionales con adaptaciones contemporáneas.

De manera general, la alimentación no solo se percibe como un suministro de nutrientes, sino también como un acto de afecto y cuidado que fortalece los vínculos familiares sobre todo con la madre quien, en muchos de los casos, es la única encargada del cuidado de los menores, algo que incluso al analizar la entrevistas, refleja cierto resentimiento o tristeza puesto que, desde el embarazo, parto y postparto, no recibe apoyo ni de su pareja de ni familiares cercanos. Además, la evidencia muestra que las mujeres Waorani no modifican significativamente su dieta durante el embarazo, consumiendo los mismos alimentos que el resto de la familia, incluyendo pescado, yuca, carne de sajino, frutas, arroz y sopas. Esto indica que la alimentación se concibe como un proceso comunitario, donde el estar embarazada no implica una dieta especializada, sino el acceso a los alimentos disponibles en el hogar.

Aunque algunas mujeres reportan rechazo a ciertos alimentos por náuseas u otras molestias, no se observan restricciones culturales estrictas, lo que sugiere que la selección de alimento se basa más en la tolerancia individual que en prescripciones culturales rígidas, como se ha documentado en otras comunidades amazónicas. Luego del parto, la alimentación de la madre continúa influenciada por los consejos familiares sobre todo de sus madres y abuelas, quienes en base a su experiencia recomiendan alimentos nutritivos para favorecer la recuperación de la madre y la salud del recién nacido. El consumo de productos locales y alimentos tradicionales ayudan al posparto, la cual es un período donde la transmisión intergeneracional de saberes sobre nutrición y salud es central, reforzando su identidad cultural y unión familiar.

Las madres Waorani enfatizan la prioridad de la lactancia materna durante los primeros meses, aunque se han reportado que algunos niños reciben alimentos sólidos antes de los seis meses, incluyendo sopas, arroz, fruta, huevo. Esto refleja una adaptación flexible de la introducción alimentaria, basada en la percepción de hambre y desarrollo del niño, más que en estrictas recomendaciones biomédicas. El hecho de que algunos niños reciban alimentos sólidos desde temprana edad evidencia la coexistencia de prácticas tradicionales con ajustes pragmáticos a la disponibilidad de alimentos y la necesidad de los cuidadores de garantizar una nutrición suficiente.

Del mismo modo, se ha evidenciado el uso de plantas medicinales durante el embarazo y posparto. Las plantas que continúan usando es la ortiga, el ajo de monte y la uña de gato la cual usan para tratar dolores, malestares y fiebre, reflejando un conocimiento tradicional que viene desde generaciones previas y se continúa divulgando a las nuevas. Durante el parto, las mujeres mencionan que prefieren el hogar como un lugar para recibir a su hijo, donde recibe apoyo de su familia y aplicando prácticas como el uso de hamaca, sogas y baños con plantas medicinales como el ajo de monte. Las madres refieren que la recuperación es rápida, con

reintegración temprana a las tareas domésticas y cuidado de los hijos, lo que contrasta con prácticas urbanas de reposo prolongado. Esto evidencia resiliencia y autosuficiencia cultural, aunque también implica que la salud materna requiere vigilancia para prevenir complicaciones por sobrecarga física inmediata.

La alimentación y cuidado del niño se concibe como una responsabilidad compartida, aunque la madre asume un mayor rol en parte de las tareas relacionadas con alimentación, higiene y protección. Las prácticas incluyen lactancia, introducción gradual de alimentos sólidos y baños con hierbas para prevención de enfermedades como gripe o malestar digestivo. Las madres perciben que los problemas de salud de los niños se relacionan sobre todo por una alimentación insuficiente y exposición a factores ambientales como la lluvia, el frío o contacto con el río. Esto solamente indica que el conocimiento de las madres Waorani tienen un entendimiento integral de la salud, que combina nutrición, higiene y protección ambiental.

Más allá de la alimentación, la crianza incluye socialización, juego y contacto con el entorno natural desde que son unos niños. La participación en actividades como ir a cazar y pescar con los adultos, bañarse el río, trabajar en la chacra. Esto fomenta autonomía, integración social y aprendizaje cultural, consolidando habilidades físicas y cognitivas, y transmitiendo valores comunitarios. Otras labores como el juego, el canto son percibidos esenciales para su buen desarrollo y bienestar emocional y social, demostrando que el cuidado infantil Waorani es holístico y centrado en la interacción familiar y ambiental.

A pesar de la valoración positiva con las prácticas tradicionales, se identifican ciertas limitaciones significativas en la alimentación infantil, sobre todo por la disponibilidad de ciertos alimentos. La comunidad Waorani sigue enfrentando desafíos importantes debido a la extracción de petróleo, la tala, la caza ilegal y la urbanización en determinadas zonas de su

territorio. Estos factores han provocado la contaminación de sus tierras y ríos, así como cambios profundos en su forma de vida en relación con el bosque (30).

Es interesante saber cómo las comunidades indígenas ecuatorianas guardan relación en cuanto a sus prácticas y conocimientos. Por ejemplo: las comunidades Shuar, Kichwa y Awá presentan diversas prácticas alimentarias y el uso de plantas medicinales durante el embarazo y cuidado infantil. Los Shuar emplean especie como la *Calliandra angustifolia* como tónico para aliviar el estrés y la diarrea durante el embarazo (31). Los Awá también utilizan plantas medicinales transmitidas de forma intergeneracional para tratar diversas afecciones, aunque los detalles específicos no se mencionan en los estudios disponibles. En cambio, las mujeres Kichwa consumen una dieta variada que incluye productos locales cultivados en las chakras (31).

Del mismo modo, estas comunidades mantienen prácticas tradicionales en el cuidado del recién nacido. Prácticas como el uso de la “ballesta”, una tela de algodón que se enrolla alrededor del bebé para mantenerlo inmovilizado, lo que se cree que ayuda al fortalecimiento de sus huesos y músculos. El uso de arvejas secas para acariciar las mejillas de bebé es común, buscando que adquiriera un tono rojizo considerando un parámetro de belleza en estas comunidades (32). En la comunidad Kichwa, la partería tradicional desempeña un rol fundamental en el cuidado del recién nacido. Las parteras aplican conocimientos específicos en el baño, corte del cordón umbilical, cuidado del ombligo y la introducción temprana a la lactancia materna. Estas prácticas están respaldadas por una estructura comunitaria que incluyen rituales y el uso de plantas medicinales para garantizar la salud del bebé (33). En contraste con los Waorani mantienen una estructura familiar más autónoma en el cuidado del recién nacido, con menos figuras especializadas como las parteras tradicionales. Sin embargo, las comunidades comparten una profunda conexión con su entorno natural y una cosmovisión que integra la salud del bebé con el equilibrio del ecosistema.

En síntesis, las prácticas de alimentación y cuidado infantil de la comunidad Waorani e caracterizan por la lactancia materna exclusiva como eje central y resistente frente a la influencia del mercado, la introducción gradual y flexible de alimentos según las necesidades del niño y la disponibilidad de recursos, así como el uso de plantas medicinales transmitidas de manera intergeneracional para atender malestares maternos infantiles. La crianza se concibe de manera integral, combinando el juego, aprendizaje cultural y contacto desde los primeros años con el entorno natural. No obstante, persisten desafíos vinculados a la pobreza, la limitada disponibilidad de alimentos y la transición a hábitos alimentarios externo. Esto evidencia que, a pesar de que estas prácticas son resilientes y culturalmente adaptadas, es necesario implementar intervenciones integrales que fortalezcan saberes locales, asegurar el acceso a alimentos nutritivos, promuevan la vigilancia de la salud infantil y desarrollen estrategias de prevención respetuosas de su cultura, garantizando así un desarrollo saludable de los niños.

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones Del Estudio

Conclusiones

El presente estudio permitió evidenciar que las prácticas de alimentación y cuidado de los niños menores de cinco años en las comunidades Waorani de Orellana, Napo y Pastaza se mantienen ligadas aún a su cosmovisión y tradiciones ancestrales. Sin embargo, estas no son la mismas de hace 80 años, ya que, la alimentación y gran parte de sus prácticas se han visto modificadas o algunas de ellas ya no se realizan desde que tuvieron contacto con la población occidental el día 06 de enero del año 1956 (34). Este contacto con significó el crecimiento poblacional y también una profunda transformación cultural, económica y social. Durante siglos “el pueblo Waorani vivía de forma nómada en la Amazonía ecuatoriana y peruana, sin noción de fronteras nacionales. Vivían en lo alto de colinas y entre ríos como cazadores-recolectores y horticultores” (28). Sin embargo, a partir de los años 60 el ingreso de misioneros religiosos de la iglesia católica, trabajadores, que generó un proceso de aculturación progresiva (30). Aunque en la actualidad aún persisten las migraciones territoriales temporales, pasaron de ser un pueblo nómada organizado en clanes familiares a un pueblo sedentario organizado en comunidades que se establecieron en aldeas (28).

Un acontecimiento importante es que en el año 2005 las mujeres Waorani se organizaron en la Asociación de Mujeres Waorani de la Amazonía Ecuatoriana (AMWAE) la cual ha jugado un papel crucial para la preservación de sus saberes y costumbres ancestrales, en defender sus tierras y el desarrollo de actividades productivas que promueven la unión del pueblo (28). No obstante, parte del crecimiento del pueblo Waorani fue la introducción de productos nuevos en su dieta, provocando cambios en su organismo, enfrentándose a problemas de salud o que la alimentación diaria que ellos tengan no alcance los requerimientos nutricionales, generando un problema a largo plazo (24).

Prácticas como la lactancia materna y lactancia materna exclusiva presentan una alta dependencia en la población Waorani, independientemente de las variables sociodemográficas como edad del niño, nivel educativo de los padres o lugar donde residen. Esto indica que estas prácticas son determinantes centrales en la nutrición infantil. El consumo de leche de fórmula es bajo, lo que refuerza la relevancia de la lactancia materna como práctica cultural y de protección nutricional. Por otro lado, la instrucción a la alimentación de los niños la cual se establece como diversidad alimentaria y la frecuencia mínima aceptable de alimentación, aunque generalmente se reportaron valores adecuados, se identificó ciertas variaciones y esto puede ser por la disponibilidad de acceso a los alimentos locales y los recursos económicos familiares, lo que resulta la importancia de factores estructurales para optimizar la alimentación para que esta sea completa y balanceada.

Los testimonios de las madres y cuidadoras muestran que, si bien persisten ciertos patrones tradicionales como: el consumo de productos locales, la preparación de alimentos artesanales y la transmisión de conocimientos, ha habido un gran aumento en cuanto a la sustitución de estos hábitos por alimentos procesados, de fácil acceso, pero con poco valor nutricional. Esto demuestra preocupación por parte de las madres por las dificultades que enfrentan para mantener sus ideales en pie, como la introducción de leches de fórmula, bebidas endulzadas, productos ultra procesados. El aumento de la dependencia del mercado ha transformado la forma en que alimentan y crían a sus hijos, alterando los patrones que ello mantenían en épocas pasadas, que previamente garantizaban una nutrición natural y equilibrada.

Además, se evidenció que la pobre transmisión de conocimientos sobre crianza, alimentación, actividades recreativas como la caza, la pesca o la recolección de alimentos, las nuevas generaciones ya no participan con la misma intensidad como lo hacían generaciones pasadas. Esto no solo ha impactado en la alimentación, sino también en la identidad cultural y

en el profundo vínculo que desde siempre habían mantenido con la naturaleza, la cual, desde los orígenes de su existencia, ha constituido la base de su sustento, espiritualidad y cosmovisión.

En definitiva, la combinación de los resultados tanto cuantitativos como cualitativos permitió comprender de manera más integral la situación alimentaria y de cuidado infantil de las comunidades Waorani. Si bien los datos cuantitativos evidenciaron limitaciones en el cumplimiento de prácticas de alimentación, el análisis cualitativo aportó una comprensión más profunda sobre las razones culturales, sociales y estructurales que las condicionan. A pesar de que no se evidenciaron asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las prácticas alimentarias, el valor del estudio radica en visibilizar cómo los factores culturales y el proceso de cambio social inciden en el bienestar infantil. En este sentido, los hallazgos no solo aportan evidencia científica para la formulación de estrategias de salud y nutrición más pertinentes, sino que también ofrece una base sólida para futuras investigaciones orientadas en fortalecer la soberanía alimentaria, educación intercultural y protección del derecho a una infancia saludable en el pueblo Waorani.

Recomendaciones

Los hallazgos de este estudio, cuantitativos y cualitativos, muestran la influencia de factores culturales y socioeconómicos en la alimentación y cuidado infantil de los Waorani. Por ello se proponen las siguientes recomendaciones orientadas en la investigación y en fortalecer la salud y nutrición infantil:

Con respecto a la recolección de datos, se observó que, en algunas entrevistas, los participantes tendían a responder de manera limitada (sí o no) cuando se les ofrecían opciones. Esto puede reducir la riqueza de la información y generar sesgo de respuesta. Se recomienda que en futuras entrevistas se evite para favorecer la expresión completa de experiencias y percepciones.

Para futuros estudios, se sugiere aumentar el tamaño de la muestra o emplear muestreos más representativos para obtener resultados más generalizables y fortalecer el análisis estadístico.

Capacitar a los profesionales para fortalecer el vínculo entre los entrevistadores y la población, mediante la construcción de confianza y cercanía antes de iniciar las entrevistas. Esto para que los participantes se sientan seguros y puedan expresar sus experiencias con mayor profundidad y de esta manera mejorar la calidad de información obtenida.

Se recomienda implementar estudios que permitan evaluar de manera objetiva los indicadores de alimentación complementaria establecidos por la OMS. Esto proporcionará información más completa, confiable, facilitando la planificación de intervenciones efectivas para garantizar una nutrición adecuada durante la primera infancia.

Implementar estrategias que incrementen la cobertura, disponibilidad y calidad de los centros de salud en la zona, considerando barreras geográficas, económicas y culturales.

INGRESOS y TRANSFERENCIAS MONETARIAS

SE19. Cuántas personas comen y duermen habitualmente en la vivienda?

* personas

SE20. Cuántas personas reciben un ingreso económico periódico en el hogar?

* personas

SE21. ¿Cuál es el ingreso económico de la familia cada tres meses?

* *Ingreso trimestral de la familia (incluyendo todas las miembros que perciben un beneficio económico)*

Dólares.....

Anexo 2. Consentimiento informado para participar en el proyecto



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN – ENCUESTAS

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: *Determinantes de la malnutrición en niños/as menores de 5 años residentes en comunidades waorani de Orellana, Napo y Pastaza*

NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL: María Fernanda Rivadeneira Guerrero

NOMBRE DEL PATROCINADOR: Ana Lucía Torres Castillo

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:

Se trabajará en las comunidades waorani Miwaguno (Provincia de Orellana), Gareno (Provincia de Napo) y Tiwino Waorani (Provincia de Pastaza)

EVALUADO Y APROBADO POR: EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

INTRODUCCIÓN: Soy _____ (nombre del encuestador/a), encuestador/a de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Quito. Le invito a participar de la investigación titulada “**Determinantes de la malnutrición en niños/as menores de 5 años residentes en las comunidades waorani de Orellana, Napo y Pastaza**”.

La malnutrición puede darse ya sea por falta o por exceso de nutrientes. Cuando un niño o niña lleva mucho tiempo expuesto a una falta de nutrientes por no alimentarse adecuadamente, porque no tiene suficientes alimentos en la familia, porque los alimentos son escasos o pobres en nutrientes o porque ha tenido enfermedades a repetición, como gripes y diarreas, desarrolla la desnutrición crónica. Esto podría afectar su desarrollo y su capacidad para aprender, además de su calidad de vida en el futuro.

Nuestro país tiene un elevado número de niños/as con desnutrición crónica, principalmente en población indígena. Tenemos poca información sobre los niños con desnutrición en la Amazonía Ecuatoriana.

Aunque tenemos alguna idea de por qué se presenta esta situación, todavía no tenemos información contundente que permita que las autoridades responsables por la salud de los niños/as tomen mejores decisiones al respecto de su nutrición y cuidado.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: La presente investigación tiene como objetivo principal, conocer como está la situación de nutrición de sus niños/as menores de 5 años de las comunidades waorani de Gareno, Miwaguno y Tiwino Waorani de las provincias de Orellana, Napo y Pastaza acompañados por su madres/padres o representantes. Los criterios que hemos tomado en cuenta para que puedan participar son: a) que su hijo/a sea considerado como waorani b) que no tenga diarrea o tos al momento de la encuesta c) que no lo hayan hospitalizado en el último mes, d) no tener enfermedades graves como genéticas e) que no tenga ningún tipo de discapacidad, f) que usted firme este consentimiento informado, g) que usted pueda responder el cuestionario.

PROCEDIMIENTOS:

El consentimiento informado será leído en español y un traductor de la comunidad waorani realizará la interpretación de éste en lengua Wao Terero.

Le haremos algunas preguntas sobre la alimentación del niño/a y la familia, el lugar donde viven, la disponibilidad de servicios básicos como agua de consumo, la situación económica de la familia, los cuidados en salud que ha recibido la madre y el niño/a. Además, le mediremos al niño/a la estatura, le pesaremos, y también le mediremos y le pesaremos a la mamá. Cada medición se la realizará por dos ocasiones, si las medidas tienen una diferencia muy grande se medirá una tercera vez. Finalmente, le entregaremos un afiche informativo sobre la situación de nutrición de su hijo, con algunas recomendaciones generales y específicas para cada caso

Los participantes serán tratados de manera ética, respetando siempre sus decisiones y proveyéndolos de todas las condiciones necesarias para asegurar su bienestar físico y emocional durante el estudio. En todo momento se respetará su decisión de participar o no del estudio.

Duración: la encuesta tendrá una duración aproximada de 1 hora, más la toma de peso, talla durará unos 10 a 20 minutos más, por lo que toda la actividad tendrá una duración de 1 hora y 20 minutos.

Lugar de la encuesta y toma de datos antropométricos: estas actividades se realizarán en un espacio sugerido y coordinado con el líder de la comunidad waorani. Dependiendo de las condiciones, podrían realizarse en la escuela, cancha, lugar de reuniones comunitarias o en las mismas viviendas de los niños/as de la comunidad. En cualquiera de estos espacios, los investigadores harán los esfuerzos necesarios para que las respuestas se realicen de manera privada y garantizar la confidencialidad de la información que Ud. entregue.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Riesgos: Ninguno

Beneficios: Con la participación de su hijo en esta investigación se podrá conocer su estado de salud y en caso de requerirlo, usted recibirá consejería para saber cómo mejorar la salud de su hijo. Una vez que dispongamos de la información, propondremos reuniones y talleres en la comunidad y con los servicios de salud para presentar los resultados y promover acciones de mejora. Esperamos que la información de esta investigación nos ayude a entender mejor la salud de los niños en su comunidad.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: No habrá incentivos o compensación económica ni material por la participación en este estudio de su hijo/a y/o representado.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: Se mantendrá la información de forma confidencial utilizando códigos en lugar de nombres para identificar a los participantes de tal manera que no se pueda identificar su nombre ni el de su hijo/a o tutorado/a.

Dado que las encuestas serán recolectadas en una Tablet, debemos indicarle que este equipo es de uso exclusivo de los encuestadores, entrenados para esta investigación y de uso exclusivo para esta investigación. Ninguna persona externa al estudio podrá acceder a los datos recolectados.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE: Derecho a retirarse: Usted tiene derecho a retirar a su hijo/a y/o representado en cualquier momento en esta investigación. Al retirarse de la investigación con la firma de la revocatoria, y los datos obtenidos de la encuesta no podrán ser utilizados para ningún fin y se eliminarán en este momento, en caso de que el representante/tutor decida no participar no tendrá impacto alguno en la atención de salud que por ley le corresponde.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

En caso de que quiera más información se puede comunicar con la directora del proyecto: Dra. Ma. Fernanda Rivadeneira, Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, Torre 1, piso 7, teléfono 2991700 – Ext. 1858, mfrivadeneirag@puce.edu.ec, o con la patrocinadora del proyecto: Mgtr. Ana Lucía Torres,, Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, Torre 1, piso 7, teléfono 2991700 – Ext. 1994, o al Dr. Galo Sánchez del Hierro, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, ceish@puce.edu.ec

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A.DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ (nombre del padre/madre/tutor del niño/a) representante legal de _____ (nombre del niño/a), Declaro que: _____ (nombre de quien ha dado el consentimiento) me ha explicado:

- el fin del estudio propuesto
- los posibles riesgos y beneficios de la participación de mi hijo/a y/o representado en el estudio
- los mecanismos para garantizar la confidencialidad en el manejo de las muestras, su almacenamiento y los resultados
- que la participación de mi hijo/a y/o representado en este estudio es completamente voluntaria.
- que podré decidir en qué momento mi hijo/a y/o representado deja participar en este estudio

Además, informo que he hecho preguntas y me han sido respondidas.

Por lo tanto, estoy de acuerdo en que mi hijo/a y/o representado participe en esta investigación.

En caso de tener dudas me puedo comunicar con Ma. Fernanda Rivadeneira, directora de la investigación.



Firma o huella del padre/madre/tutor del menor

Nombre _____

si no es posible obtener una firma utilice este espacio para la huella

El representante legal no se encuentra en condiciones de firmar este documento por lo que firman dos testigos de confianza del participante:

Firma Testigo 1

Nombre: _____

Cedula: _____

Firma Testigo 2

Nombre: _____

Cedula: _____

Firma del investigador

C.I.

Fecha: ____ de ____ del ____

Negativa del Consentimiento Informado

Yo, _____ (nombre del padre/madre/tutor del niño/a) representante legal de _____ (nombre del niño/a), no deseo participar del estudio: ***“Determinantes de la malnutrición en niños/as menores de 5 años residentes en las comunidades waorani de Orellana, Napo y Pastaza durante el 2024”***, en la fecha: __-__-__, comprendo que esta decisión no afectará mi actual o futuro proceso de atención sanitaria.

FIRMAS:

Participante del estudio o representante legal

Si no es posible obtener una firma, utilice este espacio para la huella

El delegado del equipo de investigación

Nombre: _____

Cedula: _____

El representante legal no se encuentra en condiciones de firmar este documento por lo que firman dos testigos de confianza del participante:

Firma Testigo 1

Nombre: _____

Cedula: _____

Firma Testigo 2

Nombre: _____

Cedula: _____

B.DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Revocatoria del consentimiento:

Yo, _____ (nombre del padre/madre/tutor del niño/a) representante legal de _____ (nombre del niño/a), revoco mi decisión de participar del estudio: *“Determinantes de la malnutrición en niños/as menores de 5 años residentes en las comunidades waorani de Orellana, Napo y Pastaza durante el 2024”*, en la fecha: __-__-__, comprendo que esta decisión no afectará mi actual o futuro proceso de atención sanitaria.

FIRMAS: Si no es posible obtener una firma,

utilice este espacio para la huella

Participante del estudio o representante legal

El delegado del equipo de investigación

Nombre: _____

Cedula: _____

El representante legal no se encuentra en condiciones de firmar este documento por lo que firman dos testigos de confianza del participante:

Firma Testigo 1


Nombre: _____

Cedula: _____

Firma Testigo 2

Nombre: _____

Cedula: _____



Anexo 3. Documento de aprobación del tema de tesis



FACULTAD DE MEDICINA

Quito, 18 de diciembre de 2024

Señoritas:

Calderón Bolaños Tamia Anahís	1003669577
Quevedo Soto María Belén	1751475276

Estudiantes del pregrado de la Facultad de Medicina de la PUCE de nuestra consideración: Por medio de la presente la Unidad de Titulación de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve Aceptar la propuesta de investigación: **"Prácticas de alimentación y cuidado de los niños menores de 5 años en las comunidades waorani de las provincias de Orellana, Pastaza y Napo en el año 2024."**, cuyo director de Trabajo de Titulación sugerido es la **Dra. Ma. Fernanda Rivadeneira Guerrero**, además, se certifica que se ha revisado la originalidad y la viabilidad del tema.

Para que este Trabajo habilite a su futura Titulación, deberá cumplir con aspectos legales, estándares de excelencia académica y normas de bioética vigentes. Atentamente,

Dr. Julio Patricio Salazar Buenaño
Docente
FACULTAD DE MEDICINA-PUCE
RESPONSABLE UNIDAD DE TITULACIÓN
Tif. (02) 299 1700, Ext. 2741

Anexo 4. Aprobación del comité de ética (CEISH) para la realización del proyecto



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

Señora Doctora:
María Fernanda Rivadeneira Guerrero
Instituto de Salud Pública - ISP
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Quito, 10 de mayo de 2024
Oficio CEISH-399-2024

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la PUCE, en la sesión del 25.04.2024, evaluó el proyecto: **DETERMINANTES DE LA MALNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS RESIDENTES EN COMUNIDADES WAORANI DE ORELLANA, NAPO Y PASTAZA, CÓDIGO OSV-003-2024, V2**. Este estudio se recibió el 23.02.2024 y fue evaluado el 21.03.2024. Recibido nuevamente con correcciones el 22.04.2024.

Tipo de revisión:

Pleno Expedita

APRUEBA	<p>Por el tiempo propuesto para su desarrollo que es de ocho (8) meses tomando en cuenta que este proyecto cumple con los criterios éticos, metodológicos y jurídicos, los cuales fueron evaluados por el CEISH. Con esta aprobación no se podrán hacer cambios al estudio, salvo con la aprobación de enmiendas aprobadas por el CEISH.</p> <p>Igualmente, con el fin de dar seguimiento y de forma OBLIGATORIA, se solicita (Art. 89 AM 00005-2022):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar por escrito (acta de inicio) al CEISH-PUCE el momento del inicio de la investigación en un plazo de 10 días desde la recepción de este documento. • Presentación de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Informe parcial cada seis (6) meses (siempre que la investigación dure más de un (1) año). ○ Informe final de la investigación terminado el tiempo de ejecución (siempre que la investigación dure menos de un (1) año). ○ El CEISH podrá solicitar informes adicionales en caso de considerarlo necesario. • Solicitar al CEISH la evaluación y aprobación de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enmiendas o cambios al protocolo aprobado, consentimiento informado, instrumentos en caso de que se realicen cambios. ○ Solicitar la renovación de la aprobación del estudio 30 días hábiles antes de que se cumpla el periodo de aprobación de un (1) (en caso de que dure más de un año). • Informar por escrito: <ul style="list-style-type: none"> ○ De forma inmediata cualquier situación o circunstancia grave no prevista, que se presente durante el desarrollo de la investigación. ○ La publicación científica oficial del estudio con el enlace de acceso directo o enviando el texto completo del artículo.
----------------	---

Observaciones: Persiste una duda sobre la calificación del componente cualitativo como fenomenológico, ya que si lo que se quiere es "investigar elementos relacionados a percepciones y prácticas culturales relacionadas con la alimentación y el cuidado de la salud", debería ser etnográfico. Sin embargo, como estas calificaciones no son rígidas y admiten diferentes conceptualizaciones.

Con nuestra consideración y estima,

En nombre del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos

<p>Galo Sánchez del Hierro, PhD. Presidente Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos Pontificia Universidad Católica del Ecuador.</p>	 <small>IDENTIFICACION</small> GALO ANTONIO SANCHEZ DEL HIERRO <small>0101430776</small>
<p>José David Zambrano Gallegos, Mgtr. Secretario Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos Pontificia Universidad Católica del Ecuador.</p>	 <small>IDENTIFICACION</small> JOSÉ DAVID ZAMBRANO GALLEGOS <small>0101430776</small>

Referencias bibliográficas

1. Alarcón I. Los Waorani se convierten en águilas para proteger la Amazonia ecuatoriana. El País..
2. Fonseca D. El 34,5% de niños indígenas en Ecuador padece desnutrición crónica. Sur y Sur..
3. Montes M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Estebam M, editor. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili; 2007.
4. Machado J. El 39% de los niños indígenas menores de dos años sufre desnutrición. Primicias. : p. 1.
5. Condor J. Intervención teatral sobre alimentación, cuidados y salud materno infantil con los waorani de la Amazonía Ecuatoriana. [Online].; 2023. Acceso 11 de 11 de 2024. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/30146>.
6. Norma Ecuatoriana de la Construcción. Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil. [Online].; 2020. Acceso 26 de 11 de 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/.
7. Rivas A, Laea R. Conservación y Petróleo en la Amazonía Ecuatoriana. Un acercamiento huaorani Quito: Abya-Yala; 2001.
8. Organización Mundial de la Salud. Constitución. [Online].; 2021. Acceso 20 de 05 de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20es,tado,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades>.

9. Palma A. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. [Online].; 2018. Acceso 20 de 05 de 2025. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>.
- 10 UNICEF. Desnutrición Crónica Infantil Uno de los mayores problemas de salud pública en Ecuador. Artículo Desnutrición Crónica Infantil UNICEF. 2021.
- 11 Omene MOI. Saberes Waorani y Parque Nacional Yasuní: Plantas, Salud y Bienestar en la Amazonía del Ecuador. 1st ed. Rios M, Juan R, editores. Quito; 2012.
- 12 Antamba B. “UTILIZACIÓN DE LAS PLANTAS MEDICINALES EN EL POSPARTO, CANTÓN CHACO Ibarra: UNIVERSIDA TÈCNICA DEL NORTE; 2016.
- 13 Alvarado S, Irumega P, Vargas J. Cartilla de saberes y conocimientos de la nacionalidad Waorani Educación Md, editor. Tena; 2021.
- 14 El Oriente. Los waoranis han ampliado sus opciones alimenticias. El Oriente. : p. 27.
- 15 Amazon Frontlines. Reportaje: En la Alta Amazonía, comunidades Waorani trabajan para descolonizar la educación. [Online]; 2023. Acceso 20 de 03de 2025. Disponible en: <https://amazonfrontlines.org/es/chronicles/reportaje-en-la-alta-amazonia-comunidades-waorani-trabajan-para-descolonizar-la-educacion/>.
- 16 Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos de Alimentación para Niños y Niñas menores de 2 años Quito; 2013.
- 17 World Health Organization. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age Geneva: Commons AttributionNonCommercial-ShareAlike; 2023.
- 18 Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño Washington: NLM WS120; 2010.
- 19 Shunway C. Eat Your Phytochemicals: Lessons Learned from the Waorani. Adelphi. 2013.

- 20 Sierra R, Rodriguez F, Losos E. Forest resource use change during early market integration in tropical rain forests: the Huaorani of upper Amazonia. *Ecological Economics*. 1999; 30(1).
- 21 Rival L. Huaorani Transformations in Twenty-First-Century Ecuador. *Treks into the Future of Time*. 1st ed. Press UoA, editor. Arizona; 2025.
- 22 ENSANUT-ECU. Ministerio de Salud Pública. [Online]; 2014. Acceso 06 de 10 de 2025. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna-en-el-ecuador/>.
- 23 Instituto Nacional de Estadística y Censos. Compendio de Resultados. Encuesta Condiciones de Vida ECV. Sexta Ronda 2015. 6th ed. Quito; 2015.
- 24 Skeltis G. A thesis submitted to the faculty at the University of North Carolina at Chapel Hill in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in the Department of Anthropology (Human Biology, Ecology, and Evolution). Chapel Hill; 2019.
- 25 Pillalaza C. Análisis de indicadores de la Región Amazónica del Ecuador con enfoque en Pueblos y Nacionalidades Ecuador EN, editor.; 2023.
- 26 Censo Ecuador. Censo Ecuador cuenta conmigo. Pobreza por NBI Censos INdEy, editor. Quito; 2024.
- 27 Berrazueta M. ASOCIACIÓN ENTRE ALIMENTOS INCORPORADOS A LA DIETA TRADICIONAL WAORANI Y LA MALNUTRICIÓN DEL BINOMIO MADREHIJO EN COMUNIDADES WAORANI DE ORELLANA, NAPO Y PASTAZA Quito; 2024.
- 28 ICCA Registry. Territorio Ancestral Waorani 'Ome', Ecuador. [Online].; 2025. Acceso 5 de 10 de 2025. Disponible en: <https://www.iccaregistry.org/es/explore/Ecuador/territorio-ancestral-waorani-ome>.
- 29 Rhon F, Sánchez J. *Ecuador Debate* 118 Quito: El Chasqui; 2023.
- 30 Earnest A. Health and the Huaorani. *The Yale Review of International Studies*. 2014.

- 31 Caballero V, McLaren B, Carrasco J, Alday J, Fiallos L, Amigo J, et al. Traditional ecological knowledge and medicinal plant diversity in Ecuadorian Amazon home gardens. *Global Ecology and Conservation*. 2019; 17.
- 32 Ana G, Herrera G, Prieto M. Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes Quito: Flacso Ecuador; 2020.
- 33 Benis C, Schwarz A, Varea C, Shiguango MA. La Ashanga de las parteras Kichwas del Alto Napo, (Ecuador). *Revista de Folklore*. 2017;(428).
- 34 El telégrafo. La primera Waorani que conoció el mundo. *El telégrafo*. : p. 1.