



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN INFANTIL

TÍTULO: IMPACTO DE LA MIGRACIÓN PARENTAL INTERNACIONAL EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPÁN, CANTÓN AZOGUES, PROVINCIA DEL CAÑAR.

OCTUBRE 2015- ABRIL 2016

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN NUTRICIÓN INFANTIL

AUTOR:

MARÍA ALEJANDRA AGUIRRE QUEZADA

TUTOR:

MAGÍSTER SILVIA GALLEGOS ESPINOZA

AZOGUES, ABRIL 2016

I. DEDICATORIA

A Dios por orientar cada una de mis acciones y permitirme llegar al final de este desafío académico.

Y al verdadero protagonista, el pequeño Juan Carlos por regalarme su tolerancia y paciencia para que mamá haya tenido que estudiar en las horas de parques y recreación.

II. AGRADECIMIENTOS

A mis padres, hermanos y esposo por su apoyo incondicional.

A la Dra. Silvia Gallegos Espinoza por sus valiosas orientaciones profesionales que permitieron la ejecución de este proyecto.

III. CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE LA TESIS

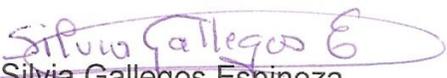
CERTIFICACIÓN FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante **MARÍA ALEJANDRA AGUIRRE QUEZADA**, que cursan estudios en el programa de CUARTO nivel: Maestría en Nutrición Infantil, dictado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UEES, en modalidad OnLine.

CERTIFICO:

Que he revisado el trabajo de tesis con el título: Impacto de la migración internacional en el estado nutricional de niños y niñas de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Guapán, cantón Azogues, provincia del Cañar. Octubre 2015- Abril 2016, presentado por el estudiante **MARÍA ALEJANDRA AGUIRRE QUEZADA**, como requisito previo para optar por el **Grado Académico de Magíster en Nutrición Infantil** y considero que dicho trabajo se encuentra para presentarse a la Defensa Final.

Firma.


Mgs. Silvia Gallegos Espinoza

Fecha, 30 de abril del 2016

IV. ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Certificación del tutor	III
Resumen	X
Introducción	XI
Capítulo I	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema	6
1.3 Preguntas de investigación	8
1.4 Objetivos general y específicos	8
Capítulo II	10
2.1 Fundamentación teórica	10
2.2 Definiciones conceptuales	14
2.2.1 Migración	14
2.2.2 Estado nutricional	18
2.2.3 Anemia por falta de hierro	21
2.3 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial	26
2.4 Planteamiento de hipótesis	32
Capítulo III	33
Metodología	33

3.1 Elección del diseño de investigación	33
3.2 Viabilidad	33
3.3 Universo y muestra	33
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	33
3.5 Aspectos éticos	34
3.6 Unidades de análisis	35
3.7 Variables e indicadores	36
3.8 Procedimiento	40
3.9 Técnicas de investigación y pasos utilizados	45
3.10 Análisis estadístico	45
Capítulo IV	47
Análisis de resultados	47
4.1 Características demográficas y condiciones socioeconómicas de las familias de los hijos de padres migrantes.	47
4.2 Migración	51
4.3 Calidad de la dieta y hábitos alimentarios	56
4.4 Crecimiento	61
4.5 Estado del Hierro	68
4.6 Asociación de variables	71
Capítulo V	84
Propuesta	84
5.1 Título	84
5.2 Justificación	84

5.3 Fundamentación	85
5.4 Objetivos	88
5.5 Importancia	89
5.6 Factibilidad Financiera	89
5.7 Talento Humano / factibilidad social	91
5.8 Factibilidad operativa	91
5.9 Impacto	94
5.10 Evaluación	94
Capítulo VI	95
6.1 Conclusiones	95
6.2 Recomendaciones	98
Bibliografía	100
Anexos	104
Anexo 1: Consentimiento y Asentimiento informado	104
Anexo 2: Instrumento Prueba piloto	107
Anexo 3: Instrumento aplicado	112
Anexo 4: Soporte fotográfico	118
Anexo 5: Carta de solicitud	120
Anexo 6: Certificado de Unidad Educativa Guapán	121

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenido	Pág.
Gráfico 1. Distribución porcentual de los niños y niñas investigados según grupo de edad y sexo	47
Gráfico 2. Nivel de instrucción de la madre o cuidador	48
Gráfico 3. Índice de riesgo de la vivienda	49
Gráfico 4. Nivel de clase social del jefe de hogar	49
Gráfico 5. Familiar migrante de la población en estudio	51
Gráfico 6. Lugar de migración por familiar migrante de la población en estudio	52
Gráfico 7. Tiempo de migración	53
Gráfico 8. Tipo de familia en la que vive el niño/a	54
Gráfico 9. Familiar a cargo del niño/a	55
Gráfico 10. Calidad de la dieta en relación al consumo de grasas	56
Gráfico 11. Calidad de la dieta en relación al consumo de frutas y vegetales	56
Gráfico 12. Valoración del estado nutricional según Índice de masa corporal de los niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días	57
Gráfico 13. Valoración del estado nutricional según Índice de masa corporal de los niños de 7 a 9 años	61
Gráfico 14. Prevalencia de retardo en el crecimiento según indicador talla para la edad en niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días	62
Gráfico 15. Prevalencia de retardo en el crecimiento según indicador talla para la edad en niños de 7 a 9 años	63
Gráfico 16. Reservas proteico energéticas según el indicador circunferencia de brazo/edad en niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días	64
Gráfico 17. Reservas proteico energéticas según el indicador circunferencia de brazo/edad en niños de 7 a 9 años	65

Gráfico 18. Hemoglobina corregida por altitud en la población investigada	68
Gráfico 19. Hemoglobina corregida por altitud y edad en niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días	69
Gráfico 20. Hemoglobina corregida por altitud y edad en niños de 7 a 9 años	69
Gráfico 21. Hemoglobina corregida por altitud y sexo	70
Gráfico 22. Circunferencia de brazo en relación al progenitor migrante	71
Gráfico 23. Retardo en talla en relación al progenitor migrante	72
Gráfico 24. Talla para la edad en comparación a la realidad nacional	74
Gráfico 25. IMC en relación al progenitor migrante	75
Gráfico 26. Comparación del IMC/edad con la referencia nacional	76
Gráfico 27. Hemoglobina corregida por altitud en relación al progenitor migrante	77
Gráfico 28. Hemoglobina corregida por altitud en comparación con la información de la OMS	78
Gráfico 29. Calidad de la dieta para grasas en relación con el progenitor migrante	79
Gráfico 30. Calidad de la dieta en relación al progenitor migrante	80
Gráfico 31. Resumen de estadísticas de la frecuencia de consumo por grupo de alimentos	81

ÍNDICE DE TABLAS

Contenido	Pág.
Tabla 1. Hábitos alimentarios en el grupo de 5 a 6 años 11 meses 29 días	58
Tabla 2. Hábitos alimentarios en el grupo de 7 a 9 años	59
Tabla 3. Prevalencia de malnutrición en la población estudiada según tipo de indicador	67

V. RESUMEN:

Los movimientos migratorios estimulan cambios con difíciles implicaciones familiares para los que se van como para los que permanecen en el país de origen. Esta investigación, se desarrolló con el objetivo de conocer el impacto de la migración parental internacional sobre el estado nutricional de los niños de 5 a 9 años, de la Unidad Educativa Guapán, cantón Azogues. Para ello se utilizó un instrumento validado que evaluó categorías correspondientes a características demográficas, evento migratorio, calidad de la dieta y hábitos alimentarios; paralelamente se valoró el estado nutricional a través de indicadores antropométricos y bioquímicos. Se trabajó con una muestra de 60 niños hijos de padres migrantes entre 5 y 9 años de edad (28 niños y 32 niñas). Se utilizó una metodología cualitativa, cuantitativa de tipo descriptivo - transversal. Entre los resultados obtenidos se puede destacar que la totalidad de niños y niñas participantes consumen una dieta con una baja presencia de frutas, vegetales y leguminosas que siendo fuentes importantes de vitaminas y minerales sugiere riesgos de déficit de nutrientes específicos que puede influir en la presencia de enfermedades. Existe un 60% prevalencia de anemia ferropénica en la población estudiada. Se concluyó que los niños con padres migrantes representan un grupo de alto riesgo, por los niveles de malnutrición y alta prevalencia de anemia. Con los resultados de esta investigación se espera aportar con información relevante para que el Distrito Escolar en función de esta problemática proponga al Ministerio de Educación la ejecución de políticas públicas en relación a la migración parental internacional que atenúe el impacto que puedan tener en la salud y nutrición infantil.

Palabras clave: Migración parental internacional, estado nutricional, hábitos alimentarios.

VI. INTRODUCCIÓN:

Los movimientos migratorios estimulan cambios con difíciles implicaciones familiares para los que se van como para los que permanecen en el país de origen.

En la provincia del Cañar el fenómeno migratorio se agudizó en la década de los años 90, el desempleo y los altos costos de vida ocasionaron que dentro de las familias uno o ambos padres tomen la decisión de migrar a otro país con la intención de incrementar los ingresos económicos, para proporcionar un mejor bienestar en educación, salud y vivienda a sus hijos.

Las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) confirman que la mayoría de los estudios están focalizados en las remesas que los emigrantes envían, existiendo información escasa sobre las consecuencias en la salud y nutrición de los niños que se quedan en el país de origen.

La presente investigación aborda este significativo tema con el objetivo de conocer el impacto de la migración parental internacional sobre el estado nutricional de los niños de 5 a 9 años, de la Unidad Educativa Guapán, cantón Azogues.

El tipo de estudio fue cualitativo, cuantitativo, transversal aplicado en una muestra de 60 niños hijos de padres migrantes.

Para el registro los datos se utilizó un instrumento validado que analizó categorías correspondientes a características demográficas, evento migratorio, calidad de la dieta y hábitos alimentarios; paralelamente se valoró el estado nutricional a través de indicadores antropométricos y bioquímicos.

La información resultante del proceso investigativo se presenta por capítulos; en el primero se registró los antecedentes, el planteamiento del problema y los objetivos que guían el estudio. En el segundo se puntualizó el marco teórico y referencial y la hipótesis.

En el tercero se detalló el marco metodológico, en el cuarto se analizaron los resultados, en el quinto se describió la propuesta de mejoramiento de las condiciones nutricionales identificadas y para finalizar en el capítulo sexto se presentaron las conclusiones y recomendaciones.

Con los resultados de esta investigación se espera aportar con información relevante para que el Distrito Escolar proponga al Ministerio de Educación la ejecución de políticas públicas en relación a la migración parental internacional que atenúe el impacto que puedan tener en la salud y nutrición infantil; a la vez que se constituya en un aporte de conocimientos a los profesionales de salud para que la atención en este grupo de niños sea considerada como prioritaria.

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES

La migración invariablemente ha estado presente en la vida del ser humano, en virtud de que se moviliza de un lugar a otro en busca de los elementos para poder sobrevivir como alimento y vivienda. Si no existen estas garantías buscará otros para satisfacer sus necesidades.

De acuerdo a lo publicado por (UNICEF, 2011):

“La migración es un fenómeno creciente en América Latina, se estima que aproximadamente 25 millones pertenecen a esta geografía. Las razones apuntan a las persistentes desigualdades, la falta de oportunidades laborales, educativas y las tensiones sociales. Cada vez más personas toman la decisión de migrar desde sus países de origen hacia los desarrollados, con la esperanza de mejorar sus niveles de vida”.

No solo ha ocultado aspectos tan diversos como las transformaciones culturales de los, las emigrantes y sus familias; sino, sobre todo, los impactos que el proceso tiene y tendrá sobre los que se quedan: niños, niñas y adolescentes.

El beneficio asociado a las remesas enviadas, constituye sin duda un poderoso motivo detrás de la decisión de migrar. La otra cara de este fenómeno está asociada a la desintegración familiar y a la fuga de capital humano con serias implicaciones para los más pequeños.

De acuerdo a (PELLEGRINO, 2009), la emigración de latinoamericanos hacia los Estados Unidos, se convirtió en un fenómeno relevante desde mediados de los 60, debido a la plena expansión de la economía norteamericana, donde se hacía necesario el aporte migratorio con el fin de aumentar la fuerza de trabajo. Hacia el 2004 había 18 millones de emigrantes provenientes de la región y junto a sus descendientes nacidos allá ya son la primera minoría étnica del país.

Sin embargo los beneficios económicos descritos en líneas anteriores se pueden contrastar con los siguientes estudios ejecutados.

El caso específico de México, se destaca la relación de la migración con el estado de salud mental de las personas que viajan, pero dejando de lado a las familias, cónyuges o hijos e hijas que se quedan en el país de origen, situación que pone de manifiesto la necesidad de ejecutar otros estudios en contextos diferentes, que permitan contribuir a la generación y fortalecimiento de la investigación relacionada con dinámicas poblacionales, donde no sólo se estudie a la persona que emigró sino a su familia cónyuge e hijos que permanecen en el país de origen. (GONZÁÑEZ BECERRIL, 2014)

La autora Larisa Lomnitz (LOMNITZ, 2012) en su obra “Como sobreviven los marginados”, considera las etapas de desequilibrio, traslado y estabilización como fundamentales en la acomodación de la familia dentro del nuevo nicho ecológico, el hecho de moverse de su lugar de origen y el riesgo de exponer a los niños a la carencia de nutrientes y micronutrientes en su dieta habitual son trascendentales, pues dan lugar a la aparición de la desnutrición.

El problema surge porque, lamentablemente los padres que se ven “obligados” a migrar a otros países con la finalidad de mejorar su nivel de vida, dejan a sus hijos al cuidado de terceros, que van desde parientes

cercanos (tíos, abuelos) hasta vecinos, pasando por hermanos mayores y en el peor de los casos, nada ficticio, los niños se quedan solos. Es un hecho cierto que nada se compara con el cuidado de los padres no solamente en lo referido a la calidad y cantidad de nutrientes que recibe el niño/a, sino que también se debe tomar en cuenta la dimensión afectiva necesaria para un crecimiento y desarrollo óptimos; en este nuevo “espacio” “pseudo - familia”, que se forma, los niños/as hijos de padres migrantes deben aprender a vivir o tal vez el término apropiado sea “sobrevivir”.

La importancia de este hecho radica en el panorama que presenta la condición nutricional y alimentaria de un grupo de niños que ha estado sujeto a situaciones de tipo alimentario hostiles y, en forma indirecta, determina la disponibilidad, accesibilidad y aprovechamiento de los alimentos, cuyo resultado deja ver las condiciones socioeconómicas y de salud en una población. (LOMNITZ, 2012)

Adicional a la situación social descrita en líneas anteriores, se debe considerar el impacto del envío de las remesas en las familias, que por un lado concede a los que las reciben la posibilidad de que niños hijos de padres migrantes, en edad escolar manejen ciertas cantidades de dinero que les otorga un incuestionable poder adquisitivo y por otra parte los que no registran estos ingresos y presentan condiciones de vida muy limitadas.

Según un estudio realizado por los autores Paredes, Bravo y Calle en Ecuador, sobre el impacto de la migración en salud infantil; en cuanto a la morbilidad en ausencia de sus padres, el 32,3% presentó enfermedades del tracto respiratorio, en cuanto al diagnóstico nutricional se notó un 36% con problemas de nutrición de diverso grado en la muestra general; en cuanto al diagnóstico psicológico, el 26,3% presentó trastornos de conducta, ansiedad 10%, depresión 16%, baja autoestima, trastornos del

sueño, enuresis 13,1%, en niños mayores de 5 años; en cuanto al desarrollo psicomotriz, en el grupo de menores de 5 años, el 16,1% presentó algún tipo de trastorno.

En este contexto, los factores asociados a la genética, los estilos de vida de las familias, el nivel de instrucción de los cuidadores, los ingresos, las condiciones sanitarias de los territorios en los que habitan inciden indiscutiblemente en el estado nutricional promoviendo diagnósticos de malnutrición infantil. (PAREDES, 2004)

De lo anterior, se deduce que Ecuador no es la excepción y sin lugar a duda el fenómeno migratorio en el país se ha constituido en un proceso que inició hace más de un siglo. La población del sur y especialmente los sectores rurales de las provincias de Azuay y Cañar han registrado cifras impresionantes de migración internacional como una estrategia para mejorar la calidad de vida que se ha mantenido por años. (FLACSO, 2005)

Según datos del Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia (ODNA), la provincia del Cañar es una de las cuatro de mayor incidencia histórica de emigración internacional.(ODNA 2013)

Desde 1960, los cañarenses han emigrado hacia América del Norte. Pero el éxodo se aceleró en la presente década cuando cerca de la mitad del total de cañarenses emigrantes abandonó el país. Cuatro de cada cinco emigrantes tienen entre 18 y 49 años de edad, y el 60% se encontraba casado o unido al momento de abandonar al país. Adicionalmente se identificó que la emigración cañarenses es predominantemente rural ya que el 85% de los hogares con miembros emigrantes viven en zonas rurales dispersas.

La relación entre la población de Cañar y la práctica migratoria debe ser entendida en el contexto mundial en el que sucede. El vertiginoso proceso de integración global desatado hace 40 años ha generado profundas transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas.

El estudio ratificó que Cañar es un territorio que ha perdido población por mucho tiempo. (ESCOBAR, 2008)

De acuerdo a (JOKISCH, 2001), en la década de los ochenta, Cañar y Azuay se convirtieron en las zonas de mayor envío de migrantes de América del Sur, en el estudio se afirma que más de 100000 personas de estas provincias habían emigrado. Hasta finales de ese período, el perfil típico del migrante era el de un trabajador hombre y, por lo general, sostén de la familia, a principios de los años noventa un número creciente de mujeres, tanto solteras como casadas, comenzó a desplazarse por su cuenta para ocupar puestos de trabajo en otros países, surgiendo el llamado fenómeno de feminización de la migración; este cambio desencadena fuertes consecuencias dentro de las sociedades nacionales.

Cada vez es mayor el número de mujeres que emigra de manera autónoma y que se convierte en la principal proveedora del hogar. La ausencia de las madres restringe de hecho los períodos de lactancia materna y en algunos casos disminuye la probabilidad de que los niños reciban vacunas de manera oportuna o los cuidados de salud y nutrición son deficientes o escasos.

En Ecuador existen pocos estudios que reflejan la actual situación nutricional y de salud de niños hijos de padres migrantes y su innegable impacto social que lo convierte en tema prioritario, razón por la cual, los resultados de este estudio serán una guía sobre la cual los actores locales en los que se incluyen las autoridades del Distrito de Salud de Azogues y la Unidad Académica de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad local, puedan llegar a acuerdos para crear programas preventivos en post de mejorar la calidad de vida de este sector

vulnerable, especialmente porque en esta ciudad perteneciente a la provincia del Cañar el fenómeno migratorio internacional según cifras reportadas por el INEC, 3947 personas del cantón Azogues durante el año 2010 se vieron obligadas a migrar en busca de mejores oportunidades laborales y de vida y que en general los hijos que quedan son de 1 a 12 años de edad, los cuales están al cuidado de un familiar y una condición que no está visible de esta compleja situación son los efectos sobre la nutrición de los niños y niñas que se quedan en el país.

La relevancia del presente estudio está en su contribución a la comprensión de la migración sobre el estado nutricional de los niños y niñas, y en poner sobre la mesa un importante tema de reflexión y discusión para los organismo estatales y ONG's que trabajan permanentemente por el cumplimiento de los derechos de los niños, especialmente de aquellos que por situaciones de migración parenteral estos derechos se ven vulnerados.

Por lo expuesto la presente investigación a la luz del conocimiento científico analiza el impacto de la migración parental internacional relacionándola con las consecuencias que pueda tener para el estado nutricional y las condiciones de salud infantil.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La niñez corresponde al período conocido como “dependencia fundada en unas características biológicas y psíquicas que impiden comportarse como adultos”, los padres durante este período del ciclo vital son los responsables del sustento y supervivencia de sus hijos, mientras que en la adolescencia existe una “situación de dependencia que no se deriva ya, de incapacidades biológicas o psíquicas sino económicas y sociales”. (COMFENALCO QUINDÍO, 2009)

El proceso migratorio de uno o de los dos padres no sólo desata la disgregación de la familia como base de la sociedad sino que se está encomendando el ejercicio de la paternidad a un tercero, provocando el debilitamiento de la responsabilidad de los padres que se asume desde el momento mismo de la concepción.

La migración de los progenitores tiene como consecuencia el enfrentamiento de una serie de cambios trascendentales en el estilo de vida tanto para los que se van como para los que se quedan, en cuanto a relaciones, comunicación, hábitos, comportamientos, alimentación, entre otros; para un niño, niña o adolescente que experimenta la partida de su padre/madre o de los dos, produce un gran impacto que pone a prueba su capacidad de afrontamiento frente a una secuencia de pérdidas.

La pérdida de vínculos afectivos aumenta la posibilidad de no recibir el mismo cuidado en cuanto a salud, alimentación y tampoco tengan la protección adecuada para evitar todas las formas de violencia a las cuales pueden estar expuestos.

El hijo de padres emigrantes se encuentra inmerso un ambiente donde en ocasiones no es posible el cuidado, una alimentación adecuada y la seguridad; esto se puede generar por varias razones, una de ellas es el período de crisis económica por el que tiene que pasar la familia mientras que los progenitores logran adaptarse y tener una estabilidad laboral que les permita empezar a enviar dinero; la otra razón es que los cuidadores o personas que quedan a cargo de los niños no les brindan la atención, ni los cuidados que ellos necesitan independientemente de la edad en la que se encuentren, lo cual contribuye a que se desencadene la desnutrición, accidentes en el hogar, consumo de sustancias psicoactivas y problemas del desarrollo.

La información que existe en la provincia Cañar sobre migración internacional indica que el 6% de su población decidió trasladarse hacia otro país representando un total de 13554 habitantes. (INEC 2010).

A partir de lo anterior se hace evidente la falta de programas de apoyo y de estudios enfocados en la situación de salud que viven los hogares fragmentados y los niños abandonados privados del vínculo parental, por lo que se torna necesario visibilizar un efecto adicional de la migración.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto de la migración parental internacional sobre el estado nutricional de niños de 5 a 9 años hijos de padres migrantes de la Unidad Educativa Guapán del cantón Azogues, provincia del Cañar?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Conocer el impacto de la migración parental internacional sobre el estado nutricional de los niños de 5 a 9 años, de la Unidad Educativa Guapán, cantón Azogues.

Objetivos específicos:

- Identificar las características demográficas y condiciones socioeconómicas de las familias de los hijos de padres migrantes.
- Evaluar el crecimiento físico de los niños y niñas hijos de migrantes mediante indicadores antropométricos.
- Determinar la prevalencia de anemia ferropénica en los niños y niñas investigados mediante la determinación de hemoglobina.
- Identificar el consumo de alimentos y los hábitos alimentarios de los niños y niñas hijos de migrantes a través de encuestas de frecuencia de consumo.

- Determinar la asociación entre el estado nutricional y migración de uno o los dos progenitores.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En el artículo “Huerfanos de padres vivos” (COMFENACO QUINDIO 2009) se analiza el compartamiento de los niños y adolescentes que viven en soledad al llegar a su casa, por lo que buscan refugiarse en sus amigos, grupo de pares, familiares, personas conocidas, estas circunstancias los hace vulnerables ante malas influencias y amistades, como ocurre en la sociedad quindiana, ya que el eje cafetero es la región de Colombia, en donde se presenta el mayor flujo migratorio internacional.

El considerable aumento del flujo migratorio de la población, donde predominan los padres y madres de familia de los países en desarrollo hacia los desarrollados, ha conducido el desenlace de una nueva tendencia denominada “hijos de padres huérfanos”, se les denomina así a los niños y niñas que están creciendo lejos de una imagen autoritaria, en donde la crianza se ha delegado y, a pesar de las remesas que sus padres envían, les hace falta lo más importante: el amor y un verdadero calor de hogar. En el Quindío, el Centro Administrativo de Servicios Docentes, CASD, realizó un sondeo que reportó:

- Un poco más del 50% de los infantes, no viven con sus padres, o lo hacen sólo con la madre, o con la abuela, con una tía u otro familiar cercano, incluso con amigos de éstos.
- Son niños con poco afecto.
- La gran mayoría de los menores tienen problemas de concentración y aprendizaje.

- Son, potencialmente, individuos que desertan de la escuela y engrosan el número de personas sin oportunidades, sin empleo, drogadictos, delincuentes e indigentes.

El artículo sobre migración e infancia en Filipinas realizado por UNICEF se manifiesta que el 27% de todos los menores en el país, viven separados de uno o ambos padres; en Moldova, un estudio estimó que el 31% de niños entre los 0 - 14 años han sido olvidados por un padre y el 5,4% por ambos padres.

Migrar a otro país lleva consigo una inestabilidad económica, laboral y de vivienda, sumándole el tener que adaptarse a una nueva cultura donde no solo las costumbres son diferentes sino que también lo es el idioma; motivo por el cual el padre o la madre deciden migrar solos y al lograr establecerse planear un reencuentro con sus hijos e hijas.

Durante este proceso se desencadenan diversos cambios en el entorno familiar (tanto nuclear como en el extenso), en la vida de los miembros que la conforman y en la persona que migra, los cuales pueden ser interpretados desde dos puntos de vista, uno positivo y otro negativo. El primero, es que la persona que emigró ya sea la madre o el padre lo hizo con el objetivo de buscar mejores opciones y reconocimientos a nivel laboral y profesional, que le permitan un crecimiento que se refleja en los envíos monetarios que realiza a su familia; en el entorno familiar las repercusiones emocionales, físicas y psicológicas no son tan fuertes cuando es el padre el que migra, este hecho se debe a que la madre es la persona que se encarga del cuidado de los hijos e hijas, por ello conoce la forma de actuar e identificar las necesidades que ellos puedan manifestar.

En los estudios de Salcedo Rocha (ROCHA, 2008) que relacionan la migración de los hogares pobres de comunidades rurales e indígenas del Sur de la república Mexicana, sobre todo de hombres y a veces de

familias enteras que se instalan en los nuevos mercados de trabajo agrícola comercial del norte del país, indican que la migración es un factor de riesgo para la desnutrición de preescolares, debido principalmente a que los primeros meses de ausencia del jefe de hogar, se descapitalizan los hogares de por sí ya pobres que asociado a la falta de ingresos provenientes del padre, ahora también se ven endeudados con préstamos locales para financiar los desplazamientos de los migrantes.

Una investigación similar realizada por Nuñez – Rocha y colaboradores, muestra que la prevalencia de desnutrición de acuerdo con el indicador talla para la edad, se incrementó casi en el doble en niños pertenecientes a familias migrantes, lo cual es similar a los hallazgos de (SALCEDO ROCHA A., 2008) quién registra una prevalencia de 68% en migrantes de Jalisco.

Uno de los aspectos de relevancia constituye la influencia de la migración en la morbilidad orgánico-psíquica en niños, En una investigación sobre este aspecto realizada por autores ecuatorianos P. PAREDES, L. BRAVO, A. CALLE (Paredes, Bravo, & Calle, 2004) realizado en una población de 100 niños y niñas en el Hospital Municipal “Nuestra Señora de la Merced” de la ciudad de Ambato, durante el período comprendido entre marzo de 2003-marzo 2004, determinaron que las enfermedades respiratorias y diarreicas constituyen la patología prevalente (58%), pero existe también eruptivas, infecciosas en un 12%, 8% de maltrato físico y 12% de niños sanos.

El 17% de casos tenían historia de abuso sexual, el 36% de niños y niñas presentaban disminución del crecimiento y desnutrición de diversos grados. En el diagnóstico psicológico se destaca conducta agresiva (24,2%), ansiedad (10%), depresión (16%), enuresis, trastornos del aprendizaje (8%), En general existe alteraciones del desarrollo psicomotor

(16%), violencia intrafamiliar (18%), y consumo de drogas (8%). El bajo rendimiento escolar fue la regla. (Paredes 2004).

En este estudio se estableció que el abandono genera un fenómeno en cadena: trastornos psicológicos, bajo rendimiento escolar, violencia, abuso sexual, así como condiciones de morbilidad, las mismas que son predominantemente infecciosas, y relacionadas con el crecimiento (Paredes 2004).

Una de las aportaciones de gran relevancia constituye el estudio sobre “Niñez y Migración en el Cantón Cañar”, realizada por el Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia en el 2008, con el propósito de ampliar y fortalecer el conocimiento de las dinámicas y realidades migratorias del Cantón Cañar, pero sobre todo en entender esta realidad a través de las opiniones y percepciones de quienes directa e indirectamente viven sus consecuencias, en contraste con las familias que no lo son.

Los datos recabados en esta investigación permitieron identificar además de las debilidades en el cumplimiento de los derechos de la Niñez y Adolescencia del Cantón, cinco consecuencias de la migración en los ámbitos de educación, salud, protección social, generación de oportunidades de trabajo para las familias y riesgos de los padres frente al proyecto migratorio.

Riesgos que no son sólo para los que se van sino para las familias que se quedan, donde no es suficiente el marco de protección legal, sino el formular y ejecutar políticas “transversales”; pero que, requieren cambios profundos en la organización de Estado, recursos humanos capacitados, creación de sistemas de información para el seguimiento y evaluación de las acciones y finalmente un sistema de contraloría social.

En definitiva existen posiciones contrapuestas, por un lado investigaciones que señalan que estos problemas han estado presentes antes de que la migración adquiriera las características masivas que tiene ahora y por tanto no deberían relacionarse necesariamente con la migración de los padres. Por otra, evidencias que indican relación morbilidad-migración.

2.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.2.1. MIGRACIÓN

La migración se refiere a dos procesos que incluyen movimientos poblacionales opuestos debidos a factores económicos, académicos, laborales, sociológicos o políticos, comprendiendo por un lado la emigración o salida de individuos o grupos de personas del lugar de origen o de residencia habitual; mientras que por otro, comprende a la inmigración o llegada de individuos o personas a un lugar diferente al de origen o de residencia habitual.

Además se habla de la migración interna que se da en el interior de un país o territorio, la externa o internacional que se presenta cuando se parte al exterior de un país o territorio; estas dos, a su vez, se pueden entender como forzadas y voluntarias. Las forzadas son aquellas en las que las personas repentinamente sin poder planificar parten de su lugar de origen por razones sociopolíticas, amenazas terroristas, delincuenciales y la guerra. Las voluntarias son planificadas por decisión propia ya sea por razones económicas o académicas principalmente, en las que no todos los miembros de la familia migran. Así mismo estas migraciones pueden clasificarse de acuerdo al tiempo de permanencia en: temporal, indefinido y permanente.

La declaración de Ginebra, manifiesta de manera explícita, que hombres y mujeres de todas las naciones reconocen que “La humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma” (SOCIEDAD DE NACIONES), junto a esto la

declaración universal de los derechos del niño concretada en el decálogo de diez principios y promulgada en 1990, actualmente ley nacional en la mayoría de países del mundo. La realidad que se está exponiendo no se aproxima a respetar tales principios.

Sin embargo, en esta investigación se desarrollará otra clase de migración, denominada migración parental internacional, la cual hace referencia a la partida de uno o de los dos padres a otra nación, dejando en el país de origen a su familia incluyendo a sus hijos o hijas, los cuales resultan ser los más afectados en todo este proceso, provocando naturalmente una desestructuración familiar temporal y muchas veces definitiva, siendo esto uno de los factores más estresantes en la vida de los hijos y con severas consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el subsistema filial. (SAAD, 2003)

▪ PROCESO MIGRATORIO EN ECUADOR

En el Ecuador, la congelación de los depósitos bancarios que produjo la crisis del sector financiero y la moratoria de la deuda externa, mostró la gran inequidad en la distribución de la riqueza, alcanzando niveles de pobreza (67%) y pobreza extrema (21%); a todo ello se añadió la dolarización decretada por el Congreso Nacional en marzo del 2000, anclando el precio de la divisa norteamericana en 25.000 sucres, con lo que la caída de la moneda nacional fue de 67%.

La emigración para los ecuatorianos ha sido un tema que ha captado la atención del país en las últimas décadas. Para el 2001 más de 500.000 personas salieron del país para buscar recursos económicos que aseguren el bienestar de sus hijos y familiares (SAAD, 2003). En el 2005 más de un millón de personas emigraron constituyendo los dos países principales de destino Estados Unidos y España (ARAUZ V, 2009)

Ante este fenómeno migratorio, solo el 1 al 2 % de los menores pueden emigrar junto con sus padres mientras que el 98-99% permaneció en el país.

Una de las situaciones a enfrentar por el hecho migratorio es por una parte, la desmembración de las familias; principalmente, la separación de los niños, niñas y adolescentes de sus padres o madres; y, por otra parte, el gran desafío a enfrentar una nueva realidad social, cultural, política y económica lejos del Ecuador. Es posible afirmar que se han quedado en el país, separados de sus padres y madres, cerca de 284.027 niños, niñas y adolescentes hijos e hijas de emigrantes ecuatorianos (CAMACHO G, 2008)

Varios trabajos han mostrado que los beneficios económicos de la migración impactan positivamente las condiciones materiales de los hijos que quedan en el país de origen, mayor acceso a la educación, mejores viviendas, pero en el concepto de salud, el bienestar debe ser físico pero también mental. (PRIBILSKY., 2007)

- **MIGRACIÓN, NIÑEZ Y FAMILIA**

Diferentes autores han puntualizado sobre los efectos de la migración en la vida de los niños, niñas y adolescentes cuyos padres han emigrado, señalan que la forma que ellos y ellas se verán afectados dependerá sobre manera de quien migre (padre, madre o ambos) y también de quien se quede (niño, niña, adolescente, hombre o mujer), entre otros factores.

- **Afectivos-emocionales:** Aquellas investigaciones que han priorizado la “voz de los adultos cercanos a los chicos y chicas”, los costos afectivos y emocionales son muy altos, que recaen en enfermedades nerviosas que van desde la tristeza, pasando por la depresión, hasta llegar a casos extremos como el suicidio.

- **Estigmatización social:** Para otros investigadores, los chicos y chicas son vistos y etiquetados desde diferentes ámbitos sociales (escuela, medios de comunicación, sociedad en general) como chicos problemas o conflictivos y asociados a hechos negativos como drogodependencias, embarazo precoz, pandillerismo, sin considerar que estos hechos han ocurrido indistintamente de que los padres hayan migrado o no. Percepción que se contraponen a las miradas que tienen estos respecto de sí mismo, quienes expresan que la migración de sus padres les ha hecho madurar, se consideran personas más independientes y responsables, con sus estudios y con sus hermanos/as menores.

- **LA MIGRACIÓN PARENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

En la infancia y adolescencia se hace indispensable la presencia de los padres para la conformación de la identidad personal, autoestima, identificación de género, conformación de valores y el hecho de tener un referente de autoridad, lo cual se ve alterado cuando los padres viajan a otro país, en busca de mejores días.

La migración de los padres está contribuyendo a la destrucción de la familia, en especial cuando hay niños, debido a que no se toma en cuenta su opinión, no permiten que ejerza una participación activa, ni ser un miembro dinámico dentro del entorno familiar y menos que expongan su punto de vista, lo que ocasiona que lo interpreten como una imposición

- **MIGRACIÓN DE LA MADRE**

De acuerdo a un estudio realizado sobre las mujeres emigrantes, da cuenta de los estereotipos de género y del imaginario social de que la madre es la única responsable y la única capaz de cuidar bien a sus hijos,

la ausencia de la madre afecta más a los hijos/as, precisamente por el papel protagónico que han cumplido en su crianza.

Por ello la separación de la madre se torna más significativa y con repercusiones en el comportamiento de niños, niñas y adolescentes. (CAMACHO G, 2008)

- **TIPOS DE FAMILIA**

Diversos estudios realizados reportan sobre la conformación y estructura familiar, la familia es concebida como una institución con un fuerte sentido de moderación de las necesidades de las personas y es entonces entendida como “un locus de soporte social y emocional” (Herrera y Carrillo, 2005), pues su papel en cuanto a formar valores, satisfacer necesidades básicas y afectivas es fundamental.

La familia, es un espacio dominado por relaciones de poder y de autoridad entre sus miembros, sea de la nuclear o como de la ampliada. Se entiende como ampliada o extensa a aquella en donde participan dos o más generaciones, sus integrantes mantienen lazos de consanguinidad (padres/madres, hijos/as, nietos/as, primos) y afinidad (nueras, yernos, cuñados, etc.).

En el Ecuador, este tipo de familia representa el 46% del total nacional, mientras que en las familias emigrantes el porcentaje de la familia ampliada es mayor (52%), esto explica que quienes migran pueden hacerlo gracias al apoyo y arreglos familiares que aseguran, entre otros aspectos, el cuidado y la reproducción diaria de las y los hijos que se quedan en el país. (INEC 2010).

En el contexto ecuatoriano al hablar de “familia” surge de manera automática la imagen de la nuclear como aquel arreglo ideal donde conviven padre, madre e hijos e hijas y en donde la madre es la responsable de la reproducción social y el padre el proveedor de la manutención y jefatura del hogar.

Tipología de familias:

- Familias monoparentales: Son aquellas con jefatura femenina o masculina, se subdividen entre las que sostienen un proyecto de vida en común y las otras que viven un proceso de ruptura conyugal y por tanto de proyecto de vida familiar.
- Familia nuclear con padrastro o madrastra: Frente al abandono de uno de los cónyuges, se inician nuevas relaciones de pareja incluyendo un nuevo miembro a la familia con sustitución de la figura parental que se fue.
- Familias de hijos solos: La conducción recae en el hermano/a mayor quien se responsabilizará de los pequeños.
- Familia extensa: Es la que asume el rol de familia tutora, de los que quedaron, en general familias con jefatura de abuelo/a, quienes padecen un proceso de reestructuración al acoger a nuevos miembros.

La migración reorganiza las unidades familiares, trascendiendo las perspectivas de la concepción de la familia nuclear, pero no es la única causa para la desintegración como se pretende estigmatizar y reproducir en las diferentes instancias. (Herrera y Carrillo, 2005)

2.2.2 ESTADO NUTRICIONAL

Dado que en forma permanente se está mencionando el término estado nutricional, resulta imprescindible la definición del término. Las concepciones más importantes son:

- Condición resultante de la ingestión de alimentos y la utilización biológica de los mismos por el organismo. El estado de nutrición

refleja el grado en que las necesidades fisiológicas de nutrimentos han sido cubiertas. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012)

- Es el resultado final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. Cuando en nutrición se habla de balance, se está implícitamente estableciendo una relación entre ingresos y egresos, definidos por dos términos la ingestión y la excreción. El equilibrio entre estos dos aspectos se denomina balance. (FAO, 2013)

Se considera que un individuo presenta un estado o condición de equilibrio o buen estado nutricional cuando el consumo de alimentos cumple todas y cada una de las características de la dieta correcta, presenta un funcionamiento biológico adecuado que no interfiere con los procesos fisiológicos de digestión, absorción, transporte, utilización, metabolismo o excreción de nutrimentos, sus dimensiones físicas y composición corporal son adecuadas o normales de acuerdo a lo esperado para su edad, condición fisiológica y sexo y su apariencia física es normal, es decir que no presenta señales visibles de mala nutrición.

• **EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

La evaluación del estado de nutrición ha sido definida por diversos autores, considerando diferentes elementos de la misma; a continuación se enlistan algunos de ellos:

La Asociación Americana de Dietética (ADA, por sus siglas en inglés), ahora Academia de Nutrición y Dietética, (ACADEMIA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, 2014) lo define como un “Método sistemático de resolución de problemas que usan los nutriólogos para pensar críticamente y tomar decisiones para dirigir los problemas relacionados con la nutrición y proporcionar cuidado nutricional de alta calidad, efectivo y seguro”

conlleva la aplicación de cuatro pasos: 1. la evaluación del estado de nutrición; 2. el diagnóstico nutricional; 3. la intervención nutricional, y 4. el monitoreo y evaluación nutricional.

Es una ciencia y un arte que incorpora técnicas tradicionales y nuevas metodologías para conocer el estado de nutrición de los pacientes de una manera fundamentada.

Serie ordenada y sistemática de pruebas y mediciones aplicadas al paciente con el fin de determinar su estado de nutrición.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE ANTROPOMETRÍA

La antropometría se encarga de medir y evaluar las dimensiones físicas y la composición corporal del individuo. Es muy útil para determinar alteraciones proteicas energéticas; permite detectar estados moderados y severos de mala nutrición, así como problemas crónicos o inferir sobre la historia nutricional del sujeto. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012)

Las medidas antropométricas como datos absolutos tienen poco valor, por lo tanto, para su interpretación deben convertirse en índices. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los índices antropométricos son combinaciones de mediciones y resultan esenciales para la interpretación de éstas. Lo manifestado, es comprensible ya que carece de utilidad conocer el peso corporal de una persona si no hay un punto de referencia para ese dato y solo tendrá sentido cuando se lo relaciona con la edad, sexo (ya que las diferencias en el estado de nutrición entre éstos son evidentes) y estatura de la persona evaluada. En los niños, los índices antropométricos más comúnmente utilizados son:

- Peso para la edad.
- Talla/ Longitud corporal para la edad.

- Peso para la talla o estatura/longitud.
- Índice de masa corporal/ la edad.
- Circunferencia del brazo para la edad.

Cada uno de estos indicadores tiene un significado específico en términos del proceso o resultados de situaciones nutricionales, su interpretación se basa en la comparación con patrones de referencia establecido para una población determinada, lo que con el uso de puntos de corte permite ubicar al individuo en el contexto que se esperaría se presentase si su estado de nutrición fuese el adecuado; esta comparación permite delimitar si la persona se encuentra dentro de lo esperado para una población con características similares o queda fuera del rango establecido como "normalidad nutricia". (Suversa.AF, 2009).

- **VALORACION BIOQUIMICA DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Incluyen la determinación y evaluación de muestras orgánicas como saliva, orina, sangre, cabello, uñas, etc. Detectan estados de mala nutrición subclínicos previos a que se presenten las alteraciones antropométricas y clínicas. Simbolizan indicadores del consumo reciente de nutrimentos, por lo que en conjunto con los métodos dietéticos permiten evaluar el consumo de alimentos y nutrimentos. Representan mediciones objetivas y cuantitativas del estado de nutrición del individuo y permiten estimar riesgo de morbilidad y mortalidad. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012)

Al cuantificar valores en sangre como la hemoglobina se puede identificar diagnósticos compatibles con anemia, situación que condiciona el aprendizaje de los escolares.

2.2.3 ANEMIA POR FALTA DE HIERRO

La anemia por deficiencia de hierro se define como una disminución del nivel de hemoglobina o del valor de hematocrito. Considerando que un paciente esta anémico cuando su masa eritrocitaria está lo suficientemente disminuida como para no aportar el oxígeno suficiente a las células. Los valores normales de hemoglobina oscilan entre 12g/dl en la mujer adulta y 14 en el varón adulto. En el recién nacido y a lo largo de la infancia los valores se modifican con la edad. (García. Y, 2009)

Según la OMS, con base en una revisión de encuestas representativas, realizadas entre 1993 y el 2005, el 42% de mujeres embarazadas y el 47% de niños y niñas preescolares alrededor de mundo tienen anemia. Para estos análisis se asumió que el 60% se debía a deficiencia de hierro en zonas no maláricas y el 50% en zonas maláricas. (Black et al. 2008). En las mujeres embarazadas se asocia con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal. La deficiencia de hierro altera la termorregulación, la producción hormonal y el metabolismo (Black, 2008).

La anemia en la infancia tiene relación con el insuficiente crecimiento y desarrollo. Las consecuencias durante los primeros años de vida son irreversibles, aún si se recibe tratamiento. (García. Y, 2009)

Existen algunas patologías asociadas a la anemia ferropénica. En Ecuador, las infecciones parasitarias y otras deficiencias de micronutrientes deben ser evaluadas como causantes de la anemia. La malaria causada por Plasmodium, la anquilostomiasis, causada por el Ancylostoma Duodenale y la infestación por Necator Americanus, con deficiencias de otros micronutrientes (ácido fólico, vitaminas B12, otros) pueden provocar anemia ferropénica, en tales circunstancias debe ser tratada primero la causa primaria.

Los diferentes hallazgos sugieren cautela en la aplicación de medidas que persigan la reducción de la anemia en zonas donde la prevalencia de malaria y otras enfermedades infecciosas es alta. La suplementación con hierro debe entregarse de acuerdo con las pautas de la Organización Mundial de la Salud y debe suspenderse hasta que la crisis de malaria sea tratada y el crecimiento se haya reasumido.

- **DIAGNÓSTICO DE ANEMIA**

El diagnóstico de anemia se lo realiza en base a la determinación de hemoglobina. En sitios donde no se puede medir hemoglobina hay que manejar el hematocrito.

Los puntos de corte para el diagnóstico de anemia ferropénica establecidos por la Organización Mundial de la Salud se observan en el cuadro uno (OMS, 2011).

Cuadro N° 1.- Criterios sugeridos para el diagnóstico de anemia según niveles de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Ht)

Sujeto	Hb por debajo (g/dl)	Ht por debajo (%)
Varón adulto	13	42
Mujer adulta (no embarazada)	12	36
Mujer embarazada	11	30
Niño de 6 meses a 6 años	11	32

Fuente: OMS, 2011. Sistema de información nutricional sobre vitaminas y minerales.

Los valores de hemoglobina considerados normales varían de acuerdo a la edad, sexo, estado fisiológico y altitud sobre el nivel del mar a la que se vive.

Mediante el valor de hemoglobina, se puede clasificar la anemia en severa, moderada o leve. Para la población general se clasifica de acuerdo a criterios de la OMS:

Anemia severa: < 7.0 g/dl.

Anemia moderada 7.0-9.9 g/dl.

Anemia leve: 10.0-11.9/g/dl.

• AJUSTE DE HEMOGLOBINA POR ALTURA

En altitudes por encima de mil metros sobre el nivel del mar, las concentraciones de hemoglobina aumentan como una respuesta de adaptación a la baja presión parcial de oxígeno y a la disminución de la saturación de oxígeno en la sangre. El aumento compensatorio en la producción de glóbulos rojos asegura el suficiente aporte de oxígeno a los tejidos. Por este motivo, es necesario hacer un ajuste (resta) al valor de la concentración de hemoglobina del paciente, tomando en cuenta los valores de acuerdo a la altitud donde se encuentre la persona con relación al nivel del mar. Por ejemplo: una mujer en edad fértil que vive a mil quinientos metros sobre el nivel de mar cuya concentración de hemoglobina es 12 g/ dL tiene una concentración de hemoglobina “real” de $12 - 0.4 = 11.6$ g/dL (inferior al punto de corte de anemia para mujeres en edad fértil). O sea, si no se realizaría el ajuste con relación a altitud, equivocadamente la paciente no recibiría el diagnóstico de anemia. Cuadro uno (INACG, 2004):

• MÉTODOS O INDICADORES DIETÉTICOS

Los métodos de evaluación dietética, permiten realizar una valoración cuantitativa y cualitativa del consumo de alimentos (dieta) del individuo y por ende de nutrimentos y energía. Identifican de manera temprana el riesgo de desarrollar mala nutrición ya que detectan cambios en el consumo de nutrimentos que al compararse con las recomendaciones determinan el inadecuado equilibrio entre ellos. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012)

Por otra parte, la evaluación del estado de nutrición, involucra también la obtención de variables o indicadores indirectos que se sabe afectan el

estado de nutrición de poblaciones. De ellos es importante mencionar los datos sociales, económicos, demográficos, prácticas culturales generalizadas, asimismo deberán conocerse aspectos sobre la cadena alimentaria en la región (distribución, producción, comercialización de los principales alimentos consumidos en la región), al igual que informes sobre las estadísticas vitales de la población (número de nacimientos, tasas de mortalidad y de morbilidad, vacunación).

2.3 DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

1. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
2. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
3. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.
4. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para

tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

5. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

6. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

7. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad,

sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

8. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

9. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

10. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

11. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

12. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

13. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

14. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios

calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

15. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

16. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

17. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta

investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

18. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

19. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación.

20. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. (AMM, 2008)

- **CRITERIOS DE BIOSEGURIDAD PARA ENVÍO DE MUESTRAS CON RIESGO BIOLÓGICO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**

Es uno de los aspectos más importantes dentro de los criterios de bioseguridad, en virtud que el transporte de la muestra implica una

potencial fuente de contaminación y riesgo para todas las personas durante el proceso.

Para el transporte de muestras con riesgo biológico debe seguir las siguientes indicaciones:

1. Asegurar que el recipiente que contiene la muestra o cultivo (recipiente primario) esté bien cerrado y rotulado, con el nombre del paciente o código asignado.
2. Envolver cada recipiente primario en material absorbente y colocarlo verticalmente en un contenedor (recipiente secundario) resistente, impermeable y con tapa de rosca.
3. Cerrar el contenedor secundario y colocarlo en una caja de transporte (recipiente terciario). Este contenedor debe ser identificado "infeccioso" e indicar el destinatario y el remitente.
4. En caso de enviar varios contenedores secundarios puede empacarlos en un mismo recipiente terciario, que puede ser un termo o hielera que lo proteja del calor excesivo.
5. Verificar y controlar la temperatura a que debe enviar las muestras, para guardar la cadena de frío cuando lo amerite, utilizando refrigerantes (pingüinos) contenido en la hielera.
6. Las muestras para examen de Papanicolaou previamente fijadas, se deben transportar en cajas porta-láminas de preferencia de baquelita para evitar que el material contenido en una lámina, se adhiera a la otra, a través del contacto entre las mismas.
7. Es importante asegurar la integridad de la muestra para obtener un análisis exacto por parte del laboratorio destinatario, de igual forma, al transportar las muestras de una institución a otra, sea larga o corta la distancia, deben utilizarse envases que no permita la posibilidad de derrame y haciendo uso del triple embalaje.
8. Para lograr un transporte seguro de las muestras es necesario establecer una relación entre los involucrados en el manejo y transporte seguro de materiales peligrosos.

9. Proceder al envío, repasando las instrucciones de bioseguridad con la persona que va a transportarlo, para asegurar el acatamiento de las normas de bioseguridad y la preservación de la calidad de las muestras. (MSP- SIMCE, 2010)

- **CRITERIOS GENERALES PARA LA TOMA DE MUESTRA**

Preparación del área y material para toma de muestras clínicas

1. Verificar que el área de toma de muestra esté limpia, ordenada y con buena iluminación.
2. Deben disponer de una silla con respaldo para toma de muestras. En casos indicados contar con canapé.
3. Contar con materiales básicos como: torniquete, algodón y alcohol isopropílico 70%, soluciones desinfectantes de la piel, apósitos, gasas, jeringas con agujas de diferentes calibres, sistema vacutainer, lancetas, baja lenguas, hisopos estériles, portaobjetos, cronometro y reloj; así como, materiales para obtención de orina, heces, muestras microbiológicas y sangre y medios de transporte virales y bacterianos.
4. Extraer la muestra.
5. Etiquetar.
6. Almacenamiento y traslado para su análisis.

2.4 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS:

La alta prevalencia de problemas de malnutrición en los niños y niñas de 5 a 9 años hijos de familias de migrantes afecta su estado nutricional comprometiendo sus dimensiones físicas y composición corporal.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ELECCIÓN DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo de corte transversal y prospectivo.

3.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue viable gracias al interés y auspicio de las autoridades, personal docente de la Unidad Educativa Guapán y a la colaboración de los niños, niñas, padres de familia o cuidadores.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente estudio se realizó en colaboración con la Unidad Educativa Guapán, del cantón Azogues, que cuenta con una población infantil de 5 a 9 años de 126 niños/as de acuerdo a la nómina certificada de matriculados en el lectivo 2015-2016. Los niños que viven migración internacional de uno o de los dos progenitores fueron 60 niños y niñas, la presente investigación se realizó con el 100 por ciento de estos niños, que correspondió a un muestreo por conveniencia.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN – EXCLUSIÓN

- Se incluyeron a todos niños de cinco a nueve años que asisten a la Unidad Educativa Guapán y que viven migración parental internacional de uno o de los dos progenitores.
- Niños(as) quienes contaban con la respectiva autorización de sus padres o tutores para ser partícipes del estudio y firmaron el consentimiento informado. (Anexo 1)

- Se excluyeron a los niños de 5 a 9 años de esta institución educativa que no vivan con sus padres por otro motivo que no sea la migración internacional.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS:

Para realizar la presente investigación se realizó la solicitud al Rector del establecimiento educativo, quién autorizó la ejecución del mismo.

Adicionalmente se solicitó el consentimiento de los representantes o padres de familia y el asentimiento de los niños con la finalidad de dar cumplimiento a las normativas nacionales en materia de bioética. La prueba de hemoglobina no tuvo costo alguno para los participantes.

(Anexo 1)

3.6 UNIDADES DE ANÁLISIS: VARIABLES

1. Características demográficas y socioeconómicas
 - Sexo.
 - Edad.
 - Condiciones socioeconómicas.
 - Nivel de instrucción de la madre o cuidador.
 - Características de la vivienda.
 - Ocupación del jefe de hogar.
 - Evento migratorio
 - Familiar migrante
 - Lugar de migración
 - Tiempo de migración.
 - Tipo de familia en la que vive el niño.
 - Familiar a cargo.
2. Calidad de la dieta y hábitos alimentarios
 - Frecuencia de consumo de grupos de alimentos
 - Calidad de la dieta en función del consumo de grasas, frutas y vegetales.
3. Crecimiento físico y composición corporal.
 - Peso (kg).
 - Talla (metros).
 - Índice de Masa Corporal.
 - Talla para la edad.
 - Circunferencia del brazo (Reservas proteico energéticas).
4. Prevalencia de anemia ferropénica.
 - Determinación de hemoglobina.

3.7 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CUANTITATIVA/ CUALITATIVA
Características demográficas	Sexo Mujer Hombre	% de niños y niñas según sexo	Nominal	Cualitativa
	Edad 5-7 años 7-9 años	% de niños y niñas según edad	Ordinal	Cuantitativa
Condiciones socioeconómicas	Nivel de instrucción de la madre o cuidador	Superior 4-6 años de secundaria 1-3 años secundaria 4 -5 años de primaria Ninguna	Ordinal	Cuantitativa
	Características de la vivienda	Alto riesgo Mediano riesgo Bajo riesgo	Puntaje	Cuantitativa
	Ocupación del jefe de hogar	Estrato medio alto Estrato medio Estrato popular alto Estrato popular bajo	Puntaje	Cuantitativa
Evento migratorio	Familiar migrante: Se refiere a cuál de los padres emigró o los dos	Solo el padre Solo la madre Padre y madre	Nominal	Cuantitativa

	Lugar de la migración: País y ciudad donde vive papá, mamá o progenitores.	País donde viven los padres migrantes	Nominal	Cuantitativa
	Tiempo de migración	1 año 2 a 4 años Más de 5 años	Ordinal	Cuantitativa
	Tipo de familia	Monoparental sin padre Monoparental sin madre Nuclear con padrastro Nuclear con madrastra Hijos solos Extensa (Otros familiares pero sin padre ni madre)	Ordinal	Cualitativa
	Familiar a cargo: Persona responsable del cuidado del niño/a	Mamá Papá Hermano/a mayor Abuelos maternos Abuelos	Ordinal	Cualitativa

		paternos Tíos Otros		
Calidad de la dieta y hábitos alimentarios	Frecuencia de consumo según grupos de alimentos	Muy frecuente Frecuente Poco frecuente Ocasional Nunca	Ordinal	Cualitativa
	Calidad de la dieta en función del consumo de grasas, vegetales y frutas	= o >30 Óptimo consumo de frutas y vegetales. 20 – 29 Incluir más frutas, vegetales y granos completos. >de 20 dieta baja en nutrientes.	Ordinal	Cualitativa
Crecimiento Físico	Peso específico de un cuerpo en kilogramos.	Bajo peso <2DE. Bajo peso severo <3DE.	Ordinal	Cuantitativa
	Talla: medida de la estatura del cuerpo	Al compararlo con la edad para evaluar	Ordinal	Cuantitativa

	humano desde los pies hasta el teco de la bóveda del cráneo.	de acuerdo a los puntos de corte de la OMS. Baja talla <2DE Bajo talla severa <3DE		
	El Índice de Masa Corporal (I.M.C.) es un indicador para determinar si una niña o niño tiene un estado nutricional adecuado	Al compararlo con la edad para evaluar de acuerdo a los puntos de corte de la OMS. Delgadez <2DE Delgadez severa <3DE Normal 2DE y -2DE Sobrepeso >2DE Obesidad >3DE	Ordinal	Cuantitativa
	Talla para la edad	Al compararlo con la edad para evaluar de acuerdo a los puntos de corte de la OMS.	Ordinal	Cuantitativa

		Normal 2DE y -2DE Baja talla <2DE Baja talla severa <3DE		
Circunferencia de brazo	Expresa la reserva proteico – energéticas	>14.5cm 14.5cm – 12.5cm < 12.5cm	Ordinal	Cuantitativa
Determinación de hemoglobina	Prueba sanguínea para cuantificar la proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno.	> de 11mg/dl Valor normal < de 11mg/dl anemia	Ordinal	Cuantitativa

3.8 PROCEDIMIENTO

- **Para la recolección de medidas antropométricas en la edad infantil**

Peso corporal: El instrumento que se utilizó para registrar el valor del peso corporal fue una balanza de marca PROFESIONAL HEALTH METER CODIGO 2712 con una precisión de 100 gramos.

La técnica utilizada fue:

- Ubicar a la balanza sobre una superficie horizontal.
- Verificar que la balanza se encuentre encendida.
- Previo al pesaje los niños se retiraron los zapatos y se quedaron con la menor cantidad de ropa.

- Se colocó en el centro de la balanza, con los pies ligeramente en V, los brazos sobre los muslos y mirada al frente.
- El valor se registró en kilogramos.

Estatura: Se midió estatura máxima (ISAK, 2001). La estatura se reportó en metros y centímetros.

El tallímetro que se utilizó correspondió al instrumento adosado al piso de la balanza descrita en líneas anteriores.

El procedimiento fue:

- La niña o niño evaluado se colocó de espaldas a la escala de medición, de pie, con los pies y talones juntos, los glúteos y la parte superior de la espalda en contacto con la escala y la cabeza se posiciona en el plano de Frankfort.
- El valor se registró en metros y centímetros.

Los datos del peso corporal y la estatura fueron utilizados para determinar el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$), con fines de comparación se utilizaron los valores internacionales del IMC, establecidos por la Organización Mundial de la Salud para niños de 5 a 9 años.

La talla se combinó con edad para determinar el crecimiento lineal.

Circunferencia del brazo: La determinación del perímetro braquial se realizó con la utilización de una cinta métrica. La medición se realizó en el brazo izquierdo, previo a la medición es flexionado a un ángulo de 90 grados para determinar el punto equidistante entre el acromion y el olecranon. Luego con el brazo extendido se debe rodear con la cinta y en la posición correcta realizar la lectura.

Recomendaciones generales:

- El niño debe tener el brazo descubierto.
- Realizar la marcación cumpliendo el procedimiento previo.
- No realizar presión sobre la superficie del brazo.

- La posición cero de la cinta debe estar colocada al frente del evaluador.

- **Para la recolección de los datos referido a características demográficas y socioeconómicas, evento migratorio, calidad de la dieta y hábitos alimentarios:**

Para realizar la medición de estas variables se diseñó un cuestionario (Anexo 2) con las siguientes categorías:

- Características demográficas: En esta se incluyeron información sobre sexo y la edad, para esta última se solicitó a los respectivos padres o cuidadores la fecha de nacimiento de cada niño.
- Características socioeconómicas: La identificación de las condiciones socioeconómicas de las familias de la población investigada se basó en tres indicadores: nivel de inserción social, índice de riesgo de la vivienda, nivel de instrucción de la madre o cuidadora utilizado en estudios nacionales como el de desnutrición y condiciones socioeconómica en el Ecuador, que con una métrica sencilla permite caracterizar a la población con respecto a los atributos más relevantes de su condición socioeconómica. (Moreano M; et al, 2000)
El nivel de inserción social se basa en la información sobre la ocupación principal del jefe del hogar ubicando los siguientes estratos:
 - Estrato medio alto con un puntaje igual a 1
 - Estrato Medio con un puntaje igual a 2
 - Estrato Popular alto con un puntaje igual a 3
 - Estrato popular bajo con un puntaje igual a 4

El nivel de instrucción de la madre se construye a partir del grado de escolaridad alcanzado.

El Índice de Riesgo de la vivienda es el resultado de la combinación de características de la vivienda, hacinamiento, material de construcción del piso, condiciones de saneamiento básico (abastecimiento de agua, servicio higiénico, eliminación de aguas servidas, eliminación de basura) y ubicación de la cocina.

- Estableciendo las siguientes categorías:
 - Vivienda de alto riesgo con un puntaje de 3
 - Vivienda de mediano riesgo con un puntaje de 2
 - Vivienda de bajo riesgo con 1 punto
- Evento migratorio: A través de seis interrogantes se midió el familiar que migró, el lugar, tiempo de la migración, el tipo de familia en la que vive actualmente el niño y la persona a cargo del niño.
- Alimentación: Para medir la calidad de la dieta se utilizó el cuestionario de tamizaje creado por Block y colaboradores, quienes realizaron una encuesta de frecuencia de consumo simplificada en la que incluyeron 13 alimentos que representan la mayor ingesta de grasa en las dietas para desarrollar un TAMIZADOR DE GRASAS. La correlación entre el índice de grasa derivado de esas 13 preguntas y el consumo de grasas obtenido de registros múltiples fue similar a la correlación obtenida utilizando cuestionarios más completos de frecuencia de consumo de alimentos, extendiendo este cuestionario para consumo de frutas, vegetales y fibra. Esta encuesta fue ampliamente validada se usaron también encuestas de frecuencia de consumo validadas en base a investigaciones realizadas con evidencia científica. (Block, G; Naughton, M.D. Henderson. M. Mcadams 2006)
- El cuestionario completo fue sometido a una prueba piloto en una población que no interfería en el estudio que asistía a la unidad educativa Humberto Vicuña Novillo de la ciudad de

Azogues, los niños seleccionados vivían situaciones de migración parental.

- Los resultados de esa prueba piloto permitieron realizar en el cuestionario las correcciones y ajustes necesarios a fin de alcanzar una buena confiabilidad de los datos.

▪ **Para determinar el estado nutricional con respecto al Hierro.**

Se realizó in situ en los escolares investigados la medición de hemoglobina mediante la extracción de la muestra de sangre en la escuela, en tubos con anticoagulante EDTA, luego se trasladaron y procesaron en el laboratorio químico representado por la Mgs. Gina Heredia, a través del siguiente procedimiento:

- Instrucciones y preparación del paciente para extracción de muestra Ministerio de Salud Pública del Ecuador:
 - Presentarse ante el paciente o a su acompañante de manera amable cordial y tranquila, procurando siempre que se mantenga relajado.
 - Indicar en caso necesario que se siente en la silla de toma de muestra, para recibir instrucciones o bien para la obtención de muestras sanguíneas, procurando que este cómodo.
 - Verificar la identidad del paciente. Preguntar su nombre.
 - Revisar la solicitud (análisis solicitados, información del paciente, requisitos especiales y otros que garanticen la pertinencia de la solicitud).
 - Explicar en qué consiste el procedimiento, preguntar si existe algún factor que pueda provocar variabilidad biológica y/o alteración en el resultado analítico, cuando el examen lo requiera.
 - Evaluar si es posible el estado físico del paciente (Ejemplo: ejercicio, estrés, entre otros).

- Verificar la condición del paciente. En ayuno cuando sea necesario, restricciones alimenticias, medicamentos, hora de la toma, otros.
- Observar si se está administrando fármacos por vía intravenosa, en este caso plantear al médico la posibilidad de la suspensión temporal del mismo por un tiempo mínimo para la obtención de muestras sanguíneas o la extracción en la otra extremidad.
- Hacer las anotaciones pertinentes en la misma solicitud y en el registro para su posterior evaluación.

3.9 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y PASOS UTILIZADOS.

Las técnicas de investigación corresponden al conjunto de reglas y procedimientos que permitirán establecer la relación con los sujetos de la investigación, que para este estudio incluye a niños, niñas, padres de familia o cuidadores.

Para el efecto se utilizó la encuesta referida en el anexo 2 que fue sometida previamente a pilotaje ya especificada en párrafos anteriores, para obtener información válida y confiables de los sujetos de estudio.

3.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primera instancia se realizó un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas que incluyó una distribución porcentual.

Los datos de evaluación antropométrica del estado nutricional se realizaron con el software Anthro Plus de la OMS.

Se llevó a cabo un análisis de correlaciones para determinar el impacto de la migración en el estado nutricional de los niños y niñas investigadas según grupos de edad

Para el análisis de la información se utilizó el programa SPSS versión 21, a través de hojas de cálculo en el que se codificó cada variable con los valores detallados en la tabla de operacionalización, para emitir las conclusiones indicadas.

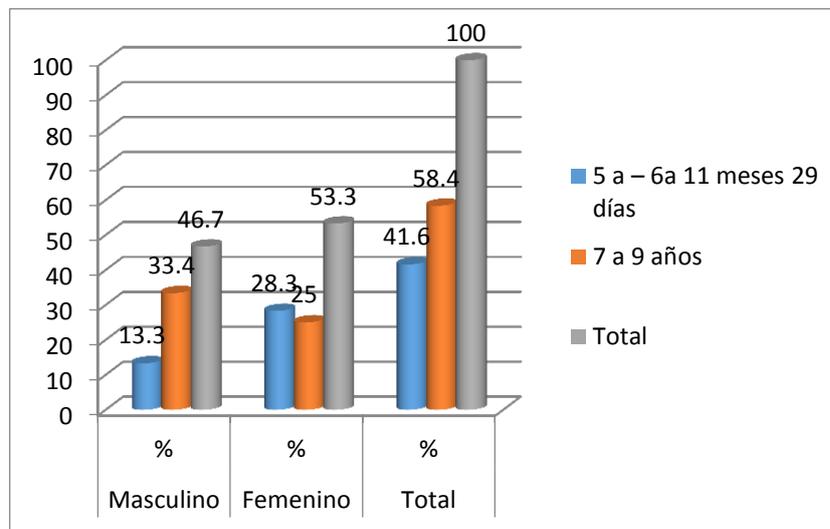
CAPÍTULO IV RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

4.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS HIJOS DE PADRES MIGRANTES.

4.1.1 Características demográficas

Gráfico 1. Distribución porcentual de los niños y niñas investigados según grupo de edad y sexo



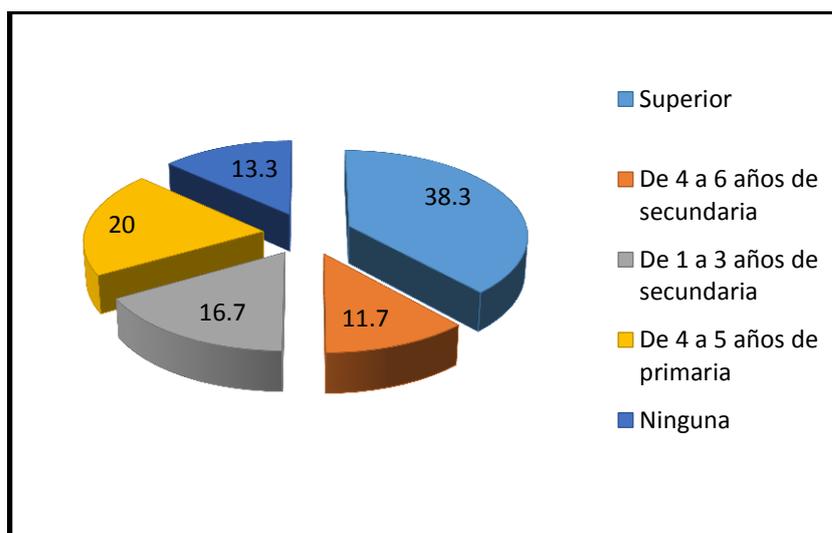
Edad	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
5 a - 6a 11 meses 29 días	8	13.3	17	28.3	25	41.6
7 a 9 años	20	33.4	15	25	35	58.4
Total	28	46.7	32	53.3	60	100

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

El estudio se realizó con los niños de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Guapán que viven migración parental internacional, los datos muestran que en relación a sexo el mayor porcentaje pertenece al femenino, en edad, la mayor proporción corresponde a la edad de 7 a 9 años (58,4%).

4.1.2 Condiciones socioeconómicas

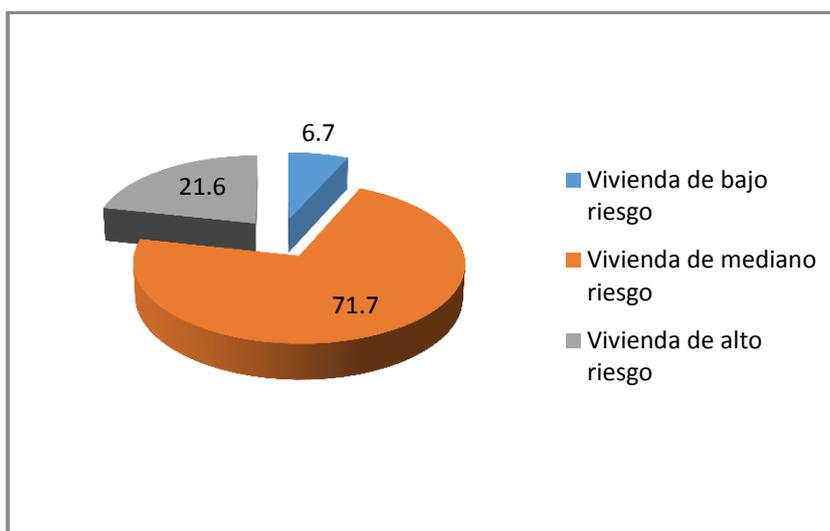
Gráfico 2. Nivel de instrucción de la madre o cuidador



Nivel de instrucción de la madre o cuidador	n	Porcentaje
Superior	23	38.3
De 4 a 6 años de secundaria	7	11.7
De 1 a 3 años de secundaria	10	16.7
De 4 a 5 años de primaria	12	20
Ninguna	8	13.3
Total	60	100

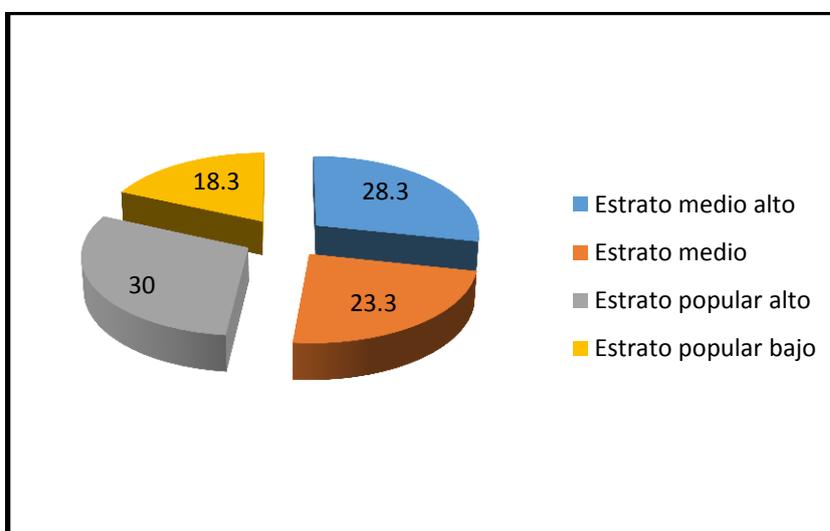
Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

Gráfico 3. Índice de riesgo de la vivienda



Riesgo de la vivienda	n	Porcentaje
Vivienda de bajo riesgo	4	6,7
Vivienda de mediano riesgo	43	71,7
Vivienda de alto riesgo	13	21,6
Total	60	100

Gráfico 4. Nivel de clase social del jefe de hogar



Nivel de clase social del jefe de hogar	n	Porcentaje
Estrato medio alto	17	28.3
Estrato medio	14	23.3
Estrato popular alto	18	30
Estrato popular bajo	11	18.3
Total	60	100

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

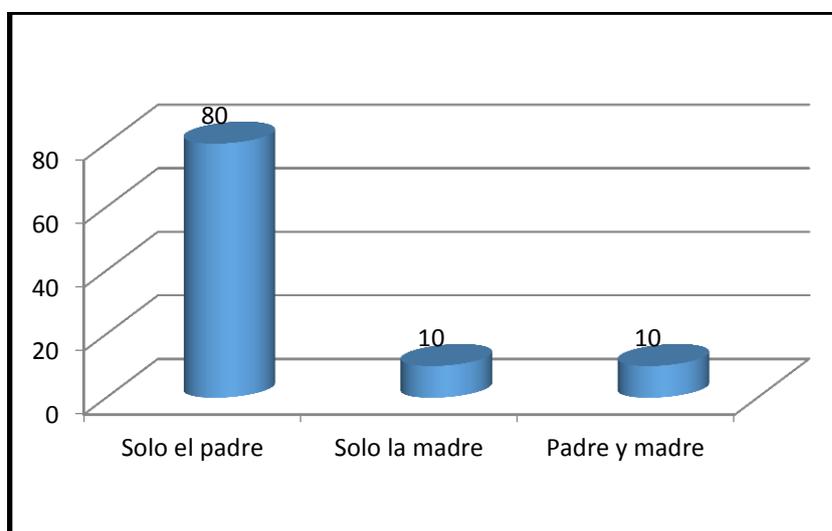
La condición socioeconómica de la familia juega un rol fundamental sobre la integralidad del niño o niña, mejores escenarios configuran el ambiente ideal para favorecer el desarrollo y potencialidades de los pequeños; al analizar esta realidad en la población participante del estudio se identificó que el nivel de instrucción de la madre o del cuidador, corresponde al 38.3% para estudios superiores, seguido del 20% de 4 a 5 años de primaria, el 16.7% de 1 a 3 años de secundaria, el 11.7% para 4 a 6 años de secundaria y el 13.3% no disponen de formación, considerando que mientras mayor sea la preparación académica de la persona a cargo del niño/a mejor preparados están para la crianza de los mismos.

Pese a que se analiza la realidad de familias migrantes, y se pudiese inferir mejores condiciones económicas por el envío de remesas, el 21.7% habitan en infraestructuras de alto riesgo, es decir inadecuado acceso a servicios básicos y problemas con la infraestructura, en tal virtud se considera un factor crítico que puede incidir en el estado de salud de los niños, estimulando el desarrollo o complicación de enfermedades. Los resultados descritos no mantienen relación con el estudio realizado por (Tenesaca, 2010) en la comunidad de Manzanapata del cantón Cañar en la que el índice de riesgo vivienda corresponde en un 85% a mediano riesgo y no se identifican niños que habiten en hogares con alto riesgo.

Las familias estudiadas pertenecen al estrato tres popular alto, en función de las actividades labores a las que acceden el jefe de hogar, por lo tanto se reconoce con amplitud el efecto diferencial que la condición socioeconómica tiene sobre el estado de salud del niño.

4.2 MIGRACIÓN

Gráfico 5. *Familiar migrante de la población en estudio*

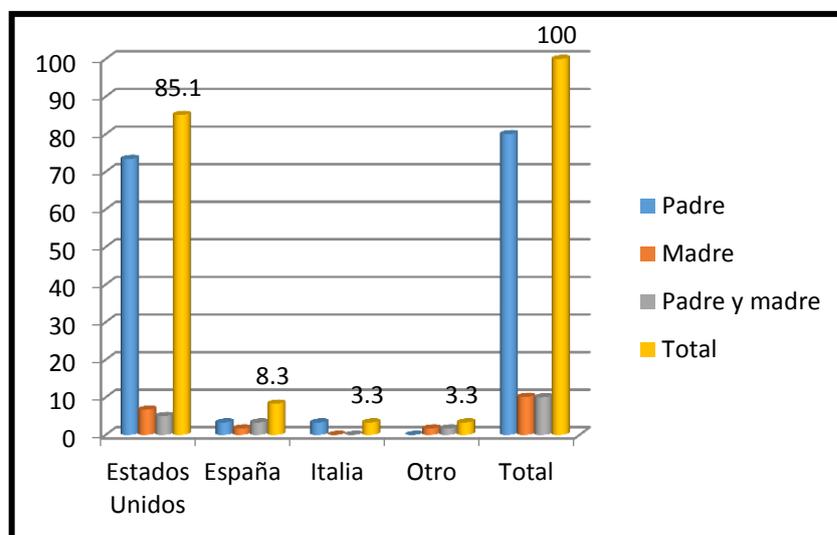


Familiar migrante	n	Porcentaje
Solo el padre	48	80
Solo la madre	6	10
Padre y madre	6	10
Total	60	100

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

Al analizar el evento migratorio de los progenitores se observó que es mayor en los hombres debido a que 48 padres que representan el 80% se encuentran viviendo fuera y en relación a las madres que emigraron se tiene un porcentaje del 10% que representa a 6 mujeres y la situación más compleja le corresponde a la migración de los progenitores en un total del 10%.

Gráfico 6. Lugar de migración por *familiar migrante de la población en estudio*

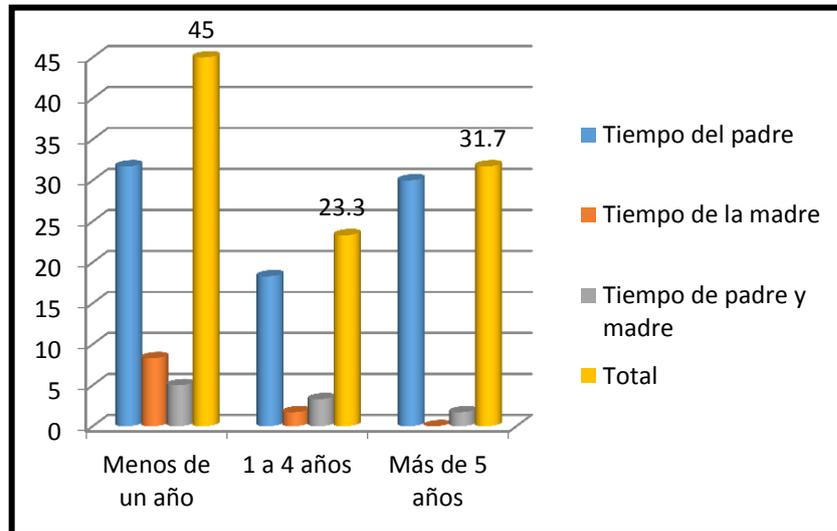


Familiar migrante	Lugar de la migración								Total
	Estados Unidos		España		Italia		Otro		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Padre	44	73,4	2	3,3	2	3,3	0	0	80
Madre	4	6,7	1	1,7	0	0	1	1,7	10
Padre y madre	3	5	2	3,3	0	0	1	1,7	10
Total	51	85,1	5	8.3	2	3.3	2	3.3	100

Al analizar el país de residencia de los padres migrantes se identificó que el principal es Estados Unidos con un 85.1%, seguido de España con el 8.3% y se observa igual representación para Italia y otros destinos con el 3.3%.

Esta situación confirma que el destino migratorio mayor es Estados Unidos que es en gran parte la realidad migratoria del cantón Azogues.

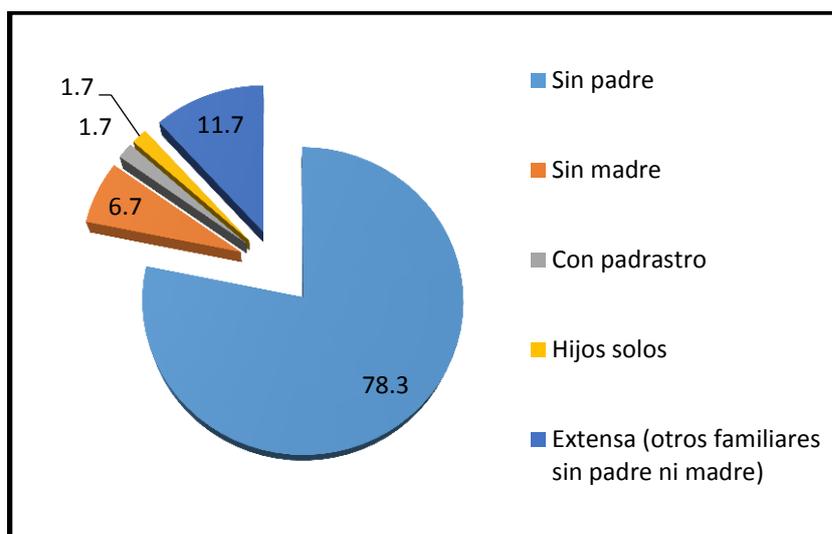
Gráfico 7. *Tiempo de migración*



Familiar migrante	Tiempo de migración de progenitores						Total %
	Menos de un año		1 a 4 años		Más de 5 años		
	n	%	n	%	n	%	
Padre	19	31.7	11	18.3	18	30	80
Madre	5	8.3	1	1,7	0	0	10
Padre y madre	3	5	2	3,3	1	1.7	10
Total	27	45	14	23,3	19	31.7	100

El que el 45% de los progenitores se encuentre fuera del país por menos de un año, siendo una clara expresión de la calidad de vida de los niños analizada desde diferentes ópticas que no necesariamente se enfoca a los aspectos materiales, sino fundamentalmente a la seguridad emocional de los niños que al quedar sin sus progenitores se someten al cuidado de otros familiares que difícilmente logran cubrir el amor y la estabilidad emocional garantizada por los padres biológicos.

Gráfico 8. Tipo de familia en la que vive el niño/a



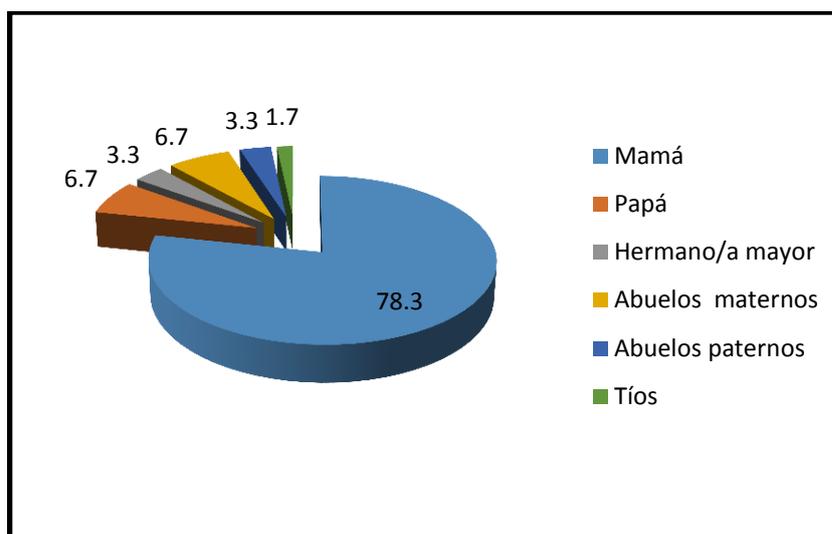
Tipo de familia en la que vive el niño	n	Porcentaje
Monoparental sin padre	48	80
Monoparental sin madre	5	8.3
Nuclear con madrastra	1	1.7
Hijos solos	1	1.7
Extensa (otros familiares sin padre ni madre)	5	8.3
Total	60	100

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

El tipo, tamaño y conformación de los grupos familiares se ha modificado y se reconoce varios tipos de familia de acuerdo a los integrantes que la conforman, en relación a la investigación se encontró que el 80% tienen una familia monoparental sin padre, el 8.3% extensa y en igual porcentaje de monoparental sin madre y el 1,7% corresponde a hijos solos y con madrastra.

De acuerdo a López y Loaiza en su investigación “Padres o madres migrantes internacionales y su familia”, existe una tendencia a las agrupaciones familiares extensas ante la migración parental en donde conviven abuela, abuelo, hijos, hijas, nietas y bisnietos.

Gráfico 9. Familiar a cargo del niño/a



Familiar a cargo	N	Porcentaje
Mamá	48	78.3
Papá	6	6.7
Hermano/a mayor	1	1.7
Abuelos maternos	4	6.7
Abuelos paternos	1	1.7
Tíos	1	1.7
Total	60	100

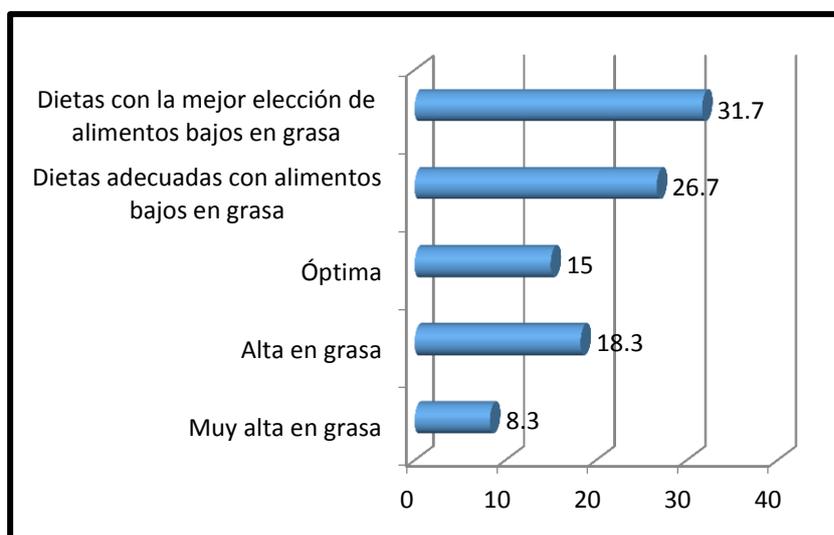
Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

Se puede observar que en la mayoría de casos la persona a cargo es la madre, en un 78.3%; lo que constituye un aspecto positivo en la crianza del niño

El vivir con los tíos o los abuelos es una demostración del cambio en la dinámica familiar que la migración trae como consecuencia.

4.3 CALIDAD DE LA DIETA Y HÁBITOS ALIMENTARIOS

Gráfico 10. Calidad de la dieta en relación al consumo de grasas

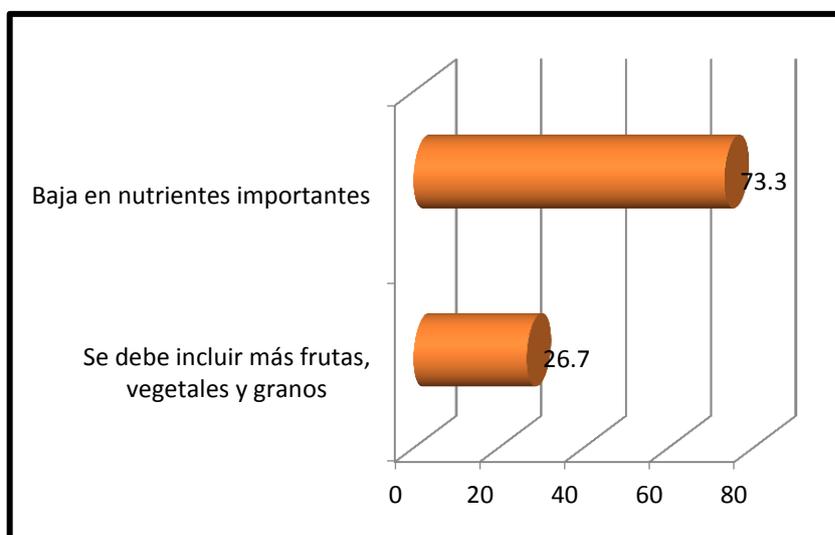


Calidad de la dieta	n	Porcentaje
Para grasa		
Muy alta en grasa	5	8.3
Alta en grasa	11	18.3
Óptima	9	15
Dietas adecuadas con alimentos bajos en grasa	16	26.7
Dietas con la mejor elección de alimentos bajos en grasa	19	31.7
Total	60	100

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

De los resultados obtenidos se identificó que el 73.4 % de los niños y niñas investigados consumen una dieta equilibrada con respecto a grasa lo que constituye un factor importante en la prevención del sobrepeso y obesidad y de enfermedades propias de la acumulación de grasa en el organismo. El 26.6% de los niños y niñas consumen dietas altas y muy altas en grasa con los consecuentes riesgos que ya en tempranas edades puede tener este tipo de consumo.

Gráfico 11. Calidad de la dieta en relación al consumo de frutas y vegetales



Calidad de la dieta	n	Porcentaje
Se debe incluir más frutas, vegetales y granos	16	26.7
Baja en nutrientes importantes	44	73.3
Total	60	100

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

De los resultados obtenidos para la calidad de la dieta en relación al consumo de frutas y vegetales, se observó el predominio en la categoría baja en nutrientes importantes con un 73.3% a diferencia del 26.7% que debe incluir más frutas, vegetales y granos.

Es decir, que el 100% de los niños y niñas investigadas consumen una dieta con una baja presencia de frutas, vegetales y leguminosas que siendo fuentes importante de vitaminas y minerales el resultado lógico es una dieta baja en nutrientes importantes que dependiendo de su magnitud e intensidad puede influir en la presencia de enfermedades causadas por un desbalance alimentario.

Cabe indicar que el consumo de este tipo de alimentos está condicionado por varios factores como: nivel de instrucción especialmente de la persona encargada de preparar los alimentos, acceso a información sobre

la importancia de incluir en la alimentación diaria este tipo de alimentos, hábitos y creencia alimentarias y capacidad de compra.

Tabla 1. Hábitos alimentarios en el grupo de 5 a 6 años 11 meses 29 días

Grupo de alimentos	de	Porcentaje de frecuencia de consumo				
		Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Eventual	Nunca
Cereales derivados	y	26,7	10	3,3	1,7	0
Lácteos		3,0	8,0	30,7	0	0
Huevos derivados	y	3,3	8,4	25	5	0
Carnes derivados		3,3	5	33,4	0	0
Pescados mariscos	y	0	1,7	11,7	20	8,3
Vegetales		5	6,7	20	10	0
Tubérculos		28	10	3,7	0	0
Frutas frescas		15	8,3	16,7	1,7	0
Frutos secos		0	0	5	6,7	30
Aceites grasas	y	11,7	5	23,3	0	1,7
Azúcar		18,3	16,7	6,7	0	0
Chocolate bollería	y	6,7	3,3	16,7	15	0
Bebidas lácteos	no	11,7	5	13,3	11,7	0

Al realizar el análisis de los hábitos alimentarios en el grupo de 5 a 6 años 11 meses 29 días se puede observar que el grupo de alimentos de consumo muy frecuente son los cereales y derivados, especialmente el arroz que es alimento de consumo cotidiano, a diferencia del consumo frecuente que corresponde al grupo del azúcar, en la categoría poco frecuente predomina el consumo de carnes y derivados que hace suponer que los niños y niñas investigados podrían presentar un déficit de proteínas de buena calidad para cubrir sus necesidades de proteína y hierro. Otra particularidad que se observa es el alto porcentaje de consumo poco frecuente en relación a lácteos, considerando que este alimento es fuente de calcio tan necesario es esta época del ciclo de vida en la que se encuentran los niños investigados.

En la opción eventual se identificó una baja ingesta de pescados y mariscos posiblemente debido a la región en la que vive el grupo en estudio (sierra) cultura alimentaria, costo y oferta de estos productos.

Se resalta el hecho del consumo muy frecuente de tubérculos referido especialmente a la papa, alimento de consumo diario en la sierra y un soporte nutricional importante dentro del patrón alimentario por sus diferentes variedades y formas de preparación infaltable en el menú diario ya sea por su amplia disponibilidad como por su bajo costo e incluso de autoconsumo en los sectores rurales.

De lo anterior se desprende que los alimentos que conforman el patrón alimentario de los niños en función de la frecuencia de su consumo son: cereales, tubérculos, azúcar, aceites y grasa y bebidas no lácteas. Este aspecto demuestra que la dieta de estos niños es carente de nutrientes muy importantes, macro y micronutrientes.

Tabla 2. Hábitos alimentarios en el grupo de 7 a 9 años

Grupo de alimentos	Porcentaje de frecuencia de consumo				
	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Eventual	Nunca
Cereales y derivados	40	13,3	3,3	1,7	0
Lácteos	12	13,2	33,1	0	0
Huevos y derivados	16,7	10	21,6	10	0
Carnes derivados	13,3	10	31,7	3,3	0
Pescados y mariscos	1,7	1,7	13,3	25	16,6
Vegetales	5	10	26,6	16,7	0
Tubérculos	36,6	15	6,7	0	0
Frutas frescas	25	8,3	20	5	0
Frutos secos	1,7	3,3	3,3	6,7	43,3
Aceites y grasas	23,3	8,4	23,3	0	3,3
Azúcar	36,6	13,3	6,7	1,7	0
Chocolate y bollería	8,3	15	11,7	23,3	0
Bebidas no lácteas	16,7	13,3	13,3	13,3	1,7

Al realizar el análisis de los hábitos alimentarios en el grupo de 7 a 9 años se puede observar que el grupo de alimentos de consumo muy frecuente son los cereales y derivados, a diferencia del consumo frecuente que corresponden con el mismo porcentaje a los grupos de azúcar y bebidas no lácteas, en la categoría poco frecuente predomina la carne y derivados, en la opción eventual se identificó la ingesta de pescados y mariscos y de manera muy preocupante se afirma en la última opción a los frutos secos.

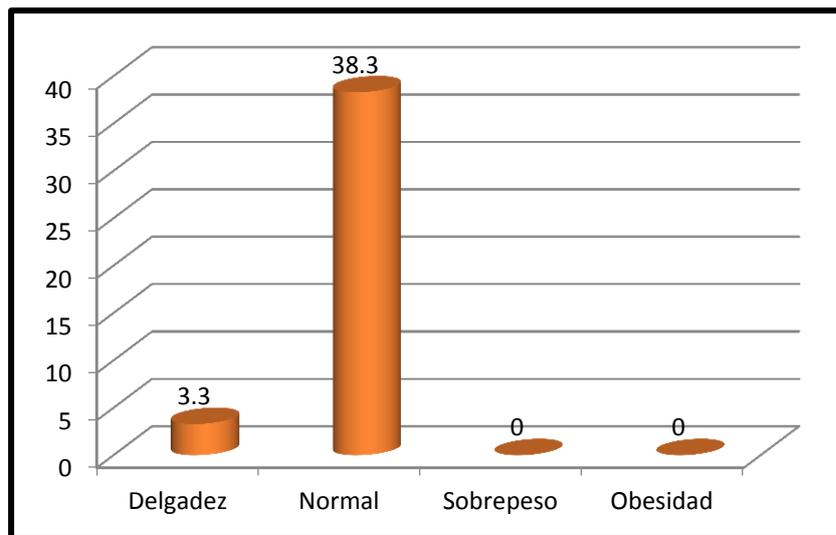
Adicionalmente de la información obtenida se identifica:

- El consumo de lácteos indica diferencia en los dos grupos de edad es mayor en el grupo de 7 a 9 años.
- El consumo de huevos alcanzó su mayor puntuación para la categoría de consumo poco frecuente.
- Conociendo que el grupo de las carnes aporta proteínas de alto valor biológico esenciales para el crecimiento de los niños, en la investigación realizada se observa el predominio con el 65% en los dos grupos de edad para la categoría consumo poco frecuente.
- Al analizar el consumo de chocolates y bollería, el 38.3% representa a la opción consumo eventual, en comparación del 18.3% que representa al consumo muy frecuente.
- Sin lugar a duda el consumo de vegetales en la dieta infantil siempre está condicionada por la falta de aceptación de los niños y tolerancia de los adultos para que no sean ingeridos de acuerdo a las recomendaciones internacionales; de las respuestas obtenidas se observa el predominio con el 46.6% en los dos grupos de edad para la categoría consumo poco frecuente, seguida del 26.7% de consumo eventual.
- En el consumo de frutas frescas se observó un consumo en los dos grupos de edad representado por el 40% para la categoría muy frecuente.

- En relación al consumo de aceites y grasas los entrevistados seleccionaron la categoría de consumo poco frecuente en mayor proporción con un 48.3% en los dos grupos de edad.

4.4. VALORACION DEL CRECIMIENTO

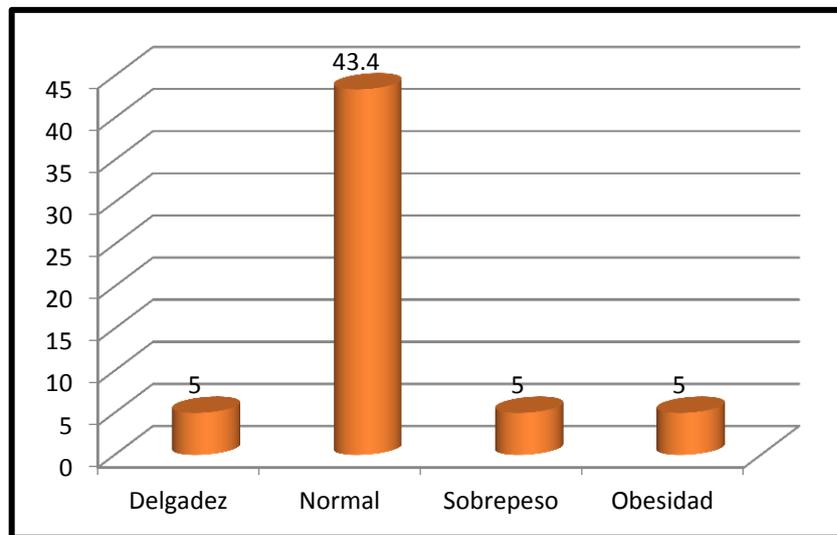
Gráfico 12. Valoración del estado nutricional según Índice de masa corporal de los niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días



IMC/edad	Edad 5a – 6a 11meses 29 días	
	n	%
Delgadez	2	3.3
Normal	23	38.3
Sobrepeso	0	0
Obesidad	0	0
Total	25	41.6

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

Gráfico 13. Valoración del estado nutricional según Índice de masa corporal de los niños de 7 a 9 años



IMC/edad	7 a 9 años	
	n	%
Delgadez	3	5
Normal	26	43.4
Sobrepeso	3	5
Obesidad	3	5
Total	35	58.4

La evaluación del estado nutricional con el indicador IMC se realizó en función de la edad, de acuerdo a la categorización propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el estudio multicéntrico año 2007.

Al analizar la población de estudio se identificó que existe predominio de normalidad para los dos grupos de edad con un 81.7%, situación que podría atribuirse al envío de remesas para suplir las necesidades de los pequeños.

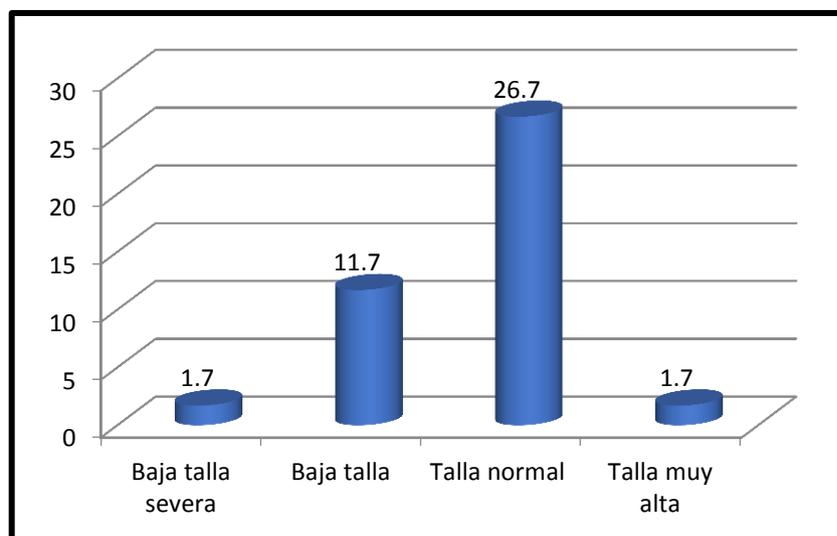
Se destaca el hecho de que en el grupo de 5 a 6 años 11 meses 29 días los problemas de malnutrición se enfocan más hacia la delgadez en un

porcentaje muy bajo 3.3.% sin presentar problemas de sobrepeso y obesidad.

En el grupo de 7 a 9 años se identificaron diagnósticos de sobrepeso y obesidad en un porcentaje del 5% para cada categoría, subiendo en relación al otro grupo edad en un pequeño porcentaje la delgadez a un 5%.

A pesar de que la normalidad incluye a la mayoría de los niños no se puede ignorar los problemas de malnutrición especialmente los referidos a sobrepeso y obesidad que al haber sido identificados deben tener el seguimiento respectivo ya que constituyen factores de riesgo para enfermedades metabólicas en años ulteriores.

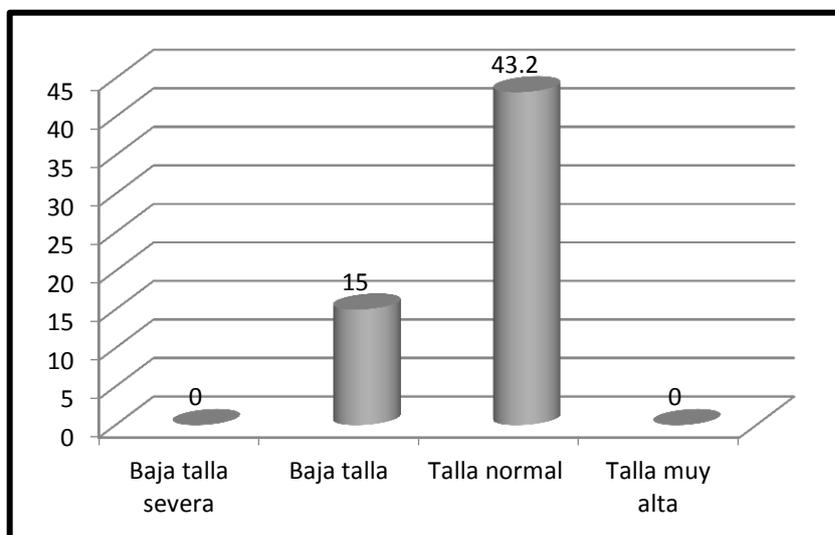
Gráfico 14. Prevalencia de retardo en el crecimiento según indicador talla para la edad en niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días



Indicador	n	Porcentaje
Baja talla severa	1	1.7
Baja talla	7	11.7
Talla normal	16	26.5
Talla muy alta para la edad	1	1.7
Total	25	41.6

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

Gráfico 15. Prevalencia de retardo en el crecimiento según indicador talla para la edad en niños de 7 a 9 años



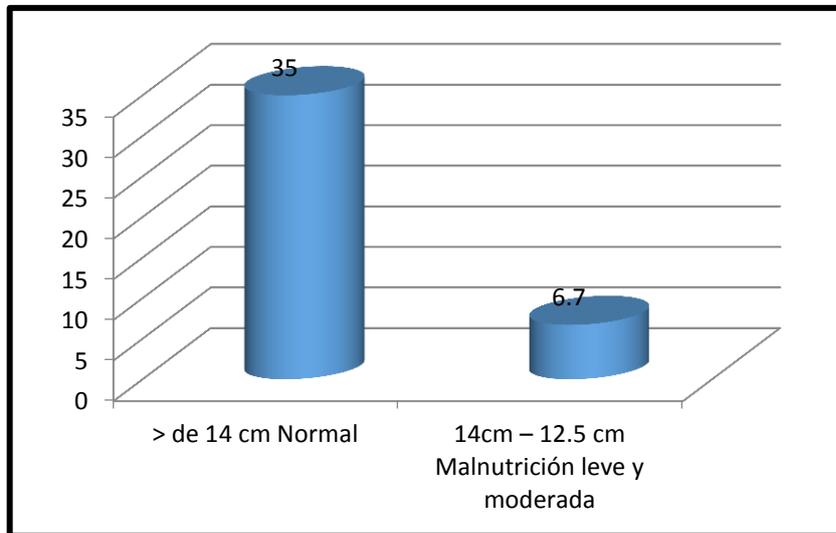
Indicador	n	Porcentaje
Baja talla severa	0	0
Baja talla	9	15
Talla normal	26	43.2
Talla muy alta para la edad	0	0
Total	35	58.2

Al analizar la información de los gráficos 14 y 15, se observa que en el grupo de 5 a 6 años el retardo en el crecimiento está presente en el 13.4% de los niños investigados situación preocupante por la relación comprobada entre la desnutrición crónica, el bajo rendimiento escolar y por su carácter irreversible.

En el grupo de 7 a 9 años la baja talla afecta al 15% de los niños, el porcentaje restante se ubica en una relación de talla para la edad adecuada o normal.

En los dos grupos de edad el retardo en talla representa el 28.4% a diferencia del estudio de Paredes, Bravo y Calle que determinaron que el 56% de niños presentaban disminución del crecimiento.

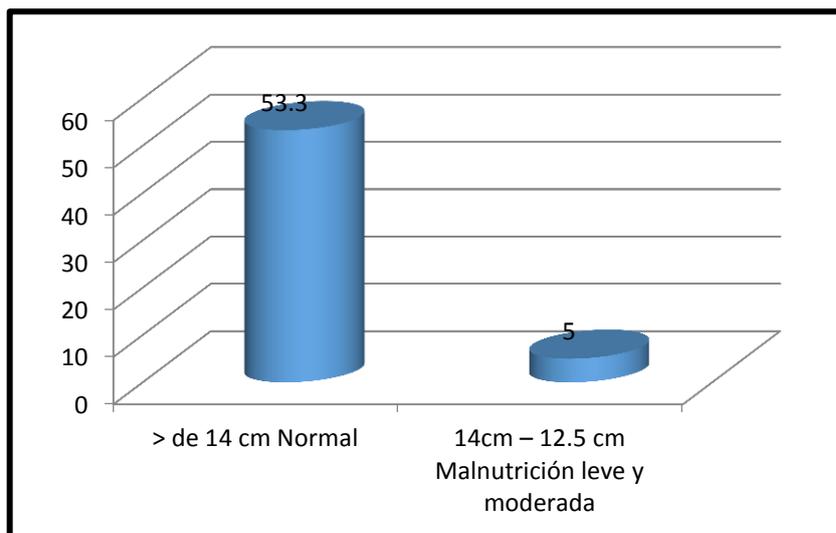
Gráfico 16. Reservas proteico energéticas según el indicador circunferencia de brazo/edad en niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días



Circunferencia de brazo para la edad	n	Porcentaje
> de 14cm Normal	21	35
14cm - 12.5 cm Malnutrición leve y moderada	4	6.7
< 12.5cm Malnutrición grave	0	0
Total	25	41,7

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

Gráfico 17. Reservas proteico energéticas según el Indicador circunferencia de brazo/edad en niños de 7 a 9 años



Circunferencia de brazo	n	Porcentaje
> de 14 cm Normal	13	53.3
14cm - 12.5 cm Malnutrición leve y moderada	1	5

para la edad		
> de 14cm Normal	32	53.3
14cm – 12.5 cm Malnutrición leve y moderada	3	5
< 12.5cm Malnutrición grave	0	0
Total	35	58.3

La medición de la circunferencia del brazo tiene importancia en la valoración del estado nutricional debido a que es un índice de las reservas de proteínas del músculo.

De los 25 niños que se ubican en el grupo de 5 a 6 años 11 meses 29 días, 21 presentan reservas proteico energéticas normales, en 4 niños (6.7%) se identifica déficit, compatible con malnutrición leve o moderada.

En el grupo de 7 a 9 años de los 35 niños, 32 se ubican en la normalidad y un 5% en déficit.

Dado que este indicador proporciona información sobre el contenido de masa muscular y masa grasa, su déficit da una referencia del crecimiento, desarrollo físico y del aumento de las reservas corporales, pero al ser un indicador muy sensible ante cambios rápidos de grasa subcutánea y de composición corporal el 11.7% que presentan déficit pueden recuperar con medidas simples esta aparente pérdida de reservas proteico energéticas.

Tabla 3. Prevalencia de malnutrición en la población estudiada según tipo de indicador

INDICADOR		n	Porcentaje
Índice de masa Corporal IMC	Sobrepeso	3	5
	Obesidad	3	5
	Déficit	5	8.3
Retardo en el crecimiento		17	28.4
Reservas proteico energéticas disminuidas		7	11.7

La combinación de los tres indicadores expuestos en la tabla 3 permite identificar procesos nutricionales diferentes y definir si existe riesgo o el problema ya está presente.

En el caso del grupo en estudio el 8.3% tienen un IMC bajo es decir el peso está por debajo de lo que su talla los permite y al relacionarlos el resultado es delgadez, pero en razón de que el peso es una medida de fácil recuperación los niños con un adecuado seguimiento podría armonizar el peso para su talla. En cuanto a sobrepeso y obesidad se encuentran el 10% de los niños con el consiguiente riesgo para su salud.

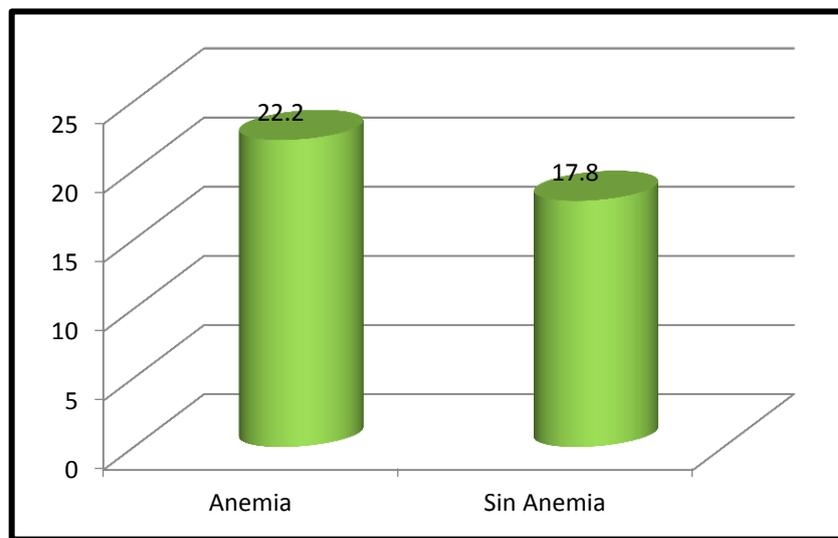
El retardo en el crecimiento medido con el indicador talla/edad es uno de los aspectos más destacados de la antropometría y por ello, puede tener importancia social. En el grupo en estudio el 28.4% presenta retardo en su crecimiento que es un problema importante pues de un grupo pequeño en estudio (60 niños) 17 presentan retardo que puede ser un indicio de un proceso de desnutrición crónica con un historial nutricional de largo plazo que amerita identificar para definir las causas.

Las reservas proteico energéticas disminuidas se encuentra el 11.7% compatible con malnutrición leve o moderada.

4.5 ESTADO DE HIERRO

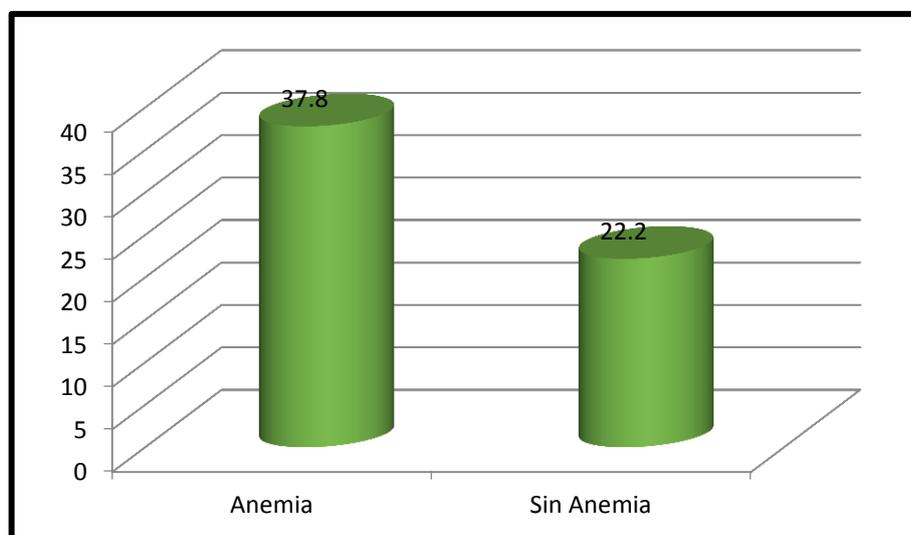
Para la aplicación del examen de hemoglobina se requirió un consentimiento firmado por los padres o cuidadores, de los 60 niños y niñas investigados, entregaron este documento solamente 45, por lo que los resultados con respecto a la prueba se refieren a los participantes cuyos representantes autorizaron el mismo.

Gráfico 18. Hemoglobina corregida por altitud y edad en niños de 5 a 6 años 11 meses 29 días



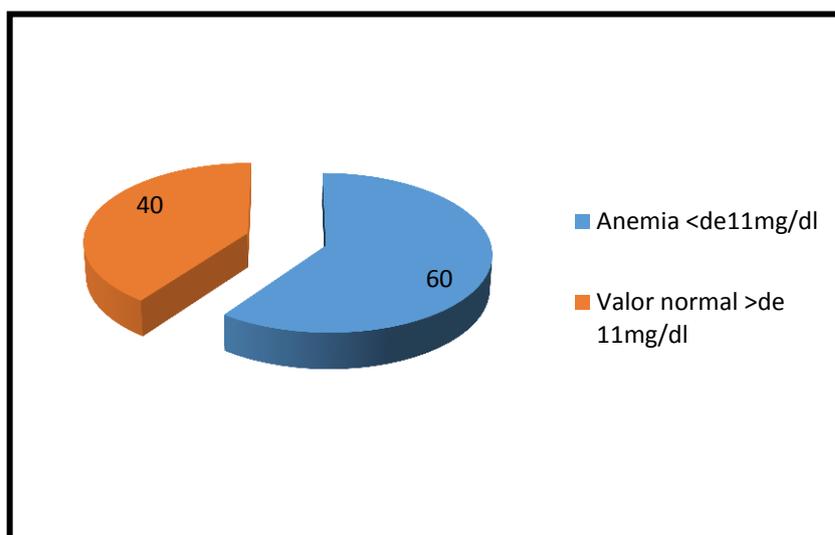
Hemoglobina corregida por edad	Edad 5 a 6 años 11 meses 29 días	
	n	Porcentaje
Anemia <de 11mg/dl	10	22.2
Valor normal >de 11mg/dl	8	17.8
Total	18	40

Gráfico 19. Hemoglobina corregida por altitud y edad en niños de 7 a 9 años



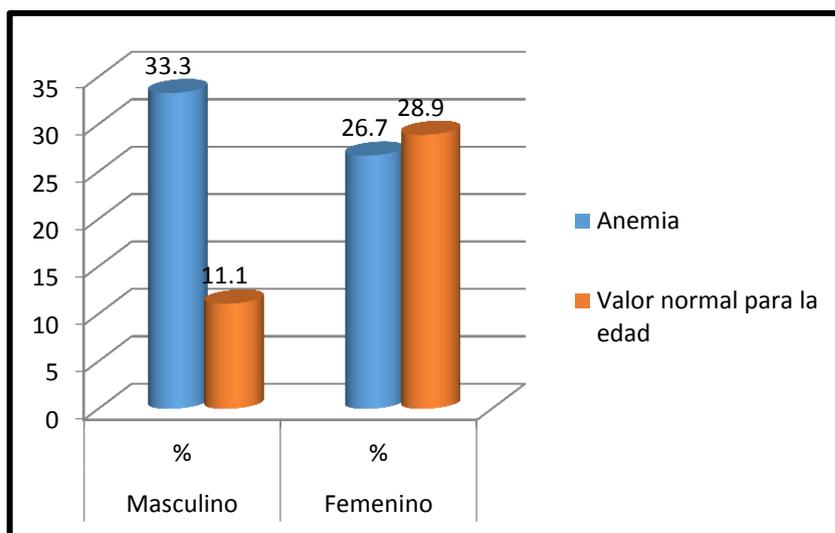
Hemoglobina corregida por edad	Edad 7 a 9 años	
	n	Porcentaje
Anemia <de 11mg/dl	17	37.8
Valor normal >de 11mg/dl	10	22.2
Total	27	60

Gráfico 20. Hemoglobina corregida por altitud en la población investigada



Hemoglobina corregida por edad	n	Porcentaje
Anemia <de 11mg/dl	27	60
Valor normal >de 11mg/dl	18	40
Total	45	100

Gráfico 21. Hemoglobina corregida por altitud y sexo



Hemoglobina corregida por altitud	Masculino		Femenino		Total
	n	%	n	%	
Anemia	15	33.3	12	26.7	27
Valor normal para la edad	5	11.1	13	28.9	18
Total	20	44.4	25	55.6	45

Fuente: Base de datos Unidad Educativa Guapán

La hemoglobina usada con fines de tamizaje para identificar niños y niñas con anemia, se presenta en este trabajo corregida por altitud geográfica, ya que esta tiene un efecto conocido en los niveles de hemoglobina. (INACG, 2004)

El valor promedio de hemoglobina fue de 10.44mg/dl, el valor mínimo fue 10mg/dl y el máximo fue de 12.4mg/dl con una desviación estándar de 0.65.

Se puede observar que el 60% de los niños tienen valores de hemoglobina bajo 11mg/dl que es el punto de corte para determinar anemia a esta edad (OMS, 2001), además es mayor en los niños que en las niñas y el grupo de edad más afectado es el de 7 a 9 años.

Los efectos de la anemia sobre el desarrollo normal del niño son devastadores especialmente en el cognitivo, la capacidad de aprendizaje y escolaridad además de incrementar el número de infecciones. (Segura. A, 2008)

La alta prevalencia de anemia encontrada en este estudio es una clara señal de alerta pues no solo está por encima de los promedios nacionales sino que está afectando a niños cuyas consecuencias deterioran su nivel de vida.

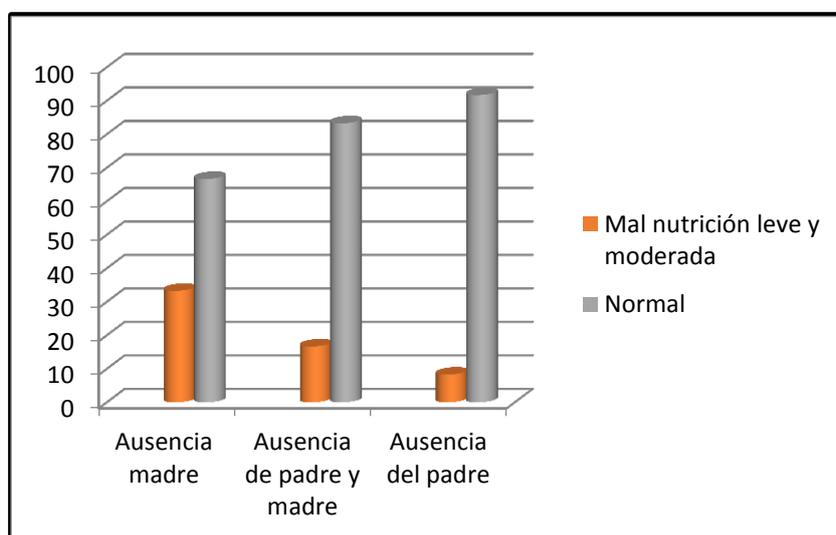
4.6 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Para determinar esta asociación se usó la prueba Chi-cuadrado de homogeneidad para establecer diferencias entre los grupos de niños hijos de padres de migrantes que aún permanecen con su madre y aquellos que también se han separado de ella por efectos de la migración.

El nivel de significancia seleccionado fue de 0,05. De este modo, si el valor es inferior a este número se presume la existencia de asociación del factor relacionado a la migración con la nutrición, de lo contrario, se declara que en la muestra estudiada no hay dicha relación.

4.6.1 Estado Nutricional y Migración

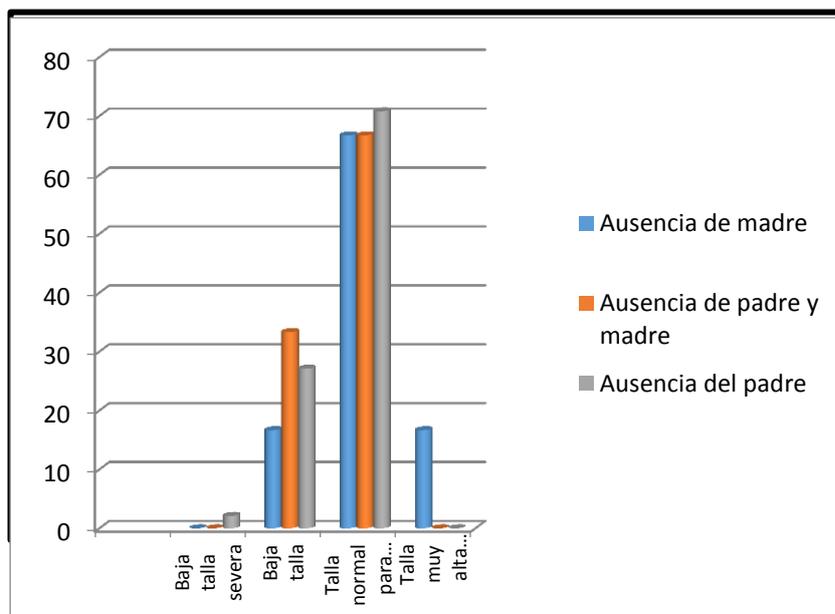
Gráfico 22. Estado de las Reservas proteico Energéticas y su asociación con el progenitor migrante



Circunferencia del brazo	Ausencia de								P
	Ausencia madre		padre y madre		Ausencia del padre		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mal nutrición leve y moderada	2	33.3	1	16.7	4	8.3	7	11.7	0,148
Normal	4	66.7	5	83.3	44	91.7	53	88.3	
Total	6	100	6	100	48	100	60	100	

La ausencia del padre, madre e incluso de los progenitores en un proceso de migración internacional no afecta a las reservas energético proteicas que toma como base de evaluación a la circunferencia braquial. Sin embargo se resalta el hecho de que la reserva proteica energética compatible con el diagnóstico de malnutrición leve y moderada se encuentra en mayor porcentaje en los niños que no son cuidados por su madre.

Gráfico 23. Retardo en talla de los niños investigados en relación al progenitor migrante

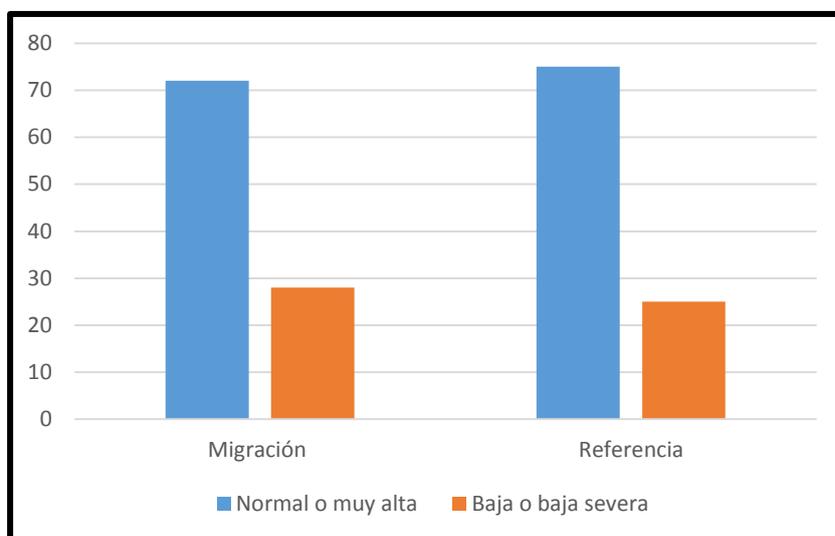


Retardo en talla para la edad	Ausencia de madre		Ausencia de padre y madre		Ausencia del padre		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baja talla severa	0	0	0	0	1	2.1	1	1.7	0,264
Baja talla	1	16.65	2	33.3	13	27.1	16	26.7	
Talla normal para la edad	4	66.7	4	66.7	34	70.8	42	69.9	
Talla muy alta para la edad	1	16.65	0	0	0	0	1	1.7	
Total	6	100	6	100	48	100	60	100	

De acuerdo a la ausencia de los progenitores, la madre o el padre no se advierten diferencias significativas entre los tres grupos. El 28.4% de los participantes del estudio presentan baja talla para la edad.

Cabe indicar que siendo el retardo en talla resultado de un proceso que refleja una alimentación inadecuada, presencia de cuadros mórbidos de enfermedad especialmente infecciosas o ambas, entre otras, el mayor porcentaje de retardo en talla se produce en los niños que viven en ausencia de padre y madre, dato predictor con respecto al efecto de la migración de los padres en el estado nutricional de sus hijos, en este caso comprometiendo su crecimiento lineal.

Gráfico 24. Talla para la edad de los niños hijos de padres migrantes en comparación con la realidad nacional

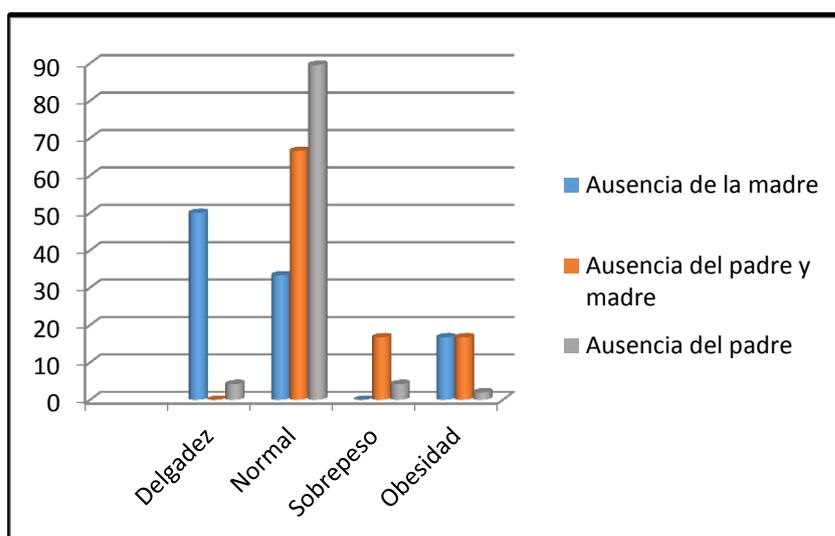


Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición MSP Ecuador 2013,

Talla para la edad	Valor migración		Referencia nacional		P
	n	%	n	%	
Normal o muy alta	43	72	45	75	0,551
Baja talla y severa	17	28	15	25	
Total	60	100	60	100	

Al comparar los resultados con los valores referenciales publicados por el MSP ENSANUT, se advierte que no existe diferencia significativa de los hijos de migrantes con respecto a todo el país. El 28% obtenido en el grupo de hijos de migrantes es muy parecido al 25% que es el valor de referencia nacional.

Gráfico 25. IMC en relación al progenitor migrante

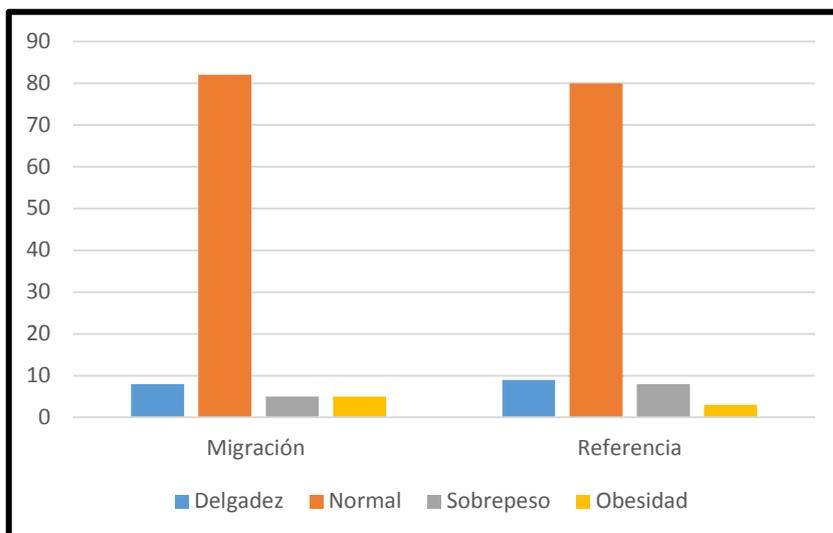


IMC/edad	Ausencia de la madre		Ausencia del padre y madre		Ausencia del padre		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Delgadez	3	50	0	0	2	4.2	5	8.3	0,021
Normal	2	33.3	4	66.6	43	89.6	49	81.7	
Sobrepeso	0	0	1	16.7	2	4.2	3	5	
Obesidad	1	16.7	1	16.7	1	2	3	5	
Total	6	100	6	100	48	100	60	100	

La ausencia de la madre en el hogar muestra mayor desventaja dentro de un proceso migratorio pues el 50% de niños con delgadez viven en esta situación, a diferencia del otro grupo en el que están el padre cuyo caso la prevalencia es del 4.2%.

Existe relación estadísticamente significativa.

Gráfico 26. Comparación del IMC/edad con la referencia nacional

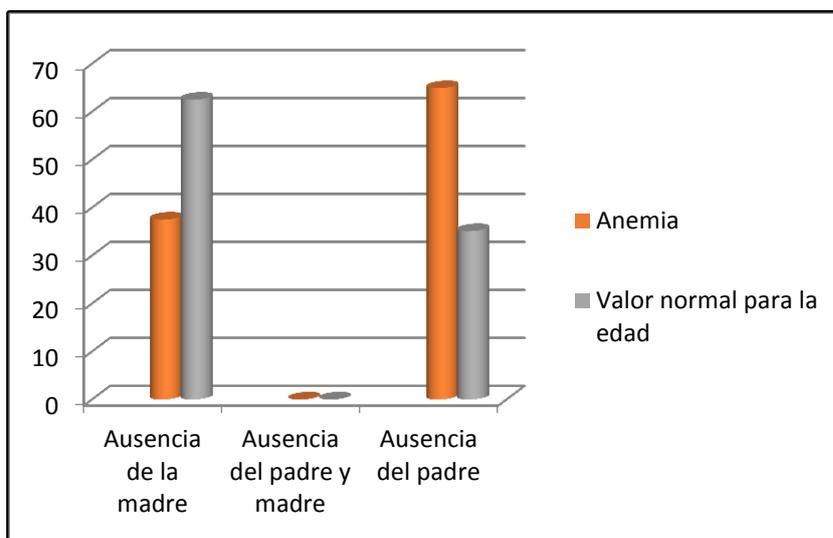


Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición MSP Ecuador 2013,

IMC/edad	Valor migración		Referencia nacional		P
	n	%	n	%	
Delgadez	5	8	5	8	0,669
Normal	49	82	48	81	
Sobrepeso	3	5	5	8	
Obesidad	3	5	2	3	
Total	60	100	60	100	

No existen diferencias significativas entre los valores obtenidos con respecto a los referentes nacionales en cuanto al IMC, el 82% se encuentran en un nivel de normal. La delgadez corresponde al 8%, el sobrepeso y obesidad con una igual representación del 5%.

Gráfico 27. Hemoglobina corregida por altitud en relación al progenitor migrante

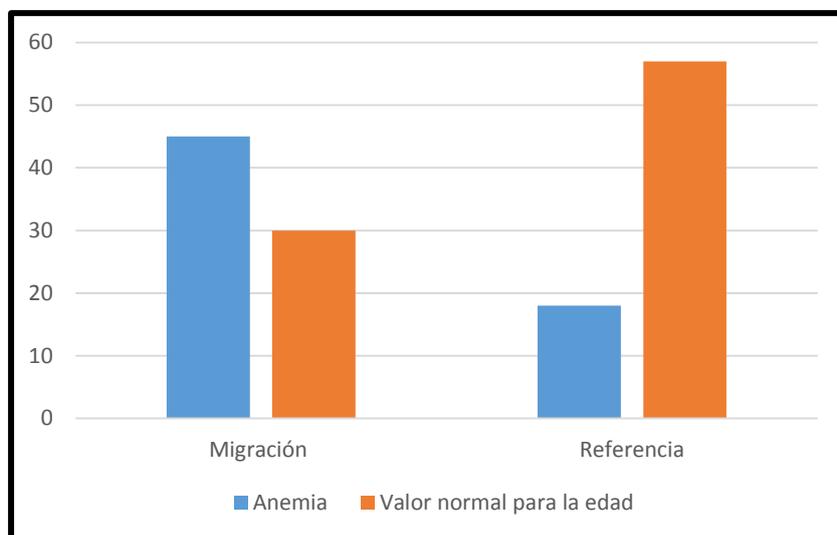


Hemoglobina corregida por altitud	Ausencia						Total		P
	de la madre		Ausencia del padre y madre		Ausencia del padre		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Anemia	3	37.5	0	0	24	64.9	27	60	0,301
Valor normal para la edad	5	62.5	0	0	13	35.1	18	40	
Total	8	100	0	0	37	100	45	100	

No hay diferencia respecto a la ausencia del padre o la madre en cuanto a la anemia.

Adicionalmente los responsables de los niños y niñas cuyos padres migraron no autorizaron la realización de la prueba de hemoglobina, situación que impide se puedan obtener resultados que reflejen la realidad local.

Gráfico 28. Hemoglobina corregida por altitud en comparación con la información de la OMS

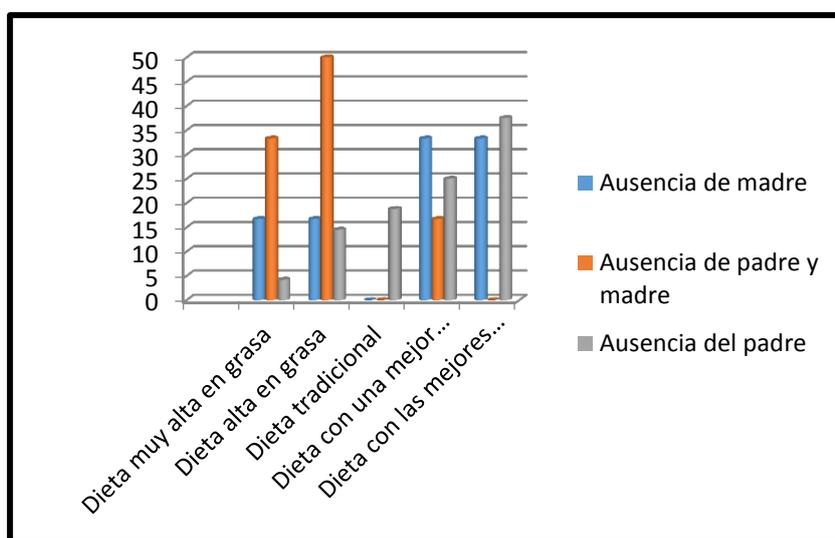


Fuente: OMS. (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, pág. 151.

Hemoglobina corregida por altitud	Valor migración		Referencia OMS		p
	n	%	n	%	
Anemia	27	60	28	62.2	0,174
Valor normal para la edad	18	40	17	37.8	
Total	45	100	45	100	

Al comparar los índices de anemia de los hijos de migrantes con los de referencia OMS se advierte que los hijos de emigrantes son iguales al promedio de las estadísticas sanitarias pues se obtiene un 60% en anemia cuando la referencia es del 62,2%.

Gráfico 29. Calidad de la dieta en relación a consumo de grasa y su asociación con el progenitor migrante



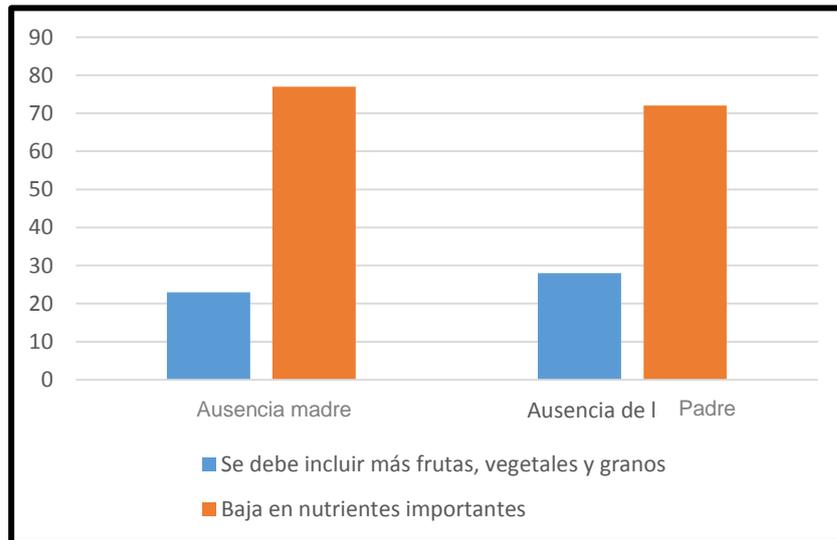
Calidad de la dieta para grasa	Ausencia de madre		Ausencia de padre y madre		Ausencia del padre		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dieta muy alta en grasa	1	16.7	2	33.33	2	4.2	5	8.3	0,046
Dieta alta en grasa	1	16.7	3	50	7	14.5	11	18.3	
Dieta tradicional	0	0	0	0	9	18.8	9	15	
Dieta con una mejor elección de alimentos bajos en grasa	2	33.3	1	16.7	12	25	16	26.7	
Dieta con las mejores elecciones de alimentos bajos en grasa	2	33.3	0	0	18	37.5	19	31.7	
Total	6	100	6	100	48	100	60	100	

Se advierte que las afirmaciones en torno al consumo de alimentos grasos con la ausencia de la madre y aún más con la de los progenitores

por efectos de la migración muestran un consumo alto y muy alto en grasa, siendo menor en ausencia del padre.

Mostrando que existen relaciones estadísticamente significativas.

Gráfico 30. Calidad de la dieta en relación al progenitor migrante

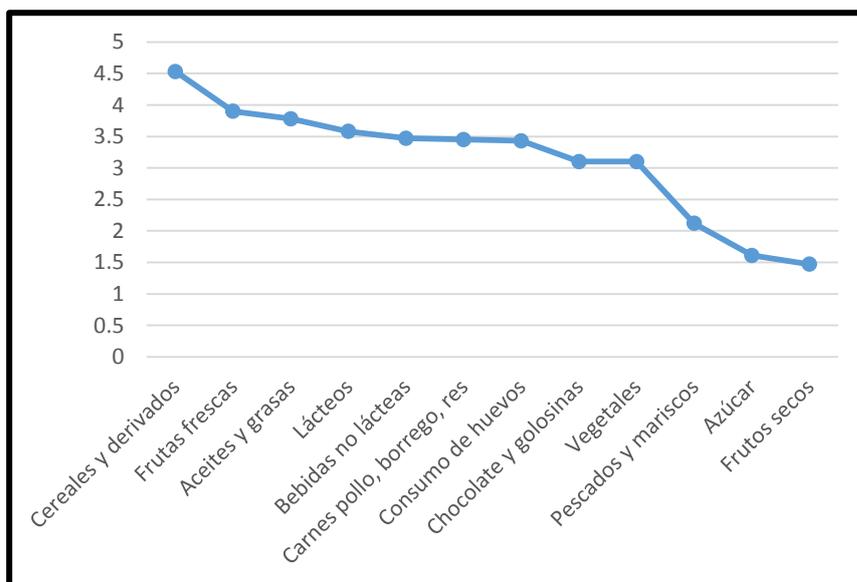


Calidad de la dieta	Ausencia de madre		Ausencia de padre y madre		Ausencia del padre		Total		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Se debe incluir más frutas, vegetales y granos	2	33.3	1	16.7	13	27	16	26.7	0,741
Baja en nutrientes importantes	4	66.7	5	83.3	35	73	44	73.3	
Total	6	100	6	100	48	100	60	100	

Para la categoría baja en nutrientes importantes en contraste con la ausencia del padre, madre y progenitores por efectos de la migración, no se advierte diferencias significativas en el grupo de estudio. Sin embargo, es importante considerar que tan sólo el 26.7% de los niños hijos de

padre y/o madre migrantes consume una dieta con una cantidad ligeramente mayor de frutas, vegetales y granos.

Gráfico 31. Resumen de estadísticas de la frecuencia de consumo por grupo de alimentos



Grupo de alimentos	Media*	Mediana	Desviación estándar	Rango	Mínimo	Máximo
Cereales y derivados	4,53	5	0,77	3	2	5
Frutas frescas	3,90	4	1,02	3	2	5
Aceites y grasas	3,78	3	1,01	4	1	5
Lácteos	3,58	3	0,99	3	2	5
Bebidas no lácteas	3,47	3	1,20	4	1	5
Carnes pollo, borrego, res	3,45	3	0,81	3	2	5
Consumo de huevos	3,43	3	0,98	3	2	5
Chocolate y golosinas	3,10	3	1,08	3	2	5
Vegetales	3,10	3	0,92	3	2	5
Pescados y mariscos	2,12	2	0,88	4	1	5
Azúcar	1,61	1	0,78	3	1	4
Frutos secos	1,47	1	0,91	4	1	5

*1=Nunca, 2= Eventual, 3=Poco frecuente, 4=Frecuente y 5=Muy frecuente.

Al comparar los resultados de acuerdo a la migración del padre y/o la madre, no se advierten diferencias significativas en los promedios de

consumo de los alimentos expuestos. El alimento que más consumen los niños son los cereales y los derivados con una media de 4,53 equivalente a muy frecuente, de hecho a nivel nacional el cereal arroz es el alimento de mayor consumo energético, se encuentra entre el 27 y 45%. Le sigue el consumo de frutas frescas que se interpreta como un consumo frecuente, al igual que los aceites y grasas. Los alimentos menos consumidos son frutos secos que se ubican en el indicador de nada, eventualmente los niños hijos de migrantes consumen pescado y mariscos.

Sin lugar a duda las cifras y resultados identificados en el presente estudio, conducen a la conclusión de que la migración parental no es la única causa por la que se manifiesten problemas en el estado de salud del niño o niña, si bien se determinó que hay evidencia estadísticamente significativa para el IMC y la calidad de la dieta en relación a consumo de grasa y su asociación con el progenitor migrante, no se encontró relación con las demás variables. Es necesario resaltar que la gran mayoría de los niños y niñas viven con sus madres que resulta un aspecto positivo, sin embargo la característica de mayor preocupación en la valoración de la antropometría es el retardo en talla que pone de manifiesto la identificación de casos de desnutrición crónica, los mismos que responden a un periodo prolongado de insuficiente acceso a nutrientes y que por su condición amerita identificar sus causas y por su puesto la prevalencia de anemia existente que incluso podría llegar a ser mayor si se hubiese podido realizar la prueba a toda la muestra participante, dando evidencia de que el nivel socioeconómico si influye en el estado hematológico de los niños que participaron del estudio

El patrón alimentario de la población en estudio no es el adecuado incluyendo así otro factor de riesgo que sumado a los descritos en líneas anteriores podrían afectar seriamente el estado de salud de los niños, lo que demuestra que existe un predominio de problemas nutricionales en la población de estudio que permite aceptar la hipótesis planteada, sin

embargo sería importante realizar un seguimiento y poder valorar la tendencia de crecimiento para obtener resultados más específicos.

|

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 Título

Plan de intervención para mejorar el estado nutricional de los niños y niñas hijos de padres migrantes de la Unidad Educativa Guapán del cantón Azogues.

5.2 Justificación

Si se desconoce cómo incide la migración de los progenitores en el estado nutricional y de salud los niños, no se podrían mejorar las prácticas de cuidado de esta población.

Ningún país puede permitirse perder su mayor recurso nacional: el poder intelectual de su población. Pero esto es precisamente lo que sucede cuando las tasas de bajo peso al nacer son altas, cuando los niños no crecen adecuadamente, cuando las deficiencias de micronutrientes dañan el cerebro de manera permanente o cuando la anemia y la inanición por cortos períodos afecta el desarrollo intelectual y las actividades escolares se ven limitadas.

La situación actual de los niños y niñas hijos de padres migrantes de la Unidad Educativa Guapán refleja inseguridad alimentaria y nutricional, comprobada por el retardo en talla, inadecuados hábitos alimentarios por bajo consumo de frutas, verduras, pescado y frutos secos como dietas de baja calidad en nutrientes importantes.

La nutrición adecuada es esencial para un buen desempeño académico de los escolares su déficit por el contrario puede afectar a la estructura y funcionalidad del cerebro, estos cambios afectan profundamente los aspectos del comportamiento entre ellas la cognición.

Hasta el momento y con las estadísticas disponibles de la migración en el cantón Azogues y la provincia de Cañar no existe una propuesta de atención específica de la Dirección Distrital de Educación, las Unidades Educativas y las familias.

Las instituciones educativas del cantón y de la provincia enfrentan un reto adicional en la formación de sus estudiantes relacionados con las consecuencias de la migración de los progenitores en el estado de salud y emocional.

La educación nutricional, tiene como objetivo principal contribuir a la seguridad alimentaria, ayudando al desarrollo de capacidades de la población para utilizar mejor los alimentos y recursos disponibles satisfaciendo sus necesidades nutricionales; en consecuencia se plantea la necesidad de diseñar un programa educativo en alimentación y nutrición para padres, cuidadores y docentes de la Unidad Educativa Guapán, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades identificadas como resultado del estudio.

5.3 Fundamentación

La educación nutricional es un catalizador esencial de la repercusión de la nutrición en la seguridad alimentaria, la nutrición comunitaria y las intervenciones en materia de salud.

También está demostrada su capacidad de mejorar por sí sola el comportamiento dietético y el estado nutricional. Asimismo, tiene efectos a largo plazo en la actuación independiente de los progenitores y, por

medio de estos, en la salud de sus hijos. A la vez resulta económica, viable y sostenible.

Su alcance es muy extenso. Contribuye a todos los pilares de la seguridad alimentaria y nutricional, pero se centra especialmente en todo lo que puede influir en el consumo de alimentos y las prácticas dietéticas: los hábitos alimentarios y la compra de alimentos, la preparación de estos, su inocuidad y las condiciones ambientales. Gran parte de las causas de una nutrición deficiente son actitudes y prácticas que la educación puede modificar: tabúes alimentarios, hábitos dietéticos y de consumo de refrigerios que están muy arraigados, decisiones con respecto a la producción agrícola, la distribución de alimentos en la familia, ideas sobre la alimentación infantil, publicidad engañosa de alimentos, ignorancia en materia de higiene de los alimentos o actitudes negativas frente a las hortalizas. La educación está pasando a ser indispensable en los países afectados por la globalización y la urbanización cuyos regímenes alimentarios son objeto de una transición peligrosa al consumo de alimentos elaborados baratos con alto contenido de azúcar, grasas y sal.

¿En qué consiste la educación nutricional?

FAO, 2011, en su guía la importancia de la educación nutricional afirma: “Educación nutricional” no significa lo mismo para todos los que se dedican profesionalmente a la nutrición. Es fundamental distinguir entre la educación sobre la nutrición (los estudios tradicionales basados en información) y la educación en materia de nutrición orientada a la acción, que está centrada en las prácticas y se ha definido como una serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición que fomentan la salud y el bienestar”. Este enfoque, que se centra en las personas, su estilo de vida, sus motivaciones y su contexto social, parte de una metodología basada en la acción.

Se ha desarrollado en varias direcciones, como por ejemplo el marketing social, la comunicación para el cambio de comportamiento, la nutrición comunitaria y la promoción de la salud.

La educación nutricional permite la transferencia de conocimientos, información su finalidad la promoción de hábitos alimentarios correctos.

Un programa de educación nutricional bien orientado debe lograr una actitud positiva hacia los alimentos la comprensión plena de la relación entre salud y alimentación.

La contribución de la educación en la solución de los problemas de salud, ha sido incorporada como un recurso fundamental en los programas de intervención

Teniendo en cuenta que la educación nutricional debe desarrollarse a través de una metodología y técnica organizada, este trabajo se basa en la metodología propuesta por la FAO (FAO, 2011), de estructura teórico-metodológica, la cual se desarrolla mediante cuatro fases principales:

Fase 1: Conceptualización (Diagnóstico o caracterización): en la que se define el problema, se determinan las causas de este y se establece el plan de trabajo educativo.

Fase 2: Formulación: en la que se diseñan los objetivos y se determinan las estrategias metodológicas y mensajes.

Fase 3: Ejecución: se diseñan materiales, se capacitan los agentes educativos y se desarrollan las intervenciones (técnicas educativas eficaces).

Fase 4: Evaluación: se hace un análisis del desarrollo y de los resultados del proyecto en relación con los objetivos propuestos, las estrategias utilizadas y los recursos asignados.

Otro concepto, necesario incluir en esta propuesta es el de promoción de la salud, el mismo cobró tal importancia justo desde los años setenta,

tanto que hasta el día de hoy se sabe que es la estrategia de mayor impacto en el cuidado de la salud previniendo un sinnúmero de enfermedades. A partir del año 1986 con la Carta de Ottawa en la que se mencionó que la promoción de la salud era “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. (UNESCO, 2010)

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo general

Fortalecer la educación nutricional al grupo de madres o cuidadores de niños y niñas que viven migración parental internacional con la finalidad de mejorar la calidad de la alimentación y contribuir a mejorar el estado nutricional.

5.4.2 Objetivos específicos

- Estimular la participación de las familias de los niños hijos de padres migrantes en actividades que fomenten el cuidado de salud.
- Involucrar al progenitor migrante en al menos una reunión de padres a través del uso de la tecnología.
- Educar al menos al 80% de los docentes para desarrollar capacidades y competencias en el área nutricional.
- Dictar diez talleres teórico – práctico de educación nutricional dentro de la institución a las familias de los niños hijos de padres migrantes.
- Reducir la incidencia de anemia ferropénica de la población infantil en estudio a 50% en los tres meses de intervención del programa.

5.5 Importancia

La Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) enfatiza que la educación nutricional es clave para desarrollar el conocimiento y la motivación necesarios para tener una buena

alimentación, especialmente para las familias con escasos recursos, siendo en ellas mayor el desafío de ofrecer buena educación alimentaria

La educación nutricional es un proceso por el cual las creencias y las actitudes, las influencias ambientales y los conocimientos acerca de los alimentos, conducen al establecimiento de hábitos alimentarios científicamente fundados, prácticos y acordes con las necesidades individuales y la disponibilidad de alimentos. Se trata de un proceso multidisciplinario que involucra la transferencia de información y la sustitución de los hábitos alimentarios presentes por otros más apropiados. Fortalecer el trabajo interinstitucional con el centro de salud de la parroquia. (FAO, 2011)

5.6 Factibilidad Financiera

En este punto se detallan los valores financieros y/o económicos que son necesarios para la inversión inicial de la propuesta.

RECURSOS HUMANOS			
DENOMINACIÓN	HORAS / SEMANA	COSTO SEMANAL	COSTO 6 MESES
Profesional en nutrición infantil	2	60	720
Profesional de la unidad de salud	1	30	360
Docente encargado de logística	1	20	200
Estudiante de enfermería	2	10	200
Profesional de laboratorio	3	30	90
TOTAL			\$1570

EQUIPOS Y SERVICIOS	
EQUIPOS	PRECIO
Báscula electrónica SEKA precisión + - 100gr.	\$450
Estadiómetro	\$460

Cinta antropométrica	\$60
Proyector y pantalla	\$2000
Pruebas de laboratorio	\$400
TOTAL	\$3370

MATERIALES Y SUMINISTROS

MATERIAL / SUMINISTRO	PRECIO
Trípticos de difusión de resultados	\$200
Hojas de papel bond	\$15
Copias	\$3
Esferográficos	\$12
Alimentos para demostraciones	\$800
TOTAL	\$1030

COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

ACTIVIDAD	PRECIO
Conferencia para difundir los resultados	\$ 200
TOTAL	\$200

RESUMEN PRESUPUESTO:

ACTIVIDADES	PRESUPUESTO																				TOTAL
	Tiempo de trabajo 6 meses																				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Remuneración recursos humanos.																					1570
Equipos y servicios																					3370

inadecuados		alimentos y sus beneficios para la salud.	función principal que cumple cada uno.
	Charla	Consecuencias para la salud del consumo excesivo de azúcares y grasas.	Describir con claridad las enfermedades que se pueden presentar por el consumo excesivo de azúcares y grasas.
	Taller	Porciones adecuadas de alimentos para niños escolares.	Reconocer las porciones que deben ser ingeridas por los niños en edad escolar.
	Taller	Preparaciones de alimentos saludables.	Aprender nuevas preparaciones alimentarias saludables.
Prevalencia de anemia	Debate	Rendimiento escolar y anemia	Conocer las consecuencias sobre el rendimiento escolar del niño con anemia.
	Charla	Administración eficiente de hierro.	Reconocer la importancia de la administración en dosis adecuadas de hierro en niños con anemia.
	Taller	Preparación de recetas ricas en hierro.	Seleccionar alimentos adecuados para prevenir la anemia.

Malnutrición	Foro	Consecuencias para la salud del sobrepeso y obesidad.	Reconocer las enfermedades que pueden aparecer cuando el niño tiene sobrepeso u obesidad.
	Debate	Medidas preventivas del desarrollo de malnutrición.	Conocer las actividades que se deben desarrollar en casa para prevenir la malnutrición.
	Charla	Utilización del tiempo libre en actividades de ocio de calidad.	Motivar a los padres o cuidadores en la importancia de las actividades recreativas de calidad.

5.9 Impacto

Como todo programa de cambio social, basado en cambios de creencias, costumbres y actitudes, la medición del impacto debe hacerse a mediano y largo plazo y, muchas veces, a través de indicadores no exclusivamente numéricos.

Se referirá al efecto a largo plazo de la intervención educativa realizada con los padres o cuidadores de niños de la Unidad educativa Guapán que viven migración parental internacional.

Indicadores de impacto:

- Aceptación del programa por parte de los padres o cuidadores.
- Resolución de problemas nutricionales identificados.
- Reflejo en la mejora de los indicadores de salud de los niños y niñas.
- Capacidad de preparar combinaciones de alimentos.

5.10 Evaluación

Para realizar la evaluación en términos generales se reconoce a este proceso como la comparación de un objeto de interés contra un estándar de aceptabilidad y que se debe realizar de manera continua.

Indicadores de evaluación:

- Conocimientos nutricionales antes y después del programa.
- Capacidad de gestión en la convocatoria de los participantes.
- Disponibilidad de personal
- Número de niños con anemia en relación al total de diagnósticos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones:

La investigación del impacto de la migración internacional en el estado nutricional de niños y niñas de 5 a 9 años se basó en un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, prospectivo, en una muestra de 60 niños hijos de padres migrantes que asisten la Unidad Educativa Guapán.

El análisis parte de un modelo causal que considera las variables socioeconómicas de las familias a las que pertenecen los niños investigados, migración, calidad de la dieta y hábitos alimentarios, como variables independientes que actuando a través de las variables que definen el estado nutricional determinan el comportamiento del estado nutricional de los niños.

1. El análisis de las condiciones socioeconómicas de la población estudiada, revela que el 48.3% de los hogares de los niños se ubican en estrato popular alto y bajo, lo que define las limitaciones de bienes y servicios a los que pueden tener acceso. El porcentaje restante corresponde a estrato medio y alto.
2. Pese a que se analiza la realidad de familias migrantes, y se pudiese inferir mejores condiciones económicas por el envío de remesas, la quinta parte de la población estudiada habitan en infraestructuras de alto riesgo, lo que es una resultante de los niveles de inserción social que ubica a la mayoría de las familias en estratos socioeconómicos considerados como popular alto y bajo con limitadas posibilidades para

satisfacer las necesidades de una vivienda que de seguridad a sus miembros.

3. De 20 por ciento de las madres en éste estudio tienen un nivel de instrucción de primaria completa y un 13.3 por ciento son analfabetas. Situación que estaría definiendo el alto riesgo para la salud y nutrición de sus hijos como así se demuestra en la presente investigación.
4. El evento migratorio se caracterizó por un mayor flujo migratorio del padre (78.3%) y tuvo como principal destino Estados Unidos de Norteamérica. Los niños de estas familias quedaron a cargo de la madre y en un menor porcentaje con sus hermanos mayores y otros que viven con sus abuelos o tíos.
5. El análisis de consumo demostró que el 73 por ciento de los niños consumen una dieta con una calidad adecuada con respecto a la ingesta de grasas en su alimentación diaria, lo que constituye un factor importante en la prevención del sobrepeso y obesidad.
6. La totalidad de niños y niñas participantes consumen una dieta con una baja presencia de frutas, vegetales y leguminosas que siendo fuentes importantes de vitaminas y minerales sugiere riesgos de déficit de nutrientes específicos que puede influir en la presencia de enfermedades causadas por un desbalance alimentario
7. No se identificó asociación entre la ausencia de familiar migrante y la calidad de la dieta medida por el consumo de frutas y vegetales.
8. El patrón alimentario de los niños en función de la frecuencia de su consumo demuestra que el consumo muy frecuente corresponde a cereales, tubérculos, azúcar, aceites y grasa y bebidas no lácteas. Este aspecto demuestra que la dieta de estos niños es carente de macro y micronutrientes.
9. Existe predominio de normalidad en relación al estado nutricional valorado por IMC situación que podría atribuirse al envío de remesas para suplir las necesidades de los niños, sin embargo no se puede ignorar los problemas de malnutrición especialmente los referidos a

sobrepeso y obesidad que constituyen factores de riesgo para enfermedades metabólicas en la edad adulta.

10. Al comparar los resultados con los valores referenciales publicados por el MSP ENSANUT 2013, se advierte que no existe diferencia significativa de los hijos de migrantes con respecto a todo el país.
11. No existe relación estadísticamente significativa entre la ausencia de la madre, padre o progenitores por efectos de la migración y el retardo en talla para la edad.
12. Existe un 60% prevalencia de anemia ferropénica en los niños participantes lo que constituye una muy alta, cabe indicar que no diferencia respecto a la ausencia del padre, madre y progenitores en cuanto a la anemia.

Todo trabajo investigativo constituye una invitación permanente para seguirla desarrollando, en ese contexto un aspecto derivado de los resultados obtenidos es la ampliación de este estudio que permita en otras poblaciones más numerosas estudiar con mayor especificidad a los escolares cuya madre sea la figura familiar que migró y realizar las comparaciones respectivas.

Las variables analizadas en el presente estudio definen a la población de niños con padres migrantes como un grupo de alto riesgo, por los niveles de malnutrición y especialmente por la alta prevalencia de anemia ferropénica y por las consecuencias que esta última tiene en su condición de salud y nutrición. Con esta investigación se demuestra la alta prevalencia de problemas de malnutrición en los niños y niñas de 5 a 9 años hijos de familias de migrantes afectando su estado nutricional comprometiendo sus dimensiones físicas y composición corporal.

6.2 Recomendaciones:

A las autoridades de la Unidad Educativa Guapán deberán:

- Generar estrategias de orientación hacia el estudiante y el cuidador para afrontar el evento migratorio de manera apropiada.
- Orientar del uso del tiempo libre en actividades de ocio de calidad que permitan el ejercicio de un estilo de vida saludable.
- Gestionar con el centro de salud de la parroquia o la escuela de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues la puesta en marcha de la propuesta de intervención.
- Analizar los resultados con los directivos del distrito de educación, de salud y el ministerio de movilidad humana con sede en la ciudad de Azogues, para que de manera conjunta se puedan identificar los problemas encontrados y poder buscar soluciones.
- Dar seguimiento al proceso de control escolar por parte del Centro de salud de la parroquia.
- Realizar actividades para motivar a los niños las ventajas del de tener un estilo de vida saludable.
- Realizar de inmediato un encuentro con los padres o cuidadores con la finalidad de alertar sobre las consecuencias de padecer anemia en la edad escolar.
- Lograr la participación masiva de los progenitores o cuidadores logrando la sensibilización sobre la necesidad de prevención de enfermedades y la réplica en el hogar de lo que puedan aprender a través de los talleres demostrativos descritos en la propuesta.

A los padres o cuidadores deberán:

- Visitar la unidad de salud más cercana a su domicilio con los resultados de la prueba de hemoglobina para iniciar tratamiento terapéutico de ingesta de hierro para superar la anemia diagnosticada.

- Vigilar periódicamente el crecimiento de los niños como medida preventiva.
- Reconocer la incidencia de la nutrición sobre el estado de salud de los niños y solicitar ayuda en esta área.
- Garantizar los derechos legítimos de los niños y niñas a vivir en un ambiente saludable.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pellegrino, A. (2009). Migraciones. *Nuestro tiempo, volumen 12*.
Recuperado el 2015, de:
<http://www.bibliotecadelbicentenario.gub.uy/innovaportal/file/62969/1/nuestro-tiempo-12.pdf>
2. Arauz, V. Camacho, A. (2009). Violencia y migración en el Ecuador: *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 2015, de
<http://devserver.paho.org/virtualcampus/download/boletin/si/2008/11/DOC>
3. Camacho, G., y Hernández, K. (2008). La migración internacional en cifras. *Revista social Flacso*. Recuperado el 2015, de www.flacsoandes.edu.ec
4. Comfenalco, Q. (2009). Así somos. *Húerfanos de padres vivos*, 10-12.
Recuperado el 2015.
5. Escobar, A. (2008). Niñez y migración del cantón Cañar. *Unicef*
Recuperado el 2015, de:
http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Childhood_and_Migration_in_Canar.pdf
6. FAO. (2013). Necesidades Nutricionales. *Revista FAO, vol. (2)*.
Recuperado el SEPTIEMBRE de 2015, de:
<http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s03.pdf>
7. Herrera, G., y Carrillo, M. Torres, A. (2005). La migración ecuatoriana.
Revista social Flacso.

Recuperado el 2015, de:

http://www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/6417.migracion_ecuatorian_a_transnacionalismo_redes_e_identidades.pdf

8. Nuñez, G. Bullen, M., y Castillo, B. (1998). Desnutrición en preescolares de familias migrantes. *Revista de salud pública de México*, 248-255.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10640305.pdf>

9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Informe estadístico de migración*.

Recuperado el 2015, de:

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/

10. Pribilsky, J. (2007). La chulla vida.

Recuerado de:

<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/160/browse?type=subject&order=ASC&rpp=20&value=ACADEMIC+REVIEWQUITO:FLACSO>

11. Jokisch, B. (2002). Desde New York a Madrid: Tendencias en la migración ecuatoriana. *Revista Ecuador Debate* n° 54, (59 – 83).

12. Lomnitz, L. (2012). *Cómo sobreviven los marginados*.

Recuperado. <http://www.eumed.net/rev/tecsistecat/n4/mk.htm>

13. Organización Mundial de la Salud. (2008). Estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento para los niños.

Recuperado de:

http://www.who.int/childgrowth/standards/chts_bfa_ninas_z/es/index.html

14. Saad, J. Saad, E., y Cueva, E. (2003). Causas socioeconómicas de la emigración en el Ecuador y su impacto en la adolescencia. *Revista edición especial ESPOL*, (281-290).
Recuperado el <http://www.rte.espol.edu.ec/articulos.php?idRevista=2>
15. Asociación Médica Mundial. (2008). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Declaración de Helsinki.
Recuperado de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
16. Salcedo, A. (2008). El proceso migratorio como un factor de riesgo en la desnutrición crónica del niño. *Revista de salud pública México, edición 34*, 518-522.
17. Ministerio de Salud Pública (2010). *Manejo de desechos infecciosos para la red de servicios de salud en el Ecuador*.
Recuperado el <http://simce.ambiente.gob.ec/sites/default/files/documentos/Jackson/Control%20y%20mejoramiento%20de%20la%20salud%20p%C3%ABlica%20-%20Salud%20Ambiental.pdf>
18. UNICEF. (2011). *Migración e infancia*.
Recuperado el 2015, de:
<http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Migracion-e-infancia.pdf>
19. Paredes, P. Bravo. L., y Calle, A. (2004). Impacto de la migración en la salud infantil. *Boletín de pediatría*, 44(189), 137–149.
20. Rodríguez, N. (2010). Los efectos de la ausencia paterna en el vínculo con la madre y la pareja.

Recuperado de:

<http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/1281>

21. Moreano M; et al, (2000). Desnutrición y condiciones socioeconómicas en el Ecuador. *Aplicación de Modelos Matemáticos. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN, CONADE, NICEF, OPS-OMS.*
22. Block, G; Naughton, M.D. Henderson. M. Mcadams (2006). A brief dietary screen for high fat intake. *J. Nutr. Educ.* 21:199-207.
23. INCAP. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (2006). *Manual de instrumentos de evaluación dietética.* Publicación INCAP MDE/156. Guatemala Centroamérica. 140 p.
24. Herrera G, Carrillo M, Torres A. (2005). *La Migración Ecuatoriana, transnacionalismo, redes e identidades.* 1ra.ed. Quito, Flacso.
25. Segura A. (2008). Factores de riesgo asociado a bajo rendimiento académico en escolares de dos instituciones educativas públicas de Bogotá.

Recuperado <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/316/2/Factores%20de%20Riesgo%20Asociados%20a%20Bajo%20Rendimiento%20Academico.pdf>

26. García, Y. (2009). Hemoglobina y alteraciones celulares. Técnicas utilizadas en el laboratorio.

Recuperado <http://documents.mx/documents/hematologia-alteraciones-celulares-tecnicas-utilizadas-lab-oratorio-27238-completo.html>

27. FAO. (2011). *La importancia de la educación nutricional.* Chile.

ANEXOS

Anexo 1:

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

ESTUDIO IMPACTO DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPÁN, CANTÓN AZOGUES, PROVINCIA DEL CAÑAR.

OCTUBRE 2015- ABRIL 2016

Estimados padres de familia o representantes de los niños y niñas de la Unidad Educativa Guapán, los indicadores de salud en el mundo indican que siempre es mejor prevenir que curar y por ello como profesional en el área de nutrición se ha planteado realizar un estudio sobre el impacto de la migración en el estado nutricional de los niños de 5 a 9 años.

La presente investigación busca conocer el impacto de la migración sobre el estado nutricional de los niños, al que en la actualidad asiste su representado.

Este trabajo se ejecuta como parte de la Maestría en Nutrición Infantil de la Universidad de Especialidades Espiritu Santo, a cargo de la estudiante María Alejandra Aguirre Quezada.

Si Usted permite que su niño participe del mismo, se garantiza total confidencialidad de los resultados, las pruebas de laboratorio serán procesadas por la Mgs. Gina Heredia Cabrera, representante del laboratorio Central, quién suscribió convenio de privacidad con quién suscribe. La extracción de la muestra de sangre se realizará en la institución educativa, en la oficina de orientación vocacional y luego bajo estricto cumplimiento de las normas para manejo de muestras biológicas será trasladado al laboratorio indicado, para la determinación del valor de hemoglobina y luego de este procedimiento serán destruidas de inmediato.

Para realizar el proyecto se necesita además registrar el valor de peso, talla y perímetro del brazo de los niños, por lo que se requiere que Usted de la manera más comedida responda el cuestionario que se envía y que autorice la participación de su representado.

Todas las valoraciones son gratuitas y le servirán a Usted como un referente del estado de salud en general de su hijo/a y que además le permitirán tomar las decisiones más acertadas.

Si Usted requiere de explicaciones adicionales en relación al estudio por favor contactarse con Ma. Alejandra Aguirre Quezada, 0998088044 o 2214900.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... padre de familia o representante del niño/a..... estudiante del..... año de educación básica de la Unidad Educativa Guapán.

AUTORIZO		NO AUTORIZO	
-----------------	--	--------------------	--

A la Ing. María Alejandra Aguirre Quezada, egresada de la maestría en nutrición infantil de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, realice el registro de peso, talla, circunferencia de brazo y a través de un profesional bioquímico la extracción de una muestra de sangre para determinar el valor de hemoglobina, con la finalidad de ejecutar el estudio “Impacto de la migración sobre el estado nutricional”

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O REPRESENTANTE

Azogues, 13 de Enero del 2016

Información para los niños:

Mi nombre es María Alejandra Aguirre Quezada y soy estudiante de la Universidad Espíritu Santo en el programa de Nutrición Infantil, mi trabajo consiste en realizar una investigación sobre el estado nutricional de los niños cuyo padre, madre o los progenitores hayan emigrado hacia otro país para disponer de información actualizada que permita proponer a las autoridades educativas y locales la puesta en marcha de programas en salud.

Para conocer el estado nutricional en la edad infantil se necesita conocer tu peso, talla y una muestra de sangre para poder investigar si tienes o no anemia. Por este motivo quiero saber si te gustaría participar en este estudio.

Primeramente ya hemos hablado con tus padre/representante y ellos saben que te estamos preguntando si quieres participar.

Si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo te explicaré lo que necesitas.

Si decides participar en este estudio:

1. El lunes 18 de enero un profesional que trabaja en un laboratorio vendrá a la escuela y trabajará en la oficina de orientación vocacional y cumpliendo todas las normas de seguridad y cuidado extraerá de ti una muestra de sangre. Cuando te saquen la sangre, notarás un pinchazo cuando la aguja se introduce en la piel y al retirarla se te colocará una curita.
2. Tu sangre se trasladará a un laboratorio para ser analizada y los resultados solamente serán entregados a tus padres o representantes.
3. Luego el día 19 de enero tendrás que subirte sobre una balanza para tomar tus datos de peso y de talla. Y con una cinta se realizará una medición de tu brazo. Para esto te pediremos retírate los zapatos.

Aunque ahora decidas participar, si el día indicado no quieres continuar puedes hacerlo.

ASENTIMIENTO INFORMADO

YO,

Afirmo que:

1. He leído o me han leído la hoja de información y he entendido todo lo que pone en ella.
2. Me han contestado a todas las dudas que tenía sobre el estudio.
3. Sé que puedo decidir no participar en este estudio y que no pasa nada.
4. Sé que si decido participar me sacarán una muestra de sangre y que esto me puede doler un poco.
5. Sé que me van a retirar los zapatos para subirme en una balanza y luego con una cinta van a medir mi brazo.
6. Sé que cuando empiece el estudio y no quiera participar puedo hacerlo.
8. He decidido participar en el estudio.

Firma del niño/a

¿Los padres o tutores han firmado el consentimiento informado?

- Si
- No

Azogues, 13 de Enero del 2016

<i>Abastecimiento de agua</i>	Lluvia, río, pozo, vertiente, otro.	3	
	Carro repartidor entubada.	2	
	Potable	1	
<i>Servicio Higiénico</i>	Campo abierto, otro	3	
	Letrina, Excusado uso común.	2	
	Excusado uso exclusivo	1	
<i>Eliminación de aguas servidas</i>	Superficial	2	
	Red pública, pozo ciego	1	
<i>Eliminación de basura</i>	Aire libre, otro	3	
	Entierra, incinera	2	
	Recolector público	1	
<i>Ubicación de la cocina</i>	Ambiente compartido	3	
	Ambiente separado	1	
TOTAL			

III. NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR (NIS)

Actividad	Puntaje asignado	P. correspondiente
Empleados públicos, propietarios de gran extensión de tierra, comerciantes, profesionales independientes	1	
Artesanos, panaderos, sastre, chofer, profesional, empleado público (menor gradación), técnico docente.	2	
Obreros, fábrica, minería, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militar tropa., jubilado.	3	
Subempleado, vendedor ambulante, cocinero, lavandera, lustrabotas, peón, campesino pobre, cesante, desocupados, jornaleros.	4	

Evento migratorio: De la manera más comedida seleccione por favor la respuesta adecuada para cada una de las siguientes interrogantes.

Familiares migrantes:

- Solo el padre
- Solo la madre
- Padre y madre

El lugar al que migraron fue:

- Estados Unidos
- España
- Italia
- Otro

Tiempo de migración:

Años de migración del papá: (Si el papá no ha migrado no seleccione ninguna opción)

- 1 año
- 2 a 4 años
- Más de 5 años

Años de migración de la mamá: (Si la mamá no ha migrado no seleccione ninguna opción)

- 1 año
- 2 a 4 años
- Más de 5 años

Tipo de familia en la que vive el niño:

- Monoparental sin padre
- Monoparental sin madre
- Nuclear con padrastro
- Nuclear con madrastra
- Hijos solos
- Extensa (Otros familiares pero sin padre ni madre)

Persona cargo del niño:

- Mamá
- Papá
- Hermano/a mayor
- Abuelos maternos
- Abuelos paternos
- Tíos
- Otros

Prueba Piloto
UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9
AÑOS DE LA UNIDADEUCATIVA HUMBERTO VICUÑA NOVILLO DEL CANTÓN AZOGUES.

Calidad de la dieta y frecuencia de consumo

Marque con una X por favor la opción que identifique los alimentos que el niño consume.

GRASAS

ALIMENTOS	0 MENOS DE 1 VEZ AL MES	1 DOS A TRES VECES AL MES	2 1 A 2 VECES A LA SEMANA	3 3 A 4 VEEES A LA SEMANA	4 5 O MAS VECES A LA SEMANA	PUNTOS
Hamburguesas o quesoburguesas						
Carne de res frita						
Pollo frito						
Embutidos						
Aderezos para ensalada, mayonesa (no dietéticos)						
Margarina o mantequilla						
Huevos						
Tocino o chorizo						
Queso crema o queso para untar						
Leche entera						
Papas fritas						
Helados						
Donas, pasteles, tartas, galletas.						
Total						

FRUTAS Y VEGETALES

ALIMENTOS	0 MENOS DE 1 VEZ AL MES	1 DOS A TRES VECES AL MES	2 1 A 2 VECES A LA SEMANA	3 3 A 4 VEEES A LA SEMANA	4 5 O MAS VECES A LA SEMANA	PUNTOS
Jugo de naranja						
Consumo de alguna fruta						
Ensalada verde						
Papas						
Frijoles cocidos						
Consumo de algún otro vegetal						
Cereal alto en fibra						
Pan negro de centeno o trigo						
Pan blanco (sin grasa)						
Total						

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

Grupos de alimentos	Nunca	1 vez por mes	2-3 veces mes	1 vez/semana	2-3 veces semana	1 vez día	Más de 2 veces día
Leche y derivados							
Cereales y derivados							
Tubérculos							
Huevos y derivados							
Carnes derivados							
Pescados y mariscos							
Vegetales							
Frutas frescas							
Frutos secos							
Aceites y grasas							
Azúcar							
Chocolate y bollería							
Bebidas no lácteos							
Productos dietéticos							

Muchas gracias por su apoyo a la investigación.



Anexo 3:

Instrumento validado

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9
AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPÁN, DEL CANTÓN AZOGUES, PROVINCIA DEL
CAÑAR, OCTUBRE 2015- MARZO 2016

De la manera más comedida Señores padres de familia les pido me puedan ayudar respondiendo a las siguientes interrogantes que se requieren para la ejecución de un proyecto de investigación.

ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

La información por Usted proporcionada en este documento será estrictamente confidencial.

Estimado Padre de Familia o Cuidador del niño por favor ingresar información solamente de los puntos 1, 2, 3 y 4.

Datos a ingresar por el padre o cuidador	Datos a ingresar por el investigador
1. Nombres y apellidos del niño/a:	Peso: Ta
2. Sexo: M F	IMC:
3. Edad: (Años cumplidos)	Circunferencia del brazo:
4. Fecha:	Hemoglobina:

De las siguientes opciones en relación al nivel de instrucción de la madre o cuidador seleccione en la columna de puntaje asignado un solo número que corresponda a su realidad.

IV. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE O CUIDADOR(NIM)

Nivel de Instrucción de la Madre	Puntaje Asignado	Puntaje correspondiente
Instrucción superior	1	
De 4 a 6 años secundaria	2	
De 1 a-3 años secundaria	3	
De 4 a 6 grado primaria	4	
De 1 a 3 grado primaria	5	
Ninguna Instrucción	6	

V. INDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA (IRV)

De las siguientes opciones en relación al Índice de riesgo vivienda seleccione en la columna de puntaje asignado un solo número que corresponda a su realidad.

La casilla de total es una opción para uso exclusivo del investigador.

Condiciones de la Vivienda	Items	Puntaje Asignado	Puntaje correspondiente
<i>Hacinamiento</i> (Sin tomar en cuenta a niños menores de un año)	<u># de habitantes</u> # de cuartos dormir	Más o igual a 5 personas (equivale a 6) De 3 a 4 personas (equivale a 3) 1 a 2 personas (equivale a 1)	
<i>Piso</i>	Tierra, caña, otro.	2	
	Madera, cemento, vinil.	1	
<i>Abastecimiento de agua</i>	Lluvia, río, pozo, vertiente, otro.	3	
	Carro repartidor entubada.	2	
	Potable	1	
<i>Servicio Higiénico</i>	Campo abierto, otro	3	
	Letrina, Excusado uso común.	2	
	Excusado uso exclusivo	1	
<i>Eliminación de aguas servidas</i>	Superficial	2	
	Red pública, pozo ciego	1	
<i>Eliminación de basura</i>	Aire libre, otro	3	
	Entierra, incinera	2	
	Recolector público	1	
<i>Ubicación de la cocina</i>	Ambiente compartido	3	
	Ambiente separado	1	
TOTAL			

VI. NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR (NIS)

De las siguientes opciones en relación al nivel social del Jefe de Hogar seleccione en la columna de puntaje asignado un solo número que corresponda a su realidad.

Actividad	Puntaje asignado	P. correspondiente
Empleados públicos, propietarios de gran extensión de tierra, comerciantes, profesionales independientes	1	
Artesanos, panaderos, sastre, chofer, profesional, empleado público (menor gradación), técnico docente.	2	
Obreros, fábrica, minería, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militar tropa., jubilado.	3	
Subempleado, vendedor ambulante, cocinero, lavandera, lustrabotas, peón, campesino pobre, cesante, desocupados, jornaleros.	4	

Evento migratorio: De la manera más comedida seleccione por favor la respuesta adecuada para cada una de las siguientes interrogantes.

De cada pregunta solamente se debe seleccionar una opción.

1. Familiares migrantes:

- Solo el padre
- Solo la madre
- Padre y madre

2. El lugar al que migraron fue:

- Estados Unidos
- España
- Italia
- Otro

3. Tiempo de migración:

Años de migración del papá: (Si el papá no ha migrado no seleccione ninguna opción)

- 1 año
- 2 a 4 años
- Más de 5 años

Años de migración de la mamá: (Si la mamá no ha migrado no seleccione ninguna opción)

- 1 año
- 2 a 4 años
- Más de 5 años

Años de migración de los progenitores:

- 1 año
- 2 a 4 años
- Más de 5 años

4. Tipo de familia en la que vive el niño: El término monoparental significa “Un progenitor”.

- Monoparental sin padre
- Monoparental sin madre
- Nuclear con padrastro
- Nuclear con madrastra
- Hijos solos
- Extensa (Otros familiares pero sin padre ni madre)

5. Persona cargo del niño:

- Mamá
- Papá
- Hermano/a mayor
- Abuelos maternos
- Abuelos paternos
- Tíos

- Otros



Instrumento validado

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9
AÑOS DE LA UNIDADEUCATIVA GUAPÁN, DEL CANTÓN AZOGUES, PROVINCIA DEL
CAÑAR, OCTUBRE 2015- ABRIL 2016

De la manera más comedida Señores padres de familia les pido me puedan ayudar respondiendo a las siguientes interrogantes que se requieren para la ejecución de un proyecto de investigación. La información por Usted proporcionada en este documento será estrictamente confidencial.

Calidad de la dieta y frecuencia de consumo

Marque con una X por favor la opción del 0 al 4 que identifique los alimentos que el niño consume.

En la casilla de puntos no se debe anotar ninguna información.

GRASAS

ALIMENTOS	0 Menos de 1 vez al mes	1 Dos a tres veces al mes	2 1 a 2 veces a la semana	3 3 a 4 veces a la semana	4 5 o más veces a la semana	PUNTOS
Hamburguesas o quesoburguesas						
Carne de res frita						
Pollo frito						
Embutidos						
Aderezos para ensalada, mayonesa (no dietéticos)						
Margarina o mantequilla						
Huevos						
Tocino o chorizo						
Queso crema o queso para untar						
Leche entera						
Papas fritas						
Helados						
Donas, pasteles, tartas, galletas.						
Total						

FRUTAS Y VEGETALES

Marque con una X por favor la opción del 0 al 4 que identifique los alimentos que el niño consume.

En la casilla de puntos no se debe anotar ninguna información.

ALIMENTOS	0 Menos de 1 vez al mes	1 Dos a tres veces al mes	2 1 a 2 veces a la semana	3 3 a 4 veces a la semana	4 5 o más veces a la semana	PUNTOS
Jugo de naranja						
Consumo de alguna fruta						

Ensalada verde						
Papas						
Frijoles cocidos						
Consumo de algún otro vegetal						
Cereal alto en fibra						
Pan negro de centeno o trigo						
Pan blanco (sin grasa)						
Total						

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

Marque con una X por favor la opción que identifique la frecuencia de consumo de los siguientes grupos de alimentos que el niño consume.

Solamente se puede seleccionar una opción.

Grupos de alimentos	Nunca	1 vez por mes	2-3 veces mes	1 vez/semana	2-3 veces semana	1 vez día	Más de 2 veces día
Leche y derivados							
Cereales y derivados							
Tubérculos							
Huevos y derivados							
Carnes derivados							
Pescados y mariscos							
Vegetales							
Frutas frescas							
Frutos secos							
Aceites y grasas							
Azúcar							
Chocolate y bollería							
Bebidas no lácteos							
Productos dietéticos							

Muchas gracias por su apoyo a la investigación.

Anexo 4:





Anexo 5:



Anexo 6:

