

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS,
FAMILIARES Y NUTRICIONALES DEL NIÑO Y NIÑA CON
DESNUTRICIÓN Y LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS CEN
CINAI EN EL CANTÓN DE ASERRÍ, SEGUNDO SEMESTRE DEL
2016.”**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para
optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis
en Gerencia de la Salud

Tatiana Gamboa Gamboa
Dilana López Borbón

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2017

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo final de graduación va dedicado a nuestros familiares, amigos y profesores que nos apoyaron durante todo el proceso.

Además un profundo agradecimiento por su guía a la Directora de Tesis María Eugenia Villalobos y al equipo asesor profesores Juan Carazo y Horacio Chamizo. Al Dr. Mauricio Vargas por su asesoría en cuanto al enfoque sistémico relacionado con la gestión de los servicios de salud.

Además agradecemos al establecimiento CEN CINAI Aserri, especialmente a Yolanda por su amabilidad y disponibilidad a ayudar durante el proceso de recolección de datos. Finalmente a la Escuela de Salud Pública por su apoyo.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con Énfasis en Gerencia.”



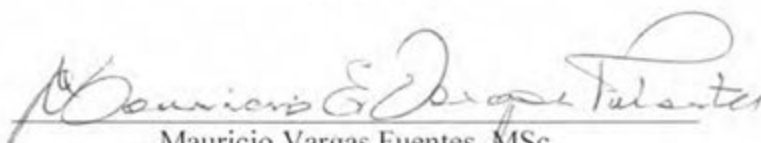
Juan Carazo Salas, Dr
**Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado**



María Eugenia Villalobos Hernández, PhD
Directora de Tesis



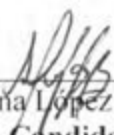
Horacio Chamizo García, PhD
Asesor



Mauricio Vargas Fuentes, MSc
**Representante del Director
Programa de Posgrado en Salud Pública**



Tatiana Gamboa Gamboa
Candidata



Dilana López Borbón
Candidata

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	ii
HOJA DE APROBACION.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
RESUMEN.....	viii
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE ABREVIACIONES	xiii
CAPITULO I:	1
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
Pregunta problema	5
JUSTIFICACIÓN	6
ANTECEDENTES	8
Antecedentes Internacionales.....	8
Antecedentes Regionales	10
Antecedentes Nacionales	11
Programa CEN CINAI	12
CAPITULO II:.....	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1 Desnutrición Infantil	15
2.1.1 Causas de la Desnutrición Infantil.....	16
2.1.2 Consecuencias de la Desnutrición Infantil.....	17
2.1.3 Tipos de Desnutrición Infantil.....	18
2.1.4 Prevención de la Desnutrición Infantil	18
2.1.5 Estrategias de Abordaje en la Desnutrición Infantil.....	19
2.2 Evaluación del Estado Nutricional de la Población Infantil	20
2.2.1 Estado Nutricional de los Niños y Niñas Menores de 5 años	20
2.2.2 Datos antropométricos a considerar en la población infantil	21
2.2.3 Datos dietéticos a considerar en la población infantil.....	23

2.2.4 Datos clínicos a considerar en la población infantil	27
2.3 Evaluación del desarrollo en los primeros años de vida.....	27
2.4 Condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el progreso en el estado nutricional en la niñez con desnutrición infantil.....	28
2.4.1 Determinantes sociales que afectan el estado nutricional infantil.....	31
2.4.2 Determinantes del hogar que afectan el estado nutricional infantil	36
2.5 Programas de Asistencia Nutricional	42
2.5.1 Gerencia en salud visto desde el enfoque sistémico.....	42
2.5.2 Programas Nacionales de Asistencia Nutricional a Nivel Nacional.....	45
2.5.3 Gestión de los Programas de Asistencia Nutricional.....	48
OBJETIVOS	50
Objetivos General.....	50
Objetivos Específicos	50
CAPITULO III:	51
METODOLOGIA.....	51
3.1 Diseño y Tipo de Estudio.....	51
3.2 Población de Estudio	53
3.2.1 Unidad de Estudio.....	53
3.2.2 Población	53
3.3 Recolección de Datos.....	54
3.3.1 Revisión fuentes secundarias.....	55
3.3.2 Instrumentos de Recolección de Datos.....	56
3.4 Análisis de la Información	58
3.5 Cuadro de Variables y Categorías	60
3.6 Consideraciones Éticas	63
CAPITULO IV:	65
RESULTADOS.....	65
4.1 Revisión Documental: Caracterización de la Población	66
4.1.1 Generalidades del cantón de Aserrí.....	66

4.1.2 Dimensión biológica	67
4.1.3 Dimensión económica.....	72
4.1.4 Dimensión sociocultural	78
4.1.5 Dimensión Ambiental.....	83
4.2 Resultados Cuantitativos: Caracterización de las Familias	87
4.2.1 Evolución del Estado Nutricional de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserrí y CEN Poás.....	87
4.2.2 Factores dietéticos de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserrí y CEN Poás.....	91
4.2.3 Desarrollo infantil de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserrí y CEN Poás.....	98
4.2.4 Características socioeconómicas de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserrí y CEN Poás.....	99
4.2.5 Dinámica Familiar de los Hogares de los Niños y Niñas con Desnutrición.....	102
4.3 Resultados Cualitativos: Profundización de Condiciones Sociales, Económicas y Familiares	106
CAPITULO V:	126
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	126
5.1 Condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el progreso en el estado nutricional en la niñez con desnutrición infantil.....	126
5.1.1 Condiciones Socioeconómicas de los Hogares de los Niños y Niñas con Desnutrición.....	126
5.1.2 Condiciones Familiares y Redes de Apoyo de los Niños y Niñas con Desnutrición	131
5.1.3 Evolución Nutricional y de Desarrollo de los Niños y Niñas con Desnutrición..	134

5.2 Capacidades de los Cuidadores para Alimentar a los Niños.....	136
5.2.1 Conocimientos de las cuidadoras con respecto a la atención del niño con desnutrición infantil	136
5.2.2 Actitud de las cuidadoras con respecto a la atención del niño con desnutrición infantil.....	139
5.2.3 Práctica de las cuidadoras con respecto a la atención del niño con desnutrición infantil.....	141
5.3 Funcionamiento del programa CEN CINAI frente a las condiciones de los niños y niñas con desnutrición.....	145
5.3.1 Caracterización de la demanda de los Programas CEN de Aserrí y CINAI de Poás dirigidos a niños con desnutrición.....	148
5.3.2 Caracterización de la oferta de los Programas CEN de Aserrí y CINAI de Poás dirigidos a niños con desnutrición.....	150
5.3.3 Descripción de la integración y ejecución entre la demanda y la oferta.....	156
5.3.4 Retroalimentaciones de los funcionarios como experto del servicio.....	158
LIMITACIONES	162
CONCLUSIONES.....	163
RECOMENDACIONES.....	164
Recomendaciones para la Gestión de los Servicios	164
Recomendaciones para la Dirección Nacional de CEN CINAI	165
Recomendaciones para la Oficina Local Aserrí – Acosta	166
Recomendaciones para el CEN ASERRÍ Y CINAI POÁS.....	167
Recomendaciones para los Cuidadores de Niños y Niñas con Desnutrición	168
Recomendaciones para futuras investigaciones	168
REFERENCIAS.....	170
ANEXOS	188

RESUMEN

Una nutrición inadecuada en los primeros años de vida, puede generar daños irreversibles en la personas por tanto poner en riesgo su bienestar. En el caso de la desnutrición, puede alterar tanto el desarrollo cognitivo como la capacidad para explorar el medio ambiente, lo cual puede tener consecuencias a largo plazo (UNICEF, 2011).

Según el Informe de Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de los Usuarios de los Servicios de Alimentación Complementaria del Ministerio de Salud 2014-2015, de todos los y niñas beneficiarios los cuales tienen como característica el presentar algún grado de malnutrición, el 36.8% según peso para la edad, 61.2% según peso para la talla, 37.1% talla para la edad y 24.7% según IMC para la edad después de un plazo no menor a diez meses, mejora su estado nutricional (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016).

Esta investigación tiene como objetivo, analizar las condiciones socioeconómicas, familiares y nutricionales del niño y niña con desnutrición y la respuesta de los servicios de CEN CINAI en el cantón de Aserrí, segundo semestre del 2016. Debido a la complejidad del origen de la desnutrición infantil, se trabajó con un diseño mixto, convergente. La población fueron 41 hogares de niños y niñas usuarios de los servicios DAF y API del CINAI de Aserrí y CEN Poás. Se realizó una caracterización de los determinantes sociales del cantón de Aserrí mediante la revisión documental del análisis de situación en salud del cantón. Se hizo una caracterización del niño, niña, su familia y las capacidades del cuidador para ello hizo una revisión del expediente del niño, grupos focales y entrevistas semiestructuradas individuales con los cuidadores y se hicieron consultas a expertos.

En cuanto a los resultados se observó que muchos de los hogares presentaron pobreza extrema y muchos tenían jefatura femenina, los jefes de hogar tenían trabajos ocasionales e informales. En cuanto a la conformación y crianza familiar: se recargaba sobre la figura femenina y la red de apoyo en su mayoría eran los abuelos. Se observó una crianza complaciente con límites confusos. Los presentaron un porcentaje de mejora en 12 meses promedio de Peso/Talla: 0%, Talla/Edad: 15%, IMC: 12% y un bajo desarrollo en MG, LE y SE. Finalmente las capacidades el cuidador para alimentar a los niños y niñas se observó que cuenta con los conocimientos pero no los ponen en práctica y tienen poca disposición para realizarla. Con respecto funcionamiento del CEN CINAI se observó que los funcionarios no cuentan con un perfil claro de puesto, generando sobrecarga de funciones, hay un establecimiento de metas irreales con una capacidad insuficiente de talento humano y se tiene la necesidad de tener una mayor comunicación entre niveles y necesidad de sistemas de información digitalizados. En conclusión, el programa CEN CINAI es de gran importancia para la niñez en condiciones de vulnerabilidad. Sin embargo, la respuesta del programa CEN CINAI ante la condición de desnutrición de sus clientes, presenta grandes desafíos al ser necesario incluir otros aspecto socioeconómicos y del hogar para poder cumplir con cabalidad sus objetivos, así como fortalecer, aún más, su relación y trabajo conjunto con otras instituciones.

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Interpretación de los indicadores antropométricos peso/edad, peso/talla y talla/edad según puntaje z para niños entre 0 a 5 años.

Cuadro 2. Interpretación de los indicadores antropométricos índice de masa corporal para la edad y talla/edad según puntaje z para niños y adolescentes entre 5 a 19 años.

Cuadro 3. Indicadores del desarrollo humano cantonal de Aserri, 2016.

Cuadro 4. Nivel de educación de la población de Aserri, 2015.

Cuadro 5. Distribución de los casos de violencia según grupo poblacional, correspondiente al área de salud de Aserri, 2015.

Cuadro 6. Diferencias entre los niños y niñas menores de 5 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016 que presentaron una talla normal para su edad y una baja talla.

Cuadro 7. Proporción de niños usuarios del programa DAF del CINAI Aserri y CEN Poás, que mejoraron, mantiene normal, mantiene malnutrición o deterioraron su estado nutricional según los indicadores antropométricos (P/E, P/T, T/E, IMC) en un periodo aproximado de 1 año.

Cuadro 8. Primer alimento al iniciar la alimentación complementaria recibida por los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Cuadro 9. Alimentos presentes en el recordatorio de 24 horas de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Cuadro 10. Porcentaje de niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016, evaluados con nivel de desarrollo bajo en las áreas de desarrollo.

Cuadro 11. Dinámica familiar de 15 de los de hogares de los niños y niñas clientes de los programas, según resultados de entrevista a sus encargados DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Cuadro 12. Victimización de los 15 de hogares de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Cuadro 13. Características de los niños y sus hogares según efecto en el estado nutricional en un periodo de 10 a 12 meses.

Cuadro 14. Cantidad de participantes según técnica de entrevistas individuales y grupos focales. n=35.

Cuadro 15. Generalidades de la alimentación acorde a la percepción de los cuidadores de los niños y niñas con bajo peso o desnutrición clientes del Programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

Cuadro 16. Causas y consecuencias del bajo peso o desnutrición acorde a los cuidadores de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

Cuadro 17. Dinámica familiar acorde a la percepción de los cuidadores de los niños y niñas con bajo peso o desnutrición clientes del Programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

Cuadro 18. Capacidades del cuidador de niños y niñas con bajo peso o desnutrición en términos de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la alimentación de los niños y niñas.

Cuadro 19. Percepciones de las cuidadoras de niños y niñas con bajo peso o desnutrición en relación con el Programa CEN CINAI como factor influyente en el estado nutricional de los niños y las niñas.

Cuadro 20. Condiciones socioeconómicas, de salud y emocionales de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a la percepción de los funcionarios, en el II semestre, 2016.

Cuadro 21. Causas y consecuencias del bajo peso o desnutrición de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a los funcionarios, en el II semestre, 2016.

Cuadro 22. Dinámica familiar de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a los funcionarios de los CEN CINAI, en el II semestre, 2016.

Cuadro 23. Capacidades del cuidador en relación con la alimentación de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a la percepción de los funcionarios, en el II semestre, 2016.

Cuadro 24. Percepción de los funcionarios acerca del abordaje que se le brinda a los niños y las niñas con desnutrición, clientes del programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Esquema de las causas de desnutrición en la niñez, UNICEF 1990
- Figura 2.** Marco de acciones para lograr una óptima nutrición y desarrollo fetal e infantil, Lancet 2013
- Figura 3.** Enfoque sistémico aplicado a la gestión del Programa CEN CINAI.
- Figura 4.** Diseño mixto convergente o paralelo empleado en el estudio.
- Figura 5.** Proceso de selección de la población de estudio.
- Figura 6.** Proceso de recolección de información.
- Figura 7.** Número de participantes en cada estrategia de recolección de datos.
- Figura 8.** Mapa del Cantón de Aserrí con sus distritos.
- Figura 9.** Distribución de la población en Aserrí.
- Figura 10.** Distribución por semana epidemiológica de la incidencia por primeros cinco eventos reportados.
- Figura 11.** Distribución de la vivienda acorde al tipo de ocupación en Costa Rica y Aserrí.
- Figura 12** Condición al nacer de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.
- Figura 13.** Diagnóstico del estado nutricional según indicadores antropométricos de niños y niñas menores de 5 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.
- Figura 14.** Diagnóstico del estado nutricional según indicadores antropométrico de niños y niñas entre 5 y 8 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.
- Figura 15.** Efecto en el estado nutricional de los niños y niñas al ser clientes en un de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás en un periodo mayor a 9 meses, durante los años 2015 y 2016.
- Figura 16.** Edad de inicio de alimentación complementaria de niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.
- Figura 17.** Razones de la desnutrición reportadas por las cuidadoras de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Figura 18. Frecuencia de consumo de grupos de alimentos fuente de proteína, frutas y vegetales en niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Figura 19. Patrón de consumo de alimentos según recordatorio de 24 horas de niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Figura 20. Nivel educativo cursado por el jefe de hogar de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Figura 21. Ocupación del jefe de hogar de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.*

Figura 22. Clasificación según el ingreso mensual per cápita de los hogares de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016^a.

Figura 23. Ingreso promedio per cápita de los hogares de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016^a.

Figura 24. Tipo de hogar de los 42 niños clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Figura 25. Análisis sistemático del programa DAF y API del CEN Aserri y CINAI Poás basado en el enfoque sistémico.

LISTA DE ABREVIACIONES

API	Atención y protección infantil
ASADA	Asociaciones de Sistema de Acueductos y Alcantarillados
ASIS	Análisis Situacional Integral de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAF	Caracterización de ambiente familiar
CAP	Conocimiento, actitudes y prácticas
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEN	Centros de Educación y Nutrición
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIES	Proyecto de Investigación, Consorcio de Investigación Económica y Social
CIGA	Comisión intersectorial de Guías alimentarias
CINAI	Centros Infantiles de Atención integral
DAF	Distribución de Alimentos a Familias
EDIN	Evaluación del Desarrollo Integral del Niño
EE##	Experto entrevista
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuestas demográficas y de salud familiar
FAO	Food agriculture Organization
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
IBINA	Índice de bienestar de la niñez y adolescencia
IBMc	Índice de Bienestar Material cantonal
ICc	Índice de Conocimiento cantonal
IDH	índice de desarrollo humano
IDHc	Índice de Desarrollo humano cantonal
IDHSCc	índice de desarrollo humano ajustado por seguridad ciudadana
IDS	índice de desarrollo social
IDSd	Índice de Desarrollo Social Distrital

IEV	índices de esperanza de vida
INAP	Instituto Nacional de Administración Pública
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Nutrición y Salud
IPHc	Índice de Pobreza Humana cantonal
ISCc	Índice de seguridad cantonal ciudadana
MICS	Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados
Mideplan	Ministerio de planificación nacional y política Económica
MinSa	Ministerio de Salud de Costa Rica
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organismo de Naciones Unidas
OPS	Organicacion Panamericana de la Salud
PAHO	Panamerican Health Organization
PEA	Población económicamente activa
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana
SGF##	Sujeto grupo focal
TACRO	Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe
UCR	Universidad de Costa Rica
UDELAR	Universidad de la República
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WFP	Programa Mundial de Alimentos

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Una nutrición inadecuada en los primeros años de vida, puede generar daños irreversibles en las personas, por tanto poner en riesgo su bienestar y calidad de vida. En el caso de la desnutrición, esta condición puede alterar tanto el desarrollo cognitivo como la capacidad para explorar el medio ambiente, lo cual puede tener consecuencias irreversibles (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011)¹.

Según el Informe de Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de los Usuarios de los Servicios de Alimentación Complementaria del Ministerio de Salud 2014-2015, de todos los y niñas beneficiarios los cuales tienen como característica el presentar algún grado de malnutrición, el 36.8% según peso para la edad, 61.2% según peso para la talla, 37.1% talla para la edad y 24.7% según IMC para la edad después de un plazo no menor a diez meses, mejora su estado nutricional (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016).

Por tanto, esta investigación tuvo como principal objetivo analizar las condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el progreso del estado nutricional de los niños y niñas con desnutrición que son usuarios del programa Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención integral de Aserri, de la Dirección Nacional de CEN-CINAI. Se destaca la relevancia de conocer el perfil del cliente de estos servicios desde una perspectiva integral, trascendiendo las evaluaciones que solamente toman en cuenta su estado nutricional según antropometría, con el fin de lograr un abordaje equitativo y pertinente de sus necesidades.

La desnutrición afecta en su mayoría a personas de los niveles socioeconómicos más bajos. Por lo que la investigación se llevó a cabo en el cantón de Aserri. Cantón que es catalogado según el Índice de Desarrollo Social Distrital, como uno de los cantones de

¹ Se utiliza el formato APA, sexta edición para la realización de la citación de referencias en el documento.

menor desarrollo. Por esta razón la población infantil presenta un mayor riesgo de desarrollar desnutrición (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2013).

Por la naturaleza de la desnutrición, no se puede reducir solamente a variables cuantitativas, por lo que el estudio es de carácter observacional mixto cualitativo (Ruel & Alderman, 2013). Se trabajó con la totalidad de la población que cumplieron todos los criterios de selección, y se utilizaron técnicas cuantitativas como la revisión de expedientes y técnicas cualitativas como la entrevista individual y los grupos focales. Se respetó en todo el desarrollo de la investigación las consideraciones bioéticas.

Finalmente, debido a la complejidad del origen de la desnutrición infantil, las soluciones que se planteen para contrarrestarla deben tener un “*Enfoque de Equidad y Derechos Humanos*”, para de esta manera llegar a las poblaciones más vulnerables, quienes presentan mayores dificultades para ejercer sus derechos. Estos enfoques buscan orientar la gestión de los servicios de salud hacia la construcción de sistemas más equitativos, centrados en el usuario como sujeto, los cuales procuran desarrollar estrategias de intervención pertinente, congruente y de calidad a la población. Destacando que el mejoramiento de estos servicios impacta tanto a la población vulnerable como a todas aquellas personas que hacen uso del mismo, promoviendo el desarrollo y progreso social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La niñez y la adolescencia son la base sobre la que se construye la sociedad”. Durante ambas etapas, se adquieren las habilidades básicas que permiten al ser humano la integración en la sociedad productiva y ser partícipe de los demás ámbitos de la sociedad, la cultura y la política que les permite acceder a un estado de bienestar. Por esta razón, la inversión en este grupo debe considerarse primordial para la formación de valores y el ejercicio de la ciudadanía. Para lograr una adecuada inversión es importante conocer cuál es el estado de bienestar de las niñas, niños y adolescentes (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2000), (MIDEPLAN & UNICEF, 2014).

Dentro de los condicionantes del bienestar, se destaca la nutrición, la cual tiene efectos profundos en la salud durante todo el ciclo de la vida humana y se encuentra estrechamente vinculada con el desarrollo y crecimiento, principalmente en la primera infancia. Por lo que una nutrición inadecuada en los primeros años de vida, puede generar daños irreversibles, significando el retraso en el crecimiento y desarrollo de por vida, en la personas arriesgando su bienestar y limitando la posibilidad de alcanzar su máximo potencial. (Black et al, 2013) (UNICEF, 2013).

En esta etapa además de todas las habilidades para formar parte de la sociedad, se da la formación, crecimiento y maduración de los órganos, por lo que un estado de desnutrición puede alterar tanto el desarrollo cognitivo como la capacidad para explorar el medio ambiente (UNICEF, 2011). Adicionalmente, dentro de las principales consecuencias se destaca elevadas tasas por enfermedades infecciosas y la disminución de la capacidad de aprendizaje en la infancia, incluso el aumento en las enfermedades no trasmisibles en la edad adulta (Black et al, 2013).

Según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, el 16,3% de niños y niñas menores de 5 años de edad presentan un déficit en el indicador peso para la edad, 8,3% presentan déficit de peso para la talla y un 29,4% en talla para la edad. Además, el 7,6% de los niños

y niñas en etapa preescolar e infantes (menores de 6 años) presentan anemia (MinSa, 2009) (Cai, 2014).

Según el Informe de Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de los Usuarios de los Servicios de Alimentación Complementaria del Ministerio de Salud 2014-2015, de todos los y niñas beneficiarios los cuales tienen como característica el presentar algún grado de desnutrición, más del 60% de los niños mantiene su estado de desnutrición o empeora después de un plazo no menor a diez meses de pertenecer al Programa CEN CINAI (a excepción del indicador peso para la talla donde el porcentaje de no mejora es menor al 40%) (Dirección Nac. CEN CINAI, 2014).

La desnutrición afecta en su mayoría a personas de niveles socioeconómicos más bajos. Estadísticas del INEC del 2016, indican que el porcentaje de la población en pobreza extrema a nivel nacional fue de 6.3%, la población más afectada es la rural con un 9,8 % de pobreza extrema en comparación a la urbana con un 5.1%. Aunado a dicho indicador, se estima que un 7 % presentan un ingreso per cápita inferior al costo de la Canasta Básica Alimentaria, por tal motivo se encuentra en alto riesgo nutricional (Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2009) (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2016).

Según el Índice de Desarrollo Social Distrital, Aserri es uno de los cantones catalogados como de menor desarrollo. Sus distritos Aserri, Salitrillos, Tarbaca, Vuelta de Jorco, San Gabriel se definen como zonas de nivel medio de Desarrollo Social, Monterrey de nivel bajo y La Legua muy bajo. Por esta razón la población infantil presenta un mayor riesgo de desarrollar desnutrición (Mideplan, 2013).

Debido a la complejidad del origen de la desnutrición infantil, las soluciones que se planteen para contrarrestarla deben tener un enfoque de equidad, para así poder llegar a las poblaciones más vulnerables y con mayores dificultades para ejercer sus derechos.

Resulta indispensable conocer el perfil del hogar en el que se desenvuelve el niño pues las familias han ido variando con el tiempo. La “*familia nuclear*”, se ha ido modificando dando lugar a las familias monoparentales y las familias “reconstituidas o ensambladas” (UNICEF- UDELAR, 2003). Además, es importante analizar las capacidades de las personas cuidadoras de los niños y las niñas que presentan desnutrición acerca de la alimentación saludable pues se conoce que estas capacidades tiene implicaciones directas en la mejora o no del estado nutricional de estos niños y a la vez en el desarrollo adecuado y su bienestar (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 2009).

Cabe destacar que esta información, enlazada con los principios orientadores de la Nueva Gestión Pública, como es el de “*Reinventar*”, lograría que las organizaciones públicas operen mediante una planificación estratégica sostenible a largo plazo, centrándose en los resultados, colocando a los clientes en primer lugar. Al realizar esta gestión, se lograría una toma de decisiones pertinentes y acorde a las necesidades de la población.

Pregunta problema

Tomando como referencia lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta ante esta problemática:

¿Cuáles son las condiciones sociales, económicas, familiares y nutricionales que afectan el estado nutricional en la niñez con desnutrición clientes de los servicios CEN CINAI de Aserrí y Cual es la respuesta del programa CEN CINAI?

JUSTIFICACIÓN

Los primeros años de vida son cruciales para un crecimiento y desarrollo saludable, al contrario, un estado de deficiencia en esta etapa puede generar daños irreversibles en el desarrollo del niño. Estudios científicos recientes han encontrado una relación entre la deficiencia de nutrientes y energía en etapas tempranas de la vida y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en etapas avanzadas.

Por tales motivos, los programas nacionales de atención nutricional de la Dirección de CEN-CINAI, adscritos al Ministerio de Salud, resultan prioritarios pues estos tienen como uno de sus fines, contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno-infantil y el adecuado desarrollo de los niños y niñas que viven en condiciones de pobreza y riesgo social. Sin embargo, debido a la complejidad de las causas de la desnutrición y las condiciones de pobreza, la evolución de los niños con estado nutricional deficiente resulta ser lenta en muchos casos (Dirección Nac. CEN CINAI, 2014) (Gajate & Inurritegui, 2002).

La familia, es el primer y más importante agente de socialización de un niño, por lo tanto tiene una gran influencia en el estado nutricional del mismo. La evidencia señala que muchas deficiencias como por ejemplo la pobreza se transmiten de generación en generación. Por lo tanto el análisis del hogar y específicamente el cuidador principal o cuidadores del niño son clave para comprender la situación del niño, a la vez el cuidador viene a ser intermediario para intervenir y modificar estos círculos viciosos que se repiten de generación en generación y ponen en riesgo el desarrollo infantil (CEPAL, 2013) (CEPAL, 2005).

A nivel nacional, se carece de estudios que caractericen el perfil del hogar y del cuidador del niño con desnutrición. Por tanto, esta investigación viene a generar un análisis de las condiciones de los hogares, y cuidadores con el fin de detectar situaciones que no permiten mejorar el estado nutricional de los niños y niñas de manera oportuna, además de los conocimientos, actitudes y práctica que pueden poner en riesgo el bienestar infantil

relacionado con la alimentación. Esta investigación además de identificar estas situaciones, permitirá tomar decisiones con respecto a la implementación del programa, y replantear las estrategias del CEN CINAI en Aserrí para que las mismas se ajusten al perfil familiar de los niños y niñas con desnutrición y a sus necesidades en específico.

ANTECEDENTES

Las investigaciones realizadas así como estudios e informes permiten conocer la temática que se pretende abordar. En este caso, se hace referencia a los factores del hogar que influyen en la desnutrición, enfocada principalmente en la niñez y la respuesta por parte de los programas de asistencia nutricional para atender a sus demandas.

A continuación se desarrollan estos estudios según los aspectos anteriormente citado, acorde si son internacionales, regionales, nacionales o locales:

Antecedentes Internacionales

A nivel Internacional, se destaca un estudio realizado en Mumbai, India en una zona urbano marginal. En ese estudio se describe como la nutrición de los niños se encuentra determinado por varios factores entre ellos los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre. El propósito era entender los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre con respecto a la nutrición de los niños menores de 5 años. La metodología empleada consistió en un diseño descriptivo transversal, con una muestra de 300 niños y sus madres, utilizando como instrumento una entrevista semiestructurada (Mukherjee, 2014).

Los resultados obtenidos denotan que el conocimiento de las madres con respecto a la lactancia materna era variado, la mayoría de las madres (88%) estaban conscientes de que la lactancia materna exclusiva es necesaria después del parto y la duración debe ser de al menos 6 meses. Adicionalmente, se encontró que existía un vacío en el conocimiento de la importancia de la lactancia materna en relación con las enfermedades presentes en la infancia. En términos de prácticas, 24.6% no iniciaron la lactancia materna en la primera hora de nacimiento y solo el 7% aumentaron la lactancia materna durante enfermedades. Aunado a esta situación, se encontraron prácticas muy pobres en relación con la adecuada nutrición en los niños (Mukherjee, 2014).

En una zona rural de Uganda, se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo cuyo objetivo fue evaluar las barreras en el uso de prácticas para alimentar a niños de 0 a 24

meses por parte de sus cuidadoras primarias. Para la obtención de los resultados, se realizaron cuatro grupos focales con aproximadamente 11 cuidadoras primarias cada grupo. Los resultados de esta investigación, identificaron que las barreras que tienen las cuidadoras están relacionadas los conocimientos, cultura y estatus social de las mismas. Específicamente las cuatro principales barreras identificadas en este estudio fueron la falta de conocimientos acerca de la lactancia materna y alimentación complementaria y la falta de tiempo y presupuesto. Estos dos último debido a que las cuidadoras tienen otras responsabilidades (Nankumby, Muliira, 2015).

En Etiopía se realizó un estudio transversal para identificar los diferentes tipos de comportamientos de las cuidadoras para alimentar a los niños, además de analizar los factores que influyen en estos comportamientos. La investigación se realizó en una comunidad de Etiopía en el año 2009 y la muestra fue 845 cuidadoras. Para la recolección de los datos, se realizó una entrevista cara a cara utilizando el cuestionario “Formas de alimentar al niño por parte del cuidador”. Dicho instrumento fue adaptado y validado previamente con un 5% de la muestra. En cuanto a los resultados, aproximadamente el 76% de las cuidadoras fueron catalogadas como cuidadoras responsables, refiriéndose a la forma de alimentar al niño. Además se observó que el comportamiento del cuidador desinteresado se vio favorecido cuando este cuidador no es la propia madre del niño, al contrario se observó que las madres que venían de zona rural eran más responsables (Wondafras et al, 2012).

En Zambia se realizó un estudio transversal con un enfoque mixto en el cual se describió las prácticas para alimentar a infantes y niños pequeños y su estado nutricional. Para recolectar la información se les administró un cuestionario a 634 cuidadoras de niños menores de 24 meses. Dentro de las variables recolectadas, se encuentran el peso y talla del niño. Además de que se realizaron grupos focales para analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y cuidadores relacionados con la forma de alimentar a los niños. Los resultados, evidenciaron que las cuidadoras conocen acerca de cómo alimentar correctamente a los niños sin embargo no las ponen en práctica (Katepa et al, 2015).

Antecedentes Regionales

En Perú, se realizó una investigación para analizar los factores socioeconómicos que explican las desigualdades nutricionales en la población infantil. Para este estudio se hizo una revisión de las 4 últimas encuestas demográficas y de salud familiar (ENDES), desde 1991 hasta el 2007. Dentro de las variables relacionadas con la desnutrición se evaluó, a nivel individual, el sexo, orden de nacimiento y edad del niño. Como características del hogar se consideraron la educación, edad e indicador talla para la edad de la madre, educación del jefe de hogar y el nivel socioeconómico del hogar entendido principalmente como la disponibilidad de recursos económicos. Finalmente a nivel de la comunidad se evaluó la tasa de pobreza distrital (Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2010).

Dentro de los resultados, el nivel socio económico del hogar resultó ser la variable que explica en mayor proporción las desigualdades nutricionales. Se observó que el 63,5% de los niños con desnutrición se encuentran concentrados en el 38% de los hogares más pobres de Perú (Centro de Investigación y Desarrollo - INEI, 2010).

La pobreza resultó ser una barrera para que los miembros del hogar puedan llegar un estilo de vida saludable, pues los recursos limitados hacen más difícil el acceso a los servicios de salud, a llevar a cabo una alimentación y prácticas sanitarias adecuadas. Este estudio concluyó que es necesario que las intervenciones públicas vayan dirigidas a mejorar la capacidad de los hogares, a tener acceso a estos servicios y que la capacitación en aspectos nutricionales es muy importante principalmente para desligar la educación formal de la madre con el estado nutricional del hijo y capacitaciones en cuanto a la planificación del hogar (Centro de Investigación y Desarrollo - INEI, 2010).

En Guatemala se realizó un estudio de los factores socioeconómicos que influyen en la prevalencia de un mal estado nutricional en niños de 6 a 60 meses. El Objetivo era determinar el estado nutricional de los niños en relación a las medidas antropométricas.

La metodología utilizada correspondía a una recopilación de la información antropométrica y socioeconómica (Alfaro, Tally, Diaz, Morales, Reyes, & Ma, 2012).

Dentro de los principales resultados obtenidos se encuentra que se pudo identificar el estado nutricional de los niños, en algunos se identificó la desnutrición directamente por un bajo peso, pero muchos otros pese a presentar un peso normal, presentaron retardo en el crecimiento indicando así el padecimiento de la desnutrición. Adicionalmente, se pudo identificar que el mayor porcentaje de niños que presentaron desnutrición crónica pertenecen al nivel socioeconómico pobre (Alfaro et al, 2012).

Como conclusión, se destaca que sí hay relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de los niños presentes en la investigación (Alfaro et al, 2012).

Antecedentes Nacionales

En Costa Rica, se realizó un estudio que caracterizó a 10 niños que murieron por desnutrición durante el periodo del 2005 a 2007. Se trató de un estudio retrospectivo cualitativo, etnográfico. El propósito de la investigación fue analizar el micro y macroambiente de estos niños para construir un perfil de riesgo que facilite una intervención oportuna para niños con desnutrición (Ibañez, 2010).

En cuanto al microambiente, los resultados evidenciaron que el bajo peso al nacer, morbilidades presentes tales como infecciones, diarrea y vómito son factores de riesgo asociados a la dimensión biológica. En cuanto a la dimensión sociocultural, la baja escolaridad de la madre, hogares hacinados, hogares que cuentan con adultos con inestabilidad laboral y familias con índice de dependencia mayor a la relación de asalariado y dependiente de un tercio son factores de riesgo. Finalmente, familias sin los servicio de agua tratada, disposición de excretas, recolección de desechos y familias que viven cerca de basureros, ríos sucios o aire contaminado y en viviendas en mal estado se presentan como factores de riesgo de la dimensión ambiental (Ibañez, 2010).

En cuanto al macroambiente, la distancia para acceder los servicios de salud o abastecimiento de alimentos resultaron ser factores de riesgo (Ibañez, 2010).

Programa CEN CINAI

Periódicamente se realizan estudios en los Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención integral, por parte de la Dirección Nacional, denominado “*Evaluación de efectos en el estado nutricional de niños y niñas que recibieron servicios de alimentación complementaria*” e “*Informe de Datos Básicos*” (Dirección Nac. CEN CINAI, 2015), (Dirección Nac. CEN CINAI, 2016).

Esta Evaluación de efectos busca determinar el efecto que tienen los servicios de alimentación complementaria sobre el estado nutricional de los niños y niñas que pertenecieron a ellos, durante un periodo no menor a 10 meses como parte del sistema de vigilancia de crecimiento infantil (Dirección Nac. CEN CINAI, 2015).

El objetivo es evaluar el efecto en el estado nutricional de los clientes, por su participación en los servicios de alimentación complementaria que brinda la Dirección de CEN CINAI. La metodología utilizada se basa en lo descrito en el Manual para la evaluación de efectos en el Estado nutricional de los clientes que participan de los servicios de alimentación complementaria (Dirección Nac. CEN CINAI, 2015).

Dentro de los principales resultados, se muestra que un porcentaje de niños y niñas lograron pasar de una clasificación de malnutrición a otra de mejor condición en su estado nutricional, de manera que existe una tendencia, positiva en su crecimiento, contribuyendo a un mejoramiento de su desarrollo, este hallazgo manifiesta la contribución que ha tenido los servicios de alimentación complementaria, educación y salud. También, se denota como los niños y niñas en pobreza tienen una alta vulnerabilidad social, económica y ambiental lo que puede justificar que existan clientes con deterioro en el estado nutricional (Dirección Nac. CEN CINAI, 2015).

Por otro lado, el Informe de datos básicos, realizado en el año 2014 corresponde al análisis general de vigilancia del crecimiento y desarrollo de la población atendida por los CEN CINAI.

La metodología corresponde a la revisión y análisis de los datos básicos, recolectados en los distintos establecimientos acorde al tipo de servicio del cual son clientes los niños y niñas. Posterior a este análisis, se tuvo como resultado que un porcentaje importante de clientes menores de 2 años presentan desnutrición crónica, en especial aquellos niños pertenecientes al servicio distribución de alimentos a familias (DAF), quienes adicionalmente presentaron problemas a nivel de desarrollo (Dirección Nac. CEN CINAI, 2016).

Otro de los resultados importantes, fue el observar un leve crecimiento de los casos de sobrepeso y obesidad en estos niños y niñas, en comparación con el informe de datos básicos del 2013.

Por lo que a partir de este análisis de resultados se concluye que los servicios del CEN – CINAI deben continuarse y fortalecerse para prevenir mayor deterioro de la población que se atiende, así mismo, fortalecer los servicios de atención interdisciplinar y promover el trabajo intersectorial para un abordaje integral de esta población.

Adicionalmente, el Mideplan y la Dirección Nacional de CEN CINAI del Ministerio de Salud, realizaron un “*Perfil Socioeconómico de familias y personas usuarias*” en el 2014, el cual tiene como fin conocer las características de las personas que reciben los servicios así como el efecto que ha tenido el mismo en el crecimiento y desarrollo de la población infantil (Mideplan & Dirección Nac. CEN CINAI, 2014).

La metodología utilizada consistió en una revisión de documentos primarios y secundarios. En los documentos primarios se destaca los datos del Sistema de Caracterización de ambiente familiar (CAF) y los registros administrativos de los expedientes de salud, y de información secundaria se utilizó informes nacionales.

Dentro de los principales resultados a nivel socioeconómico, se describe que a través del programa se atiende el 75% de distritos con bajo y muy bajo desarrollo, principalmente de zonas rurales y urbano-marginales. Las familias que reciben el servicio se encuentran mayoritariamente en pobreza extrema, con jefaturas de hogar con baja escolaridad. Esta información ha permitido por un lado evidenciar la relevancia que tiene el CAF para conocer la condición socioeconómica de las familias así como adaptar los servicios ofrecidos a la realidad de los beneficiarios (Mideplan & Dirección Nac. CEN CINAI, 2014).

La identificación de antecedentes tanto internacionales como nacionales, permiten analizar conocimientos, acciones y evidencias generados por otras instituciones e investigadores en relación con el abordaje de la desnutrición en la infancia, la relevancia de conocer su familia y condiciones socioeconómicas, y con base en esta información desarrollar estrategias de gestión que mejore el servicio que se le brinda a estos niños y sus familia.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

A continuación, se presenta la teoría más relevante con respecto a la desnutrición infantil. Iniciando con las generalidades de la desnutrición, su definición, causas y consecuencias. Seguido por los aspectos a nivel del niño que pueden afectar su estado nutricional considerando las dimensiones antropométrica, dietética, clínica y desarrollo. Posteriormente se incluyen los aspectos del hogar que influyen en el estado nutricional considerando la dinámica y composición familiar y el papel del cuidador. Además de determinantes sociales como la educación, equidad y justicia social, pobreza y acceso a los servicios básicos. Finalmente se detallan los programas de asistencia nutricional en población infantil, su gestión y generalidades.

2.1 Desnutrición Infantil

La salud es un medio para la realización personal y colectiva, constituyendo, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar (Frenk,1992). Especialmente, en la etapa de la niñez, la nutrición correspondiendo a la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, representan la base de la supervivencia, la salud y el desarrollo infantil, permitiéndoles crecer y aprender, para participar en las comunidades y colaborar con ellas (OMS, 2017) (UNICEF, sf).

Amartya Sen, en su artículo *¿Por qué la Equidad en Salud?* Menciona que la salud además de ser una de las condiciones más importantes en la vida, es un aspecto fundamental de las posibilidades de todo ser humano (Sen, 2002).

Para Sen, los logros o fracasos obtenidos en el tema de salud, no solamente dependen de la atención en los servicios de salud, sino que además influyen los aspectos biológicos, los ingresos económicos, el entorno epidemiológico, la nutrición, entre muchos otros (Sen, 2002). El Modelo de Evaluación Global del Ambiente del Desarrollo Temprano de la

Niñez coincide en el hecho de que se debe trabajar en muchos aspectos de la vida para poder alcanzar el máximo potencial de cada individuo y su familia (UNICEF, 2015).

En el caso específico de la nutrición, es bien conocido que los primeros años de vida son fundamentales para un crecimiento y desarrollo apropiado (Organización Mundial de la Salud, 2014). Según la Convención sobre los Derechos del Niño, toda la población infantil tiene derecho a una buena nutrición. Por tales motivos, muchos de los programas de intervención en nutrición a nivel nacional se enfocan en esta etapa de la vida (OMS, 2014) (Brown, 2010) (Food Agriculture Organization, 2010).

Según datos de UNICEF (2011), en los países en desarrollo, casi 200 millones de niños y niñas menores de 5 años padecen de desnutrición crónica. Estado que se caracteriza por una serie de condiciones que ponen en riesgo la salud, causada por una ingesta inadecuada deficiente o por una malabsorción de nutrientes. Los indicadores de una nutrición deficiente son el bajo peso al nacer, la emaciación, el retraso en el crecimiento y la insuficiencia ponderal (OMS, 2013) (OMS, 2014) (FAO, 2010) (UNICEF, 2011).

Según el estudio multicéntrico desarrollado por la OMS para determinar el patrón de crecimiento de los niños y niñas menores de 5 años, para que un niño sea diagnosticado con desnutrición, su peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad deben estar por debajo de dos desviaciones estándar en cualquiera de los indicadores (OMS, 2008).

2.1.1 Causas de la Desnutrición Infantil

Las causas de la desnutrición son complejas y multifactoriales. UNICEF en su publicación "*La desnutrición infantil*", agrupa las causas en 3 categorías: causas inmediatas, subyacentes y básicas (UNICEF, 2011).

Las causas inmediatas son la ingesta alimentaria insuficiente tanto en cantidad como en calidad y el estado de salud del niño. por ejemplo la presencia de enfermedades infecciosas. así como el estado nutricional de la mujer al momento de la concepción y

durante el embarazo. No obstante, las causas directas o básicas, se presentan en los ejes de desigualdad dados por la seguridad alimentaria familiar, cuidados de la madre y los niños; destacando los ambientes de salud y servicios, en los cuales subyacen condiciones económicas y sociales, contextos globales y nacionales, recursos y gobernabilidad. (Black et al, 2013) (FAO, 2010) (UNICEF, 2011) (Wright & Birks, 2000).

2.1.2 Consecuencias de la Desnutrición Infantil

La desnutrición infantil es una condición que afecta en muchos aspectos a la población infantil, violentando así el derecho de los niños a la salud, educación, crecimiento y desarrollo y a la vida (UNICEF TACRO, 2008). Es importante destacar que la nutrición se encuentra estrechamente vinculada con el desarrollo cognitivo y social, por lo que la desnutrición tendrá repercusiones en este desarrollo, ocasionando que los niños no sean capaces de alcanzar su pleno potencial de crecimiento y desarrollo (Black et al, 2013).

Un niño con desnutrición tiene una mayor probabilidad a padecer de enfermedades, por lo cual se ausentará o retrasará más su ingreso a un sistema educativo (UNICEF TACRO, 2008). La deficiencia de nutrientes críticos para los niños es otra consecuencia. Dentro de los micronutrientes que pueden ser deficientes se encuentra el hierro, yodo, zinc y vitamina A. Dichas deficiencias se asocian a un menor desarrollo cognitivo, capacidad de aprendizaje y un bajo estado de ánimo (Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Nutrición y Salud, 2012) (UNICEF TACRO, 2008) (Black et al, 2013).

A largo plazo, la desnutrición infantil conlleva consecuencias en la capacidad intelectual, productividad laboral y crecimiento económico. Con respecto a la salud, se ha encontrado una relación positiva entre padecer desnutrición en etapas tempranas y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta (Black et al, 2013) (UNICEF TACRO, 2008) (Centro de Investigación y Desarrollo - INEI, 2010).

2.1.3 Tipos de Desnutrición Infantil

Existen 2 tipos de desnutrición los cuales se clasifican según los indicadores antropométricos. La desnutrición crónica es cuando el niño presenta un retraso en su crecimiento. Este tipo de desnutrición se diagnostica cuando el niño presenta una talla menor a la recomendada según su edad. En general, la desnutrición crónica indica que ha existido un déficit de nutrientes y energía por un periodo de tiempo prolongado lo cual pone al niño en riesgo de contraer enfermedades, además de afectar su desarrollo físico e intelectual (UNICEF, 2011) (Byrd, Moe, Beshgetoor, & Berning, 2010) (Brown, 2014) (OMS, 2008).

Existe otro tipo de desnutrición denominado desnutrición aguda la cual se diagnostica principalmente con el peso del niño, cuando el mismo está por debajo del recomendado, existe la desnutrición aguda moderada y la desnutrición grave o severa (UNICEF, 2011) (Brown, 2014).

2.1.4 Prevención de la Desnutrición Infantil

La prevención de la desnutrición infantil en los primeros años de vida tiene gran relevancia, debido a que es en esta etapa cuando se produce el mayor crecimiento y desarrollo en los niños, el cual va desde la formación de órganos hasta su maduración y crecimiento. Por el contrario, una nutrición inadecuada en este periodo puede generar daños irreversibles en la persona (UNICEF, 2011).

Tomando como referencia esta situación, en donde se destaca que los primeros años son claves para la formación de los niños y niñas, aunado a la prioridad de brindar una atención de calidad para garantizar su derecho a un desarrollo integral adecuado, se creó “*La Alianza de los 1000 días*” siendo una iniciativa que busca incentivar la acción e inversión para mejorar la nutrición de los niños y niñas y sus madres en los primeros 1000 días de vida, los cuales incluyen desde el embarazo hasta los dos años de edad del niño. Esta iniciativa busca crear una alianza entre el gobierno, el sector privado y las organizaciones

de la sociedad civil, con el fin de fomentar la inversión y fortalecer las políticas de nutrición temprana en los países en desarrollo (UNICEF, 2011) (Ruel & Alderman, 2013).

2.1.5 Estrategias de Abordaje en la Desnutrición Infantil

Al igual que las causas de la desnutrición, el tratamiento es multifactorial lo cual lo hace bastante complejo. Según UNICEF (2011), Black et al (2013) las intervenciones para la desnutrición infantil se agrupan en:

- **Acciones de prevención:** aporte de vitaminas y minerales esenciales y críticos en las primeras etapas de la vida, fomento de la lactancia materna y de una alimentación complementaria adecuada después de los 6 meses y vigilancia nutricional para la detección temprana de casos de desnutrición (FAO, 2014).
- **Fortalecer los programas para prevenir la deficiencia de yodo, hierro y calcio en las mujeres,** principalmente durante el embarazo y el período de lactancia (Black et al, 2013).
- **Cambios en el entorno socio-cultural:** prevención de embarazos precoces, acciones para protección de los derechos de la mujer y las niñas, fomenta el consumo de alimentos locales, hábitos alimentarios saludables, hábitos de higiene para prevenir enfermedades infecciosas, fortalecer los sistemas de agua y saneamiento, atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario, educación de calidad para capacitar para prevenir y abordar la desnutrición y sus consecuencias y medidas para cuidar el ambiente y cambios ambientales que afectan negativamente la disponibilidad de alimentos (Sen & Kliksberg, 2007).
- **Promover la estimulación en el hogar,** oportunidades de aprendizaje y adecuada estimulación dirigida a los niños con desnutrición.
- Fortalecer los esfuerzos preventivos dirigidos a los 1000 días, así como los esfuerzos terapéuticos que se enfocan en la emaciación severa.
- **Tratamiento de la desnutrición:** utilización de alimentos suplementados.
- **Otros tratamientos y actuaciones:** tratamientos más específicos de patologías relacionadas con las desnutrición por ejemplo tratamiento para eliminar parásitos, para

tratar la diarrea e intervenciones en situaciones de emergencia (UNICEF, 2011) (UNICEF, 2008).

- **Coordinar programas y políticas** a través de los distintos sectores de salud que trabajan en pro de la niñez y el abordaje de la malnutrición.

2.2 Evaluación del Estado Nutricional de la Población Infantil

Al evaluar el estado nutricional de niños y niñas lactantes y preescolares, se debe tomar en cuenta sus características de crecimiento y desarrollo, pues estas se encuentran en constante cambio. Los componentes a evaluar se describen a continuación (Bezares et al, 2012) (Brown, 2010) (Palafox & Ledesma, 2012).

2.2.1 Estado Nutricional de los Niños y Niñas Menores de 5 años

La malnutrición desde cualquiera de los dos escenarios, deficiencia o exceso, representa una amenaza para la salud humana y son problemas a nivel mundial. Un estado de subalimentación y sobrenutrición pueden tener importantes consecuencias para la sobrevivencia, incidencia de enfermedades, desarrollo saludable y productividad económica en el individuo y las personas. En el niño puede generar problemas en el desarrollo físico y mental, además ambas pueden desencadenar en obesidad que a largo plazo se transforma en enfermedades crónicas no transmisibles (OMS, 2014) (UNICEF, 2011) (Black et al, 2013).

Mantener un estado nutricional adecuado en niños y niñas menores de 5 años es clave para un adecuado desarrollo a lo largo de toda la vida. Los países subdesarrollados, deben realizar un doble esfuerzo para la vigilancia e intervención nutricional, debido a que en estos lugares coexisten dos condiciones extremas: la desnutrición y la sobrenutrición.

En el caso específico de Costa Rica, según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, el 16.3% de niños y niñas menores de 5 años de edad presentan un déficit en el indicador peso para la edad, 8.3% presentan déficit de peso para la talla y un 29.4% en talla para la

edad. En cuanto a la prevalencia de exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años es de 8,1% (MinSa, 2010) (Cai, 2014).

Uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en esta etapa de la vida es la anemia por deficiencia de hierro, esto debido al crecimiento rápido que presentan los lactantes mayores y preescolares y que compromete la habilidad del niño de aprender. La deficiencia de hierro se puede atribuir al resultado de las necesidades insatisfechas; como el bajo consumo o absorción en la dieta así como al aumento de las pérdidas, como en enfermedades parasitarias (PAHO, 2017) (Black et al, 2013) (Brown, 2010). En Costa Rica para el periodo 2008-2009, el 7,6% de los niños y niñas en etapa preescolar e infantes (menores de 6 años) presentan anemia, es importante destacar que en el área metropolitana es donde la prevalencia de anemia es mayor (14,8%), en el área urbana 7,1% y rural 3,4%. Es importante mencionar que esta ha disminuido considerablemente con el paso del tiempo pues en el 1996 era 26,4 y actualmente es 7,6% (MinSa, 2010).

2.2.2 Datos antropométricos a considerar en la población infantil

La evaluación antropométrica es uno de los indicadores más simples y menos costosos para la evaluación y vigilancia nutricional. La valoración antropométrica en el lactante y preescolar, se relaciona con la medición del crecimiento. Las mediciones que se incluyen son el peso, longitud para niños y niñas menores de 2 años y talla para niños y niñas mayores de 2 años, circunferencia cefálica para niños y niñas menores de menores de 2 años. Una vez que se realizan las mediciones corporales, se calculan los indicadores peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad y circunferencia cefálica para la edad, los mismos se comparan con algún punto de referencia (Bezares, Bojórquez, Burgos, Barrera, 2012) (Sudfeld et al, 2015).

A nivel nacional, se utilizan los Patrones de Crecimiento Infantil del 2006 establecidos por la Organización Mundial de la Salud, los cuales fueron resultado de un estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento que tuvo como objetivo evaluar el crecimiento y desarrollo motor de los lactantes, niños y niñas menores de 5 años. Estas curvas sirven como referencia internacional única para analizar el crecimiento fisiológico

de los niños. Es importante mencionar que este patrón toma como modelo a niños alimentados con leche materna (OMS, 2008).

En el caso de Costa Rica, desde el 2007 se oficializó el uso del patrón de crecimiento recomendado por la OMS. Dicho patrón fue adaptado por el Ministerio de Salud y para el 2009 se empezó a utilizar para la evaluación antropométrico de los niños del CEN CINAI (MinSa & Dirección Nac. CEN CINAI, 2013). Adicionalmente, para el año 2015 se decretó la Norma Nacional de uso de las gráficas antropométricas para valoración nutricional de la población de 0 – 19 años, la cual tiene como objetivo establecer lineamientos para su uso y contribuir a la valoración nutricional de dicha población (MinSa, 2015).

La interpretación de los indicadores antropométricos según las gráficas de crecimiento utilizadas en Costa Rica se muestra a continuación:

Cuadro 1. Interpretación de los indicadores antropométricos peso/edad, peso/talla y talla/edad según puntaje z para niños entre 0 a 5 años.

Indicador	<-3	-3 a -2	-2 a 2	2 a 3	>3
P/E	Bajo peso severo	Bajo peso	Normal	Peso alto	
P/T	Desnutrición severa	Desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
T/E	Baja talla severa	Baja talla	Normal	Alto	Muy alto

Fuente: Adaptación del Manual Operativo para la Evaluación del Estado Nutricional de las Niñas y Niños de los CEN-CINAI, 2013 y Patrones de Crecimiento Infantil OMS, 2007 adaptado a Costa Rica.

Cuadro 2. Interpretación de los indicadores antropométricos índice de masa corporal para la edad y talla/edad según puntaje z para niños y adolescentes entre 5 a 19 años.

Indicador	<-3	-3 a -2	-2 a 1	1 a 2	2 a 3	>3
T/E	Baja talla severa	Baja talla	Normal		Alto	Muy alto
IMC/E	Desnutrición severa	Desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad	

Fuente: Adaptación del Manual Operativo para la Evaluación del Estado Nutricional de las Niñas y Niños de los CEN-CINAI, 2013 y Patrones de Crecimiento Infantil OMS, 2007 adaptado a Costa Rica.

2.2.3 Datos dietéticos a considerar en la población infantil

Una alimentación inadecuada en muchos casos es la causa de una deficiencia o exceso nutricional. Por esto, resulta de gran importancia la valoración dietética para el diagnóstico y tratamiento. Dicha valoración dietética consiste en analizar de forma cualitativa y cuantitativa la ingesta de alimentos. Es importante tomar en cuenta aspectos tales como consumo diario y habitual, calidad y cantidad de alimentos, usos y costumbres (Bezares et al, 2012).

Es importante tomar en cuenta que en esta etapa de la vida, es más confiable la información que se pueda obtener del adulto encargado de la alimentación del niño y no del niño personalmente. La desventaja del indicador dietético es el subregistro que se puede presentar o sobregistro pues los adultos se sienten evaluados por lo que es muy importante que el profesional capacitado, brinde la información necesaria al entrevistado para que estas situaciones se presenten con menos frecuencia. La metodología de recordatorio de 24 horas, registro diario y frecuencia de consumo son los más utilizados para la población infantil (Bezares et al, 2012) (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 2006).

El recordatorio de 24 horas se realiza mediante una entrevista personal, en el caso de los niños menores de 7 años la entrevista será dirigida al cuidador principal. El proceso a seguir es solicitarle al entrevistado que recuerde e indique todo lo consumido por el niño el día anterior (INCAP, 2006).

En cuanto a la frecuencia de consumo, se le solicita al entrevistado que indica la frecuencia usual de ciertos grupos de alimentos o alimentos en sí. Para esto se necesita un instrumento de recolección de la información que cuenta con un listado de alimentos o grupos de alimentos y varias opciones de frecuencia de consumo (INCAP, 2006).

Alimentación Saludable en la población infantil

Esta corresponde a la alimentación que aporta los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sano. La alimentación saludable permite tener una mejor calidad de vida en todas las edades, logrando un estado de salud integral y lleno de vitalidad. Adicionalmente, reduce el riesgo de presentar enfermedades crónicas no transmisibles como: obesidad, diabetes, cardiopatías, entre otras (OMS, 2017) (MinSa, Caja Costarricense de Seguro Social, Comisión intersectorial de Guías alimentarias, 2011).

Los seres humanos necesitan cubrir un requerimiento diario de alrededor de 50 nutrientes para tener un adecuado estado nutricional y de salud, los cuales se obtienen consumiendo una alimentación suficiente, equilibrada y variada. Algunos de estos nutrientes son esenciales, es decir, el organismo no puede producirlos y debe recibirlos a través de la dieta (Mena & Carcamo, 2006).

En el caso de los niños durante los primeros meses, la salud y nutrición, son importantes para impulsar el crecimiento, mejorar el desarrollo cognitivo, y prevenir enfermedades no trasmisibles durante toda la vida. La lactancia materna exclusiva durante seis meses, seguida de una alimentación complementaria apropiada, contribuyen a un desarrollo físico y mental óptimos (OMS, 2004).

Lactancia materna como factor protector de la población infantil

La Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, representa un derecho de los niños, niñas y sus madres, que trae consigo un sin número de beneficios. “El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los bebés”. (UNICEF, 2010). Dentro de los principales beneficios de la leche materna se desataca: fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo al incrementar la inteligencia, protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas, como el sobre peso y la diabetes, previene el cáncer en la madre y a nivel social, contribuye al capital humano (Rollins et al, 2016).

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Por lo que, dentro de los factores que se asocian con un mayor cumplimiento de la Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses fueron: la región, la condición migratoria, el tipo de trabajo, la condición de la madres, principalmente (UNICEF, 2010). Finalmente, la leche materna es la primera comida natural para los lactantes, aportando toda la energía y nutrientes que el niño requiere en sus primeros meses, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales en los años siguientes de vida, en donde, se debe empezar a introducir alimentos complementarios, pero son abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más (OMS, 2017).

Alimentación Complementaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) describe la alimentación complementaria como todo alimento, sólido o líquido, que recibe el niño, diferente de la leche materna. Este proceso de introducción de alimentos sólidos, resulta ser complejo y gradual, requiriendo tiempo para que los sistemas neuromusculares, renales, digestivos e inmunológicos del niño adquieran la madurez necesaria.

Dentro de los aspectos biológicos y de neurodesarrollo a considerar cuando se da el inicio de la introducción de la alimentación complementaria, son los siguientes:

1. Desarrollo de la función digestiva: La exposición a sólidos implica una transición desde una alimentación rica en grasa a otra alta en carbohidratos.
2. Función renal: Durante los primeros tres meses de vida el lactante mejora la filtración glomerular, que le permite mayor tolerancia al agua y solutos, aunque está es aún limitada.
3. El desarrollo psicomotor.

No obstante, es importante destacar que adicional a los factores fisiológicos, la introducción de la alimentación está mediada por factores nutricionales, socioeconómicos y culturales (Navarro, 2016).

Otro condicionante de ese comienzo es el requerimiento nutricional, que cambia proporcionalmente según el crecimiento y desarrollo del niño, en donde la leche materna resulta insuficiente, por lo que la Alimentación complementaria evita la deficiencia de macronutrientes como proteínas, algunos micronutrientes, hierro y zinc, y algunas vitaminas, principalmente A y D (Navarro, 2016) (Daza & Dadán, sf).

Con respecto a la introducción precoz o tardía de la alimentación complementaria, es importante denotar que éstas pueden tener como consecuencias en el niño: desnutrición, anemia y deficiencias nutricionales específicas por interferencias en la absorción de nutrientes presentes en la Lactancia materna o de los micronutrientes, así como el desarrollo de alergias (Daza & Dadán, sf).

Por lo que la estrategia primordial en la introducción de la alimentación complementaria en todos los contextos es la educación y el asesoramiento a los cuidadores acerca del uso de alimentos.

2.2.4 Datos clínicos a considerar en la población infantil

Los datos clínicos resultan ser los indicadores más sensibles para la detección de problemas nutricionales, siempre y cuando la exploración física para detectar alteraciones clínicas sea realizada por un profesional especialista en pediatría (Bezares et al, 2012).

En este apartado se incluye desde la valoración de antecedentes personales, la evolución del embarazo, parto y lactancia, además de la historia personal y la observación de signos de carencia tanto de energía, macronutrientes y micronutrientes en todo su cuerpo (Bezares et al, 2012) (Brown, 2014).

2.3 Evaluación del desarrollo en los primeros años de vida

La evaluación del desarrollo es un proceso en el cual se aplican pruebas para evaluar algunos campos que expresan la conducta psicomotriz gruesa y fina, cognoscitiva, psicosexual y psicosocial, el resultado de esta evaluación comprende la naturaleza y el proceso de los cambios de estructura, función y conducta que se producen a medida que los niños avanzan a la madurez (MinSa & Dirección Nac. CEN-CINAI, 2013) (OPS, 2004).

La evaluación del desarrollo se divide en áreas, que están definidas por un grupo de conductas que se interrelacionan unas con otras. Las áreas se pueden clasificar en la motora gruesa, la motora fina, el área cognoscitiva, el lenguaje, el área socioafectiva y hábitos de salud (OPS, 2004) (MinSa, 2008) (MinSa & Dirección Nac. CEN-CINAI, 2013).

En el Ministerio de Salud, se utiliza como herramienta para la medición la Escala Selectiva para la Evaluación del Desarrollo Integral del Niño de 0 a 6 años (EDIN). EDIN fue construida con base en los resultados de investigaciones realizadas con población infantil costarricense. La escala se compone de ciento quince conductas esperadas en la edad

cronológica del niño y la niña y comprende la seis áreas anteriormente mencionadas (MinSa & Dirección Nac. CEN-CINAI, 2013) (MinSa, 1987).

Esta evaluación permite conocer la condición en la que se encuentra el sistema nervioso, esto dado a que cuando una o varias áreas del cerebro se lesionan, aparecen dificultades del desarrollo que se manifiestan por la omisión de conductas que deberían estar presentes; lo cual evidenciaría un rezago en el desarrollo; siendo la desnutrición una condición de riesgo para presentarlo (CCSS, 2004).

La serie de publicaciones de Lancet (2013) propone un marco conceptual de acciones para reducir la desnutrición infantil. Estas acciones están basadas en el marco conceptual de las Causas de Malnutrición y Muerte establecido por la UNICEF en 1990.

La primera acción se refiere a las intervenciones específicas de nutrición, las cuales se enfocan en las causas directas de la misma: ingesta nutricional inadecuada y un pobre estado de salud. El segundo se refiere a las intervenciones en nutrición que abordan las causas subyacentes de la desnutrición como lo son la inseguridad alimentaria en el hogar, la mala calidad de las prácticas de cuidado para madres y niños, y ambientes de vida poco saludables. El último componente menciona la construcción de un entorno adecuado que tomando en cuenta causas de la desnutrición más distales relacionados con el amplio contexto económico, político, ambiental, social y cultural que conforma la nutrición de los niños (UNICEF, 1990) (Smith & Haddad, 2015) (Lancet, 2013).

2.4 Condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el progreso en el estado nutricional en la niñez con desnutrición infantil

La desnutrición infantil es una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y desarrollo de las capacidades de millones de niños, así como para el progreso de las comunidades y el país. Se destaca que son muchos los factores que provocan la desnutrición, por lo que un abordaje multidimensional resulta fundamental para comprender mejor las condiciones donde se generan, dado que si las causas que subyacen en la desnutrición no son corregidas, esta situación se podría agravar

violentando los derechos de los niños y niñas de tener un desarrollo óptimo (UNICEF, 2011).

A continuación se presenta el esquema propuesto por la UNICEF en 1990, titulado “*Causas de la malnutrición y muerte*”

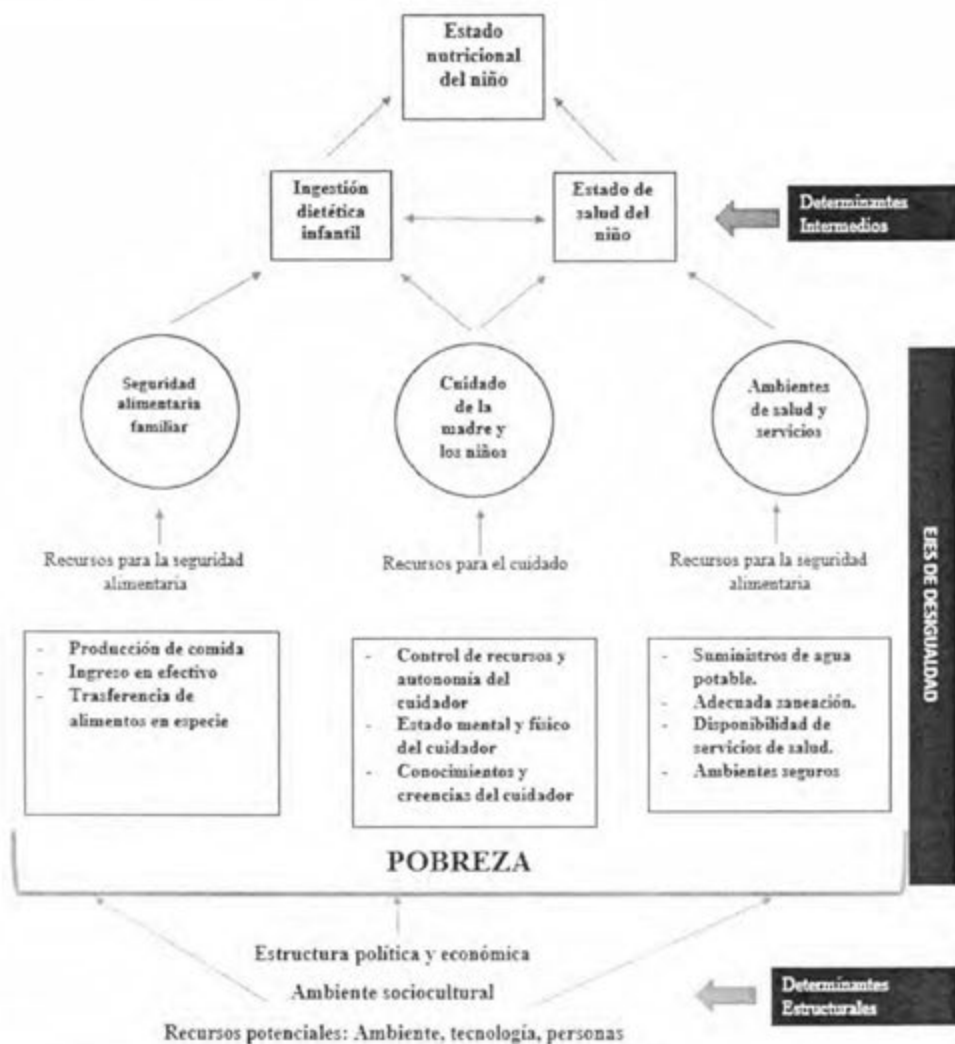


Figura 1. Esquema de las causas de desnutrición en la niñez, UNICEF 1990.*Original:

Anexo8.

Fuente: UNICEF (1990) Strategy for improved nutrition of women and children in developing countries.

Aunado con el anterior, se encuentra la versión evolucionada el esquema “*Marco de acciones para lograr una óptima nutrición y desarrollo fetal e infantil*” de LANCET 2013.

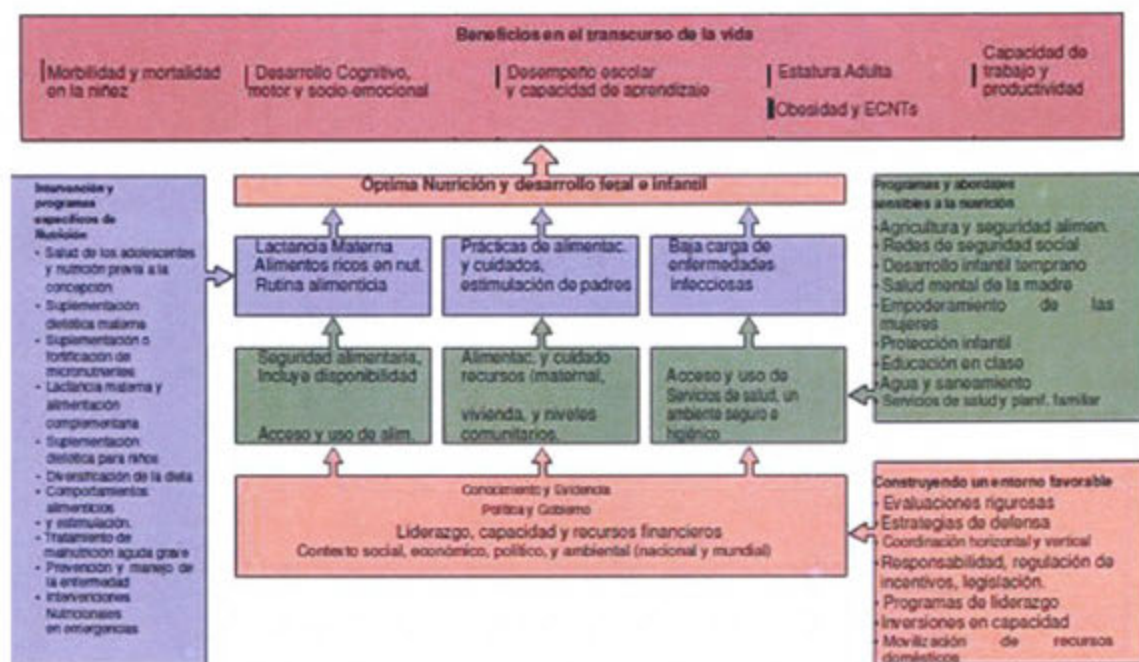


Figura 2. Marco de acciones para lograr una óptima nutrición y desarrollo fetal e infantil, Lancet 2013

Fuente: Black et al (2013) Desnutrición y sobrepeso materno-infantil en países de ingresos bajos y medios.

Ambos esquemas facilitan la comprensión de las condiciones que afectan el progreso en el estado nutricional en la niñez con desnutrición, enfocándose principalmente en los recursos de salud, refiriéndose a los entornos saludables y el acceso a los servicios sanitarios, así como en los recursos de cuidado provistos en el hogar.

Los determinantes sociales de la salud, permean de manera significativa la desnutrición infantil, estos ponen en relación al individuo, las familias, las viviendas, las comunidades, los programas y servicios para la primera infancia. En cada uno de los niveles, hay factores sociales, económicos y culturales y de género que inciden en la posibilidad de realización del potencial de cada niño.

Los determinantes estructurales, toman en consideración tanto el ambiente sociocultural como la estructura política y económica, incidiendo a nivel macro en el desarrollo de los niños. Por su parte, a nivel micro, se encuentran los determinantes intermedios los cuales igualmente tienen incidencia en la salud y bienestar del niño, y en este caso en específico, su estado nutricional.

Dentro de estos determinantes intermedios, se destacan los entornos saludables y servicios de salud, en este estudio, se analizan inicialmente las condiciones socioeconómicas, el nivel de desarrollo de los niños y su evolución nutricional así como las dinámicas familiares.

2.4.1 Determinantes sociales que afectan el estado nutricional infantil

Equidad y justicia social en la población infantil

La equidad en la atención de la salud, la OMS en 1985, la define de la siguiente manera: *“La equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y de un modo pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que pueda evitarse”* (Whitehead, 1991, p7).

Por tanto, y tomando como referente lo propuesto por Margaret Whitehead en 1991, la equidad promueve un concepto de desarrollo social en los que integra la justicia social y los derechos humanos, propiciando acciones y estrategias que eviten situaciones injustas, innecesarias y evitables a los que se exponen ciertas poblaciones y que promueve condiciones de salud – enfermedad así como de sobrevivencia desventajosa.

Amartya Sen (2002) destaca que, en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social, la salud debe figurar como un componente críticamente importante de las capacidades humanas; dado que es particularmente grave que algunos sufran la falta de alcanzar una buena salud como resultado de insuficientes acuerdos sociales.

Continuando, para (Rawls, 1971) dentro de su Principio de Justicia, se encuentran los acuerdos sociales, los cuales son el resultado del consenso entre personas racionales, libres e iguales en una situación contractual justa, quienes están interesadas en promover sus propios fines en una situación inicial de igualdad.

No obstante, no todas las personas se encuentran en condiciones de igualdad, las poblaciones vulnerables, por sus condiciones sociales, económicas y culturales, en muchos casos se encuentran limitadas a un disfrute pleno de sus libertades, dificultado por ende el participar en los acuerdos colectivos.

Dentro de estas poblaciones vulnerables, se encuentra la niñez, en donde los primeros años de vida son sumamente significativos para la determinación del futuro de los niños y las niñas; la justicia social, por tanto impone que se tomen medidas adecuadas para asegurar su aprendizaje y desarrollo (Siraj & Woodhead, 2009). Los contextos saludables en estos años, proporcionan los elementos básicos que permiten a las personas llevar adelante una vida próspera en diversos ámbitos: en el bienestar, social, emocional y cognitivo y físico (PAHO, 2007).

Por lo que los servicios de salud, como parte de las instituciones que conforman la estructura básica de la sociedad, influyen en la perspectiva de vida de las personas y su desarrollo; al definir y distribuir los derechos y deberes de la población. (Rawls, 1971). Conllevando a que sea fundamental que estos sean garantizados, accesibles y de calidad. Al emplear el enfoque de Equidad y Justicia social, se busca generar procesos de gestión en los cuales las brechas sean identificadas y se vayan cerrando mediante acciones positivas de tal manera que se protejan y garanticen los derechos humanos y se promuevan mejores oportunidades para lograr un adecuado desarrollo de todas las personas.

La pobreza y la medición de las necesidades básicas insatisfechas

La pobreza infantil se define como la privación de nutrición, agua, acceso a servicios básicos de salud, abrigo, educación, participación y protección. Esta condición, implica que niños, niñas y adolescentes no gocen de sus derechos, por lo tanto, se vean limitados para alcanzar sus metas y participar activamente en la sociedad. Comprender su naturaleza requiere una perspectiva multidimensional de la medición, bajo un enfoque de derechos y de privaciones múltiples (CEPAL, 2013).

La pobreza es la situación de aquellos hogares que no logran reunir en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. Se dice que la pobreza es un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomía, poca participación en los mecanismos de integración social y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna manera de la del resto de la sociedad (CEPAL y Dirección General de Estadística y Censos del Uruguay, 1988) (Altimir, 1979) (Feres & Mancero, 2001).

Es preocupante saber que la pobreza en América Latina y el Caribe es mayor en hogares con un alto nivel de dependencia, por lo tanto en hogares donde hay niños, niñas y adolescentes. La población infantil y adolescente que se ve más afectada, está expuesta a situaciones de insuficiencia de ingreso en sus hogares, y de privación de sus derechos de sobrevivencia, abrigo, educación, salud y nutrición. Además, la pobreza tiene una fuerte relación con la exclusión social y la desigualdad por ende afectará de forma negativa el resto de sus vidas y se transmitirá a futuras generaciones (CEPAL, 2013).

La incidencia de pobreza infantil multidimensional en América Latina es de 40,5%. Según datos de Costa Rica, 2011 la incidencia de pobreza infantil se encuentra en 19,5 % (CEPAL, 2013), para el año 2015, el 37,1% de los niños vivían en condición de pobreza

(INEC, 2014). Según el informe de las Naciones Unidas de los principales determinantes de la desnutrición crónica infantil; es el índice de riqueza, el cual influye de manera significativa en la desnutrición, comportamiento que es universal en todas las regiones de América Latina (Naciones Unidas, 2008). Aunado a lo anterior, Mönckeberg (2014) describe que la desnutrición, junto con la pobreza y subdesarrollo constituyen un círculo vicioso, lo cual es difícil de romper y que esto impedirá el progreso del niño y de las sociedades.

En los últimos años, el interés por la medición multidimensional de la pobreza ha ido creciendo como instrumento para el análisis de las políticas públicas. En América Latina, los indicadores más utilizados para las mediciones multidimensionales de pobreza son las carencias en la vivienda, en los servicios básicos y en la educación. El motivo de que estos indicadores sean los más utilizados se debe a que son los que generalmente están disponibles en las encuestas y censos nacionales de los países. Sin embargo, para que esta medición resulte más completa existen otros indicadores que deberían ser tomados en cuenta, por ejemplo el estado nutricional, el estado de salud en general y la situación de empleo de las personas (CEPAL, 2013) (INEC, 2010).

En el caso de Costa Rica, según la Encuesta Nacional de Hogares (2016) en relación con la vivienda como una de las dimensiones del índice de pobreza multidimensional, se destaca que en los hogares pobres, los indicadores analizados superan el 29% de privación, correspondiendo a: calidad de la vivienda, hacinamiento y uso de internet.

Con respecto a la calidad de la vivienda, en los hogares pobres, un 44.4% presentaban techos y pisos en mal estado un 34.3% presentaban las paredes exteriores en mal estado, adicionalmente, un 29.8% de estos hogares se encontraban en condiciones de hacinamiento.

Al comparar las condiciones de vivienda entre los distintos quintiles, se denota en la Encuesta Nacional de Hogares (2013) que el 12,5% de las viviendas del primer quintil carecen de suministro de agua. Además el estado físico de las viviendas que es otro

indicador muy utilizado, se observa que el 19.8% de las viviendas del quintil menor se encuentran en mal estado, mientras que en el mayor quintil solo el 1,7% se encuentran en mal estado. Además se observa que el 4.5 % de la población viven en hacinamiento lo que significa que habitan más de tres personas por dormitorio y el porcentaje es mayor conforme disminuye el quintil de ingreso per cápita del hogar (INEC, 2013).

Acceso a los servicios básicos

Algunos factores ambientales tales como la disponibilidad de servicios de agua potable y de saneamiento adecuados en el hogar pueden influir directamente en la desnutrición crónica infantil, el hecho de mejorar los servicios puede generar una disminución significativa en la incidencia de desnutrición (Organismos de Naciones Unidas, 2008).

Acorde a la (Mehrotra, 2000) los servicios básicos representan los componentes esenciales en que se funda el desarrollo humano; actualmente, se le reconoce a tales servicios la condición de derechos humanos. Dentro de los servicios básicos fundamentales se señalan: vivienda, electricidad, agua potable, servicio de recolección de basura y los sistemas de salud y educación. La vivienda, adicionalmente, resulta un determinante de salud. Sus componentes pueden contribuir a la salud / enfermedad de sus residentes. Los factores de riesgo de la vivienda para la salud pueden ser de naturaleza física, química, biológica y psicosocial. (Barceló, 2012).

El papel de la educación en la desnutrición infantil

La educación mejora el nivel de salud de las personas en la medida que las personas adquieren conocimientos, capacidades y actitudes para guiar y controlar muchas de las situaciones de vida. Además de proveer a los individuos de un conjunto de valores, costumbres, normas y referencias importantes para enfrentarse a la vida. Por tanto, las personas mejor educadas cuidan más de su estado de salud y de su alimentación (Jiménez, Rodríguez, & Jiménez, 2010).

Según el informe de las Naciones Unidas, el grado de educación de la madre y su pareja explican en segundo lugar, después de la pobreza, las desigualdades de la desnutrición crónica infantil. Sin embargo, se observa que no se da una relación lineal entre ambas variables, lo cual se puede explicar debido a que generalmente las personas con mayor acceso a la educación son los hogares “*más ricos*” (Organismo de Naciones Unidas, 2008).

2.4.2 Determinantes del hogar que afectan el estado nutricional infantil

En los últimos años, los países en desarrollo han sufrido una serie de cambios en su estructura económica así como en lo social; la agricultura se ha ido sustituyendo por un modelo industrial, mientras el estilo de vida cambió de tener una orientación rural a una sociedad urbana, además de los cambios en la composición familiar y cambios migratorios. Todos estos acontecimientos, han afectado a los niños y niñas de la región, principalmente a los niños en condiciones adversas como la pobreza (Cai, 2014).

A diferencia de los determinantes socioeconómicos, en un informe de las Naciones Unidas, se determinó que las variables biológicas como el sexo, edad, orden de nacimiento, peso al nacer no son significativas para explicar la desigualdad en la distribución de la desnutrición crónica infantil (ONU, 2008).

Los determinantes principales del bienestar socioeconómico de los hogares vienen dados por las características de los adultos que los integran, en particular por aquellas vinculadas con la posibilidad de generación de ingresos, educación y de acceso a la vivienda. Por lo tanto el bienestar de los niños y niñas depende en gran medida del bienestar del hogar, es por esta razón que para analizar los determinantes socioeconómicos de la desnutrición infantil se estudiará el hogar y la dinámica del mismo (UNICEF- UDELAR, 2003) (Bergel, Cesani, & Oyhenart, 2017).

Dinámica familiar vista como un sistema

Los procesos de interacción dentro del grupo social llamado familia, corresponde a la dinámica familiar. La familia es considerada un sistema debido a que es una unidad interactiva compuesta por diversas partes que interaccionan entre sí. Además es considerado un sistema abierto debido a que la misma además de que es influenciada por sus diferentes unidades, también recibe influencia externa (Equiluz, 2003).

Dentro de los factores que afectan la dinámica familiar se encuentran los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos. En el aspecto psicológico, la familia es una interconexión socioafectiva, la cual permite la generación de vínculos de interdependencia los cuales son fundamentales para satisfacer las necesidades individuales, además desde el punto de vista social, se da la transferencia de valores, creencias y costumbres además de todas las habilidades que se requieren para un adecuado crecimiento y desarrollo (Equiluz, 2003).

Minuchi, considerado el fundador de la teoría estructural sistémica, propone que la dinámica familiar presenta algunas características, dentro de las cuales se puede citar la totalidad, la cual se refiere a que lo que ocurre a un miembro del sistema familiar, afectará a los demás integrantes. Además menciona que existe una causalidad circular, lo cual significa que hay pautas de interacción las cuales se repiten constantemente. La existencia de jerarquías asociado con relaciones de poder por edad, conocimiento, género, riqueza entre otros y las triangulaciones y alianzas entre algunos miembros del hogar son inevitables. Además existen reglas de relación resultado de la interacción constante lo cual ayuda a tener un comportamiento más estable dentro del sistema (Minuchin, 1983) (Equiluz, 2003).

Composición Familiar

La Convención sobre los derechos del Niño define a la familia como un grupo fundamental de la sociedad para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños. Además, aboga por el reconocimiento y la aceptación de las

diversas configuraciones y estructuras familiares de carácter natural, aptas y capacitadas para la crianza y constitución de la identidad de los niños (UNICEF & Universidad de la República, 2003).

Las familias occidentales han experimentado una serie de transformaciones, pasando de familias nucleares a una diversidad de formas y estilos de vida familiares entre ellos empezaron a tomar fuerza las familias monoparentales y las familias reconstituidas o ensambladas (UNICEF & Universidad de la República, 2003) (Equiluz, 2003).

Papel del cuidador en la crianza y protección infantil

Desde el punto de vista de la crianza, los adultos alimentan, limpian, consuelan, arrullan y miman al bebé. La falta de esta función parental provoca graves consecuencias en el desarrollo del infante. Desde el marco de la protección los adultos deben ser la figura que delimita su espacio, objeto y situaciones de aprendizaje dentro de un marco que garantice la protección del infante y minimice las situaciones de riesgo, sin sacrificar la libertad y derechos del niño o niña (Sadurní, Rostán, & Serrat, 2008).

En el hogar se puede observar que no existe un solo sujeto cuidador, sino que existen varios cuidadores y cuidadoras que de una u otra forma se encargan de la atención del niño o niña. Generalmente estas funciones son cubiertas por los padres, sin embargo existen cuidadores informales como por ejemplo las abuelas u otros familiares que cumplen esta función en ausencia permanente o temporal de los padres (Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland de la Universidad de Strathclyde; Servicio Social Internacional; Oak Foundation; Aldeas Infantiles SOS Internacional; UNICEF, 2012) (Sadurní, Rostán, & Serrat, 2008).

Las prácticas de cuidado están relacionadas a un sistema de cuidado acorde a las capacidades de gestión del cuidador principal del niño. Estas formas de cuidado, sobre todo durante los primeros años influyen en el crecimiento de las personas y desarrollo saludable. Lecannelier (2006) concluye que el apego es un proceso, no una situación o

evento específico; el vínculo de apego es la propensión innata de los seres humanos a establecer intensas relaciones afectivas y duraderas con una figura cercana que otorgue seguridad y protección en momentos de estrés y vulnerabilidad, esta figura es el principal cuidador (Moreno & Granada, 2014).

Capacidades del cuidador con respecto a la desnutrición infantil

El análisis de las causas y factores de riesgo de la desnutrición no está completo si se investigan solamente los medios como por ejemplo el ingreso económico, sino que además, se deben analizar los fines, lo cuales son las razones que los individuos tienen para perseguir algún objetivo y las libertades que son necesarias para poder satisfacer sus necesidades, a estos fines se le llaman capacidades (Sen A, 2000).

El término de capacidades fue analizado por Amartya Sen para comprender la pobreza, pues los recursos disponibles no son suficientes, sino que se debe conocer también la habilidad de utilización de los recursos con los que se cuenta, por lo que la capacidad es la cuantía de cada tipo de recurso para el que se está habilitado para lograr un estado de bienestar (Sen A, 2000) (Cejudo, 2007).

En relación con lo anterior, Sen critica el utilitarismo como metodología para medir la pobreza y analizar condiciones de la vida, el propone la medición que de la capacidad para funcionar, bienestar y libertad para tener una u otra forma de vida es una forma más integral de medir las situaciones sociales (Cejudo, 2007).

Muchos estudios concuerdan que las capacidades adecuadas para alimentar apropiadamente al niño tienen un impacto positivo en el estado nutricional del mismo, sin embargo este efecto se puede ver alterado debido a la inclusión del niño en algún programa nutricional o de salud en general (Mukherjee, 2014).

Uno de los estudios más conocidos y pioneros en el tema de prácticas de alimentación de los cuidadores y la relación con el crecimiento del niño es un estudio etnográfico llevado a cabo de Mali. En esta investigación, observó que un cuidador que le da mucha autonomía

al niño para decidir su alimentación es un comportamiento poco saludable para el niño, al contrario cuidadoras muy atentas generalmente se relacionan con niños con un adecuado crecimiento (Dettwyler, 1986) (Bentley, Wasser, & Creed-Kanashiro, 2011).

2.4.3 Estudios de conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la desnutrición infantil

Los Estudios de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) resultan de gran utilidad para comprender el comportamiento de los cuidadores ante algunas situaciones. Actualmente existen muchos estudios CAP en temas de nutrición principalmente relacionados con la dieta, alimentos, higiene y salud, los cuales sirven como guía para diseñar intervenciones nutricionales y para evaluar intervenciones de educación nutricional (FAO, 2014).

Las encuestas CAP, son útiles para generar información tanto cuantitativa como cualitativa que puede servir para mejorar la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación en el ámbito de la protección de la infancia (Save the Children Liberia y Sierra Leona, 2012).

En cuanto a la utilización de estudios CAP en población infantil, estos también han sido utilizados debido a que permiten entender la naturaleza y la prevalencia de estas creencias y prácticas que ponen en riesgo a las niñas y los niños, o que comprometen una adecuada protección infantil, además generan información sobre lo que las personas conocen de un tema específico de protección y bienestar de la infancia, qué piensan sobre ese aspecto y cómo influye esa opinión en sus acciones, identificando las deficiencias de conocimientos, creencias culturales o prácticas comunes que podrían ser protectoras o facilitadoras de un riesgo para el bienestar infantil. Otras utilidades de este tipo de estudios es que son un medio para apoyar el diseño y la planificación de actividades informativas, comunicativas o educativas, además pueden servir para evaluar la eficacia y el impacto de las actividades del programa durante o al final de un proyecto (Save the Children Liberia y Sierra Leona, 2012).

En los estudios CAP en la niñez se estudian los conocimientos para determinar el nivel de concienciación y comprensión que tienen niñas, niños y personas adultas con relación a un tema específico. Las actitudes se analizan para saber qué sienten los cuidadores con respecto a un tema en particular, así como ideas preconcebidas o creencias que puedan tener sobre ese tema (Satriano & Moscoloni, s.f). Por último las prácticas las maneras en que las niñas, los niños y las personas adultas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema concreto por medio de sus acciones (FAO, 2014) (Save the Children Liberia y Sierra Leona, 2012).

Se conoce que las prácticas de crianza se relacionan con el tipo de alimentos y forma de alimentar al niño, lo cual va intervenir en el estado nutricional del mismo (Cortés, Romero, Hernández, & Hernández, 2004). Algunos estudios han encontrado de la negligencia de los cuidadores con respecto a la pérdida de apetito y las pobres habilidades que desempeña el cuidador a la hora de alimentar al niño, se relacionan con una pobre ganancia de peso. En este mismo estudio se observó que la lactancia prolongada, sin una alimentación complementaria apropiada y oportuna viene a deteriorar el estado nutricional del menor (Cortés, Romero, Hernández, & Hernández, 2004).

En algunas ocasiones, las niñas y los niños se encuentran en riesgo dentro de sus propios hogares, como resultado de creencias y prácticas comunes de sus cuidadores. Es por esta razón que muchos de los programas de protección de la infancia no sólo se enfocan a los servicios, sino que también buscan aumentar los conocimientos y promover actitudes y comportamientos positivos y saludables (Save the Children Liberia y Sierra Leona, 2012).

En Uganda se realizó un estudio cualitativo para determinar las barreras que tienen las cuidadoras para alimentar adecuadamente a niños entre 0 y 24 meses. Para esto se trabajó con la técnica de grupos focales con las cuidadoras. Dentro de los hallazgos de la investigación, se observó que las principales barreras para llevar a cabo prácticas de alimentación saludables fueron: el conocimiento de las cuidadoras con respecto a lactancia materna y alimentación complementaria, las prácticas culturales y la carga de otras responsabilidades en el hogar (Nankumbi & Muliira, 2015).

2.5 Programas de Asistencia Nutricional

2.5.1 Gerencia en salud visto desde el enfoque sistémico

En la actualidad e identificando los retos que presentan la salud; la gerencia resulta ser tanto una herramienta como la base para la toma de decisiones; esto debido a que orienta la dirección de las instituciones hacia los objetivos y metas propuestos bajo criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

En el campo de la salud, resulta de gran necesidad dado que permite identificar problemas, analizar casos, explorar relaciones de costo – beneficio. Aunado al desarrollo de estrategias de intervención y maximización de las oportunidades para lograr resultados planteados.

Es importante indicar que gerencia de los servicios, se entiende según la (OPS, 1990) como: La acción que viabiliza la optimización de los recursos para el logro de los objetivos de las instituciones en salud, mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las acciones, bajo una dirección adecuada en la ejecución y en presencia de permanente supervisión, seguimiento y evaluación.

Continuando, Jiménez (1997) destaca la importancia de la gerencia de la salud en el campo de la salud pública, debido a que esta área se requiere el abordaje desde una perspectiva global; de manera que visualice las situaciones de manera integral y las acciones a desarrollar sean coherentes con este análisis previo. Adicionalmente, (Muñoz & Calderón, 2008) refieren que la gerencia a su vez, se relaciona con el bienestar social de la comunidad, con la calidad de vida en sociedad y con un alto impacto sobre el desarrollo de un país.

Basado en lo anterior se denota como la gerencia encierra la esencia de la toma de decisiones y permite la generación de conocimientos por medio de la creatividad, innovación, el emprendimiento, liderazgo, motivación y negociación. Estos

conocimientos evolucionan con el tiempo y la sociedad, por lo que su continua evaluación resulta de gran relevancia para la transformación organizacional.

El enfoque sistémico permite el ordenamiento, análisis y evaluación de la gerencia de los servicios de salud por medio de los elementos que caracterizan estos sistemas. Tomando como referencia lo establecido por Vargas (1990), a continuación se detallan estos elementos, dando énfasis a la demanda, oferta y proceso, los cuales son prioritarios en este estudio.

- **Demanda:** En esta se determinan las características y necesidades de salud presentes en la población.

- **Oferta:** Por medio de los servicios se busca dar respuesta a las necesidades de la población. Dentro de sus indicadores se caracteriza el volumen y tipo de recursos existentes en el área. Se incluye la organización y administración de estos recursos con el propósito de determinar si dan la respuesta requerida para la solución de las necesidades identificadas en el área de demanda.
Cabe destacar que por medio de la oferta se evalúa la equidad, esto como resultado de la justicia del sistema en relación con el acceso a los servicios de salud por parte de la población, así como la asignación de recursos para satisfacer las necesidades presentes acordes a su realidad.

- **Proceso:** Esta área permite la evaluación de la interacción entre la demanda y la oferta. Caracteriza el rendimiento y productividad de los recursos y mide el costo de los servicios. En esta área se evalúa la utilización de los recursos.

- **Resultados:** es el producto de la actividad desarrollada a partir de la programación integral de la salud. En esta se evalúa la cobertura de los programas así como las actividades finales e intermedias; es decir, se evalúa la eficacia de la atención.

- **Impacto:** Evalúa la efectividad del programa de atención integral.

A continuación se presenta un esquema en el que se resume la estructuración del enfoque sistémico; aclarando que este es un sistema abierto, a pesar de que en el esquema no se evidencie.



Figura 3. Enfoque sistémico aplicado a la gestión del Programa CEN CINAI.

Fuente: Elaboración propia basado en el enfoque sistémico aplicado a la gestión de servicios de salud.

Este enfoque, permite conocer la interacción de las partes, lo cual resulta imprescindible para el logro de objetivos. Por lo que, se analizarán la demanda y oferta para conocer la respuesta en términos de equidad por parte de los servicios de salud, específicamente nutricionales. Aunado, se estudiará el proceso para tener un panorama de la gerencia que permita las retroalimentaciones y la toma de decisiones de manera objetiva y oportuna así como evidencian la aplicabilidad de las estrategias gerenciales para la dirección y control de las organizaciones.

Las estrategias gerenciales pueden definirse como la formulación, ejecución y evaluación de acciones (Peraza, 2012) las cuales siempre estarán en función del tipo de organización, tomando en consideración tanto los aspectos como externos de la institución, el entorno y sus actividades propias. Por lo que está al basarse en las realidades socioeconómicas así como legales, buscarán dar una respuesta coherente a las necesidades de la población.

2.5.2 Programas Nacionales de Asistencia Nutricional a Nivel Nacional

Los programas de atención nutricional, deben concentrar sus esfuerzos en trabajar con base en los determinantes básicos clave de la nutrición, además de mejorar la cobertura y la eficacia de las intervenciones nutricionales en grupos de riesgo específicos (Ruel & Alderman, 2013).

Existen diversos tipos de programas según los sectores: agricultura, redes de seguridad social, desarrollo infantil y escolar. Aún no existe evidencia del efecto en el estado nutricional de los programas de agricultura y las redes de seguridad social, esto principalmente debido a la pobre evaluación que se realiza de los programas. Sin embargo una combinación entre programas de desarrollo infantil e intervenciones nutricionales son los que muestran mayores beneficios y efectos en el desarrollo infantil y en algunos casos en la mejora del estado nutricional. Algunas formas para mejorar la sensibilidad de los programas de nutrición incluyen: mejorar la focalización, utilizar las condiciones propias de los participantes para estimular la participación, fortalecer las metas y acciones para mejorar el estado nutricional y optimizar la nutrición, el tiempo, la salud física y mental, además del empoderamiento de los involucrados en los programas (Ruel & Alderman, 2013).

Uno de los programas en Costa Rica enfocados a la nutrición y que además cuenta con una intervención en el desarrollo infantil son los programas o servicios que tiene a cargo la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral, denominado Dirección Nacional de CEN-CINAI.

Este programa tiene su origen en 1950, cuando en Costa Rica se firmó un convenio entre el Ministerio de Salud y el Fondo de Naciones Unidas de Ayuda a la Infancia, para suplir alimentación a las poblaciones más vulnerables, incluidos niños y niñas de 0 a 7 años, madres embarazadas y en periodo de lactancia. El objetivo era prevenir y fomentar la participación comunitaria en la solución de esos problemas de salud (MinSa, 2014).

En 1951 se da la creación del Departamento de Nutrición en el Ministerio de Salud el cual se encarga de la problemática nutricional, ocho años después se crean los Centros de Nutrición los cuales brindaban servicios de alimentación complementaria y posteriormente los Centros y Clínicas de Recuperación Nutricional para la atención y seguimiento de niños menores de seis años con desnutrición moderada y severa (MinSa, 2014).

Estos centros han ido sufriendo una serie de transformaciones en respuesta a las necesidades de la población. Para los años 1971 y 1976, se incorpora la educación a los centros de nutrición por lo que son llamados Centros de Educación y Nutrición (CEN), además se incluyeron actividades de estimulación dentro de los planes de intervención por lo que se crean los Centros de Atención Integral (CINAI) con horarios extendidos para poder atender a hijos de madres trabajadoras (MinSa, 2014).

En 1998, el Ministerio de Salud modifica sus funciones operativas para asumir la rectoría de la Salud, sin embargo debido a la naturaleza e importancia del servicio no se realiza la reestructuración, y hasta la fecha el programa sigue funcionando como prestador de servicios. En el año 2010 se aprueba por medio de la Ley 8809 la creación de la Dirección Nacional de CEN-CINAI, lo cual lo convierte en órgano adscrito al Ministerio de Salud (Equipo Nacional de Desarrollo, 2012).

La Dirección CEN-CINAI tiene como fines: 1. Contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno – infantil, 2. Brindar al niño y a la niña en condición de pobreza y/o riesgo social, 3. Incorporar la participación organizada de las personas responsables de la tutela de la persona menor y de la comunidad.

La misión de la Dirección CEN CINAI es:

“Contribuir al bienestar actual y futuro de los niños y niñas, brindando servicios de salud en Atención y Protección Infantil, Nutrición Preventiva, y Promoción del Crecimiento y Desarrollo Infantil con calidad, accesibles y equitativos; dirigidos a

la niñez desde su periodo de gestación a menos de 13 años, a sus grupos familiares y comunidad, impulsando la participación social y el desarrollo integral del país”.

Actualmente el programa brinda servicios en tres áreas: nutrición preventiva, atención y protección infantil y evaluación del estado nutricional y del nivel de desarrollo (MinSa, 2014).

En el campo de la nutrición preventiva, se ofrece el servicio de alimentación complementaria mediante los siguientes programas; acorde a lo establecido por la Dirección CEN – CINAI (2016):

- **Solo Comidas servidas:** alimentos preparados y entregados diariamente en los establecimientos, se ofrece desayuno. Almuerzo y merienda de la tarde.
- **Distribución de leche 1,600gr:** Este servicio de leche integra en polvo fortificada instantánea de 1600gr se brinda independientemente del estado nutricional que presenta el cliente.
- **Distribución de paquetes de alimentos a familias (DAF):** una vez al mes se distribuye a cada grupo familiar cuyo estado nutricional lo califica como desnutrido, delgado o con retardo en talla.
- **Sesiones de educación nutricional a padres y responsables.**
- **Vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil**
- **Atención interdisciplinaria a niños con malnutrición o que presentan necesidades especiales.**

Los clientes de estos programas corresponden a los niños y niñas desde la gestación hasta los 13 años, quienes reciben servicios de nutrición preventiva, promoción del crecimiento y desarrollo y atención y protección diaria a través de la Dirección Nacional de CEN CINAI. Aunado, los beneficiarios son mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y las familias de los clientes.

Específicamente, los clientes DAF, corresponderán a aquellos niños o niñas con desnutrición y deberán ser categorizados como prioridad 1. Cabe destacar, que los niños y niñas clientes DAF deben recibir atención interdisciplinaria.

2.5.3 Gestión de los Programas de Asistencia Nutricional

A pesar de que en la última década América Latina tuvo un desempeño económico satisfactorio, la región sigue manteniendo una distribución del ingreso desigual. Por esta razón la CEPAL propone tres pilares esenciales en la gestión pública y la planificación. Los tres pilares son: los actores, los instrumentos y los procesos, dichos pilares deben estar alineados con los objetivos del cambio estructural para el desarrollo con igualdad. Este cambio estructural requiere de inversión tanto pública, privada y extranjera, pero además es fundamental, la asignación de recursos de forma eficaz y eficiente. Para esto se requiere una actuación pública moderna que sea capaz de utilizar el potencial de las tecnologías e innovaciones y otro aspecto muy importante es que involucre activamente al ciudadano (CEPAL, 2014).

Es por esta razón que una de las novedades de las nuevas generaciones de las políticas de desarrollo, es que incorporan mecanismos de participación ciudadana, por lo que la articulación entre las políticas públicas y el comprender la parte social y las conductas humanas permite cerrar las brechas no solamente entre la desigualdad social y económica, sino también entre la sociedad y la política (CEPAL, 2014).

El término ciudadano cliente surge de estas nuevas ideas en la Gestión Pública y se refiere a la preocupación por las demandas diferenciadas, la calidad en los servicios y la fijación de mecanismos compensatorios en caso de que se presente un empobrecimiento en los servicios ofrecidos, por lo que ya no son solamente usuarios de servicios públicos estatales pasivos sin derechos específicos, al contrario se busca que sean ciudadanos activos, participativos e informados. Para fines de esta investigación se utilizará el término cliente refiriéndose a ciudadano cliente (Instituto Nacional de la Administración Pública, 2002).

Dentro de las ventajas de hacer partícipes a los ciudadanos en la Gestión Pública, es que los servicios públicos se vuelven más eficientes, pertinentes y sostenibles. Sin embargo, existen muchas barreras para hacerlos partícipes, es por esto que se requiere que los gerentes sean capaces de comprender los procesos sociales tomando en cuenta la complejidad de la realidad actual (Banco Interamericano de Desarrollo, 2002).

Dentro de la planificación estratégica, la misión es la declaración que justifica la existencia de la organización y su base principal deben de ser los consumidores. La primera pregunta que se debe hacer a la hora de formular la misión es que necesidades trata de satisfacer, la segunda pregunta es a quién, para esto debe identificar el mercado o segmento de mercado al que se intenta servir, por último como se cumplirá el propósito (Goodstein, Nolan, & Pfeiffer, 1998).

Con base en la teoría estudiada, se concluye que la desnutrición infantil es un problema que va más allá del bajo consumo de alimentos o de la poca calidad de la dieta del niño. Existen muchos factores sociales, económicos, políticos, entre otros que pueden facilitar o entorpecer el proceso de mejora de un niño con desnutrición infantil.

El programa CEN CINAI, a nivel nacional se ha encargado de brindar asistencia a estos niños con desnutrición en una condición de vulnerabilidad ante su situación socioeconómica. Es por esta razón que se requiere hacer un análisis de todas estas condiciones del niño y de cuál es la respuesta del programa ante las mismas. A continuación se presentan los objetivos de la investigación y el marco metodológico que permitirá el cumplimiento de los mismos.

OBJETIVOS

Objetivos General

Analizar las condiciones socioeconómicas, familiares y nutricionales del niño y niña con desnutrición y la respuesta de los servicios de CEN CINAI en el cantón de Aserri, segundo semestre del 2016.

Objetivos Específicos

- Caracterizar las condiciones socioeconómicas, la dinámica familiar, la evolución del estado nutricional y el desarrollo de los niños y niñas con desnutrición.
- Explorar las capacidades del cuidador en relación a la alimentación de los niños y niñas con desnutrición.
- Examinar el funcionamiento de los servicios CEN CINAI como respuesta a las condiciones de los niños y niñas con desnutrición.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Diseño y Tipo de Estudio

Debido a que la desnutrición infantil es un tema tan complejo y dinámico, su abordaje en el área de la investigación no se puede limitar exclusivamente a un análisis cuantitativo de la situación. Por lo que este estudio es de carácter observacional con un diseño mixto paralelo o convergente tanto cuantitativo como cualitativo (Murray, 2003).

El método cuantitativo, cuyas raíces son positivistas lo cual significa que asumen una realidad objetiva común entre los individuos, busca la medición de la ocurrencia de características o eventos mediante herramientas numéricas y estadísticas. Además se caracteriza por buscar explicaciones y predicciones que se generalizan a otras personas o situaciones (Newman, 1998) (Murray, 2003). Por lo que este enfoque permitió caracterizar a los niños y niñas con desnutrición, describiendo el estado nutricional, el nivel de desarrollo, las condiciones económicas y la dinámica familiar.

El método cualitativo el cual tiene sus raíces en la filosofía naturalista, busca conceptualizar sobre la realidad con base en la información obtenida de la población o personas estudiadas. Este enfoque se utiliza para buscar el sentido a situaciones cotidianas, profundizar y explicar las formas de interacción entre las personas (Newman, 1998) (Murray, 2003). Debido a que la desnutrición se explica por una gran variedad de variables, de las cuales en algunas se dificulta su medición numérica, también se aplicó el método cualitativo para indagar a profundidad las condiciones socioeconómicos y de salud de los niños y niñas con desnutrición. Además, se exploraron las capacidades que tienen o no los cuidadores de los niños y niñas con desnutrición para ofrecer una alimentación saludable a los mismos que favorezca una evolución adecuada del estado nutricional. (Muñoz, 2013)

Es un diseño paralelo o convergente debido a que la recolección de datos cuantitativos y cualitativos, suceden en un mismo momento por lo que ninguna tiene prioridad sobre la otra, y en el análisis de los datos se da la triangulación de los datos recolectados según los métodos cualitativo y cuantitativo (Creswell, 2014). La elección del mismo se basa en la necesidad que se tiene de ambos datos de manera concurrente, para posteriormente contrarrestarlo y analizar esta información. En la figura 4, se esquematiza esta metodología en donde la recolección de datos cualitativos y cuantitativos se realiza de manera simultánea, seguido de la sistematización de los datos para finalizar con el análisis, el cual es base para dar respuesta a la pregunta problemas y a los objetivos planteados en el estudio.

Basado en lo anterior, se evidencia que el uso del diseño mixto facilita el abordaje de esta temática desde una perspectiva amplia, considerando tanto aspectos epidemiológicos como sociales, políticos y económicos de los contextos relacionados con la desnutrición infantil, permitiendo un mayor entendimiento de asuntos complejos y acrecentando el alcance del estudio, al tener un acercamiento teórico y metodológico creativo y complementario.

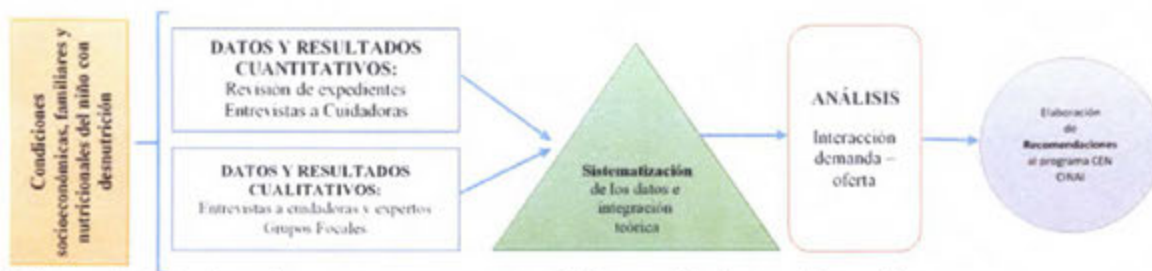


Figura 4. Diseño mixto convergente o paralelo empleado en el estudio.

Fuente: Elaboración propia basado en el diseño mixto convergente.

3.2 Población de Estudio

3.2.1 Unidad de Estudio

El objeto de estudio son los hogares de los niños con desnutrición clientes del servicio distribución de alimentos a familias (DAF). Siendo el informante clave, la madre, abuela o quien cumple el rol de cuidador y atiende las necesidades básicas de los niños.

3.2.2 Población

Se trabajó con la totalidad de la población de niños usuarios del DAF del CINAI de Aserri y el CEN de Poás. La población estuvo conformada por un total de 41 hogares de niños y niñas clientes de los programas del CEN CINAI, 31 pertenecientes al CINAI de Aserri centro y 10 al CEN de Poás.



Figura 5. Proceso de selección de la población de estudio.

^a Hogares excluidos porque el niño padecía alguna condición que puede alterar su estado nutricional.

^b Hogares excluidos debido a que el expediente estaba incompleto o tenían menos de 1 año de pertenecer al CEN Poás.

Criterios de inclusión

- Niños y niñas que tienen al menos 2 mediciones en un plazo de 1 año
- Formar parte del programa DAF del CINAI Aserri y CEN Poás, registrados en el expediente.

Criterios de exclusión

- Niños y niñas con alguna patología que interfiera con su crecimiento y desarrollo.

3.3 Recolección de Datos

Por medio del proceso de recolección de información, se indaga acerca de información relevante acerca de las condiciones del hogar del niño y la niña con bajo peso o desnutrición que afectan su progreso. Este proceso se realizará tomando en cuenta la temática en estudio y las técnicas seleccionadas para su abordaje, en la figura 6 se esquematizan este proceso de recolección y posteriormente se detalla cada una de las técnicas e instrumentos.

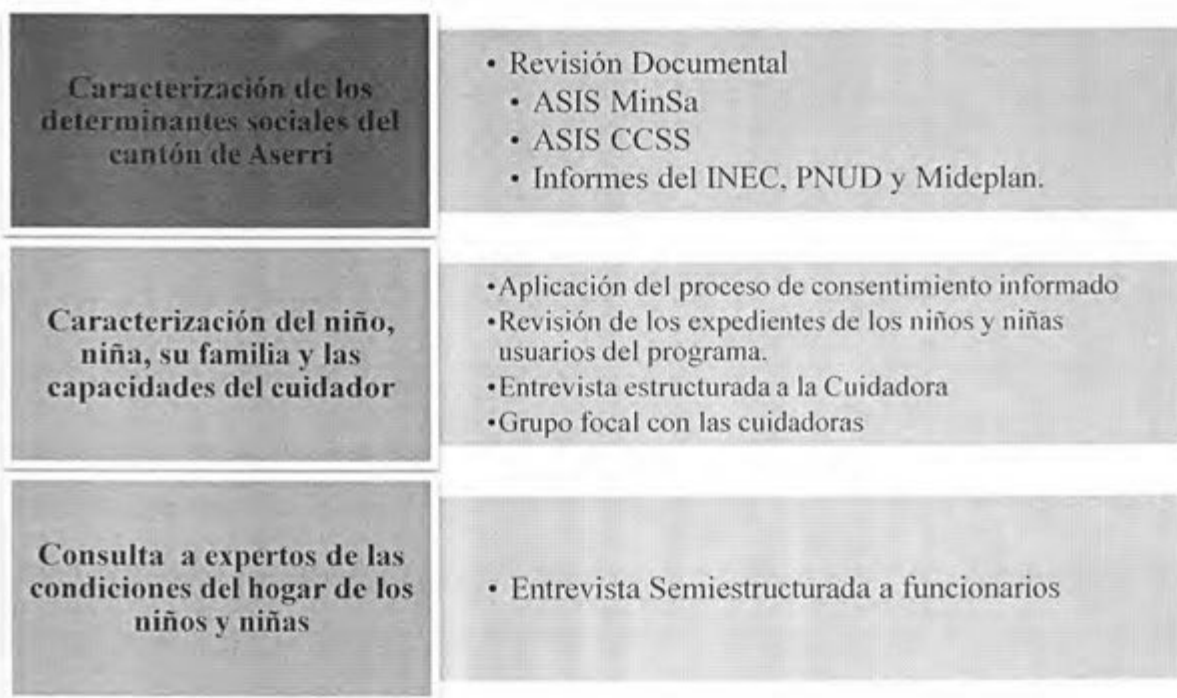


Figura 6. Proceso de recolección de información.

Fuente. Elaboración propia.

3.3.1 Revisión fuentes secundarias

Inicialmente se hizo realizó una caracterización del Cantón de Aserri. Para esto, se analizaron el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) realizados por el Área de Salud de Aserri- CCSS (2016) y el Área Rectora de Salud de Aserri – MinSa (2015) aunado a datos nacionales desarrollados por instituciones como el INEC, Mideplan o internacionales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, esta información permite visualizar los determinantes intermedios y los principales ejes de desigualdad del Cantón de Aserri.

El ASIS, es la herramienta fundamental para la planificación y definición de las estrategias de los servicios institucionales, dado que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil salud – enfermedad de la población (CCSS& UCR, 2004). Esta generalmente se encuentra estructurada dividiendo el contexto en: Geográfico, económico, ecológico, biológico y servicios de salud. Por lo que para facilitar el ordenamiento de la información, a continuación se desarrollará manteniendo la misma estructura.

Seguidamente, se identificaron los expedientes de los niños y niñas con desnutrición que mejoraron o no su estado nutricional, que cumplieran con los criterios de selección, y se les asignó un número a los expedientes. Posteriormente, se contactó a los encargados del niño o niña para explicarles el consentimiento informado y solicitarles su autorización voluntaria para participar en el estudio.

Una vez que comprendieron los procedimientos del estudio y aceptaron participar del mismo de manera voluntaria, se firmó el consentimiento informado y se inició con la recolección de datos, la cual consiste de revisión de expedientes, entrevista individual y grupo focal. Posteriormente, se complementó la información con la perspectiva de expertos, quienes son funcionarios del Programa CEN CINAI de Aserri, a través de una entrevista.

3.3.2 Instrumentos de Recolección de Datos

Inicialmente, para la caracterización de la Población de Aserri, se realizó la revisión de fuentes secundarias como el Análisis Situacional de Salud, elaborado tanto por el área Rectora del Ministerio de Salud como por el área de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social del Cantón de Aserri. Ambos contienen información referente a las dimensiones biológicas, ambientales, conductuales y socioeconómicas de la población en estudio.

Posteriormente, se revisó el expediente para extraer la información socioeconómica del hogar y evolución del estado nutricional y desarrollo del niño las cuales son variables cuantitativas (Anexo 1). Además se aplicó una entrevista al encargado del niño o niña en el CEN CINAI de Aserri. Para esto se utilizó un cuestionario (Anexo 2), el cual incluye 25 preguntas divididas en cuatro secciones:

- Datos de identificación del niño o niña
- Información del estado nutricional del niño o niña
- Información sociofamiliar
- Características de la vivienda

Dicho cuestionario está formado por 25 preguntas en su mayoría preguntas cerradas y 5 preguntas abiertas relacionadas con la dinámica familiar. Se utilizaron preguntas abiertas con el objetivo de no delimitar las alternativas de respuesta, por lo que, posterior a la recolección de esta información se definieron las categorías de análisis.

Posteriormente, se realizaron 3 grupos focales con los cuidadores de los niños (as), con los cuales se buscaba generar un espacio de opinión acerca de las capacidades como cuidador con respecto a la desnutrición infantil y la relación con la alimentación de los niños y las niñas. Para el desarrollo de los grupos focales se utilizó una guía de 12 preguntas abiertas, las cuales abordaban temas de alimentación, causas y consecuencias de bajo peso o desnutrición así como percepción del programa del CEN CINAI. (Anexo 3)

Cabe denotar que las preguntas formuladas en cada uno de los instrumentos de recolección de datos, tanto de la entrevista estructurada como de la guía de preguntas de los grupos focales fueron basadas en la Encuesta de Indicadores múltiples por conglomerados, MICS del 2011, la Encuesta Nacional de Hogares 2014 y Modulo de Lactancia Materna del 2010, ENAHO 2010 y Guideliness for assesing nutrition -related knowledge, actitudes and practices- FAO 2014, así como elaboración propia a partir del conocimiento previo de la población y sus condiciones de salud, principalmente nutricionales.

Para la validación de los instrumentos utilizados en las entrevistas con los progenitores y/o cuidadores, se aplicaron ambos cuestionarios a un grupo de cuidadores y padres de familia de 5 niños y niñas en edad preescolar, utilizando el método sugerido por la FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nation, 2014).

Los aspectos que se evaluaron durante la aplicación de la entrevista fueron:

- Dificultad en la comprensión del vocabulario y en caso de que se requiera sugerencias de cómo replantear las preguntas.
- Revisar si el espacio es suficiente para anotar las respuestas.
- Evaluar si las preguntas pueden generar errores en las respuestas de los participantes (por ejemplo preguntas que incluyen la respuesta)
- Anotar el tiempo que duran en completar la entrevista
- Preguntar al participante su opinión con respecto a lo tediosa o extensa que puede ser la entrevista.
- Los participantes expresan señales verbales o no verbales de impaciencia o desconcentración.
- ¿Se niegan a responder algunas preguntas? ¿Por qué? ¿Cuáles deben ser manejadas con cuidado?

Finalmente, se aplicaron cuatro entrevistas a expertos en la atención y gestión del programa CEN CINAI de Aserrí, con el fin de profundizar y validar aspectos relevantes de los datos recolectados a partir de la administración de los instrumentos a los cuidadores de los niños y niñas clientes de los programas de CEN CINAI, para ello se utilizó una guía

de 11 preguntas abiertas y se adicionaron 4 preguntas específicas acorde a la función que desempeña el experto en el programa. (Anexo 4)

3.4 Análisis de la Información

Para el análisis de la información se utilizará la “Estrategia concurrente de triangulación” en donde se busca confirmar, correlacionar y corroborar la realidad de la desnutrición infantil, utilizando la teoría y hallazgos científicos relacionados con el tema, buscando la integración y complementariedad en la interpretación de las variables cuantitativas y cualitativas, debido a esto la recolección de datos cuantitativos y cualitativos se realiza de forma simultánea (Muñoz, 2013) (Pereira, 2011).

Para la interpretación de las variables cuantitativas se generó y ordenó una base de datos, que posteriormente se tabuló por medio del programa Stata versión 14.1, y Excel versión 14.00 con lo cual se graficó y determino frecuencias simples y cruce entre las variables más representativas para el estudio.

Para evaluar la evolución del estado nutricional de los niños a través de los indicadores antropométricos, se comparó una medición del peso y talla con otra, ambas en 2 diferentes periodos distanciados por 10 a 12 meses aproximadamente. Según las variaciones según puntaje Z encontradas entre ambas mediciones, se agruparon en: mantiene malnutrición, mejora, desmejora y mantiene. El anexo #5 muestra el cuadro de variaciones según puntaje Z, el cual corresponde al Efecto en el Estado Nutricional acorde a las gráficas 2016; siendo parte de la metodología usada por la Dirección de CEN CINAI, en la cual se establece los criterios para agrupar las mediciones en los criterios anteriormente mencionados.

Para las variables cualitativas, las entrevistas se analizarán mediante una codificación abierta, por medio del establecimiento de las categorías previo a la recolección de datos y categorías emergentes, con el fin de realizar una triangulación interna de los resultados y lo relatos, actitudes, opiniones y observaciones que se presenten durante la entrevista.

Para analizar los datos de los grupos focales se utilizó el análisis basado en las cintas, en el cual el investigador escucha la grabación de la sesión y luego crea una transcripción, con el fin de contar con información lo más cercana posible a la realidad. Este tipo de análisis es útil porque le permite al investigador una mejor comprensión del fenómeno de interés. (Onwuegbuzie, Leech, Dickinson, & Zoran, 2011)

Adicionalmente, se llevó a cabo la codificación, ésta para designar los comentarios de los participantes en las entrevistas o los grupos focales, considerando lo siguiente:

1. **Rol que desempeña el participante:** cuidadora de un niño o niña, codificándose como sujeto (S) o funcionario de la Institución, correspondiendo a la codificación de experto (E).
2. **Técnica empleada:** denotándose el Grupo focal (GF) o la entrevista individual (E).
3. **Asignación de un número a cada participante y a cada técnica:** acorde al orden en que se realizó el proceso de recolección de la información.

Tomando en consideración los aspectos citados anteriormente, la codificación tendrá el siguiente orden: Sujeto (S) o experto (E), participación en entrevista (E) o grupo focal (GF), número de la técnica y número del participante². Esta codificación se realiza con el fin de identificar los aportes de las personas durante el desarrollo del estudio y al mismo tiempo, se protege su identidad por medio del anonimato.

² A manera de ejemplo de la codificación, se indican los siguientes casos: (1) **SGF34:** “...” Esto corresponde al participante número 4 que participo del grupo focal número 3. (2) **EE44:** “...” Correspondiendo al experto número 4 en la entrevista número 4.

3.5 Cuadro de Variables y Categorías

Objetivo 1

- Describir la evolución del estado nutricional, el nivel de desarrollo, las condiciones socioeconómicas y la dinámica familiar de los niños y niñas detectados con desnutrición.

Variable	Definición de la variable	Dimensión de la variable	Indicadores	Operacionalización de variables
Evolución del Estado nutricional	Historial del estado antropométrico de la persona según peso, edad y talla.	Antropometría	-T/E, P/E, P/T, IMC/E	Revisión de historia clínica Revisión del expediente en el CINAI
Nivel de desarrollo infantil	Grado de desarrollo y madurez infantil el cual es expresado en la conducta psicomotriz gruesa y fina, cognoscitiva, psicosexual y psicosocial.	Motora gruesa Motora fina Área cognoscitiva Lenguaje Área socio afectiva Hábitos de salud	Conductas esperadas para su edad según escala de evaluación del desarrollo infantil (EDIN)	Revisión del expediente en el CINAI
Condiciones socioeconómicas y familiares	Características del contexto familiar que intervienen en el estado nutricional de los niños, clasificadas según las causas inmediatas, subyacentes y básicas asociadas con la desnutrición	Características socioeconómicas de los miembros del hogar	Características de los miembros del hogar: parentesco, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, discapacidad, ingreso económico, aporte mensual al hogar Características de la vivienda Redes de apoyo Presencia de situaciones de violencia o abuso algún tipo de negligencia dentro del hogar	Revisión de registros Entrevista estructurada

			Presencia de alcoholismo o drogas Situaciones de violencia y delincuencia externo al hogar	
--	--	--	---	--

Categorías	Definición	Sub - Categoría	Unidades de análisis	Instrumentalización
Dinámica familiar	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.	Conformación familiar Crianza	Familias monoparentales, biparentales o extendidas. Relaciones familiares Tiempo, amor, paciencia, ejemplo, violencia, manejo de límites.	Entrevista Estructurada Grupos Focales
Redes de apoyo	Conjunto de personas y/o instituciones que ejercen una función recíproca entre sí, solíéndose obtener un beneficio.	Familiares Institucionales	Autoridad, apoyo, educación. Calidad, apoyo, educación, intersectorialidad.	Grupos Focales Entrevista a Expertos

Objetivo 2.

- Explorar las capacidades de gestión del cuidador en relación a la alimentación de los niños y niñas que presentan desnutrición.

Categorías	Definición	Sub-Categoría	Unidades de análisis	Instrumentalización
Concepto de la alimentación	Proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer.	Saludable, tiempo, presupuesto, dificultades. Actitudes, gustos y preferencias del niño.	Percepción de la alimentación saludable o no. Actitud positiva o negativa del niño ante la alimentación.	Grupos focales
Capacidades de las cuidadoras acerca de la desnutrición infantil: Conocimientos, actitudes y prácticas.	-Conocimiento representa un conjunto de aspectos relacionados con la desnutrición infantil conocidos. -Actitud: disposición que presenta el cuidador con respecto a la situación del niño con desnutrición -Prácticas: comportamientos o acciones observables de un individuo en respuesta a la desnutrición infantil	Conocimientos Actitudes Dietético	Conocimientos de signos, causas y consecuencias de desnutrición, motivos de la desnutrición, identificación de un crecimiento adecuado Actitud con respecto al diagnóstico de desnutrición infantil y recomendaciones del personal de salud. Percepción de porqué el niño no mejora su estado nutricional -Hábitos alimentarios (tiempos de comida, ablactación, lactancia materna) -Frecuencia de consumo de alimentos críticos en etapa infantil -Recordatorio de 24 h.	Entrevistas a profundidad Grupos Focales

3.6 Consideraciones Éticas

Este estudio fue sometido al Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, y aprobado por el mismo para su ejecución. El plan de garantía ética establecido en esta investigación; se direcciona en dos perspectivas fundamentales las cuales consideran tanto el colectivo como a las personas involucradas de manera directa en esta investigación.

Con respecto a la ética del colectivo, específicamente la Salud Pública, se destaca lo propuesto por la autora (Coleman & Bouësseau, 2008) donde establece que “La ética de la salud pública trasciende la atención sanitaria para considerar las condiciones estructurales que promueven o dificultan el desarrollo de sociedades sanas”. Entre ellas las desigualdades en el estado de salud y el acceso a la atención, en donde la investigación resulta necesaria para generar conocimiento que facilite la toma de decisiones y planteamiento de acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Adicionalmente, se toman en consideración los principios básicos de la ética al tener contacto con la población. Estos principios son: de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En cuanto al principio de autonomía, se aplicó el proceso de consentimiento informado aprobado en su totalidad, una vez explicada la investigación y los procedimientos y aclaradas todas las dudas de los participantes se firmó el documento (Anexo 6) con cada uno de ellos y se les entregó una copia del mismo.

Con respecto a los principios de beneficencia y no maleficencia, a pesar de no tener ningún beneficio directo en el participante, su participación no les generará ninguna consecuencia. Además a quienes participaron del grupo focal, se les cubrieron los gastos de transporte y se les compartió un refrigerio para que no tuviesen que incurrir en gastos debido a su participación. En cuanto a los beneficios generales del estudio, los resultados generados favorecerán la atención de la niñez con desnutrición.

Finalmente, el principio de justicia, se tomará en cuenta pues todos los participantes que cumplan los criterios de selección serán invitados a participar de la investigación. Adicionalmente, las autoras se comprometen a publicar los resultados de la investigación, con el fin de que los conocimientos generados favorezcan el desarrollo de estrategias y el abordaje en la temática en estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS

En este Capítulo se describen los resultados alcanzados a partir del procesamiento de los datos; los cuales responden a los objetivos planteados en términos de describir la evolución del estado nutricional, el nivel de desarrollo, las condiciones socioeconómicas y la conformación familiar de los niños y niñas con desnutrición atendidos en el CEN CINAI de Aserrí. Así como, explorar las capacidades del cuidador, en relación a la alimentación de los niños y niñas.

Para el logro de estos resultados fue necesario la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas; entre las que se destaca la utilización de revisión de expedientes de los niños y las niñas que participan de los servicios que brinda la Dirección Nacional de CEN CINAI en el cantón de Aserrí, entrevistas individuales a cuidadores de estos niños y niñas así como la realización de grupos focales entre estos cuidadores. Es importante denotar que la población participante del estudio es residente tanto de Aserrí centro como de la comunidad de Poás, cabecera de cantón y distrito del cantón de Aserrí.



Figura 7. Número de participantes en cada estrategia de recolección de datos.

Fuente. Elaboración propia.

4.1 Revisión Documental: Caracterización de la Población

La caracterización de la población resulta indispensable para conocer el contexto en el que los niños clientes del programa CEN CINAI y sus familias se desarrollan; ésta se encuentra basada en los determinantes sociales de la salud, los cuales son definidos por la Organización Mundial de la Salud, como:

“Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, Determinantes Sociales de la Salud, 2017).

En la actualidad, resulta de gran relevancia el conocer estas circunstancias, dado que explican la mayor parte de las inequidades, y que a través de un abordaje coherente en donde sean tomadas como referentes se pueden tomar decisiones de gestión que den una mejor respuesta a las necesidades de la población, logrando con esto mejores resultados.

4.1.1 Generalidades del cantón de Aserri

El cantón de Aserri, se ubica al sur de la Ciudad de San José, en la zona limítrofe con la Provincia de Cartago. Limita con Desamparados, Acosta, Alajuelita, Parrita, León Cortés y Tarrazú, tiene de cabecera de cantón, al distrito del mismo nombre. Se creó en la Ley N° 3 del 27 de noviembre de 1882, dado que anteriormente pertenecía al Cantón de Desamparados.

Entre sus distritos se encuentran: Aserri, La Legua, Monterrey, San Gabriel, Tarbaca, Vuelta de Jorco y Salitrillos, los cuales se muestran en figura #6. Es importante recalcar que para efectos de esta investigación se estará trabajando en el Distrito de Aserri, específicamente en el CINAI de Aserri y en CEN ubicado en la comunidad de Poás. (Municipalidad de Aserri, 2017)

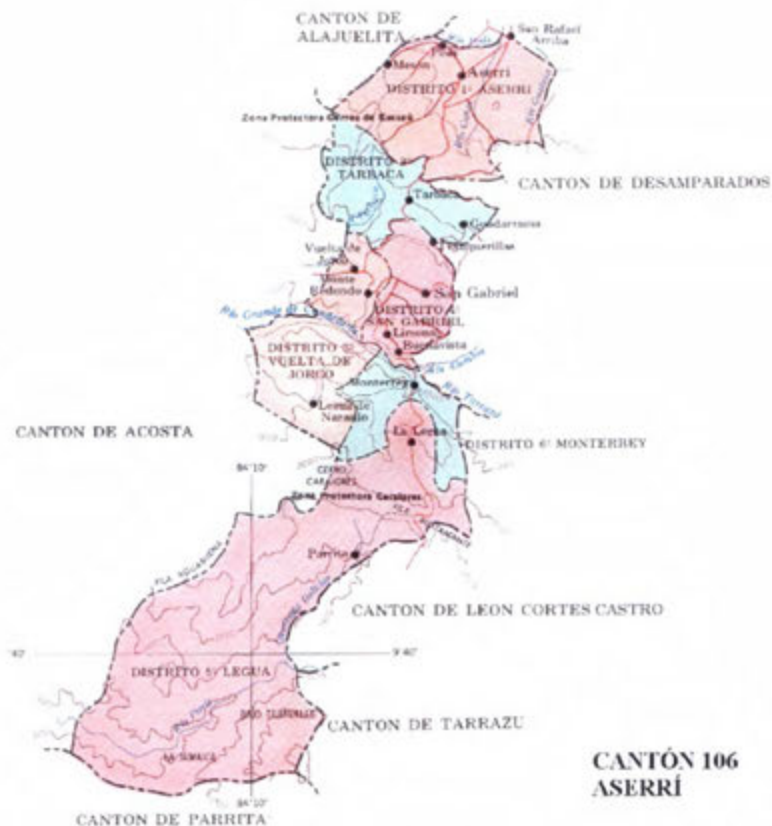


Figura 8. Mapa del Cantón de Aserrí con sus distritos.

Fuente: Municipalidad de Aserrí, obtenido desde: <http://www.aserri.go.cr/aserri/division-politico-administrativo>

4.1.2 Dimensión biológica

Los factores biológicos hacen referencia a la fisiología del organismo, los cuales son menos susceptibles de modificar debido a que son consecuencia de la biología básica de los individuos, así mismo, en términos de diagnóstico se encuentran vinculados con la composición de la población. Es importante denotar que estos incluyen los factores genéticos y que tanto éstos como los biológicos inciden en la calidad de vida de las personas.

Específicamente, indicadores como sexo y edad deben ser analizados en detalle dado que se encuentran asociados a los ejes de desigualdad, en el marco de los determinantes sociales de la salud.

Distribución de la población:

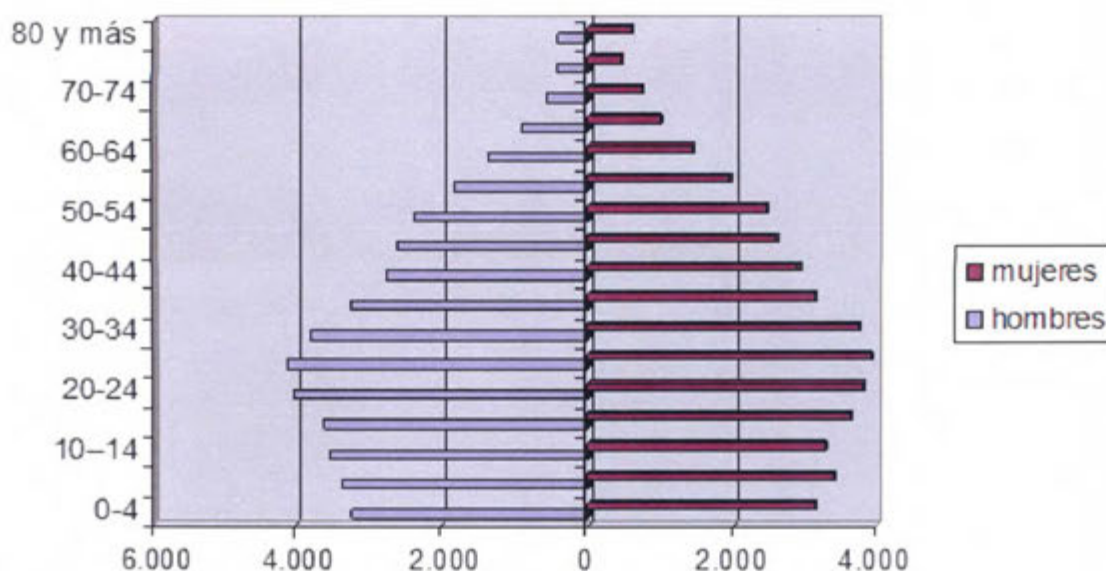


Figura 9. Distribución de la población en Aserri.

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica CCSS 2015, citado en el Análisis situacional de Salud, CCSS – 2016.

La población total de Aserri corresponde a 83.253 personas, de las cuales 6.366 corresponden a niños y niñas con edades entre 1 a menos de 5 años, siendo 3.123 mujeres y 3.243 hombres. Es importante denotar que los distritos más poblados corresponden a la Cabecera de cantón: Aserri y Salitrillos (CCSS, 2016) (MinSa, 2015).

Tomando como referencia la pirámide poblacional, figura 9, la cual muestra gráficamente la composición de la población de Aserri por edad y sexo, se puede observar que los nacimientos han disminuido, pues la cohorte de 0 a 4 años se muestra angosta. Por otro lado, los grupos más numerosos corresponden a la población entre 20 a 29 años. Se observa mayor cantidad de hombres que de mujeres.

Densidad de la población:

La densidad de la población, se refiere al número promedio de habitantes en un área urbana o rural en relación a una unidad de superficie dada. Es decir, la distribución del número de habitantes en un perímetro de un lugar.

En Aserri, para el año 2011 (INEC, 2011) la densidad de la población correspondía a 346,5 hab/km², correspondiendo a una densidad relativamente baja. No obstante, en la cabecera de cantón la población era de 28 191, con una densidad poblacional alta de 1868,2 hab/km². Las grandes densidades de población en las ciudades agudizan los problemas urbanos típicos como: vivienda, trabajo, seguridad ciudadana, marginalidad, entre otros, estas problemáticas serán analizadas en la dimensión social (MinSa, 2015).

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer corresponde a una estimación del promedio de años que vivirá un grupo de personas, si las condiciones evaluadas se mantienen constante. Es un indicador básico, debido a que se encuentra estrechamente relacionado con las condiciones sanitarias, aunado a que refleja condiciones de vida, de educación, ambientales y otras dimensiones sociales de un territorio. Dado lo anterior, se ha utilizado por distintas organizaciones para medir el desarrollo humano (Diccionario de Acción Humanitaria, 2016).

Para el año 2016, la esperanza de vida a nivel nacional es de 80 años (INEC, 2016); en el caso del Cantón de Aserri, se muestra una esperanza de vida para el año 2011 de 77, 3 años, considerándose una esperanza media – alta, en lo que respecta al resto de los cantones del país. Es importante denotar que se utilizan esos años dado que no se cuenta con información actualizada.

Fecundidad y embarazo adolescente

La fecundidad hace referencia a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil (15 a 49 años) en el mismo periodo. En el cantón de Aserri, para el año 2014, la tasa de fecundidad correspondió a 47 nacimientos por mil mujeres en edad fértil en un año (CCSS, 2016).

En relación con los embarazos ocurridos en el cantón, para el año 2015, la mayor cantidad se concentra en dos grupos poblaciones, el grupo en edades entre los 15 a 19 años con 146 embarazos (16.44%) y el grupo entre 20 a 34 años con 668 embarazos (75.23%) (CCSS, 2016).

Es importante denotar que los embarazos en la población adolescente representan un riesgo de salud tanto para la adolescente como para el recién nacido, considerado incluso como un problema biomédico con elevado número de complicaciones durante el embarazo y parto, lo cual da como resultado elevación de las tasas de mortalidad materna, perinatal o neonatal, así como complicaciones en la salud como partos prematuros y niños con bajo peso al nacer, con los consiguientes efectos a largo plazo (OMS, 2014).

A nivel socioeconómico, los embarazos en esta etapa también presentan repercusiones negativas, para la joven, su familia y comunidad. Esto debido a que, éstos son más probables en comunidades en condiciones de pobreza, con baja escolaridad y vulnerabilizadas. Por lo que, esta joven contará con mayores dificultades para completar la educación y conseguir trabajo, presentan mayor inestabilidad en las relaciones de pareja; presentan mayores complicaciones en su salud dado que no cuentan con las herramientas para cuidarse ni cuidar a sus hijos (OMS, 2014) (CCSS, 2016).

Estos aspectos han sido resaltados dados los importantes porcentajes de adolescentes madres ubicadas en el Cantón de Aserri y por ende, las implicaciones significativas en el

estado nutricional del niño; situación que se encuentra presente en la población estudiada en esta investigación.

Mortalidad y Morbilidad infantil

La mortalidad es un número proporcional de muertes en una población en un tiempo determinado; siendo la mortalidad infantil un indicador sensible relacionado con el desarrollo de una comunidad. Adicionalmente, Díaz & Alonso (2008) destacan, que es una medida ampliamente usada para analizar la efectividad de los sistemas de salud, así mismo que toma en consideración el efecto de las condiciones económicas, sociales y culturales.

En el año 2014, la mortalidad infantil fue de 12 casos lo que representó 10.31 por mil nacimientos en ese año, superior a la tasa de mortalidad infantil presentada a nivel nacional, la cual correspondió a 8 por mil nacimientos. Específicamente en el distrito de Aserri, para el mismo año se presentó un caso, sin embargo, para el año 2015 se presentaron 4 casos. (CCSS, 2016). Se destaca que el distrito de Aserri, corresponde al distrito central del cantón, presenta el mayor número de habitantes.

Dentro de las principales causas de muerte son las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afecciones perinatales o prematuridad (CCSS, 2016). Las causas anteriormente citadas son difícilmente evitables.

Otro de los indicadores importantes relacionados con la salud infantil, es el de morbilidad, el cual es el número de incidencia o de prevalencia de enfermedades o deficiencias o incapacidades en una población. Este indicador sirve para medir el riesgo de contraer una enfermedad e identificar los grupos más propensos a contraerlas.

En Aserri, las principales causa de morbilidad para el año 2013, fueron patologías asociadas a enfermedades infecciosas como infecciones de vías respiratorias superiores.

diarreas y gastroenteritis; dentro de las otras condiciones se encuentran: el asma, las reacciones alérgicas y la hiperactividad.

Tomando como referencia el reporte de notificación obligatoria a través de la utilización de boleta VE-01, se identificaron 11 casos de desnutrición reportados, de los cuales 7 correspondían a niños en primera infancia, siendo 5 mujeres y 2 hombres, y ninguno de ellos correspondía al distrito de Aserri. Boleta VE -01 / Consolidado.

Este último dato, es importante de analizar dado que impresiona un subregistro importante de la identificación y reporte de los niños y niñas con desnutrición del cantón de Aserri, lo cual conlleva a no disponer de datos reales para los procesos de toma de decisiones y planificación estratégica.

Por lo que en esta dimensión, se destaca a nivel demográfico la disminución de la población menor de 4 años así como del número de nacimientos, en relación con la esperanza de vida, ésta es media – alta. Adicionalmente, los embarazos en adolescentes representan el 16.4%, situación que tiene implicaciones importantes en el desarrollo de la adolescente así como repercusiones en el estado nutricional del niño. Aunado a lo anterior, existe un importante subregistro de la notificación de la desnutrición en la niñez.

En cuanto a la densidad poblacional es considerada alta, situación que agudiza los problemas urbanos, los cuales que se encuentran en estrecha relación con las condiciones económicas, aspectos que serán desarrollados a continuación.

4.1.3 Dimensión económica

La dimensión económica se refiere a las formas de articulación de producción, distribución y consumo de bienes y servicios; esta articulación puede favorecer o limitar el desarrollo económico del Cantón y con ello tener implicaciones en su progreso, desarrollo social y condiciones de vida de sus habitantes.

Índice de desarrollo humano cantonal:

El índice de desarrollo humano puede entenderse como un proceso de expansión de libertades efectivamente disfrutadas por las personas. Por eso, para lograr el desarrollo humano, es importante promover la creación y aprovechamiento de las capacidades. El Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc) combina los índices de esperanza de vida (IEV), de conocimiento (IC) y de bienestar material (IBM). Aserri mostro para el año 2014, una mejora en cuanto a este índice en comparación a los años anteriores, al ubicarse en el puesto número 52 a nivel nacional con respecto a los 81 cantones del país, en donde 1 es la mejor posición.

Cuadro 3. Indicadores del desarrollo humano cantonal de Aserri, 2016.

Índice	Cantón de Aserri		
	2012	2013	2014
Índice de desarrollo humano cantonal*	0.736 (55)	0.733 (61)	0.749 (52)
Índice de esperanza de vida cantonal*	0.856 (33)	0.819 (65)	0.835 (54)
Índice de conocimiento cantonal*	0.886 (57)	0.920 (51)	0.951 (40)
Tasa de matriculación primaria (%)	100	100	100
Tasa de matriculación secundaria (%)	79.5	86.0	92
Tasa de matriculación global (%)	84.7	89.5	94
Tasa de alfabetización adulta (%)	98.2	98.5	98.7
Índice de pobreza humana cantonal*	12.339 (28)	12.256 (35)	13.176 (28)
Índice de bienestar materia cantonal*	0.465 (52)	0.459 (51)	0.459 (54)

Fuente: PNUD (2016) Atlas de desarrollo humano cantonal de Costa Rica.

*El número colocado entre parentesis indica la posición del cantón con respecto al total de cantones.

Índice de desarrollo Social

El índice de desarrollo social (IDS) constituye un indicador que mide las brechas sociales entre las diferentes áreas geográficas del país, toma en consideraciones las dimensiones económicas, educativas, de salud y participación social. El valor del IDS oscila entre 0 y 100, correspondiendo el valor más alto al cantón en mejor situación sociodemográfica y el más bajo al que presenta el mayor rezago en su nivel de desarrollo.

El cantón de Aserrí registra para el año 2013 un IDS de 51.9, el cual se encuentra por debajo del promedio simple nacional, ubicándolo como un cantón de bajo índice de desarrollo social. Importante denotar que en el cantón se ubican distritos con muy bajo nivel de desarrollo humano, los cuales se ubican en las zonas rurales o marginales. (Mideplan, 2013)

No obstante, distintas instituciones en el cantón han desarrollado estrategias para mejorar las condiciones educativas y de acceso, logrando incrementar su índice de desarrollo, lo cual es muy positivo para la población habitante (MinSa, 2015).

Índice de pobreza humana cantonal

El índice de pobreza humana, indicador utilizado para evidenciar la carencia de acceso a oportunidades, toma en consideración la privación de las tres dimensiones básicas analizadas en el índice de desarrollo humano: vida larga y saludable, educación, nivel de vida digno y se adiciona a este indicador la exclusión social, correspondiendo a la tasa de desempleo a largo plazo (más de 4 meses) (PNUD, UCR, 2011).

La pobreza, tomando como referencia lo propuesto por (Sen, 1995), es un fenómeno multidimensional definido como la insatisfacción o privación de las capacidades básicas; esto comprende por ende la imposibilidad de vivir una vida digna, la insatisfacción de necesidades humanas y sobre todo, la carencia de oportunidades para satisfacerlas.

El índice de pobreza humana del Cantón de Aserrí, para el año 2014 fue de 13.176 (28)³, mejorando en comparación del año anterior el cual correspondió a 12.256 (35). (PNUD, UCR, 2016). Por lo que, a pesar de mostrar avances, en el cantón persisten retos en términos de mejorar el bienestar material y aumentar accesos para satisfacer las necesidades básicas.

Índice de bienestar de la niñez y adolescencia:

Bienestar infantil abarca la calidad de vida en un sentido amplio, refiriéndose a las condiciones económicas, las relaciones entre padres, los derechos políticos y las oportunidades para el desarrollo, con base en esta definición se determinan el índice de bienestar de la niñez y adolescencia. Este índice está compuesto por tres dimensiones: 1. Condiciones materiales, 2. procesos de formación y entorno económico y del hogar, aunado al marco de estas dimensiones se encuentra el concepto de desarrollo de la niñez y adolescencia, permitiendo una medición acorde a sus necesidades (Mideplan, UNICEF , 2014).

El cantón de Aserrí posee el valor del IBINA de 60.29%, que lo categoriza en un bienestar mayor en relación a los demás cantones del país (posición nacional número 30 de 81). Con respecto a las dimensiones, presentan un 71.64% en condiciones materiales, 50.57% en procesos de formación y 56.22% en entorno económico y del hogar (Mideplan, UNICEF , 2014).

En términos generales, el Cantón de Aserrí posee una ventaja relativa con respecto a los demás cantones; no obstante, es indispensable continuar desarrollando estrategias para garantizar la calidad de vida de esta población.

³ La cifra muestra la posición que ocupa el cantón respecto de los 81 cantones del país, donde 1 indica la mejor posición relativa.

Estructura educacional

La educación representa un factor de gran relevancia para el desarrollo personal y progreso social, destacando la frase de Nelson Mandela en la cual indica: *“La educación puede marcar la diferencia entre una vida en la miseria absoluta y la posibilidad de tener una vida plena y segura”*, por lo que el determinar tanto el acceso como el nivel de educación, permite direccionar las estrategias de educación dirigidas a esta población.

a. Acceso a Educación

Dentro de los aspectos relevantes a considerar dentro del desarrollo de un Cantón, se encuentra las posibilidades de acceso que tengan sus habitantes a los servicios de Educación. Al respecto, cabe destacar que estos servicios se encuentran disponibles para toda las edades, no obstante, la cantidad de centros de educación preescolar ha venido en crecimiento, indicando que las población en primera infancia está recibiendo estimulación e instrucción previo al ingreso a la escuela, potencializando las diferentes áreas de desarrollo (CCSS, 2016).

En relación con la educación primaria, el Cantón de Aserri cuenta con 26 centros de enseñanza primaria, concentrando un total de 7525 niños y niñas de la comunidad, población que disminuye significativamente cuando ingresan a secundaria, registrándose una población total de 3703 estudiantes en las tres opciones de estudios secundarios que presenta la zona (CCSS, 2016).

Los procesos educativos dirigidos a personas con alguna limitación de aprendizaje son limitados, indicando que muchos niños y niñas con necesidades de atención especializada no están recibiendo los servicios pedagógicos acorde a su condición.

b. Nivel educativo

El nivel educativo de la población de Aserri es bastante bajo, siendo el porcentaje más alto aquellas personas que han finalizado la primaria completa con un 29.1%. No obstante, la alfabetización adulta es de 97.1%. Estos porcentajes evidencian que a pesar de la

alfabetización, existe un gran reto por la finalización y calidad de los programas educativos, principalmente en secundaria (CCSS, 2016).

Cuadro 4. Nivel de educación de la población de Aserri, 2015

Nivel de educación	Porcentaje de la población
Primaria completa	29.1
Primaria incompleta	22.8
Secundaria completa	11.5
Secundaria incompleta	26.1
Estudios superiores completos	5.2
Estudios superiores incompletos	5.1
Analfabetos	0

Fuente: CCSS (2016) Análisis situacional integral de Salud.

Actividades productivas: trabajo

Con el fin de delimitar las actividades productivas desarrolladas en el Cantón de Aserri, se hará referencia la población económicamente activa (PEA); es importante denotar que la actividad se refiere a la participación de las personas en trabajos productivos, lo cual corresponde a 56.5% de la población.

A nivel general, el grupo más numeroso exhibiendo mayores tasas de actividad corresponde a aquellos entre 20 a 39 años. Con respecto, al sexo, la población inmersa en el proceso productivo se caracteriza por ser la mayoría hombres (72.5%). Cabe destacar, que existen población joven y mujeres inmersas en trabajos informales y/o ocasionales, que no necesariamente se encuentran reportados (CCSS, 2016).

Con respecto a las principales ramas laborales, se encuentran la administración pública, trabajadores de industria y manufactures y trabajadores de agricultura. En relación con opciones de trabajo, Aserri, es un cantón con pocas fuentes de empleo y en su mayoría con actividades agrícolas donde existen grandes propiedades o pequeños parceleros que cultivan para el autoconsumo familiar (CCSS, 2016).

Estos datos de alternativas labores y las situaciones de desempleo o empleo informal, conllevan a la necesidad de diseñar y ejecutar proyectos que promuevan la inserción de las personas en procesos productivos con el fin de mejorar sus condiciones de vida y salud.

a. Jefatura Femenina

A pesar de la relevancia que cobra la inserción de la mujer en el ámbito laboral; en la actualidad, las jefaturas femeninas representan mayores porcentajes de afectación de la pobreza que los hombres. En Aserrí, los hogares jefeados por las mujeres es de 30%, destacando que la participación económica es baja, acentuando las desigualdades de género (CCSS, 2016).

En la dimensión económica, se evidencia que Aserrí tiene un índice de desarrollo social bajo; siendo por ende necesario mejorar el acceso a la satisfacción de necesidades básicas y mejorar el bienestar material. En este cantón el nivel educativo es bajo, en donde el mayor porcentaje de la población cuenta con primaria completa. Adicionalmente, las fuentes de empleo son limitadas, destacando principalmente las ofertas de trabajo informal y en donde las mujeres, incluso las jefas de hogar, tienen una participación económica baja.

Estos aspectos, en conjunto con las características poblaciones, tienen injerencia en la construcción sociocultural de la comunidad, la cual es influyente en la formación y socialización de los niños, niñas y sus familias. En la siguiente dimensión se describe en detalle estas características.

4.1.4 Dimensión sociocultural

Anteriormente se destacaron dentro de los determinantes intermedios los factores biológicos, pero aunado a ellos se encuentran los factores conductuales y psicosociales; enfatizando: la conformación familiar, la educación, recreación, violencia, índices de seguridad y adicciones. Siendo estos elementos del entorno de la persona y de sus estilos de vida, que pueden incidir en la salud y calidad de vida de las personas.

Composición y Dinámica familiar

La población de Aserri posee una cultura tradicionalista, conservando la concepción de familias de 3 a 6 hijos. Aunado hay un predominio de las familias extendidas, siendo que en su núcleo se acostumbra integrar a otros miembros familiares, principalmente los abuelos (CCSS, 2016) (MinSa, 2015).

Recreación y actividad física

En general, en la zona existen pocos lugares para la recreación de la población, destacando que principalmente corresponden a canchas de fútbol y parques cercanos a las iglesias. Por otro lado, las prácticas de jugar en el campo y los cafetales han ido desapareciendo, siendo más común el juego en las calles, los cuales aumentan el riesgo de que los niños sufran un accidente de tránsito. Dentro de las alternativas de recreación son las fiestas patronales tradicionales, las vistas a centros de atracción y entretenimiento; a pesar de que se han colocado juegos infantiles, éstos son escasos y en su mayoría se encuentran deteriorados (CCSS, 2016) (MinSa, 2015).

Índice de seguridad cantonal ciudadana

La seguridad ciudadana es una condición necesaria para el desarrollo humano, dado que al proteger los derechos fundamentales, las personas pueden potencializar sus capacidades. Por lo que con el objetivo de determinar la seguridad en cada uno de los cantones, se diseñó un indicador que su rango varía de cero a uno, el índice de seguridad ciudadana cantonal, el cual corresponde a la medición del grado de seguridad que experimenta el cantón; integra 3 dimensiones: 1. Violencia doméstica, 2. Robos y hurtos, 3. Homicidios dolosos; éstos constituyen amenazas a la vida y a la integridad física y patrimonial de las personas. (PNUD, Universidad de Costa Rica, 2011).

Para el año 2009, período para el cual existen datos recientes, Aserri presentaba un índice de seguridad ciudadana cantonal (ISCc) de 0.654 y un índice de desarrollo humano

ajustado por seguridad ciudadana (IDHSCc) de 0.691, lo cual significa que Aserri es un cantón inseguro, situación que ha venido incrementándose en los últimos años⁴, no obstante, se ubica en el grupo de desarrollo humano fortalecido (CCSS, 2016) (MinSa, 2015).

Es importante denotar que la inseguridad es un fenómeno complejo que presenta explicaciones multidimensionales, por lo que su abordaje debe ser intersectorial, tomando en consideración distintas aristas, dado que por sus implicaciones produce deterioro de la calidad de vida de los habitantes.

a. Violencia:

La violencia es definida por la (OMS, 2017) como el *“uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”*.

i. Violencia Intrafamiliar

En el año 2015, se recibieron 124 notificaciones de violencia intrafamiliar en el área de salud de Aserri, siendo éstas 93 casos de mujeres y 31 casos de hombres; lo cual denota una marcada diferencia entre género (MinSa, 2016).

En relación con la distribución tomando en consideración el grupo etareo, se muestra el cuadro 5, el cual muestra que los grupos etareos que presentan mayor casos de ser víctimas de violencia son los adultos seguidos por los adolescentes. Adicionalmente, es importante denotar que la violencia contra los niños se presentó con una frecuencia de 10 casos para la etapa de primer infancia y 22 para infancia intermedia, y 2 casos para niños menores de 1 año; correspondiendo a 34 casos por año, en donde las principales causas fueron

⁴ Índices de seguridad cantonal según año: 2008: ISCe: 0.627, IDHSCc: 0.678, 2007: ISCe: 0.722, IDHSCc: 0.709, 2006: ISCe: 0.886, IDHSCc: 0.750.

derivados de conflictos familiares, negligencia de los progenitores y maltrato físico (CCSS, 2016).

Cuadro 5. Distribución de los casos de violencia según grupo poblacional, correspondiente al área de salud de Aserri, 2015.

Grupo Etáreo	Frecuencia n (%)
Niños Menores de un Año	2 (1,6)
Niños de 1 a Menos de 5 Años	10 (21,0)
Niños de 6 a Menos de 10 Años	22 (17,7)
Adolescentes de 10 a Menos de 20 Años	31 (25,0)
Adultos de 20 a Menos de 64 Años	47 (37,9)
Adulto Mayor	12 (9,7)
Total	124 (100)

Fuente: Registro Registros médicos 2015. Análisis Situacional de Salud, área de salud de Aserri (2016).

Aunada a la información suministrada por el Área de salud, para agosto del 2016, el área rectora de salud, había recibido 85 casos de violencia intrafamiliar a través de las boletas VE-01, correspondiendo a 60 mujeres y 25 hombres; este dato coloca la violencia intrafamiliar en el quinto puesto de incidencia por reportes realizados; estos casos se distribuyen a lo largo de las semanas epidemiológicas como se observa en la figura siguiente, aunque la mayor cantidad de casos se presentaron en los meses de febrero, abril y junio de ese año.

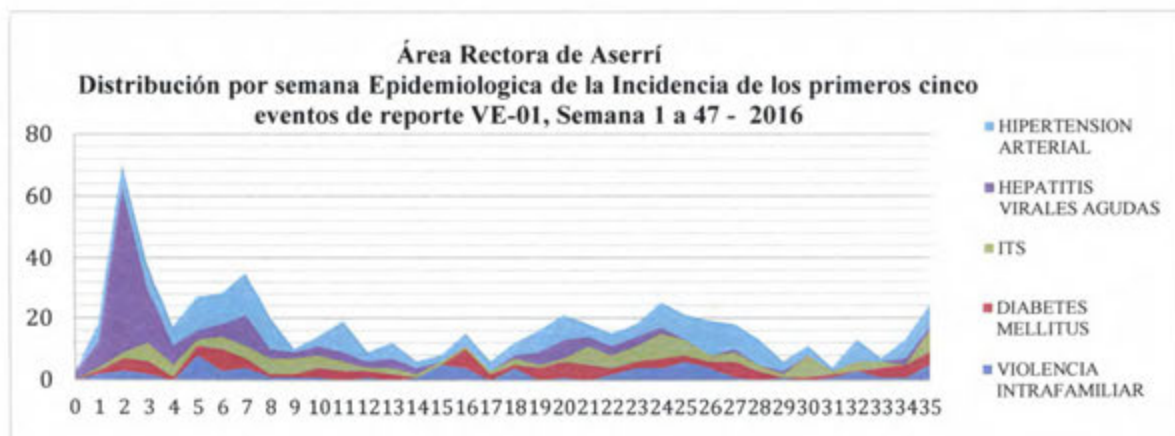


Figura 10. Distribución por semana epidemiológica de la incidencia por primeros cinco eventos reportados.

Fuente: MINSA, 2016.

b. Adicciones

En el área existen altos índices de consumo de alcohol y drogas, el Ministerio de Salud en el año 2015 determinó que un 50% de la población económicamente activa del cantón de Aserrí consume bebidas alcohólicas, y un 30% de éstos presentan un consumo problemático (CCSS, 2016).

Adicionalmente, existen un total de 97 centros con patentes para la venta de alcohol, destacando que es evidente la venta tanto de alcohol como de tabaco a menores de edad, aunque no se cuentan con estudios para respaldar este hecho, así como la identificación de establecimientos de distribución de drogas ilegales, principalmente marihuana, crack y cocaína; pero también hay presencia de venta de otros tipo de drogas, entre ellas las de síntesis. Esta situación de venta y consumo se presenta de mayor gravedad en el distrito central de Aserrí (CCSS, 2016).

En esta dimensión se denota como el Cantón de Aserrí se caracteriza por su tradicionalismo, tanto en actividades sociales como las fiestas patronales como en la estructura familiar y social. En relación con la recreación, se identifica que los lugares son limitados. Este cantón se clasifica como inseguro, limitando la recreación en espacios

públicos, adicionalmente, presenta altos índices de consumo de alcohol, drogas y violencia *intrafamiliar*.

Estas condiciones socioculturales se encuentran influenciadas de manera importante por el entorno en el cual se desarrollan, a continuación se describen las características ambientales del Cantón, dando énfasis a la provisión de servicios básicos.

4.1.5 Dimensión Ambiental

Esta dimensión hace referencia a los espacios en el que tanto la persona como grupos viven, considerando las condiciones naturales como sociales. Estos espacios comprenden tanto el macro ambiente, correspondiendo a los aspectos ecológicos entre ellos el clima, aire, cuencas, suelos, entre otros; y el micro ambiente, que incluye la vivienda, los tipos de abastecimiento del agua, disposición de excretas y de aguas, disposición y manejo de los desechos sólidos, es decir que cuente con los servicios básicos. Estos últimos inciden de manera importante en las condiciones de vida, destacando que son indispensables para una vida sana y que el acceso a ellos representa un derecho de todo ser humano (MinSa, 2015) (CSDSS, 2009).

A continuación se detallará con respecto a los aspectos del microambiente:

Vivienda

Las condiciones de la vivienda han sido reconocidas por la OMS como uno de las principales determinantes sociales de la salud humana, destacando que dentro de las circunstancias materiales en las que las personas crecen y viven, se encuentra la vivienda. *“La vivienda representa un espacio vital que incide en los procesos de alimentación, educación, abrigo, protección y salud de las personas. Por ello, el hacinamiento o la falta de una vivienda adecuada influyen negativamente”* (UNICEF, 2015).

Adicionalmente, en relación con la situación habitacional, existe una importante conexión entre la funcionalidad de la vivienda y los servicios básicos.

Al respecto, se destaca que la mayoría de las personas residentes de Aserri tienen casa propia, esto se debe a que durante muchos años esta comunidad era netamente rural, y de ahí la tenencia de las viviendas, las cuales en un 85% se encuentran en buenas condiciones de conservación y un 99.9% cuentan con cobertura de servicio eléctricos. No obstante, en la actualidad se ha presentado un aumento en las viviendas alquiladas, prestadas e incluso la invasión de tierras que constituyen precarios (CCSS, 2015). A continuación se muestra un gráfico realizado por el INEC, tomando como referencia el Censo del 2011, en el cual se detalla las viviendas ocupadas en el cantón de Aserri (INEC, 2016).

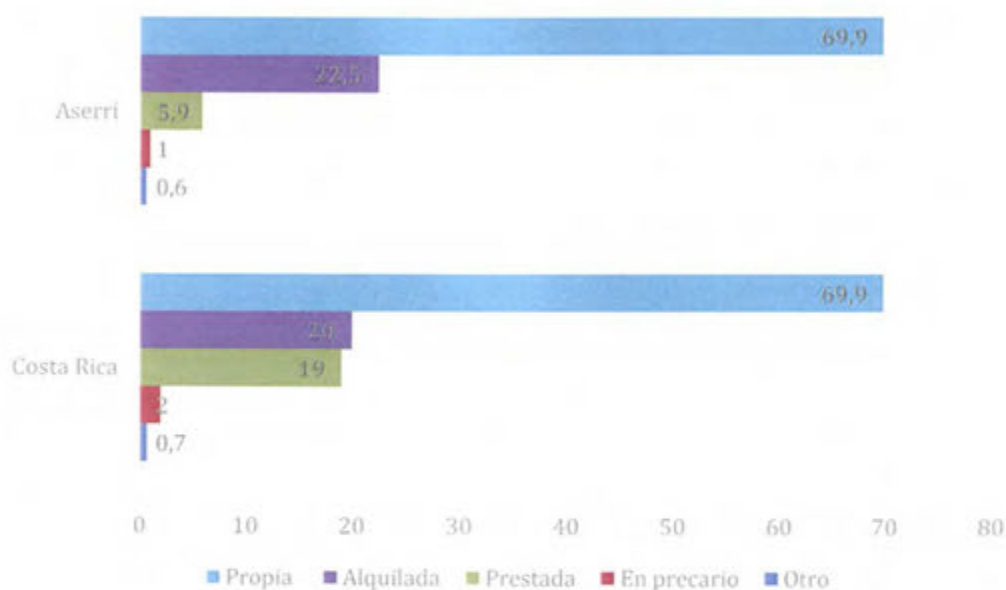


Figura 11. Distribución de la vivienda acorde al tipo de ocupación en Costa Rica y Aserri.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Censo de Población y vivienda, 2011.

Disposición de agua

Aserri cuenta con múltiples nacientes de agua potable, que forman o incrementan los ríos del área y abastecen a sus pobladores, a través de acueductos rurales administrados por Asociaciones de Sistema de Acueductos y Alcantarillados (ASADA). Actualmente, Aserri cuenta con 32 entes operadores de Abastecimiento de Agua Potable, de los cuales 31 son ASADAS y 1 Municipal, el cual tiene 7 sistemas a su cargo (CCSS, 2016).

Se destaca que la mayoría de las familias, un 98.72 % poseen agua dentro de su casa, un 1.28 % no cuentan con acceso al agua dentro de sus viviendas (MinSa, 2015). No obstante, a pesar de tener una cobertura muy positiva, en la realidad, el agua suministrada a los pobladores de Aserri es escasa, fundamentalmente en los sectores que son administrados por el acueducto municipal, lo cual incide negativamente en su salud (CCSS, 2016).

Disposición de aguas servidas

La mayor parte de los habitantes canalizan las aguas servidas de sus viviendas a caño abierto y de ahí a ríos y quebradas ocasionando la contaminación de los mismos y la proliferación de vectores y roedores. Adicionalmente, una gran parte de las viviendas no cuentan con canoas, bajantes y/o caños, necesarios para la adecuada canalización de aguas pluviales, ocasionando que estas se filtren en las viviendas (CCSS, 2016).

Residuos solidos

El cantón de Aserri posee dos recolectores de basura que brindan servicio una vez por semana a los habitantes de cada comunidad. Por lo que este servicio de recolección de basura se le brinda a un 90.17% de las familias, el 2.34% tiene que enterrarla, quemarla un 7.0%, la tira al campo o al río un 0.29%, y un 0.20% utiliza otras medidas (MinSa, 2015). Dentro de los retos en este aspecto se encuentra la educación a las comunidades, dado que se continúan presentando montículos de basura en las calles (CCSS, 2016).

Disposición de excretas

El cantón no cuenta con una red de alcantarillado sanitario, razón por la que la eliminación de excretas se realiza en su mayor parte por medio de tanques sépticos 95.5%, los cuales muchas veces no se encuentran en buen estado; el porcentaje restante corresponde a disposición por letrinas, cloacas o campo abierto (CCSS, 2016) (MinSa, 2015). Adicionalmente, con el incremento de viviendas ilegales a las orillas de los ríos, se han rebalsado los tanques sépticos ocasionando que los ríos y las viviendas se contaminen con coliformes (CCSS, 2016).

En esta dimensión se logra identificar características del entorno que tienen injerencia en las condiciones de vida del niño, niña y su familia. Denotando como las familias, en su mayoría poseen vivienda propia, el cual es un espacio vital para el desarrollo. No obstante, a pesar de que tienen acceso a servicios básicos, se presentan dificultades relacionadas con la escasez de agua, falta de alcantarillado y adecuado manejo de los residuos.

El panorama descrito anteriormente, permite caracterizar a la comunidad de Aserri en las múltiples dimensiones, lo cual es necesario para conocer mejor los determinantes de los clientes del programa CEN CINAI. A continuación, se detalla las condiciones de cada una de las familias contactadas para este estudio, a través de los resultados cuantitativos y cualitativos.

4.2 Resultados Cuantitativos: Caracterización de las Familias

Para obtener los resultados cuantitativos, se revisaron 41 expedientes de niños clientes de los servicios DAF y API, de ellos 31 pertenecían al CINAI de Aserri Centro y 10 al CEN de Poás de Aserri. La edad promedio de las niñas (n= 24) fue de 4 años 11 meses (\pm 2 años 1 mes) y de los niños (n= 17) fue de 4 años 2 meses (\pm 1 año 6 meses). En cuanto a la edad promedio de las encargadas del cuidado de los niños fue de 32 años (\pm 11 años), todas del sexo mujer.

A continuación, se presentan los resultados cuantitativos ordenados según temas prioritarios establecidos: antropometría, dietética, desarrollo infantil, características socioeconómicas y dinámica familiar.

4.2.1 Evolución del Estado Nutricional de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserri y CEN Poás

La primer figura (figura 12) muestra la cantidad de niños que nacieron con bajo peso y o pretérmino. Cabe destacar que el 34% presentó alguna de las alteraciones mencionadas



Figura 12. Condición al nacer de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

La figura 13 muestra el estado nutricional de los niños según los tres indicadores antropométricos. Como se observa en los gráficos de peso para la edad y peso para la talla, la cantidad de bajo peso y desnutrición aumentó en la segunda medición disminuyendo así la cantidad de niños y niñas con un estado nutricional adecuado. Situación contraria sucedió con el indicador talla para la edad donde se observó una reducción de baja talla y un aumento de niños y niñas con una talla adecuada.

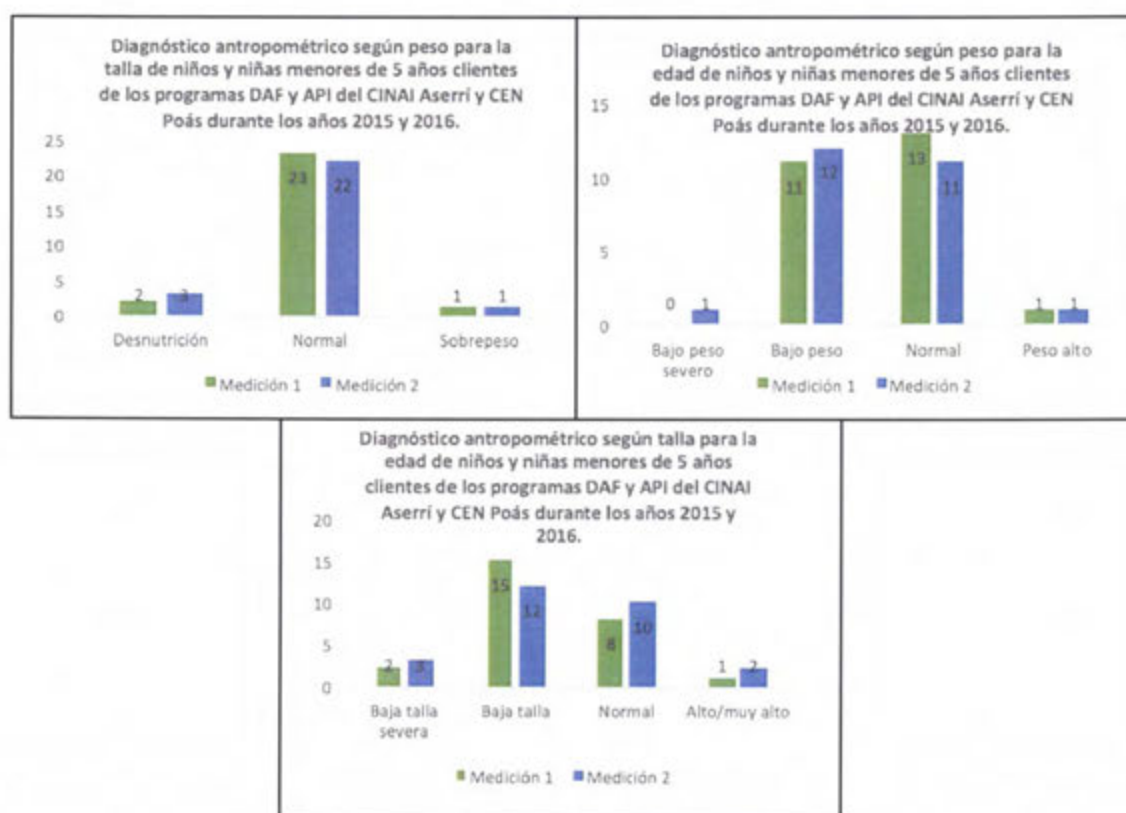


Figura 13. Diagnóstico del estado nutricional según indicadores antropométricos de niños y niñas menores de 5 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

La figura 14 muestra el estado nutricional de los niños y niñas de edades entre 5 a 8 años según los indicadores talla para la edad e índice de masa corporal para la edad. El número de casos con baja talla y desnutrición aumentó.

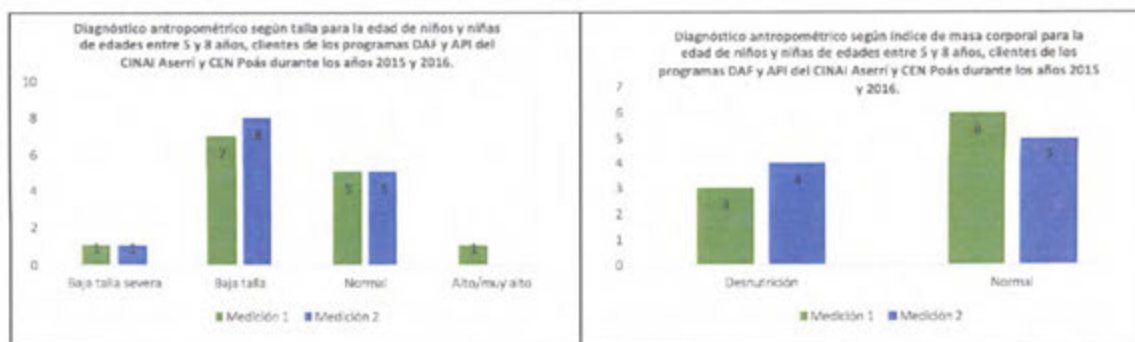


Figura 14. Diagnóstico del estado nutricional según indicadores antropométrico de niños y niñas entre 5 y 8 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

El cuadro 6 muestra las características de los niños con talla normal y baja talla para la edad. Cabe destacar que las condiciones que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los hogares de los niños y niñas con baja talla y los que tenían una talla adecuada para su edad fueron la pobreza extrema y que el jefe de hogar fuese asalariado. En el caso de la pobreza extrema el porcentaje de hogares con esta condición fue mayor en los de baja talla, en contraste con la condición de que el jefe de hogar fuese asalariado pues resultó ser menor en estos hogares.

Cuadro 6. Diferencias entre los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016 que presentaron una talla normal para su edad y una baja talla^a.

Características	Niños y niñas con talla normal para su edad (n=14)	Niños y niñas con talla baja para su edad (n=25)
	n (%)	% (n)
Menores de 5 años	8 (57)	17 (68)
Establecimiento Aserrí	4 (29)	4 (16)
Femenino	8 (57)	14 (56)
Bajo peso al nacer/pretérmino	6 (43)	8 (32)
Destete menor o igual a 6 meses	8 (73)	10 (71)
Primaria completa	12 (92)	17 (74)
Pobreza extrema	3 (23*)	15 (60)
Hogar monoparental con jefe de hogar femenina	3 (23)	11 (44)
Jefe de hogar asalariado	8 (67)	7 (30)

*p < 0,5 según prueba de Chi cuadrado

^aBaja talla = puntaje z menor a 2, patrón de ref OMS 2006

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 7. Proporción de niños clientes del programa DAF del CINAI Aserrí y CEN Poás, que mejoraron, mantiene normal, mantiene malnutrición o deterioraron su estado nutricional según los indicadores antropométricos (P/E, P/T, T/E, IMC) en un periodo aproximado de 1 año.

Indicador	Mejora	Mantiene normal	Mantiene malnutrición	Desmejora	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Peso/Edad*	0	12 (46)	11 (42)	3 (12)	26 (100)
Peso/Talla	0	22 (85)	3 (11)	1 (4)	26 (100)
Talla/Edad	6 (15)	10 (26)	19 (49)	4 (10)	39 (100)
IMC/Edad**	1 (12)	3 (33)	3 (33)	2 (22)	9 (100)

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

*Peso para la edad solo se analizó para menores de 5 años

**IMC se calculó solo para mayores de 5 años

La figura 15 muestra los resultados de la evaluación del efecto en el estado nutricional según 2 mediciones distanciadas por máximo un año de tiempo. Los niños y niñas que mejoraron al menos un indicador antropométrico o se mantuvieron con un estado nutricional adecuado fueron un 31% en el caso de los menores de 5 años y un 11% en el caso de los niños y niñas mayores a 5 años. En cuanto a los niños que se mantuvieron en desnutrición y/o tuvieron algún deterioro en al menos un indicador antropométrico, en los niños y niñas menores de 5 años fue de un 69% mientras que en los mayores o igual a 5 años fue de un 89%.

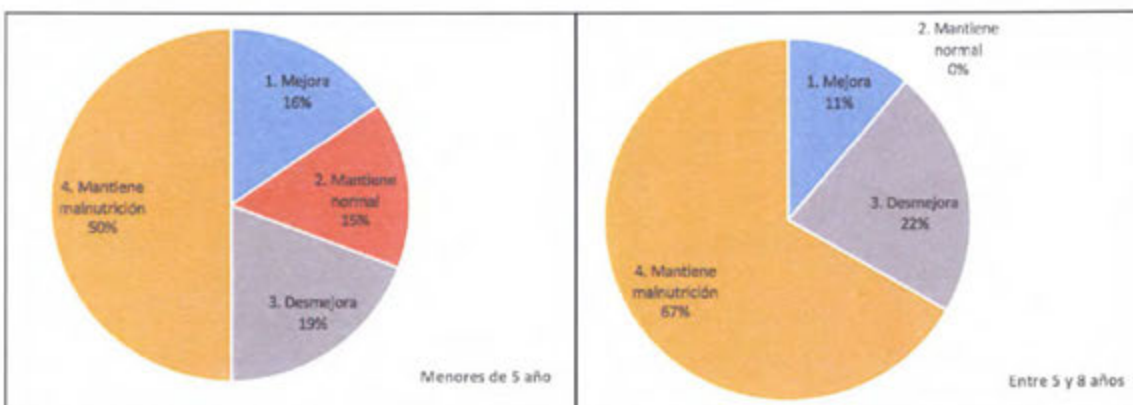


Figura 15. Efecto en el estado nutricional de los niños y niñas al ser clientes en un de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás en un periodo mayor a 9 meses, durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

4.2.2 Factores dietéticos de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserrí y CEN Poás

En cuanto a las prácticas de lactancia materna, el 100% de las 15 cuidadoras que participaron de la entrevista afirmaron que las madres le dieron pecho a los niños en algún momento. El promedio de meses de lactancia fue 23,5 ($\pm 10,7$). Además, las cuidadoras reportaron que 7 de los 15 niños recibieron fórmulas infantiles en los primeros días después del parto.

La figura 16, muestra la edad de inicio de alimentación complementaria de los niños y niñas, en el mismo se observa que 6 de los 15 niños recibieron otro tipo de alimento diferente a la leche materna antes de los 4 meses de edad.

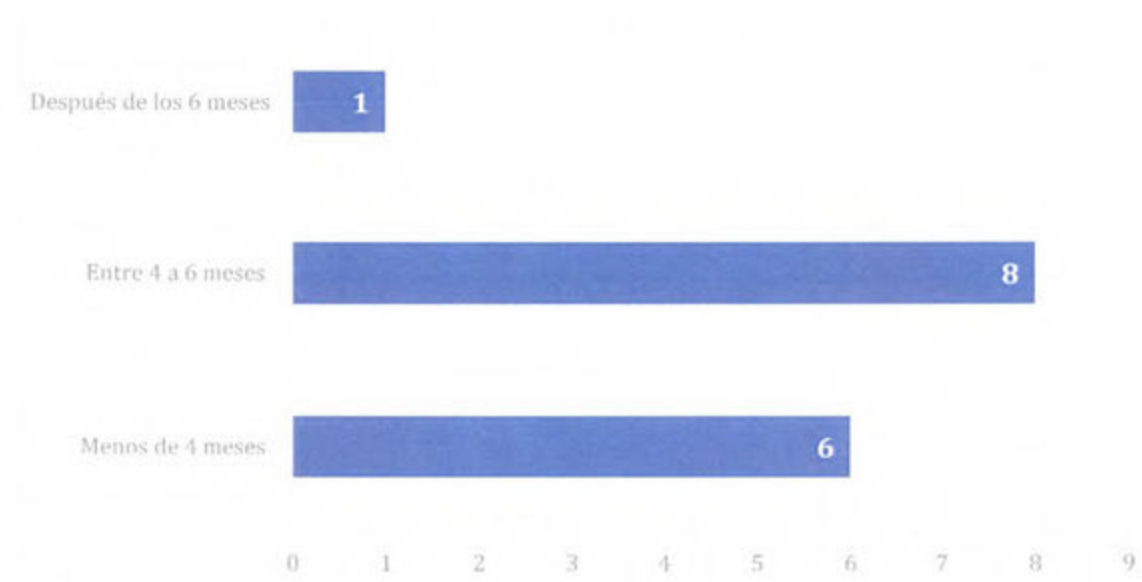


Figura 16. Edad de inicio de alimentación complementaria de niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

El cuadro 8 muestra el primer alimento consumido por los niños durante el proceso de alimentación complementaria, destacando que 9 de los 15 cuidadores entrevistados reportaron que el grupo de alimentos más frecuente para iniciar la alimentación complementaria es el de las verduras harinosas, principalmente la papa.

Cuadro 8. Primer alimento al iniciar la alimentación complementaria recibida por los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Clasificación	Primer Alimento	Cantidad de casos	Total
Verduras harinosas	Papa	6	12
	Ayote	2	
	Camote	1	
	Verduras mixtas	3	
Frutas	Papaya	1	4
	Banano	1	
	frutas	2	
Cereales	Cereal para bebé	1	3
	Galleta maría	2	
Vegetales	Chayote	1	1

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

La figura 17 muestra la opinión de los cuidadores con respecto a la principal razón para que el niño tenga desnutrición. Es importante destacar que según el reporte de las cuidadoras, 3 de estos niños padecen desnutrición debido a razones económicas o a violencia familiar.

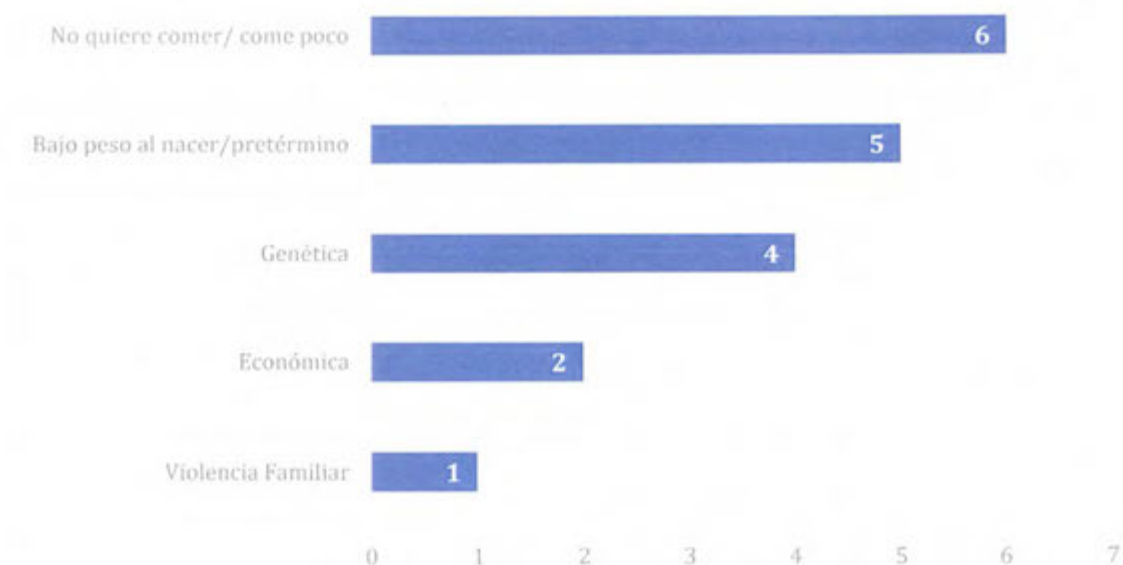


Figura 17. Razones de la desnutrición reportadas por las cuidadoras de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

La figura 18 muestra el consumo de productos fuente de proteína, frutas y vegetales en los niños. Se observa que los lácteos son los alimentos más frecuentemente consumidos por los niños seguido por las leguminosas, las carnes son el alimento menos consumido.

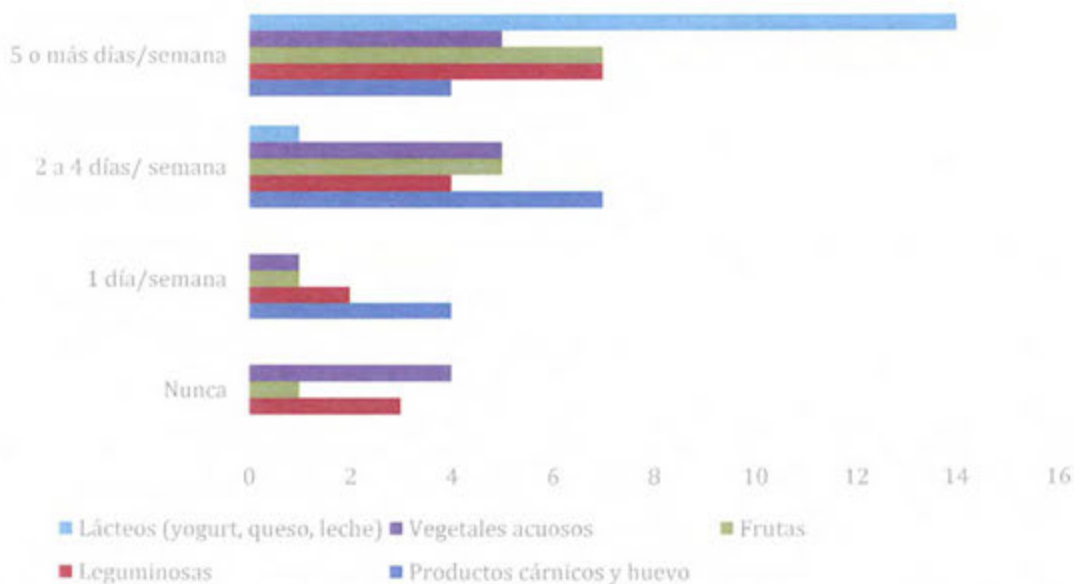


Figura 18. Frecuencia de consumo de grupos de alimentos fuente de proteína, frutas y vegetales en niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

La figura 19 muestra el patrón de consumo de alimentos según el recordatorio de 24 horas. Cabe destacar que los grupos de alimentos menos consumidos por los niños son los vegetales acuosos, frutas y leguminosas. Y como se muestra en el cuadro 5 se especifican los alimentos mencionados en el recordatorio, siendo los de mayor consumo los cereales y los lácteos.

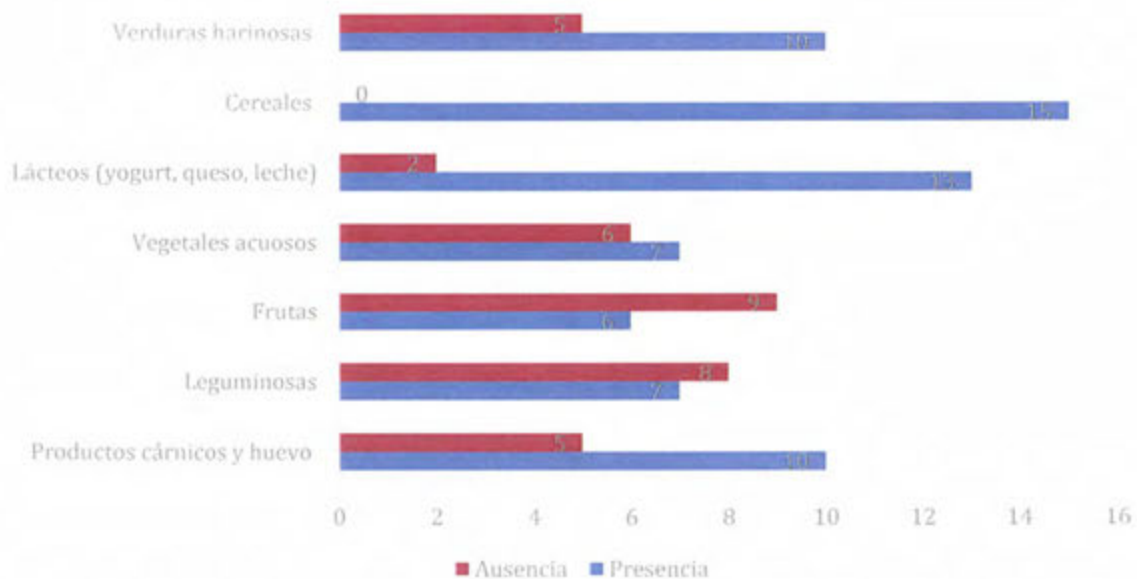


Figura 19. Patrón de consumo de alimentos según recordatorio de 24 horas de niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

Cuadro 9. Alimentos presentes en el recordatorio de 24 horas de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Clasificación	Alimento	Cantidad	Total
Cereales	Cereal de desayuno	7	54
	Fideos	6	
	Arroz	16	
	Pan	10	
	Galleta	13	
	Arepa	1	
	Chorreada	1	
Leguminosas	Frijoles	12	13
	Garbanzo	1	
	Papa	6	
Verduras harinosas	Yuca	1	11
	Camote	1	
	Ayote	1	
	Vainica	1	
	tacacos	1	
Frutas	Frutas mixtas	1	11
	Naranja	1	
	Banano	3	
	mamonos	1	
	Papaya	1	
	Mango	1	
	Limón	1	
	Cas	1	
Naranjilla	1		
Vegetales	Chayote	4	5
	Ensalada	1	
Productos de origen animal	Res	4	36
	Cerdo	1	
	Pollo	4	
	Pescado	2	
	Huevo	1	
	Lácteos*	20	
Producto procesado	4		
Grasa	Queso crema	1	1
Azúcares**	Gelatina	1	2
	Dulce de leche	1	

*El consumo de producto lácteo corresponde a 10 leche con chocolate, 2 café con leche, 6 leche sola, 1 queso y 1 yogurt.

**No se tomaron en cuenta el consumo de azúcar en el recordatorio de 24 horas.

4.2.3 Desarrollo infantil de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserri y CEN Poás

El cuadro 10, muestra el porcentaje de niños con bajo nivel de desarrollo según las áreas. La medición se realizó en dos diferentes momentos, distanciados por un periodo de 10 a 12 meses. Cabe resaltar que en la primera medición el área cognoscitiva fue la que tuvo el mayor porcentaje de niños evaluados con bajo desarrollo. No obstante, en la segunda medición, los indicadores cognoscitivos y hábitos mejoraron mientras que la motora gruesa, lenguaje y socio emocional no presentaron mejoría.

Cuadro 10. Porcentaje de niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016, evaluados con nivel de desarrollo bajo en las áreas de desarrollo

Mediciones	MG ^a	MF ^b	CO ^c	LE ^d	SA ^e	HA ^f
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Inicio	3 (9.4)	3 (9.4)	8 (25.0)	4 (12.5)	1 (3.1)	3 (9.1)
Final	3 (9.4)	0	3 (9.4)	4 (12.5)	1 (3.1)	2 (6.1)

Fuente: 35 expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016, que tenían 2 mediciones en distintos periodos.

^a motora gruesa, ^b motora fina, ^c cognoscitiva, ^d lenguaje, ^e socioemocional, ^f hábitos

4.2.4 Características socioeconómicas de los niños con desnutrición clientes del programa CINAI Aserri y CEN Poás

La figura 20 muestra el nivel educativo del jefe de hogar. Cabe destacar que solo 4 personas de los 40 casos reportados alcanzaron un nivel de secundaria completa o mayor. Además, más de la mitad (24) de los jefes de hogar no lograron completar la primaria.



Figura 20. Nivel educativo cursado por el jefe de hogar de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.^a

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

^a 2 personas no registraron el nivel educativo del jefe de hogar

La figura 21 muestra la ocupación del jefe de hogar. Menos de la mitad de ellos, son asalariados.

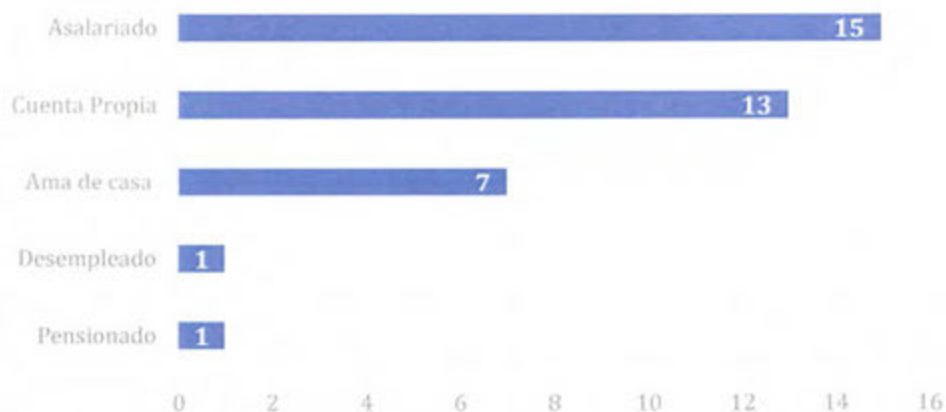


Figura 21. Ocupación del jefe de hogar de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.*

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

* 4 personas no registraron la ocupación del jefe de hogar.

La figura 22 muestra la distribución de hogares en extrema pobreza, pobreza no extrema y no pobre. Cabe destacar que el 41% de los hogares viven en pobreza extrema.

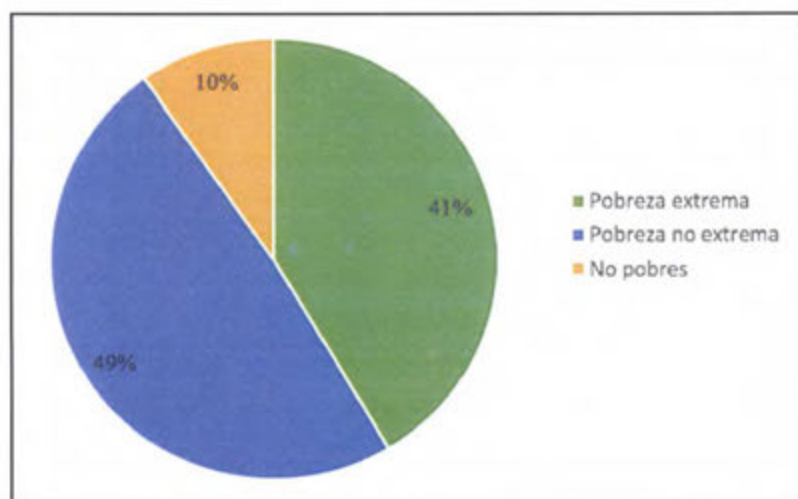
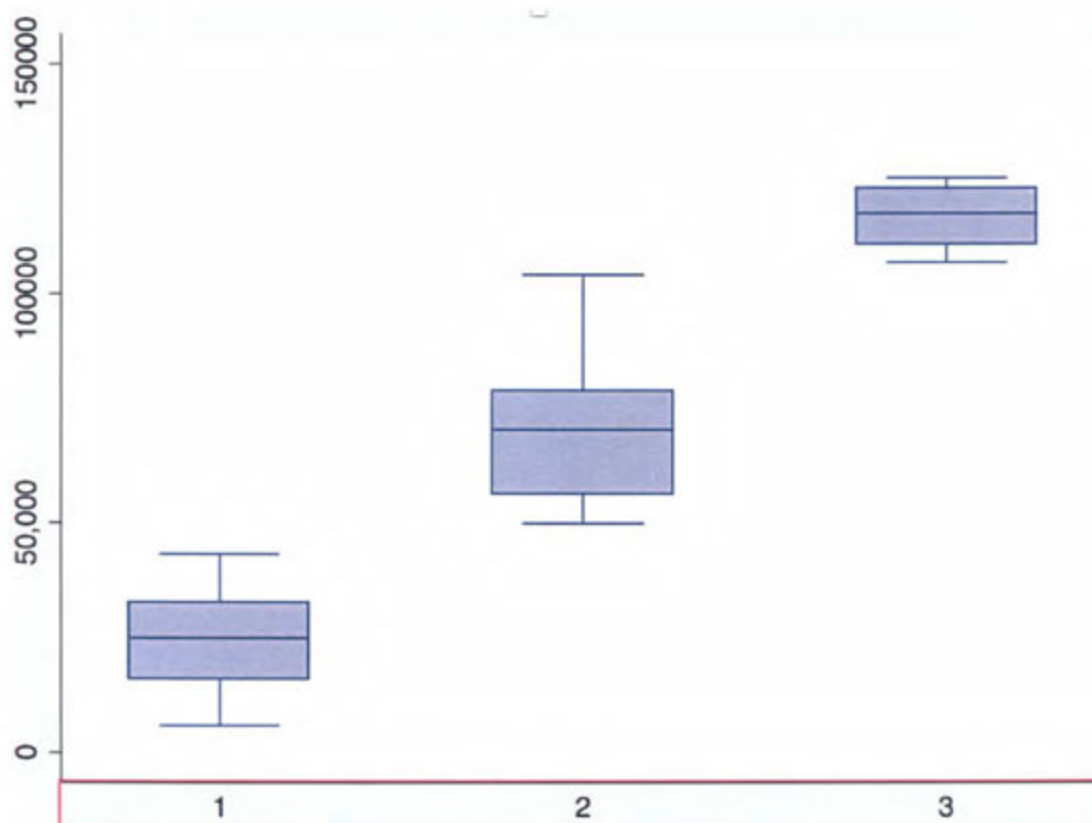


Figura 22. Clasificación según el ingreso mensual per cápita de los hogares de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016^a.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

^aClasificación de los hogares según la Encuesta Nacional de Hogares, Costa Rica, 2016: pobreza extrema <€48339, pobreza no extrema ≥€48339 y ≤€105937 y no pobre >€105937.

La figura 23, muestra la media del ingreso mensual per cápita según los diferentes grupos hogares en pobreza extrema, hogares pobres y hogares no pobres. Cabe destacar que la mayor variabilidad en los ingresos está en el grupo de los hogares pobres y donde la media se encuentra más cerca del límite inferior que del superior. Además es importante resaltar que el ingreso mensual mínimo per cápita encontrado en los hogares en pobreza extrema es de ₡6000.



Condición socioeconómica (1= pobreza extrema, 2= pobreza no extrema, 3= no pobre)

Figura 23. Ingreso promedio per cápita de los hogares de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016^a.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

^aClasificación de los hogares según la Encuesta Nacional de Hogares, Costa Rica, 2016: pobreza extrema <₡48339, pobreza no extrema ≥₡48339y ≤₡105937 y no pobre >₡105937.

4.2.5 Dinámica Familiar de los Hogares de los Niños y Niñas con Desnutrición

En cuanto a la dinámica familiar, cada hogar está compuesto por 4,7 miembros en promedio (como máximo 9 personas y mínimo 2 personas). La edad promedio del jefe de hogar 42 años (± 14 años) y el porcentaje de hogares con jefatura femenina 41,5%.

La figura 24 muestra los tipos de hogares en los que viven los niños clientes de los programas DAF y API. En dicha figura se muestra que 16 de los 42 hogares son mono-parentales donde la jefe del hogar es una mujer.

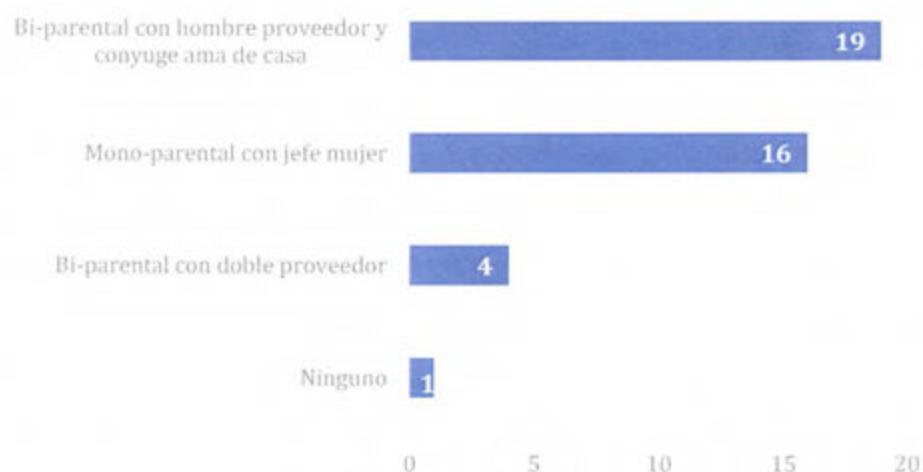


Figura 24. Tipo de hogar de los 42 niños clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

El cuadro 11 y 12 muestran la dinámica familiar del hogar y la victimización del mismo. Cabe resaltar que el consumo de drogas fue el problema más común en el hogar seguido por la violencia física, emocional y la mala relación en la familia. En cuanto a los factores externos al hogar que los afectan, el robo o asalto fuera de la vivienda fue el más frecuente.

Cuadro 11. Dinámica familiar de 15 de los de hogares de los niños y niñas clientes de los programas, según resultados de entrevista a sus encargados DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Dinámica familiar	Presencia	Ausencia
Violencia física	4	11
Violencia emocional	4	11
Abuso sexual	0	15
Consumo de drogas	5	10
Convivencia conflictiva entre los miembros de la familia	4	11

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

Cuadro 12. Victimización de los 15 de hogares de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserrí y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Victimización	Presencia	Ausencia
Robo en la vivienda	1	14
Robo o asalto fuera de la vivienda a alguno de los miembros del hogar	5	10
Agresión física o emocional contra algún de la familia	1	14
Otro delito contra la propiedad o pertenencias	3	12
Otro delito contra personas	3	12

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

El cuadro 13 muestra un resumen de las características de los niños y niñas y sus hogares según la evolución de su estado nutricional en un periodo entre 10 y 12 meses.

Cuadro 13. Características de los niños y sus hogares según efecto en el estado nutricional en un periodo de 10 a 12 meses.

Factores	Mejora	Mantiene Malnutrición	Desmejora	Interpretación
Nutricionales	Son niños que el 100% reportan haber tenido lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, e inician su alimentación complementaria entre los 5 y los 12 meses de edad.	Son niños que reportan el 100% haber tenido lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, e inician su alimentación complementaria entre los 5 y los 8 meses de edad.	Son niños que el 90% reportan haber tenido lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, e inician su alimentación complementaria entre los 5 y los 9 meses de edad.	Las diferencias se basan en que hay menos práctica de lactancia materna en los niños que desmejoran, no obstante el inicio de alimentación complementaria en los niños que mejoran es un poco tardía en promedio con el resto.
Económico	Pobreza	Pobreza	Pobreza	La pobreza es un factor común en los niños que incide en su estado nutricional. Ésta influye en la capacidad de satisfacción de necesidades y selección de alimentos para consumo de los niños.
Conformación del hogar	Biparental con 1 proveedor	Monoparental y Biparental con 1 proveedor	Monoparental y Biparental con 1 proveedor	Los hogares monoparentales presentan mayor dificultad en la recuperación del estado nutricional del niño.
Escolaridad del jefe de hogar	Primaria completa, secundaria incompleta o mayor.	Primaria incompleta o completa	Primaria incompleta o completa.	El tener un mayor nivel educativo interfiere en la recuperación nutricional del niño.

Empleo del jefe de hogar	Asalariado	Asalariado y diversidad de ocupaciones	Diversidad de ocupaciones y trabajos informales/ ocasionales	El que el jefe de hogar tenga un empleo asalariado mejora la condición nutricional del niño o niña. Por el contrario, el indicador baja talla se presenta principalmente en aquellos casos en que el jefe de hogar tiene diversidad de ocupaciones o trabajo informal.
Dinámica intrafamiliares	Convivencia familiar adecuada	Convivencia conflictiva y consumo de drogas.	Convivencia conflictiva, Presencia de violencia intrafamiliar y/o consumo de drogas.	La convivencia familiar conflictiva y la violencia intrafamiliar tienen consecuencias negativas en el estado nutricional del niño.

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016 & Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

En este apartado se mostraron los datos cuantitativos; los cuales por medio de las representaciones numéricas de la variable permiten identificar los resultados más significativos, para que posteriormente en el apartado del análisis, sean interpretados conjunto a la información cualitativa obtenida. Seguido se presentan los resultados de datos cualitativos recolectados mediante grupos focales y consulta a expertos.

4.3 Resultados Cualitativos: Profundización de Condiciones Sociales, Económicas y Familiares

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en la etapa cualitativa, la cual buscaba profundizar las generalidades de la condición socioeconómica, nutricional y de desarrollo presente en los niños y niñas con desnutrición así como explorar las capacidades presentes en los cuidadores de los niños y niñas del programa CEN CINAI en relación con su alimentación. La información fue recolectada por medio del uso de dos instrumentos: la entrevista individual y grupos focales dirigidos a cuidadores de los niños y niñas.

Adicionalmente, se realizaron entrevistas semiestructuras a los expertos del programa del CEN CINAI que se desarrolla en el Cantón de Aserri, con el fin de complementar la información así como de esclarecer aspectos relevantes concernientes a los niños y niñas con desnutrición.

A continuación se detallan los resultados obtenidos.

Características de la población:

La población participante de las técnicas cualitativas consistió en: 15 entrevistas individuales a cuidadores de los niños y niñas, la mayoría de estos cuidadores corresponde a las madres. En cuanto al desarrollo de los grupos focales, se contó con una participación entre 9 – 4 participantes en las discusiones. Es importante destacar que a pesar de que se intentó tener un promedio de 8 personas en cada grupo focal, debido al ausentismo de las participantes, en algunos grupos la asistencia es menor a lo recomendado, causado por largas distancias que deben recorrer, cuidados de otros hijos durante el tiempo que esta fuera del hogar y otros propios del conocimiento del posible participante.

En relación con las entrevistas realizadas a los expertos, éstas correspondieron a 4 entrevistas dirigidas al director del centro infantil responsable de la prestación de servicios de atención y protección infantil de todos los niños y niñas que asisten a los servicios

intramuros diariamente, la jefe de oficina local responsable que todos los servicios de CEN-CINAI se ejecuten de acuerdo a la normativa vigente y respondan a las necesidades de los grupos familiares que los solicitan, la nutricionista de la oficina local responsable de la vigilancia y atención de los niños y niñas con desnutrición y asistente de salud servicio civil 3 responsable de la atención directa de los grupos familiares que solicitan y reciben los servicios.

Cuadro 14. Cantidad de participantes según técnica de entrevistas individuales y grupos focales. n=35.

Población	Técnica	Cantidad	Sexo	Parentesco
Cuidadores de niños y niñas clientes del programa CEN CINAI	Entrevista individual	15	Mujer	13 Madres 2 Abuelas
	Grupo Focal 1	7	Mujer	6 Madres 1 Abuela
	Grupo Focal 2	9	Mujer	8 Madres 1 Tía
	Grupo Focal 3	4	Mujer	3 Madres 2 Abuelas

Fuente: Listas de asistencia de los participantes a las entrevistas y grupos focales, II semestre 2016.

A continuación, acorde con los objetivos establecidos se van a indicar los aspectos cualitativos relevantes identificados.

1. Describir la evolución del estado nutricional, el nivel de desarrollo, las condiciones socioeconómicas y la dinámica familiar de los niños y niñas detectados con desnutrición.

Para este primer objetivo, las cuidadoras de los niños y las niñas destacan que existen aspectos importantes a considerar, como la conceptualización que se tiene acerca de la alimentación, principalmente saludable, así como las causas y consecuencias del bajo peso

o desnutrición. Aunado a esto, denotan aspectos de la dinámica familiar como lo es la *conformación familiar* y la crianza de estos niños.

Cuadro 15. Generalidades de la alimentación acorde a la percepción de los cuidadores de los niños y niñas con bajo peso o desnutrición clientes del Programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgo relevante	Expresiones de las encargadas
Conocimiento sobre la Alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> Asocian alimentación saludable con el consumo variado de alimentos. 	SGF31 ⁵ “Bueno, yo digo que comer saludablemente es comer variado, no mucho ni poco, pero comer de todo”.
	<ul style="list-style-type: none"> Importancia de Consumir frutas y verdura. 	SGF11 “Diay comer ehh, arroz, frijoles, carnes, ehh legumbres, frutas. Yo creo que diay hacer ensaladas con tomate, con zanahoria, con pepino.” SGF21 “Diay este, lo normal digamos en lo que es un almuerzo que tenga vegetales, sus carbohidratos, un pedacito de pollo o carne, una ensaladita o alguna verdurita o algo y un fresco natural”. SGF24 “Tomar leche, verdad y mucha fruta y verdura más que todo, como decía mi abuela un guineo”.
	<ul style="list-style-type: none"> Consumir cantidades moderada de alimentos con adecuados tiempos de alimentación. 	SGF22 “Que es desayunar bien digamos un cereal que no sea mucho chocolate, aparte de eso saber comer, no comer mucho mucho mucho ni tampoco muy poquito, sino normal, las medidas que deben ser y hacer las 6 comidas diarias”.
	<ul style="list-style-type: none"> Conocen y Relacionan con alimentación no saludable el consumo de comida chatarra. 	SGF35 “Comer saludable... es comer, arrocito, frijolito – lo que uno está acostumbrado a comer – y no comidas chat

⁵ Este corresponde a la codificación de los comentarios realizados por las personas en la entrevista o grupo focal correspondiendo a la S=persona, GF=grupo focal y número del GF y de la persona.

Disponibilidad de Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Destacan que aunque el tiempo es limitado es importante sacarlo.</i> 	SGF32: “bueno, a mi si me gusta sacar el tiempo. Yo si tengo mucho que hacer, porque sinceramente, yo tengo mucho que hacer pero el rato de que se trata de comida y del cuidado de ellos, dejo cualquier cosa por cuidarlos a ellos y la comida”. SGF22 “A como sea a la carrera pero hay que sacar el tiempo”.
Presupuesto disponible para compra de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Denotan las dificultades de planeación de la alimentación. 	SGF34: “Bueno, cuando mi compañero tiene trabajo fijo se compra cada quince, pero cuando no tiene trabajo y le sale un trabajo de unas horas, entonces no se puede ir a comprar la comida de una quincena” SGF35: “No, en mi casa se come lo que Dios repare les digo yo.”
Dificultades para una adecuada alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • La principal dificultad corresponde al factor económico. 	SGF14 “Bueno a mí prácticamente casi la mayoría, por el motivo de la plata, a veces hay a veces no hay o a veces se puede o a veces no. Entonces para mí es eso”. SGF31 “Yo digo que talvez económicamente, la gente dice que el pan integral, que hay que comprar la natilla, el queso que sea más sano.... Pero ya una dice que no, hay cosas que suben mucho el presupuesto, que uno no puede estar comprando y que la gente piensa que es más nutricional que otras cosas”.
Gustos y preferencias del Niño o la niña	<ul style="list-style-type: none"> • Gustos por los vegetales y rechazo por la carne roja. 	SGF17 “Vieras que en mi caso, los tres les gustan lo que son los picadillos, sopas y todas esas cosas”. SGF11 “Si a ella tampoco le gusta la carne, el pollo si, y las ensaladas le gusta mucho el pepino”.
Actitud del Niño o la niña hacia la alimentación en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para que coman por pereza o porque no quieren. 	SGF22 “Bueno en el caso mío yo veo que ella está almorzando yo veo que come y me dice, mami solo cinco cucharadas pero venga que yo no ya no quiero ya no quiero, y le intento dar y lo que hace es a vomitarse entonces ya no más.” SGF12 “A la mía es que le da pereza comer”.
Prácticas alimentarias del niño o la niña	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo alto de productos ultraprocesados. 	SGF24 “El mío se come un paquete de galletas de 12. Si al mío le encantan llora, grita y todo” SGF24 “El mío es cada cinco minutos es galleta, Dios guarde le falte la galleta, mami galleta, mami galleta, ya está la galleta”.

Fuente: Transcripciones de los grupos focales a cuidadoras, II semestre 2016.

Cuadro 16. Causas y consecuencias del bajo peso o desnutrición acorde a los cuidadores de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Causas relacionadas con condiciones biológicas o de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Genética. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF23 “A mí me han dicho que eso va en la genética familiar. Absorben algo que a veces uno tiene problemas y uno piensa que no les va afectar a ellos y el más afectado es el niño”. SGF32 “Yo digo que eso debe de ser de que traigan genético porque vieras que lx, yo soy la que la que lo cuido, lx come de todo, de todo (...)”
	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer y/o pre termino. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF15 “Bueno yo creo que fue desde que nació porque se vino antes de tiempo tenía, 7 meses.” SGF32 “La mía es que desde que nació es baja de peso, en comparación con los hermanitos, que también son bajos de peso, la mayor mía tiene 9 años y es bajo peso, pero come esa chiquita come de todo y hasta ahora es que está subiendo de peso, pero sube y baja de peso, así se mantiene”.
	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades recurrentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF26 “Digamos, como Dx cuando se me enferma, le da un resfrío o algo casi no come y entonces siempre me le hace un bajonazo de peso, siempre he tenido ese problema con él, siempre el bajonazo es cuando se me enferma” SGF27 “Si porque el poquito peso que logran ganar, porque a mí me pasa con Mx lo poquito que ella gana se le va con enfermedad y entonces otra vez uno batallando para que gane peso, cuesta mucho”.
Consecuencias por tener condición de desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de enfermedades estomacales, bajas defensas y anemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF12 “Uy ese cada vez que come empieza con dolor de estómago todo el tiempo” SGF32: Diay, que le puede ocasionar..., le puede ocasionar muchas cosas, al estar bajo de peso le puede entrar anemia, se les baja las defensas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el Estado de ánimo, principalmente debilidad y cansancio. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF22 “Que se enferman más frecuentemente, no van a querer jugar”. SGF12 “Y que les da mucho cansancio también, porque así fue ella.”
	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de sobrepeso a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF31 “bueno, pero vieras... bueno, yo no sé... bueno, yo tengo los 2 más grandes... uno es flaquito y el otro más

		bien es gordito, esta pasado del peso que tiene que estar, pero él antes era delgado, pero él que esta gordito él no es de estar comiendo ni helados ni golosinas ni comida chatarra ni nada así, a él le gusta la comida, él come ensalada... en cambio el otro no, no le gusta la ensalada, siempre es como el adorno y así y él está flaco y el otro está gordo”.
--	--	--

Fuente: Transcripciones de los grupos focales a cuidadoras, II semestre 2016.

Cuadro 17. Dinámica familiar acorde a la percepción de los cuidadores de los niños y niñas con bajo peso o desnutrición clientes del Programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Conformación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Hogares de conformación biparental. 	<ul style="list-style-type: none"> SGF16 “En el caso mío mi esposo me ayuda bastante, más ahora que no tiene trabajo entonces si me ayuda mucho, él me ayuda a cocinar a darles de comer porque yo tengo gemelos entonces son tres con ella. Pero si él me ayuda”. SGF14 “Y aparte que sólo es uno, o sea yo, porque mi marido a veces trabaja y a veces le agarran las parrandas”.
Crianza relación cuidador y el resto de miembros del grupo familiar con el niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> Factores protectores como tiempo y paciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> SGF17 “El tiempo que uno les dedica a ellos y también yo lo quiero ver bien. Depende de cada mamá, hay que tener paciencia”. SGF16 “Yo pienso que más que todo nosotras somos las que tenemos más paciencia porque en el caso mío no es que mi esposo no tenga paciencia pero a veces me lo sacan de quicio, yo a veces le digo a él no yo me hago cargo porque usted casi no tiene paciencia. Más que todo nosotras somos las que tenemos más paciencia”.
	<ul style="list-style-type: none"> Factores deteriorantes, principalmente violencia y drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> SGF31 “Cuando uno da amor, crecen con amor... un chiquito, usted ve que ven agresiones, donde ven como quien dice una familia fea, mala... como quien dice con gente alcohólica, muchos casos se ve así, di los niños crecen mal. Entonces, como quien dice, no es que uno es perfecto, pero uno trata de guiarlos, que vayan por el bien, que se sientan bien.”

		SGF35 “(...) muchas veces una familia donde el chiquito oye que solo malas palabras, que ve que golpes uno y que golpes el otro, ahí es donde ellos van... como digo yo... uno debería dar el buen ejemplo.”
--	--	---

Fuente: Transcripciones de los grupos focales a cuidadoras, II semestre 2016.

Con respecto al segundo objetivo, el cual se describe a continuación:

2. Explorar las capacidades de gestión del cuidador en relación a la alimentación de los niños y niñas que presentan desnutrición.

Se destaca que aunado a explorar las capacidades de los cuidadores a través, principalmente de los conocimientos, actitudes y prácticas, se identifica la relevancia que tienen las redes de apoyo como lo son los abuelos y abuelas en cuanto a la alimentación de los niños y las niñas, tanto de manera positiva como negativa.

Cuadro 18. Capacidades del cuidador de niños y niñas con bajo peso o desnutrición en términos de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la alimentación de los niños y niñas.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Conocimientos sobre desarrollo y ganancia adecuada de peso del niño o niña.	• Crecimiento adecuado.	• SGF16: “Yo me doy cuenta cuando lo alzo. Por ejemplo ahorita cuando lo alzó yo siento que está un poco más pesado pero cuando veo que ya no me pesa. Entonces yo digo no ya lo veo ralito y me di cuenta que perdió peso”. SGF32 “Cuando uno los alza, en ropa también... en la ropa uno los ve”.
	• Desarrollo adecuado.	• No hay referencias
	• Comiendo de manera adecuada o inadecuada.	• SGF22 “Porque se lo comen y piden más y piden otra vez”. SGF31 “Di yo siento que uno se da cuenta porque se ven como cansados, como cuando uno los ve enfermos, como que uno sabe... sí yo siento que se ven débiles...”

<p>Actitudes acerca del proceso de alimentación y la condición de desnutrición del niño o niña</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud ante la noticia del estado nutricional del Niño/ Niña. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF31 “Diay uno lo que piensa es darles más comida, eso es lo que piensa... démosle más comida, pero ya como que al rato deja la preocupación... tal vez no total, pero si como se tranquiliza, porque uno sabe de que ellos son así... Que uno les da y se mantienen y van subiendo... y van bajando...”
<p>Prácticas para fomentar el consumo de comidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Al momento de la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF11 “A mi si me ha pasado, se siente uno frustrado de saber que eso le hace falta”.
	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de Premios/ castigos 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF17 “Los míos sí porque yo les digo que hay premios, sino no comen”. SGF12 “A yo no los dejo levantarse. Les digo no se levantan de la mesa hasta que no se terminen la comida. A veces quieren ir a ver tele o quieren jugar entonces ya saben que hasta que se terminen todo se levantan y así es”. SGF25 “No quiere comer está bien está castigado por el resto de la tarde”.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF22 “Yo insistí más en darle más digamos romper ese patrón de las 6 comidas, sino insistir más, aunque fuera cada ratito, insistir una dos tres veces más o aumentarle las comidas e insistir más, estar pendiente que ella estuviera comiendo a cada rato ojalá, aunque fuera una galleta, un jugo o un helado, la comida pero estar insistiendo para que suba”. SGF21 “Darle las comidas que a ellos les gustan sino le gusta que puede hacer uno no va fuerza porque no se lo va comer, darle de comer las cosas buenas que a él le gustan”
	<ul style="list-style-type: none"> • Momento de la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF24 “El mío es muy chineado, yo le doy”. SGF23 “Bueno en el caso mío yo tengo 2 y yo desde que quedé embarazada de mi primer bebé yo trabajaba y entonces un hábito pero malísimo fue el nunca sentarme con él a comer. Yo llegaba de mi trabajo, me servía comida y para la cama los 2 con el mayor. Ahora el chiquitito di obviamente no tenemos buen hábito para sentarnos a comer y de igual manera uno come una cosa y otro come otra porque no comen lo mismo (...), se sienta a comer digamos en un desayunador que hay, entonces él se sienta y le da tres vueltas a la casa y luego se sienta y se come otra y así entonces el no, yo le digo que si él es de bajo peso por lo mismo (...)”

	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativas en el tipo de Comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF26 “Mi hermana le dijeron que le diera leche de cabra y llegó el momento en que se puso como una bola a pura leche de cabra”. SGF26 “A Dx yo le daba mucho hígado.” SGF26 “El guineo y culantro coyote”.
Redes familiares relacionadas con la alimentación del niño o niña-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rol de los abuelos y abuelas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF12 “Mi mamá es la que me ayuda y no influye en la alimentación más bien me ayuda.” SGF25 “cuando está mi mamá en la casa, entonces ellos se aprovechan de la nobleza de mi mamá verdad, entonces empiezan tita es que yo no quiero almorzar yo me quiero comer el cereal, entonces ya empieza mi mamá: es que pobrecito el chiquito es que no lo dejan coger cereal” SGF24 “A mí lo que me pasa es que mi papá trabaja en la Dos Pinos entonces llega el montón de juguitos y cuando voy donde mi mamá tienen el jugo todos los días, y a veces yo quiero que almuerce antes y mi papá no pobrecito dele el juguito, pobrecito, y la autoridad a la basura”.

Fuente: Transcripciones de los grupos focales a cuidadoras, II semestre 2016.

Adicionalmente, como una categoría emergente en relación con las condiciones que afectan el progreso del estado nutricional de los niños y niñas con desnutrición o bajo peso, se destaca el funcionamiento del Programa CEN CINAI y las valoraciones realizadas por parte de las usuarias de este servicio.

Cuadro 19. Percepciones de las cuidadoras de niños y niñas con bajo peso o desnutrición en relación con el Programa CEN CINAI como factor influyente en el estado nutricional de los niños y las niñas.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Calidad del Servicio	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Atención y apoyo por medio del DAF.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF32 “Yo toda la vida estoy agradecida con el CEN, porque siempre siempre a mí, me han ayudado, y uno agradece, principalmente las madres solteras agradecemos tanto, así sea una bolsa de leche...”

<p>Acceso a los servicios de alimentación y Cuido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alimentación y cuidado para los niños y niñas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF35 “Aquí en el CEN me dan el DAF y la leche para ella, muy necesario porque los güilas son los que la necesitan.” SGF23 “Si a mí mi hermana me dijo que yo era una ingrata al meterlo aquí. Obviamente yo no podía pagar el cuidado de los 2, entonces yo confié en el cuidado del CEN CINAI igual yo le pagaba todo porque aquí se pide una cuota.”
<p>Estrategias educativas dirigidas a las cuidadoras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambios de comportamiento en los niños.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF28 “Ya el cambio las comidas (...), ya después él entró aquí ya él supo que aquí no habían ni chupones, ni confites, ya no había nada. Entonces ya empezó a subir más de peso y empezó a ponerse de otro color, porque él se ponía muy pálido cuando él no comía nada, entonces ya cuando entró aquí al CEN ya era diferente, subió de peso y todo y ya todo lo tenía bien.
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Capacitaciones a los cuidadores.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • SGF24 “A mí la Doctora no solo aquí”. SGF31 “A mí me han hablado de eso... que de bajo y que de alto, pero en realidad, lo que siempre le dicen a uno es como le digo, bajar más las grasas, no tanto cosas fritas, cosas más sanas, pero diay, uno ahí trata de ir mejorando e ir acomodando todo.”
<p>Intersectorialidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Involucramiento de diferentes instituciones</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • . SGF26 “Bueno a mi hijo ahorita fue en el kinder, la maestra lo pesó y subió de peso y había subido de estatura.” SGF27 “El tercero es Jx que tiene, diay está bajo de peso y baja estatura, bueno de peso yo creo que no tanto, la estatura, pero está en tratamiento en la Marcial y hasta el momento no le han hecho absolutamente nada de decirme que nada más lo están controlando con la talla pero hasta ahí, no le han hecho absolutamente nada. El control de cada 6 meses para ver cómo va pero de lo contrario no le han hecho absolutamente nada”.

Fuente: Transcripciones de los grupos focales a cuidadoras, II semestre 2016.

Anteriormente se detallaron las principales categorías y unidades de análisis obtenidas a partir de la interpretación del discurso, es decir, los hallazgos principales tanto de las entrevistas como de los grupos focales, esta información permitirá comprender mejor las conductas subyacentes, actitudes, percepciones y la cultura de una manera que los métodos cuantitativos no logran por sí solos, facilitando por ende la interpretación de factores sociales, políticos y económicos asociados a los problemas de salud, en este caso la desnutrición infantil. (Creswell, 2007)

A continuación se detallan las principales categorías y aspectos relevantes obtenidas a partir de la entrevista a expertos; información que permite ampliar y complementar los datos recolectados a través de las diferentes técnicas, favoreciendo en tener un mayor panorama de la situación en estudio.

Tomando como referencia el primer objetivo; el cual se relaciona con la caracterización socioeconómica y de salud de los niños y las niñas, los expertos exponen que la pobreza es un aspecto prioritario a considerar, así como los estilos de vida y antecedentes de salud presentes en la familia y el niño. Fundamentalmente en la condición socioeconómica, es donde se ubican la mayor cantidad de unidades a analizar.

Cuadro 20. Condiciones socioeconómicas, de salud y emocionales de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a la percepción de los funcionarios, en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Condiciones Socioeconómicas: Pobreza de las familias	Pobreza como principal condición económica de los niños y las niñas.	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “son personas de escasos recursos económicos, con niveles de pobreza, algunos con riesgo social”. EE33 “son normalmente con pocos recursos digamos que se encuentran en alguna línea de pobreza”. EE11 “tenga problemas emocionales, que tenga situaciones de abandono, que tenga situaciones de pobreza”

	<p>Situaciones de riesgo como violencia, delincuencia o drogadicción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “En la zona de Poás hay bastante drogas, este, Aserri no tanto pero si hay algunas comunidades un poquito y como en todo lado, la delincuencia está aumentando drásticamente, antes era como pueblos un poco más sanos” EE22 “También hay problemática de alcoholismo o drogas o ese tipo de cosas que ya cuesta un poquito... porque digamos, si la mamá por más que quiera pero si es esposo está ahí, borracho, y se enoja si ella sale de la casa y no la deja ir, entonces tenemos una situación de mucha dependencia y de mucha influencia de otros problemas ya más delicados”.
	<p>Empleos informales, ocasionales o desempleo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “Son familias que trabajan, peones, verdad, que incluso, cuando no hay cogidas de café, entonces ellos están incluso hasta sin trabajo... y son familias muy necesitadas en realidad”.
	<p>Condiciones de vivienda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “viven personas en cuartos prestados, a orillas de ríos, que generalmente están con mucho problema por inundaciones o riesgos de ese tipo”
	<p>Desarrollo de la Comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EE44 “En Aserri, digamos, primeramente la población que hay en Aserri y la población que hay en Poás es totalmente diferente. Poás para mi es una zona bastante pobre, verdad, no significa que Aserri no lo sea pero todavía el poder adquisitivo en Aserri es mayor. Aquí en Aserri tenemos mucho chiquito desnutrido, pero todavía con alguna posibilidad.”
<p>Salud, nutrición y educación</p>	<p>Antecedentes de Desnutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EE11 “Los chicos con desnutrición, a veces hay ciertas patologías que inciden en que no ganen peso, entonces es más lento porque tenemos que empezar por exámenes de laboratorio, ver cómo están los parásitos, anemia, educar al padre de familia en cuanto a los buenos hábitos de alimentación en la casa”
	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de apoyo especializado. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “también se ayuda a chiquitos que tienen necesidad para estimulación de lenguaje, alguna situación de psicología”
<p>Condiciones Emocionales en las familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No hicieron referencia. 	

Fuente: Transcripciones de las entrevistas a funcionarios, II semestre 2016.

Adicionalmente, se indagó referente a las causas y consecuencias del bajo peso o desnutrición; debido a que es importante determinarlas como parte de la evolución nutricional que pueden presentar los niños y las niñas, esto desde los conocimientos que tienen los expertos referentes al tema.

Cuadro 21. Causas y consecuencias del bajo peso o desnutrición de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a los funcionarios, en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Causas relacionadas con condiciones biológicas y de salud.	Enfermedades y conflictiva familiar relacionados	<ul style="list-style-type: none"> EE33 “tengo varios casos de niños muy críticos pero ya por una patología asociada o problema a nivel de conflicto o ambiente familiar prácticamente.” EE44 “-factores- Bueno el económico y el familiar”.
Causas relacionadas con el hábitat del grupo familiar	Condiciones de Higiene – Vivienda.	<ul style="list-style-type: none"> EE44 “También, es muy común la parte higiénica, verdad, a veces uno encuentra que estos chiquitos, las familias a veces no son muy aseadas, entonces son chiquitos que recurrentemente tienen problemas digestivos, tienen diarreas, entonces rapidito están bajos de peso, por las diarreas pierden peso y también, a veces es muy común que por no una buena alimentación, entonces tienen un sistema inmunológico muy bajo o tienen parásitos.
Causas relacionadas con el acceso a alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a los alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> EE33 “Acceso a alimentos donde yo compro lo que puedo” “en las partes de adentro que es campo, entonces tienen más acceso a lo que ellos cosechan, entonces lo que yo cosecho es lo que le doy pero no sé si es nutritivo o no, verdad”
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> Rezago en el desarrollo y en los procesos de aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> EE11 “la gran mayoría y casi le digo que el 100% de eso niños y niñas tuvieron problemas de aprendizaje. En la escuela, la mamá decía: es que este es burro... el bajo peso hizo que ellos no fueran igual a los demás, para lo que fue el aprendizaje.... Su estatura siempre fue baja, son más enfermos, ahora son muchachos con defensas bajas, el colon, cosas así, y como que se les hizo somático el asunto porque las mismas familias les dicen: es que usted desde pequeños fue así... es que usted

		desde pequeño estaba enfermo... pero sí, pero en lo que es el aprendizaje les afecta... casi casi que a todos". EE44 "eso es evidente, y uno se da cuenta cuando pasa la escala del desarrollo, entonces uno ve ese niño con retardo en un montón de áreas, en lenguaje, en cognitiva, motora fina, motora gruesa... ósea todas. Entonces, afecta todas las áreas".
--	--	---

Fuente: Transcripciones de las entrevistas a funcionarios, II semestre 2016.

La dinámica familiar es un aspecto muy importante a considerar para entender las condiciones en el que los niños y niñas viven, crecen y se desarrollan, por lo que, además de consultarlo directamente a las cuidadoras; se pretendió ampliar desde la perspectiva de los funcionarios del programa, los datos relevantes se detallan a continuación.

Cuadro 22. Dinámica familiar de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a los funcionarios de los CEN CINAI, en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Conformación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes madres Jefas del Hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE33 "Son madres muy jóvenes entonces no recurren a gente como para verdad para saber un poquito para tener conocimiento." EE22 "madres con esposos que las han abandonado, mucha madre soltera; donde la figura paterna está ausente, entonces toda la carga es a nivel familiar... a veces apoyadas por abuelitos"
Crianza y relación entre los miembros del grupo familiar con el niño o niña.	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias entre de la pareja de la crianza de los niños • Estilos de vida de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE11 "bueno, a veces, la señora le echa la culpa al esposo, es que le compra golosinas, es que la deja hacer lo que le da la gana." • EE11 "Aquí, la gente – lo encargados de niños y niñas- tienen que correr mucho, llegan tarde, los niños pasan en manos de otras personas, encerraditos, comiendo comida chatarra, que es lo que le pueden ofrecer que es más rápido".

Fuente: Transcripciones de las entrevistas a funcionarios, II semestre 2016.

En el siguiente cuadro se exponen las percepciones y experiencias de los expertos acerca de las capacidades del cuidador relacionadas con la alimentación de los niños y las niñas, en estas se denotan los conocimientos, actitudes y prácticas como principal forma de ordenar estas capacidades; facilitando la exploración propuesta en el segundo objetivo.

Cuadro 23. Capacidades del cuidador en relación con la alimentación de los niños y niñas clientes del Programa CEN CINAI, acorde a la percepción de los funcionarios, en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
Conocimientos de los progenitores acerca de la alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias y desconocimiento de los progenitores en relación con la alimentación saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “Vieras que siento que es, ósea que la limitación económica es muy grande verdad, pero también hay mucho desconocimiento, falta mucho la parte educativa, que a veces las mamás no tienen opciones, no sabe que comprar, tiene 100 colones y va y le compra un alimento de paquetito en lugar de comprarle unos mangos o alguna otro tipo de cosa, un huevito, o algo más”. EE44 “la gente cree que el comer saludable es que yo tengo que ir a supermercado a comprar lo más caro, entonces la gente siempre asocia esas cosas con eso”
Actitudes ante la recuperación del niño o niña.	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de los progenitores para una recuperación del niño o niña. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE11 “yo me quito el sombrero de los padres de familia del DAF, ellos son sumamente comprometidos y cuantas veces Yolanda o yo les hemos llamado, ellos atienden.” EE44 “yo pienso que aquí asisten dos tipos de familias, los que se preocupan por sus hijos y los que no se preocupan por sus hijos, entonces, el éxito de que un niño salga delante de la desnutrición, depende de la atención y el cuidado que haga su familia por su niño. Entonces depende del empeño que la madre le ponga a su niño, verdad”
Prácticas para fomentar el consumo de sus comidas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en el manejo de límites afectando la alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • EE44 “falta de límites porque entonces es el chiquito <i>milindroso</i>, que no le gusta comer, entonces como no les gusta comer y me demanda tiempo sentarlo a comer, entonces que pereza sino quiso comer, no comió”

Fuente: Transcripciones de las entrevistas a funcionarios, II semestre 2016.

Dentro de las categorías emergentes en la consulta a las cuidadoras y que se encuentra en estrecha relación con el último objetivo de este estudio, es el funcionamiento del programa CEN CINAI de Aserri. Por lo que principalmente, se consultó acerca de las percepciones que tienen los funcionarios con respecto al abordaje que se le brinda a los niños y niñas con desnutrición así como las áreas de mejora para ser tomadas en consideración en la elaboración de las recomendaciones.

Por lo que a continuación se enlistan tanto las subcategorías como los aspectos relevantes conversados entorno a esta temática.

Cuadro 24. Percepción de los funcionarios acerca del abordaje que se le brinda a los niños y las niñas con desnutrición, clientes del programa CEN CINAI en el II semestre, 2016.

Subcategoría	Hallazgos relevantes	Aspectos relevantes
<p>Calidad del servicio relacionado con el conocimiento de la población meta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los clientes y sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “Si, normalmente nosotros cuando, cada año que hacemos el proceso de selección y todo eso, nosotros establecemos cuales son los niños desnutridos, entonces a inicio de año se establece dependiendo de la cantidad de personal, dependiendo de las serie de recursos que tenemos, establecemos prioridades, digamos que tipo de intervención vamos a hacer, si va a hacer intervención individual, o se va a tener que trabajar a nivel grupal. EE22 “Se ha establecido lo que es la visita domiciliar, que esa fija, esa definitivamente no hay forma que nosotros comprendamos mejor la realidad de cada niño que yendo a los hogares, pero le puedo decir que aquí en Aserri son 29 por ahí andan los chicos desnutridos, y Poás anda en 21... y la misma muchacha tiene los 2 establecimientos a cargo.” EE22 “: Si, y uno no sabe... y aquí es mucho como por declaración de cada persona, si la persona me dice... es muy... Cualquier persona puede alterar un documento de eso, no es fiar, por eso sería muy importante la visita domiciliar”

<p>Calidad del servicio en relación con los procesos de evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones al programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “Nos falta un poquito más de seguimiento, y es por lo mismo, incluso no solo es desnutridos, hablemos de la misma distribución de leche que sentido tiene darle unas bolsas de leche a la familia y a lo mejor llegan y la cogen para que el papá o la mamá tomen café porque también tenemos de todo, o incluso gente que revende el producto, porque tienen otras necesidades económicas y venden una bolsa”. EE44 “los chicos del DAF que son cada tres meses, que son cuatro seguimientos al año, en teoría, esos seguimientos, como la palabra lo dice es ver cómo va evolucionando ese niño o esa niña, en algunas ocasiones, casi que en todas, nosotros hacemos como pequeños talleres y charlas con ellos” EE33 “esa es la parte más esencial de nosotros pero a veces es muchas cosas que a veces el seguimiento de los niños se nos va”
<p>Calidad del servicio en relación con la consecución de objetivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de metas irreales. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “es difícil, vieras que es difícil, entonces a veces las metas que uno mismo propuso, no son las reales que se ocupan, cuesta vieras como cuesta para modificar metas es bastante difícil, el proceso es bastante difícil, pero lo que es propiamente el proceso de selección, sí”
<p>Limitaciones económicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 “si tenemos algunas limitaciones de recursos porque una parte se financia por medio de las Asociaciones, que ahora van a pasar a ser comités, pero la situación esta tan critica que incluso lo que son contribuciones ha tenido también sus deficiencias”
<p>Limitaciones relacionadas con la gestión del talento humano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad instalada de talento humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE11 “Hay déficit de personal, entonces, si yo no lo hago, las técnicas de atención no lo pueden hacer, porque es demasiado el trabajo que hay que hacer aquí”. EE44 “se le da seguimiento cada cuatro meses, pero mi seguimiento que es, yo lo cito y en diez minutos, porque en una hora yo tengo que hacer cinco, tras de eso, yo soy la que tengo más DAF”
<p>Estrategias Educativas dirigidas a la población</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en brindar la información. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE11 “También incide en eso que el padre de familia trabaje, porque nos cuesta más hacerle llegar la información; entonces vienen en una microbús, se los lleva y cuando el padre de familia está aquí, está más en casa y puede tener más

		<p>contacto con nosotros, entonces se logra mejor". EE22 "En cada familia la opción es diferente, no puedo generalizar, tengo que analizar bien cuál es la situación de cada hogar para ver que opciones podría tener esa persona para mejorar y para surgir y ayudar a esos chicos a seguir adelante." EE33 "Que nosotros debemos conocer los casos que tenemos para así poder intervenir, tal vez no intervenir de que la vamos a decir vaya al supermercado y compre x y y z verdad, pero por lo menos aconsejarlo de acuerdo a lo que la persona puede."</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias educativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 "De las estrategias que usamos es eso, que el día que vienen a recoger del DAF, se les imparte educación para tratar de que por lo menos ese ratito y de por sí, otra dificultad la gente a veces anda muy apresurada, estamos con un estilo de vida muy apresurado y la gente quiere como que lleguen le dan la leche, le den el DAF e irme rápido" • *Educación extramuros.
<p>Recomendaciones para mejorar la gestión en relación con las familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer a las familias. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 "yo siento que debería de hacerse como un estudio y que a cada familia se le diera, diay nose, de tantos miembros a tantos miembros un DAF, de tantos miembros a tantos miembros 2 DAF, o sea algún sistema de eso, porque si no es lógico, si yo tengo, le doy el DAF estipulado maso menos, ahorita no recuerdo el dato, pero creo que son dos adultos y dos niños, y si son 4 niños, yo no creo que la mamá como mamá, diga no este arroz y este atún y estos macarrones son solo de "Juliancito", comen todos, eso sí... que talvez no ayuda..."
<p>Recomendaciones para mejorar la gestión en relación con el seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los seguimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE44 "Seguimiento... Yo pensaría que por lo menos una vez al mes, atenderlo una vez al mes... y considera que fuera una atención más individualizada, porque todas las familias tienen situaciones diferentes, ósea, usted se va a encontrar muchas circunstancias y siempre el espacio hacia usted es muy limitado."
<p>Intersectorialidad, relacionado con las relaciones estratégicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento en red- Coordinaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 "otra cosa que también, ha sido difícil es el coordinar con otras instituciones, a veces se cae, incluso se han establecido procesos y tenemos cosas

		de referencia y todo pero, a veces no es la institución, a veces si uno tiene suerte y el funcionario que la recibe es una persona activa, se va como a un nivel personal, y va a veces a otros lugares donde llegan y dicen ah... ven la referencia y no hacen nada,... "Cuando haya campo" "Cuando se pueda" entonces, esa integración entre instituciones se está trabajando, se está fortaleciendo, se están creando redes y todo, pero ha sido lento, el avance ha sido lento... y viceversa... también, a veces que una institución, digamos la misma clínica del seguro social, nos refiere y a veces no dominan que tipo o cuales son las características de nuestros clientes"
Intersectorialidad, relacionada con las diferencias de información entre las instituciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Contradicciones entre instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE33 "tenemos la parte de que la mamá me dice es que tuve consulta con el doctor y el doctor me dijo tal tal pero usted me dijo que no era así entonces yo le vengo a preguntar. Ya tienen más empoderamiento hay cierto conocimiento y en realidad tocando ese tema"
Perfil de los funcionarios	<ul style="list-style-type: none"> • Exceso de funciones (sobrecarga de trabajo). 	<ul style="list-style-type: none"> • EE33 "En el CINAI de Aserri son 30, 30 con un técnico, esta misma técnica tiene 30 en Poás, tiene otros creo que son 20 de otro entonces estamos hablando de casi 100 DAF, solo DAF más los demás servicios, más hacer CAF, más hacer todas las funciones administrativas, más atención de público más x, más y, entonces me entiende se acumula, se acumula, se acumula y las normas piden tanto que adonde doy."
Relación entre niveles de gestión institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación entre niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE22 "La tendencia casi siempre es que, se toma poco en cuenta la participación del personal de campo, entonces a veces tienen ideas muy buenas a nivel central pero no se ponen a ver, cual sería en la práctica, en la realidad, hay cierta brecha, hay cosas que si definitivamente son entendibles y razonables pero a veces son cosas que uno dice que no tiene sentido".
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Claridad y rigidez en las normas. 	<ul style="list-style-type: none"> • EE11 "este sistema debería ser como más normado, verdad, porque usted para tener orden tiene que tener reglas, y las reglas tienen que ser un poco rígidas"
	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en la creación de normas 	<ul style="list-style-type: none"> • EE33 "No, arriba yo no sé qué pasa, pero digamos yo le digo de este nivel, en mi nivel, exacto que prácticamente ya es

		campo, donde nos llaman y nos dicen mirá esta es la norma ustedes que piensan, que modificaciones se le pueden dar, entonces nos toman en cuenta pero ya hay una base ahí y ustedes saben que lo que ya está escrito cuesta un poco modificar.”
--	--	---

Fuente: Transcripciones de las entrevistas a funcionarios, II semestre 2016.

Los resultados cualitativos integraron información tanto de las cuidadoras como de los funcionarios, lo cual permitió adquirir información suficiente acerca de sus realidades tomando en consideración distintos aspectos; estos datos unidos con los resultados cuantitativos y la caracterización de la población, permitirán en conjunto con el fundamento teórico el desarrollo del análisis.

CAPITULO V: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el progreso en el estado nutricional en la niñez con desnutrición infantil

Este análisis toma como referencia el esquema propuesto por la UNICEF en 1990 titulado “Causas de la malnutrición y muerte” así como en LANCET 2013 “Marco de acciones para lograr una óptima nutrición y desarrollo fetal e infantil”, los cuales facilitan la comprensión de las condiciones que afectan el progreso en el estado nutricional en la niñez con desnutrición, enfocándose principalmente en los recursos de salud, refiriéndose a los entornos saludables y el acceso a los servicios sanitarios, así como en los recursos de cuidado provistos en el hogar.

5.1.1 Condiciones Socioeconómicas de los Hogares de los Niños y Niñas con Desnutrición

En cuanto a la condición socioeconómica de las familias, se destaca que el 41% se encontraban en pobreza extrema, 49% en pobreza no extrema y el 10% eran no pobres, por lo que la pobreza es un factor común en los niños con desnutrición infantil, denotando que el porcentaje de hogares en pobreza extrema es mayor en los niños que presentan baja talla en sus indicadores antropométricos. Los funcionarios del CEN CINAI de Aserri, señalan con respecto a esta situación: **EE22** *“son personas de escasos recursos económicos, con niveles de pobreza, algunos con riesgo social”*.

Esta condición económica dificulta el acceder alimentos que favorezcan el mejoramiento de su estado nutricional, siendo destacado como una de las principales dificultades para realizar una alimentación saludable, ejemplo de esto es lo mencionado por **SGF14** *“Bueno a mí prácticamente casi la mayoría, por el motivo de la plata, a veces hay a veces no hay o a veces se puede o a veces no. Entonces para mí es eso”*. Aunado, a lo que indica **SGF35**: *“No, en mi casa se come lo que Dios repare les digo yo.”* Por otra parte, a pesar

de que todas las familias son residentes del cantón Aserrí, el lugar en específico marcará diferencia en término de oportunidades, como lo indican sus funcionarios:

EE44: “En Aserrí, digamos, primeramente la población que hay en Aserrí y la población que hay en Poás es totalmente diferente. Poás para mí es una zona bastante pobre, verdad, no significa que Aserrí no lo sea pero todavía el poder adquisitivo en Aserrí es mayor. Aquí en Aserrí tenemos mucho chiquito desnutrido, pero todavía con alguna posibilidad”.

Lo anterior evidenciando que es difícil alimentar de manera adecuada sino se cuenta con el recurso económico, así mismo, el tener acceso a oportunidades de mejoramiento para el desarrollo del niño y su familia.

Al conceptualizar la pobreza, organizaciones como la CEPAL (2001), UNICEF (2015) así como distintos autores, entre ellos Altimir (1979), Martínez (2015), destacan que más allá de los recursos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, la pobreza, impacta aspectos de la vida social y humana; incluyendo el síndrome situacional al cual están asociados circunstancias como desnutrición, sectores atrasados, asistencia sanitarias precarias, las cuales violentan sus derechos humanos, limitan su autorealización y libertad. Adicionalmente, la pobreza en la niñez va más allá, teniendo implicaciones por un lado en la escasez de los recursos en sus hogares y por otro, sufrimiento de múltiples privaciones perjudiciales.

Algunas de las estrategias utilizadas por las familias es la realización de un presupuesto para optimizar el recurso económico, así como obtener el máximo provecho del DAF. No obstante, en este aspecto influye un factor de gran relevancia como lo es el trabajo, el cual puede ser ocasional, lo que dificulta tener certeza de cuánto dinero se cuenta para adquirir los alimentos. A continuación se detallan comentarios que reflejan estas realidades:

SGF34: “Bueno, cuando mi compañero tiene trabajo fijo se compra cada quince, pero cuando no tiene trabajo y le sale un trabajo de unas horas, entonces no se puede ir a comprar la comida de una quincena”.

SGF31: “Diay, es porque es cuando llega la plata, verdad, yo prefiero comprar y saber que ahí tengo, a que después uno lo gastó en otra cosa o así, más uno con chiquillos, que va uno en el camino y se antojaron de algo y bueno, está bien, vamos a comprarlo, entonces... yo prefiero comprar las cosas, tenerlas seguras que ahí están en la alacena metida, guardadas... que se yo, bueno, a mí me ayuda mucho que aquí le dan el arroz, frijoles, espaguetis, atunes, que en realidad eso a uno le salvan la tanda, porque usted sabe que tiene que comprar mucho menos, entonces eso si es un super full alivio”.

Tomando como referencia lo descrito por (Guardiola, 2010), el salario obtenido por el trabajo es un determinante del consumo de alimentos, dado que a partir de la disposición de éste se podrá realizar la distribución para la compra de alimentos. Aunado con el presupuesto, es necesario conocer con cuánto dinero se dispone para la adquisición de alimentos. En muchos hogares, al no tener un ingreso estable, esta planificación de gastos es una estrategia difícil de cumplir.

El mismo autor, denota que para que las personas obtengan suficiente alimentos, con el fin de garantizar un estado nutricional adecuado, es necesario que disponga de un trabajo con condiciones y un salario que posibilite adquirirlo (Guardiola, 2010). El empleo es un determinante intermedio, ya que asegura un regular ingreso, además se revela como herramienta para aumentar el estado general de salud, por el contrario, el desempleo puede acarrear a menudo exclusión y discriminación social.

Cabe destacar que dentro de las características laborales de los hogares estudiados, menos de la mitad de los jefes de hogar son asalariados; por lo que tener empleo tiene efecto en la recuperación del estado nutricional así mismo, los niños y niñas que presentaron baja talla fue mayor en los hogares con jefes de hogar no asalariados, es decir, que presentaban trabajos propios, ocasionales o que eran amas de casa.

Los trabajos ocasionales, generan que las familias deban de optimizar el aporte que se les brinda a través del DAF, lo cual como se indica a continuación, les brinda un sustento sobre todo apoyando la alimentación a los niños y niñas.

EE22 “Son familias que trabajan, peones, verdad, que incluso, cuando no hay cogidas de café, entonces ellos están incluso hasta sin trabajo... y son familias muy necesitadas en realidad, entonces, las 4 bolsitas de leche les pega un empujoncito para salir adelante”

Continuando con las jefaturas de hogar, se destaca que solo 4 personas de los 40 casos reportados alcanzaron un nivel de secundaria completa o mayor. Adicionalmente, más de la mitad (24) de los jefes de hogar no lograron completar la primaria, al relacionar la escolaridad del jefe de hogar con la mejoría nutricional del niño, se denota que hay mayores dificultades para ese niño con respecto a la recuperación del estado nutricional; esta baja escolaridad tiene implicaciones en el conocimiento que tengan las jefaturas de hogar de establecer estrategias para mejorar el estado nutricional de los niños. Finalmente, muchos de los hogares tienen jefatura femenina (41.5%); quienes además de velar por el sustento de sus hogares, son las responsables del cuidado y crianza de los niños.

La asociación entre educación y empleo es muy estrecha, como lo cita (Jiménez-Benítez, 2010), una escasa formación redonda en una escasa calificación laboral, y por ende, dificultades para la inserción de los adultos en el ámbito laboral formal, lo cual es un determinante del bienestar del hogar. Esta situación se agrava cuando esta inserción así como la jefatura del hogar corresponde a la madre. Al respecto, se ha descrito que las jefaturas femeninas de hogar suelen enfrentar mayores niveles de vulnerabilidad social y económica que los encabezados por sus pares masculinos.

Con respecto a la vivienda y servicios básicos bajo los cuales los hogares se desarrollan, presentan condiciones que dificultan el desarrollo de los niños, así mismo, en ocasiones son obstáculos para mejorar su estado nutricional. En este aspecto, es importante resaltar lo señalado por la UNICEF (2015) en la cual se define la vivienda como un espacio vital que incide en los procesos de alimentación, educación, abrigo, protección y salud de las personas.

Cabe destacar en relación con los servicios básicos con los que cuentan estas familias, que en el Cantón de Aserri se tiene una cobertura de más del 90%, lo que significa que la

mayoría de los hogares cuentan con electricidad, agua dentro de la casa, recolección de basura y adecuada disposición de excretas.

No obstante, existen familias en las cuales sus condiciones de vivienda son inadecuadas, a manera de ejemplo, se destaca lo mencionado por **EE22** *“viven personas en cuartos prestados, a orillas de ríos, que generalmente están con mucho problema por inundaciones o riesgos de ese tipo”*. Adicional a esta situación, muchas familias presentan prácticas higiénicas inadecuadas, las cuales van en detrimento de la salud de la familia y el niño, a continuación se destaca lo que refieren los funcionarios de esta situación:

EE44: *“También, es muy común la parte higiénica, verdad, a veces uno encuentra que estos chiquitos, las familias a veces no son muy aseadas, entonces son chiquitos que recurrentemente tienen problemas digestivos, tienen diarreas, entonces rapidito están bajos de peso, por las diarreas pierden peso y también, a veces es muy común que por no una buena alimentación, entonces tienen un sistema inmunológico muy bajo o tienen parásitos”*.

El entorno es fundamental, dado que éste tiene efectos, directos e indirectos en la salud y desarrollo infantil, especialmente cuando estos resultan de riesgo. El cantón de Aserri, acorde con el Índice de seguridad cantonal ciudadana, es un cantón inseguro; adicionalmente cuenta con pocos espacios para la recreación, agravando las situaciones de riesgo como la drogadicción, delincuencia o violencia. Al respecto, las familias comentan que dentro de las principales situaciones de las cuales han sido víctimas han sido a robos fuera de la vivienda y delitos contra la propiedad u otra persona; al respecto los funcionarios comentan que: **EE22** *“En la zona de Poás hay bastante drogas, este, Aserri no tanto pero si hay algunas comunidades un poquito y como en todo lado, la delincuencia está aumentando drásticamente, antes era como pueblos un poco más sanos”*.

Con respecto a lo anterior, UNICEF (2003) destaca que el bienestar de los niños parece reflejar los efectos del período, es decir influencias temporales inmediatas que son más

bien el resultado de las condiciones económicas, políticas o culturales por la que atraviesa el país.

5.1.2 Condiciones Familiares y Redes de Apoyo de los Niños y Niñas con Desnutrición

Adicional al entorno social en donde se desarrollan los niños y las niñas, la estructura familiar tiene implicaciones significativas en su crecimiento y desarrollo, así como en su estado nutricional. Destacando, que el desarrollo de los niños sanos física y emocionalmente requiere que la sociedad posibilite que la familia no solo acceda a los recursos materiales y a los servicios básicos para una vida digna, sino que además permita tener tiempo para convivir (CEPAL, sf).

Acorde a la CEPAL (sf) la familia es el primer y más importante agente de socialización en una comunidad, es concebida como el espacio social donde las personas son acogidas en toda su integridad, por lo que ésta es concebida como un determinante social, con gran impacto en el desarrollo del niño.

La conformación de los hogares en estudio, correspondió a un promedio de 3.8 miembros por cada hogar, detallando que 16 de los 42 hogares son monoparentales donde la jefa de hogar es una mujer. Esto viene a reflejar los cambios que ha sufrido la conformación familiar en la sociedad; los cuales evidentemente tienen implicaciones en la vida familiar (UNICEF, 2003), y específicamente, presentan más problemas en la recuperación del estado nutricional del niño. Este tipo de familia hace referencia a aquella que está constituida por un solo progenitor y uno o más hijos; este progenitor será la persona de quién dependen económica y socialmente los demás miembros (Garibay, 2015).

Dentro de la dependencia que presentan los niños, es la crianza, la cual si se basa en prácticas donde existe una sincronía entre el infante y su cuidador, se promueve una mejor condición nutricia (Cortés, 2009). No obstante, no en todos los casos existe esta sincronía así como las posibilidades para llevar a cabo una crianza responsable, destacando: **EE11** *“Aquí, la gente –lo encargados de niños y niñas- tienen que correr mucho, llegan tarde, los niños pasan en manos de otras personas, encerraditos, comiendo comida chatarra,*

que es lo que le pueden ofrecer que es más rápido". Esto evidencia que estas prácticas son desventajosas para mejorar el estado nutricional de los niños.

Adicionalmente, la crianza se le asigna mayoritariamente a la madre, situación vinculada con relaciones de género inequitativas.

SGF16: "Yo pienso que más que todo nosotras somos las que tenemos más paciencia porque en el caso mío no es que mi esposo no tenga paciencia pero a veces me lo sacan de quicio, yo a veces le digo a él no yo me hago cargo porque usted casi no tiene paciencia. Más que todo nosotras somos las que tenemos más paciencia".

Estas prácticas de crianza se encuentran en estrecha relación con la dinámica familiar, la cual puede ser funcional o disfuncional. Esta dinámica, se encuentra influenciada por áreas como: biológicas, socioculturales, psicológica, educacional, económica y afectiva, dentro de las cuales los miembros de la familia funcionan como individuos relacionados entre sí, y por tanto sus influencias y contribuciones aportan a la propia dinámica (Garibay, 2015).

La disfunción familiar es considerada un factor de riesgo asociada a la desnutrición; dado que alteraciones en la dinámica podría provocar trastornos en los comportamientos de sus miembros, en especial de los más vulnerables, en este caso los niños y niñas quienes dependen de sus cuidadores y ante situaciones de estrés generan inapetencia, afectando su estado nutricional. Estudios como el realizado por (Garibay, 2015) denotaban que un buen porcentaje de familias con algún grado de disfuncionalidad, influenciaban de manera negativa sobre el estado nutricional del niño.

Dentro de los aspectos relevantes de la dinámica familiar de los hogares en estudio, se encuentra que el consumo de drogas fue la problemática más común, presentándose en 5 (de 16), seguido por la violencia física, emocional y la mala relación entre los miembros de la familia. Situación conocida tanto por las cuidadoras como por los funcionarios, a manera de ejemplo se denotan las siguientes expresiones:

SGF14: “Y aparte que sólo es uno, o sea yo, porque mi marido a veces trabaja y a veces le agarran las parrandas”.

EE22: “madres con esposos que las han abandonado, mucha madre soltera; donde la figura paterna está ausente, entonces toda la carga es a nivel familiar... a veces apoyadas por abuelitos”

EE22: “También hay problemática de alcoholismo o drogas o ese tipo de cosas que ya cuesta un poquito... porque digamos, si la mamá por más que quiera pero si es esposo está ahí, borracho, y se enoja si ella sale de la casa y no la deja ir, entonces tenemos una situación de mucha dependencia y de mucha influencia de otros problemas ya más delicados”.

En situaciones como las anteriormente mencionadas, así como en el soporte a las familias, las redes de apoyo se vuelve de gran relevancia para la crianza de los niños, especialmente, cuando tienen condiciones de salud que ameritan más atención. CEPAL (sf) destaca que el apoyo familiar representa una estrategia de promoción y apoyo que le permita a la propia familia mejorar progresivamente sus condiciones de vida y su relación con el medio. Dentro de las principales personas que conforman esta red son los abuelos, ejemplo de ellos: **SGF12** *“Mi mamá es la que me ayuda y no influye en la alimentación más bien me ayuda.”* Evidenciando un gran apoyo, no obstante en otras oportunidades, por el contrario, estos van en contra de la autoridad de la cuidadora principal, en este caso la madre, lo cual atenta a sus normas de crianza y autoridad.

SGF24: “A mí lo que me pasa es que mi papá trabaja en la Dos Pinos entonces llega el montón de juguitos y cuando voy donde mi mamá tienen el jugo todos los días, y a veces yo quiero que almuerce antes y mi papá no pobrecito dele el juguito, pobrecito, y la autoridad a la basura”.

Concordando lo anterior con lo que establece la UNICEF (2003) los abuelos siguen teniendo fuerte presencia en la vida de los niños. Sin embargo, es indispensable que las prácticas estén en sincronía entre los distintos miembros, esto para favorecer su desarrollo

y entendimiento de los límites y normas. En estudios como el realizado por (Mora & Rojas, 2005) indican que en familias disfuncionales, el apoyo de los abuelos, puede generar una disciplina excesivamente complaciente, falta de control y de límites precisos y claros.

Finalmente, es importante resaltar las conclusiones del estudio de (Medellín Fontes, 2012) en el cual describen que los sistemas familiares se encuentran inmersos en sistemas mayores como los sistemas sociales, los cuales tienen influencia en el crecimiento y desarrollo de los niños; por lo que reconocerlos permite identificar recursos que faciliten el desarrollo de estrategias para favorecer su progreso.

51.3 Evolución Nutricional y de Desarrollo de los Niños y Niñas con Desnutrición

Lo descrito anteriormente detalló el entorno en el que viven los niños, el cual influye de manera importante en su salud y específicamente, en su estado nutricional. A continuación se analiza la evolución que han tenido los niños sobre su estado nutricional así como destacar aspectos relevantes y vinculantes como es su desarrollo.

Con relación a la desnutrición crónica medida por talla para la edad, se observó que el 15% mejoraron en un periodo entre 10 meses y 1 año aproximadamente. Siendo este indicador en el que hubo un mayor porcentaje de mejora. Resultados similares se encontraron en el Informe de Evaluación de efectos en el estado nutricional de niños y niñas que recibieron servicios de alimentación complementaria 2014-2015 (Informe Ev efecto 2014-2015).

A pesar de los avances en talla/edad, se debe resaltar que más del 50% de los niños se mantienen en desnutrición crónica o desmejoraron durante el periodo. En un estudio realizado en Panamá para medir el impacto nutricional de un Programa de alimentación complementaria para niños menores de 5 años, se observó que tampoco existió una mejora significativa en los indicadores antropométricos (Evaluación del impacto nutricional del programa de alimentación complementaria de Panamá en niños menores de 5 años).

Con respecto a las condiciones al nacer, el 20% de los niños presentó bajo peso al nacer o fueron pretérmino. Sin embargo, no se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de niños con baja talla y con una talla normal. Si tomamos en cuenta que todos los niños estudiados en algún momento padecieron de desnutrición, esta información es congruente con un estudio realizado en menores de cinco años que murieron por desnutrición en Costa Rica. Estos resultados son diferentes a los encontrados en otra investigación realizada en el país donde se observó que la mayoría de niños con desnutrición presentaban bajo peso al nacer (Ibañez, 2010).

El desarrollo, como proceso complejo de cambios en la estructura, función y conducta que se producen a medida que los niños avanzan, se evalúa por medio de pruebas para determinar el grado de madurez en conductas psicomotrices gruesa y fina, cognoscitiva, psicosexual y psicosocial (OPS, 2004). En este estudio se analizaron los resultados de las pruebas de desarrollo EDIN, utilizadas en los CEN –CINAI.

Con base en los resultados, se pudo denotar como el participar de las actividades implementadas en el CEN CINAI, tuvo un efecto positivo en el desarrollo de los niños, en donde indicadores como cognoscitivos y hábitos de salud mejoraron. No obstante, áreas como motora gruesa, lenguaje y socioemocional no muestran mejoría, las cuales posteriormente tendrán implicaciones en sus procesos de aprendizaje: **EE11** *“la gran mayoría y casi le digo que el 100% de eso niños y niñas tuvieron problemas de aprendizaje. En la escuela, la mamá decía: es que este es burro... el bajo peso hizo que ellos no fueran igual a los demás, para lo que fue el aprendizaje”*.

Es importante señalar, que las cuidadoras durante las diversas actividades no indicaron nada al respecto, lo cual debe ser un llamado de atención, dado que al no ser prioritario constituye un factor de riesgo por no ser abordado de manera oportuna y pertinente acorde a las necesidades del niño.

Adicionalmente, cabe señalar que los resultados obtenidos son coincidentes con la realidad que ocurre a nivel nacional en estos centros, en los cuales la mayoría de los niños

y las niñas tienen un progreso en el logro de habilidades y conductas esperadas, sin embargo, mantienen bajo las áreas de cognoscitiva y lenguaje (CEN CINAI, 2016).

Basado en lo anterior, se evidencia como la desnutrición genera un detrimento del desarrollo del niño, incluyendo trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos, así como del desarrollo del comportamiento, inmunocompetencia y aumento de la presencia de enfermedades. Por lo que factores determinantes como la seguridad alimentaria en el hogar, la atención en salud, la preparación del cuidador y la salubridad de la comunidad tienen una influencia decisiva sobre la desnutrición (Barreto & Quino, 2014).

5.2 Capacidades de los Cuidadores para Alimentar a los Niños

Según el modelo propuesto por UNICEF, 1990 y The Lancet, 2013 las capacidades del cuidador con respecto a la alimentación del niño pertenecen al grupo de causas subyacentes de la desnutrición. Ambas concuerdan en la importancia de modular estas capacidades para mejorar el estado nutricional de los niños (UNICEF, 1990) (The Lancet, 2013) (Wondafrash, Amsalu & Woldie, 2012). Se analizarán estas capacidades, discutiendo los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores con respecto a la desnutrición infantil. (FAO, manual KAP)

5.2.1 Conocimientos de las cuidadoras con respecto a la atención del niño con desnutrición infantil

Iniciando con los conocimientos de las cuidadoras en el tema de crecimiento, se observó que se dan cuenta que el niño está creciendo adecuadamente o no por cómo le queda la ropa a los niños. Otras cuidadoras mencionaron que pueden notar un cambio en el peso al alzarlos o porque les cambia el color de la cara o porque se ponen más activos.

SGF16: “Yo me doy cuenta cuando lo alzo. Por ejemplo ahorita cuando lo alzo yo siento que está un poco más pesado pero cuando veo que ya no me pesa. Entonces yo digo no ya lo veo ralito y me di cuenta que perdió peso”.

El constante monitoreo del peso que las cuidadoras refieren es positivo, pues permite la detección temprana de deficiencias nutricionales (UNICEF, 1990). Sin embargo, llama la atención que ninguna refirió hacer monitoreo de la estatura. Este resultado es importante debido a que es bien conocido que un crecimiento deficiente, es el mejor indicador de una malnutrición proteico calórica. Por ende si no se lleva un control del mismo, se dificultará la detección de un crecimiento inadecuado y por ende no se podrá tener una acción correctiva inmediata y oportuna (Sudfeld et al, 2015).

En este mismo sentido, llama la atención que ninguna de las cuidadoras se refirió al tema de desarrollo infantil. Se conoce que este es un tema clave cuando se habla de desnutrición. Sin embargo se encontró un desconocimiento de la relación entre un crecimiento lineal durante los primeros 2 años de vida con el desarrollo cognitivo y motor, relación que ha sido ampliamente estudiada (Sudfeld et al, 2015) (Smith & Haddad, 2015).

En cuanto al concepto de alimentación saludable, se mencionó que un aspecto importante es la variedad de los alimentos y la cantidad. Una de las cuidadoras citó: **SGF31** *“Bueno, yo digo que comer saludablemente es comer variado, no mucho ni poco, pero comer de todo”*. Además se mencionó que la comida chatarra es un factor en contra para llevar una alimentación saludable. **SGF34** citó: *“yo creo que es eso, comer de todo y no comer comida chatarra.”* Mientras que las frutas y los vegetales favorecen una buena nutrición. **SGF24** *“Tomar leche, verdad y mucha fruta y verdura más que todo, como decía mi abuela un guineo”*.

En estas declaraciones personales, se evidencia que las cuidadoras coinciden con las Guías Alimentarias de Costa Rica en muchos de los aspectos claves para una alimentación saludable. Dichos resultados son contrarios a investigaciones donde las cuidadoras tienen muy pobre conocimiento en el tema de nutrición saludable (Mukherjee, 2014) (Nankumbi & Muliira, 2015).

Se encontraron similitudes en los resultados de la frecuencia de consumo y los conocimientos de las cuidadoras mencionados en los grupos focales. La importancia en el consumo de frutas y vegetales mencionado por las cuidadoras se ve reflejado en los

alimentos mencionados en la frecuencia de consumo. Sin embargo, cuando se compara los alimentos que consumieron el día anterior los niños, se observa todo lo contrario pues solo 9 de los 15 entrevistadas refirieron que los niños consumieron frutas el día anterior. A partir de esto se puede evidenciar que a pesar de disponer de los conocimientos para realizar una alimentación saludable, estos no han sido interiorizados por tanto aplicados en la práctica diaria.

En cuanto a las causas de la desnutrición, llama la atención que las mencionadas con mayor frecuencia fueron las enfermedades y la genética respectivamente.

SGF31: “yo digo que talvez porque ella es prematura, y ellos están en movimiento entonces gastan mucha energía... pero en realidad, ella si come de todo, si pasa comiendo constantemente, no es que usted diga solo almorzó y no quiso más nada, no, ella pasa que una fruta, que una manzana, que una galleta, entonces, yo digo que tal vez genética”.

Sin embargo cuando se les preguntó de forma individual, las causas que mencionaron fueron que el niño no quiere comer o come muy poco, el bajo peso al nacer y el aspecto genético, solo dos mencionaron el factor económico como causa y una la violencia familiar. Los factores mencionados en el grupo focal y en la entrevista individual a profundidad son factores que no reciben influencia alguna de las capacidades del cuidador o su influencia es mínima. Estas respuestas se pueden deber a que las cuidadoras quienes fueron principalmente las madres de los infantes, consideran que la desnutrición puede ser un factor que refleje la situación familiar por ende se puede cuestionar su papel como madre por lo que buscará explicar la desnutrición por causas ajenas a ellas (Satriano y Moscoloni (s.f.)).

Finalmente, todas las consecuencias de la desnutrición o bajo peso mencionadas por las cuidadoras estuvieron relacionadas con enfermedades, asociadas con el sistema inmunológico, gastrointestinales y anemia. Por ejemplo: **SGF22** “Buena si no come le puede dar gastritis, anemia”. **SGF32** citó: “Diay, que le puede ocasionar... le puede

ocasionar muchas cosas, al estar bajo de peso le puede entrar anemia, se les baja las defensas”.

A pesar de existir mucha evidencia con relación a la desnutrición y las consecuencias a nivel del sistema nervioso central, las cuales se van a ver reflejadas en el pobre desarrollo, ninguna de las cuidadoras mencionó problemas sociales, de aprendizaje o desempeño en general del niño. Una explicación a esta situación es que las consecuencias que mencionaron las cuidadoras son resultado de las vivencias que han tenido y son más tangibles que los problemas en el desarrollo (UNICEF, 2015).

5.2.2 Actitud de las cuidadoras con respecto a la atención del niño con desnutrición infantil

El ambiente que generan las cuidadoras y la forma de interacción con el niño son fundamentales para mejorar el estado nutricional del menor. Además de contar con los conocimientos, es importante tener una actitud que facilite la alimentación del niño (Cortés, Romero, Hernández, & Hernández, 2004).

Las reacciones de los cuidadores cuando se enteraron que los niños tenían desnutrición fueron muy variadas. Algunos mostraron preocupación, frustración, una madre refirió que al inicio se preocupó pero conforme pasó el tiempo la preocupación fue disminuyendo.

SGF32: “Nosotros sí... porque muy desde antes que lo trajéramos aquí, que me llamó a mí y me dijo que el mi hijo estaba bajo de peso – no estaba desnutrido- porque solo estaba bajo peso, que no podía dejar que él se bajara más, de que no podía porque si ya a él lo dejábamos que bajará, si era un problema, entonces yo ya me preocupe, que si le daba desayuno o si le daba merienda, y no le daba desayuno, entonces ya yo opte por darle desayuno, darles más horas de comida”.

Esta naturalización de la desnutrición después de un tiempo de recibida la noticia puede resultar en una dificultad para la mejora del estado nutricional debido a que este aspecto

deja de ser una preocupación para la madre. En este sentido, Menéndez, describe que es común que se dé una naturalización de la enfermedad y esto puede resultar en una falta de capacidad para reaccionar ante el problema (Menéndez, 1979).

Es importante describir los gustos, preferencias y prácticas de la alimentación de los niños, para de esta forma analizar la actitud del cuidador ante dicha situación. Con respecto a las señales de apetito. Las cuidadoras refieren que cuando los niños comen bien lo notan porque se comen toda la comida. **SGF22** citó: *“Porque se lo comen y piden más y piden otra vez”*.

Sin embargo la mayoría de las cuidadoras perciben que es difícil que los niños coman, algunas de la razones de esta inapetencia se debe a que son perezosos o simplemente porque no quieren. Además, la mayoría refieren que los niños tienen dificultad para consumir alimentos como vegetales, frutas, carnes o “comida” en general. **SGF11** *“A mi si me ha pasado, se siente uno frustrado de saber que eso le hace falta”*. **SGF12** *“A la mía es que le da pereza comer”*.

Estos resultados concuerdan con un estudio donde se hizo una comparación de los niños con y sin desnutrición, se observó que los niños con desnutrición, generalmente son percibidos por sus madres como niños que casi no sienten hambre (Wright & Birks, 2000).

Con respecto a los hábitos alimentarios del niño, la mayoría refirió que los niños tienen conductas poco saludables. Estas conductas se relacionan principalmente con el consumo de alimentos con alto contenido de azúcares simples, grasas y energía en general. Por ejemplo, los niños prefieren las galletas, el pan y el cereal de desayuno que además se pudo comprobar que los tienen a disposición en sus hogares. Llama la atención que las encargadas que reportaron estos alimentos mencionan que el problema es que cuando los consumen quieren consumir más. Además se pudo observar en su mayoría tienen dificultades para establecer límites en la cantidad de este tipo de productos.

SGF24: “El mío es cada cinco minutos es galleta, Dios guarde le falte la galleta, mami galleta, mami galleta, ya está la galleta (...) El mío se come un paquete de galletas de 12”.

SGF27: “Ella es de cada rato, ella almuerza ya va terminando y me da una galleta, me da esto, en eso pasa”.

Ante estas conductas poco saludables de los niños en cuanto a la inapetencia y el exceso de consumo de alimentos altamente procesados, la mayoría de las cuidadoras exponen el problema pero no soluciones al mismo. Por lo tanto se observa una pobre habilidad por parte de las cuidadoras ante estas situaciones, lo cual se concuerda con otras investigaciones (Cortés, Romero, Hernández, & Hernández, 2004).

Una de los factores comunes mencionados como barreras para que los niños lleven una alimentación saludable es la disponibilidad de tiempo. En 2 de las 5 opiniones de las cuidadoras refirieron que tienen poco tiempo para preparar los alimentos de los niños, contrario a esto el resto mencionó que se debe sacar el tiempo: **SGF22** “*A como sea a la carrera pero hay que sacar el tiempo*”. Resultados similares se encontraron en el estudio de Uganda donde también encontraron la barrera del tiempo debido a otras responsabilidades de los cuidadores (Nankumbi & Muliira, 2015).

5.2.3 Práctica de las cuidadoras con respecto a la atención del niño con desnutrición infantil

La relación que se establece entre el cuidador y el niño debe caracterizarse por un grado alto de coordinación bidireccional. El intercambio debe ser característico de esta interacción en la cual cada uno se va ver influenciado y regulado por el otro. Por este motivo las prácticas del cuidador asociadas con la alimentación del niño estarán directamente relacionadas con su estado nutricional. (Ammaniti, Ambrozzi, Lucarelli, Cimino, & D'Olimpio, 2015)

La lactancia materna prolongada fue un factor común en los niños. El tiempo promedio en que fueron amamantados fue de 23,5 meses. Algunos estudios han encontrado una relación negativa entre la cantidad de meses de lactancia materna y el desarrollo del niño (Marquis G, 1997; Ng'andua and Watts, 1990; Caulfield et al., 1996; Asenso-Okyere et al., 1997; Brennan et al., 2004; Foraita et al., 2008; GrummerStrawn, 1993). Esta relación negativa se debe principalmente a que cuando un niño es amantado, la alimentación complementaria no se controla de forma adecuada. Una vez ajustada esta variable, no hay diferencias significativas en el crecimiento de niños amantados por tiempo prolongados en comparación con el resto. (Muluwork, Nayga, & Rickertsen, 2015)

Es cuanto a la alimentación complementaria se observó que 6 de 15 cuidadoras refieren que el niño recibió alimentación complementaria antes de los 4 meses. Contrario a la recomendación de UNICEF de iniciar la alimentación complementario después de los 6 meses (UNICEF, 2011). En un estudio en Uganda, se encontró que la falta de conocimientos en cuanto a alimentación complementaria es una barrera significativa para mejorar el estado nutricional de niños con desnutrición (Nankumbi & Muliira, 2015).

Con respecto a las prácticas de alimentación, se observó que los lácteos siempre están presentes en la alimentación, situación que se pudo comprobar en los diferentes instrumentos de evaluación dietética. Este hallazgo, está acorde con las recomendaciones de Las Guías Alimentarias de Costa Rica en las cuales se recomienda el consumo de lácteos a diario (Ministerio de Salud, CCSS, Comisión intersectorial de Guías alimentarias, 2011). Un aspecto a considerar es la forma de consumir los lácteos, en este caso el lácteo más consumido es la leche y generalmente lo consumen con algún ingrediente agregado que le viene a aportar azúcares simples. **SGF14** “y les hago leche con chocolate. Y si se las hago, yo misma tengo que encargarme de dársela.” Comportamiento que contrasta con las recomendaciones de las Guías Alimentarias donde se sugiere que se reduzca la cantidad de azúcar que se añade a cierta preparación, (MinSa, CCSS, Comisión intersectorial de Guías alimentarias, 2011).

Los grupos de alimentos que consumen con menor frecuencia son los productos cárnicos y vegetales acuosos en el caso de la frecuencia de consumo y, las frutas, las leguminosas y los vegetales acuosos según el recordatorio de 24 horas.

Unido a esta situación las cuidadoras reportaron que los niños realizan muchos tiempos de comida en el día. Esta práctica también ha sido encontrada en otros estudios, donde se observó que una de las grandes consecuencias es que los niños pasan “picando” todo el día, lo cual hace que en muchas ocasiones no se realicen los tiempos de comida principales, lo cual genera la sustitución de estos platos principales que incluyen vegetales, granos enteros y carne por productos densos en energía, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans, azúcares y bajos en fibra y componentes bioactivos (Graaf, 2006) (Rauber, 2014).

SGF28: “Mi hermanito en cinco minutos quiero gelatina, cinco minutos quiero una galleta, cinco minutos quiero una ensalada de frutas ay que chiquito”.

Una de las prácticas comunes para motivar que coman es el uso de premios o castigos: **SGF17** “*Los míos sí porque yo les digo que hay premios, sino no comen*” y **SGF25** “*No quiere comer está bien está castigado por el resto de la tarde*”. La mayoría de las cuidadoras utilizan los castigos sin embargo otras motivan a los niños para que comen con premios.

Edward Thorndike fue un científico el cual investigó las teorías de aprendizaje, su línea de estudio fue el conductismo. Uno de los principales hallazgos fue la Teoría del Conexionismo. Esta sugiere que las respuestas que se acompañan de satisfacción se conectan firmemente con la situación a aprender, mientras que situaciones de displacer generan conexiones débiles. Tomando como referencia esta teoría, el castigo no es la mejor opción para fomentar hábitos de alimentación saludables sostenibles (Arancibia, Herrera, & Strasser, 1997).

Los cambios que reportaron las cuidadoras al recibir la noticia de que los niños tenían desnutrición fueron enfocados a establecer horarios de comida, aumentar el número de tiempos de comida y darles y prepararles lo que le gusta a los niños. Estas acciones van bien encaminadas en un mayor control en la alimentación del niño lo cual Wondafrash describe como un estilo de cuidador responsable en la alimentación. Este estilo de alimentación es un factor protector para mejorar el estado nutricional del niño, lo importante para mejorar la alimentación del niño se mantenga a lo largo del tiempo (Wondafrash, Amsalu, & Woldie, 2012)

SGF21: “Darle las comidas que a ellos les gustan sino le gusta que puede hacer uno no va fuerza porque no se lo va comer, darle de comer las cosas buenas que a él le gustan”.

En el momento de la comida, las encargadas refieren que los niños se distraen mucho. **SGF28** “*Bueno mi hermanito es viene come se pone a correr, otra cuchara, se va otra vez y así es*”. Los factores distractores a la hora de la comida, pueden generar que no se realice una selección apropiada de los alimentos, al contrario, se buscan alimentos prácticos que muchas veces son poco saludables (Graaf, 2006).

Por otro lado, una de las encargadas refirió que tienen muy malos hábitos de alimentación y se deben a que ella los educó así. **SGF23** “*un hábito pero malísimo fue el nunca sentarme con él a comer*”. Estudios han evidenciado que esta falta de controles por parte de madres o cuidadores, es una barrera para la mejora del estado nutricional del niño con desnutrición (Wondafrash, Amsalu, & Woldie, 2012).

No cabe duda que las prácticas alimentarias por parte de las cuidadoras y su influencia en los patrones de consumo de alimentos en el niño, son factores que deben ser analizados. Sin embargo, es difícil estudiarlos en la población infantil pues quienes deben reportar el consumo son los adultos y no el niño quien es el directamente involucrado. Por esta razón al igual que otras investigaciones, se sugiere utilizar algunos otros métodos como la observación indirecta para complementar esta información. En el caso de esta investigación, se tuvo la limitación de que algunos de los niños asisten a un centro de

cuido infantil, lo cual genera que en estos no se tenga conocimiento total de la ingesta diaria de alimentos (Cortés, Romero, Hernández, & Hernández, 2004).

5.3 Funcionamiento del programa CEN CINAI frente a las condiciones de los niños y niñas con desnutrición.

Este capítulo surge del análisis de las condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el progreso en el estado nutricional de los niños con desnutrición, en conjunto con la percepción de las usuarias y funcionarios del servicio que se les brinda a través del programa de CEN CINAI. Dichas recomendaciones buscan favorecer el desarrollo de estos niños y sus familias, mediante estrategias y acciones en los puntos de mejora para lograr de manera eficiente y eficaz las metas propuestas y finalmente, generar un impacto positivo en esta población.

Es importante destacar que el Programa CEN CINAI busca contribuir al bienestar de los niños y niñas, protegiendo y promoviendo el crecimiento y desarrollo infantil, acompañado de las familias. Por tal motivo, el contexto y capacidades de estas familias son de gran significancia para la razón de ser de la organización.

A continuación se presentará el análisis de las necesidades y respuestas del CEN CINAI basado en el enfoque sistémico (fig. 25). Dicho enfoque consiste en una visión orientada al todo, en la cual sus elementos se encuentran dinámicamente relacionados entre sí, buscando alcanzar un objetivo. Bertalanffy (2006) señala *“que todo es un sistema y que estos existen dentro de otros sistemas y a su vez retroalimentan a otros, cada uno de ellos cumple su propia función sin embargo están relacionados entre sí formando un todo”* (Bertalanffy, 2006).

La relevancia de utilizarlo es que facilita el trabajar de manera integrada los diferentes elementos que contemplan el sistema y de esta manera conocer su funcionamiento. No obstante, se dará prioridad a los aspectos de demanda, desde la perspectiva de la población usuaria de los servicios, así como la respuesta que brindan los CEN CINAI para atender las distintas necesidades y realidades de su cliente. Cabe destacar, que el detallar, las

entradas el sistema, como lo es la demanda y oferta, permitirá entender mejor el proceso y consecuentemente los resultados que se están obteniendo en relación con el mejoramiento del estado nutricional de los niños clientes del programa.

En este estudio, en relación con el logro de los objetivos, lo cuales corresponden al mejoramiento de los niños y niñas con desnutrición que participan de los programas de CEN CINAI. En el Informe de Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de los Usuarios de los Servicios de Alimentación Complementaria del Ministerio de Salud 2014-2015, de todos los niños y niñas beneficiarios los cuales tienen como característica el presentar algún grado de desnutrición, según el indicador talla/edad, solo el 13.1% de los mismos después de un plazo no menor a diez meses, mejora su estado nutricional, según el indicador peso talla mejora el 8.3% y según IMC para la edad mejora el 8.7% (MinSa, 2014). En el caso, específico del CEN de Aserri y el CINAI de Poás el porcentaje de mejora para el peso/talla fue 0%, para talla/edad 15% y para IMC 12%, evidenciando que no se está logrando de manera satisfactoria las metas propuestas.

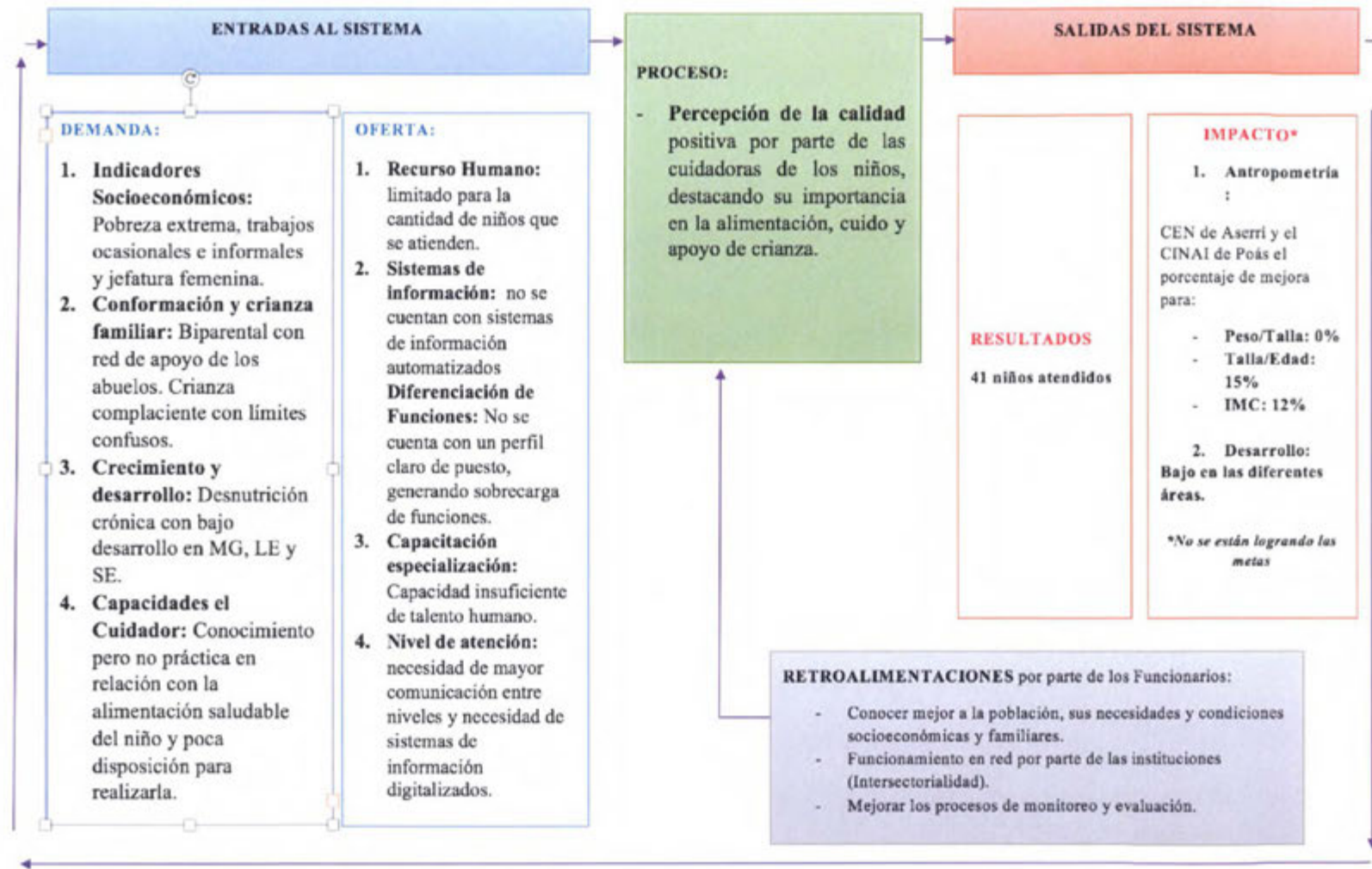


Figura 25. Análisis sistemático del programa DAF y API del CEN Aserri y CINAI Poás basado en el enfoque sistémico.

Fuente: Elaboración propia basado en los resultados.

5.3.1 Caracterización de la demanda de los Programas CEN de Aserri y CINAI de Poás dirigidos a niños con desnutrición

Con respecto a los aspectos de la demanda, cabe destacar que corresponden a las necesidades presentes en la población, las cuales son reales y determinantes en la condición de salud del niño, su familia y comunidad. Una necesidad puede ser definida como: *“cierto grado de alteración de la salud y el bienestar”* (Donabedian, 1966). A continuación se detallan los principales hallazgos de los hogares en relación con sus condiciones y necesidades.

1. **Indicadores Socioeconómicos:** Los hogares presentaron principalmente condiciones de pobreza extrema y pobreza no extrema, con trabajos ocasionales e informales. Las jefaturas de estos hogares correspondía principalmente a mujeres quienes tenían una baja escolaridad (primaria incompleta).

La localización correspondía a comunidades urbanas, pero con algunos sectores rurales con un desarrollo medio – bajo, con altos niveles de inseguridad debido a la violencia, delincuencia y drogadicción. Estos lugares tienen cobertura de los servicios básicos pero las condiciones de vivienda son inadecuadas.

2. **Dinámica y Conformación Familiar:** Las familias en estudio presentaron una conformación biparental, pero con un aumento en las familias monoparentales con jefa mujer. Las principales redes de apoyo de estas familias fueron los abuelos. Con respecto a las dinámicas, presentaron una dinámica complaciente, con límites confusos y en algunos casos, disfunción familiar con presencia de violencia o drogadicción.

3. **Indicadores Epidemiológicos:** Los niños y niñas pertenecientes a estos hogares y clientes de los servicios del Programa CEN CINAI, presentaron condiciones de desnutrición crónica, la minoría con antecedentes de bajo peso al nacer o pretérmino (20%). En relación con la evaluación del desarrollo, las áreas de motora gruesa, lenguaje y socioemocional el resultado fue bajo. Específicamente en el área cognitiva

posterior a la participación de las actividades en el CEN CINAI se mostró una mejoría en los resultados.

- 4. Capacidades de la persona cuidadora:** Estas se analizarán en relación con los conocimientos, actitudes y prácticas. Con respecto a los conocimientos, las cuidadoras conocen acerca de un crecimiento adecuado y de la alimentación saludable, esto principalmente enfocado a peso. Ninguna se refirió a la talla o la relevancia del desarrollo. La actitud de las madres, denotan preocupación y frustración debido al bajo peso así como la modulación de conductas ante la alimentación; ambas disminuyendo con el tiempo. Las prácticas por su parte evidencian, que a pesar de tener el conocimiento, este no ha sido interiorizado ni aplicado a la cotidianidad. Así mismo, refieren tener poca disponibilidad de tiempo para poder realizar actividades de alimentación adecuadas.

Antes estas necesidades, tanto reales como expresadas, los funcionarios de la institución destacan la necesidad de conocer más a la población, porque en muchas ocasiones la información con la que cuentan es limitada e insuficiente. Siendo estas demandas la base para la respuesta institucional.

EE22 “yo siento que debería de hacerse como un estudio y que a cada familia se le diera, diay no se, de tantos miembros a tantos miembros un DAF, de tantos miembros a tantos miembros 2 DAF, o sea algún sistema de eso, porque si no es lógico, si yo tengo, le doy el DAF estipulado maso menos, ahorita no recuerdo el dato, pero creo que son dos adultos y dos niños, y si son 4 niños, yo no creo que la mamá como mamá, diga no este arroz y este atún y estos macarrones son solo de “Juliancito”, comen todos, eso sí... que talvez no ayuda...”

Los conocimientos presentados anteriormente corresponden a la estructura y dinámica de la población, sus condiciones socioeconómicas, la organización y formas de participación social. Dicha información permite la identificación de prioridades para efectos de la planificación estratégica y procesos de análisis para la toma de decisiones.

5.3.2 Caracterización de la oferta de los Programas CEN de Aserri y CINAI de Poás dirigidos a niños con desnutrición

En relación con la oferta, ésta corresponde a la respuesta que brindan las instituciones a las necesidades reales de su población meta, siendo la equidad un principio fundamental a evaluar. En este estudio, la oferta se analiza a partir de lo externado por las usuarias y funcionarias en relación con la satisfacción de sus necesidades, así como evidenciando elementos estudiados durante el proceso investigativo.

Esta caracterización se realiza tomando en consideración el volumen y tipo de recursos existentes en la institución; desagregados en organización y funcionamiento, financiamiento, equipamiento y sistemas de información. No obstante, es importante denotar que algunos elementos de la oferta no son considerados debido a que durante el desarrollo del estudio estos no fueron considerados por los participantes, pero que para un posterior análisis de la oferta se deben de incluir como lo es el aspecto de financiamiento y sostenibilidad.

- **Organización y funcionamiento**

1. **Nivel complejidad:** Estos niveles de complejidad, buscan garantizar la capacidad de resolución ante diversas situaciones que se presentan. Complejidad se define, acorde a lo señalado por Vargas (1990) como el grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por éste.

a. **Grado de diferenciación de los servicios:**

- i. **Finales:** Son aquellos que se desarrollan para hacer cumplir los objetivos establecidos.
- ii. **Intermedios:** Son aquellos que producen acciones de apoyo a los servicios finales.

- iii. **Administrativos:** Son aquellos que producen acciones de apoyo administrativo para que puedan cumplirse las acciones de los servicios intermedio y finales.

Este aspecto se vincula con la relevancia de la diferenciación de las funciones para el logro de objetivos. Sin embargo, se logró evidenciar que por una parte no se cuenta con un perfil de puestos, con funciones e indicadores para los distintos funcionarios, lo cual ocasiona que esta diferenciación no este definida y por otro lado, las metas no son claras. A manera de ejemplo se expone lo siguiente

Establecimiento de metas irreales. EE22 “es difícil, vieras que es difícil, entonces a veces las metas que uno mismo propuso, no son las reales que se ocupan, cuesta vieras como cuesta para modificar metas es bastante difícil”.

Lo anterior, denota la relevancia de realizar una revisión de las funciones y su nivel de complejidad para darle respuesta a las metas propuestas. Así mismo, el conocer en detalle las necesidades de la demanda permitirá definir con mayor claridad los objetivos a lograr y el tiempo para realizar las acciones, promoviendo una mejor coordinación y planificación de las tareas.

Con respecto al establecimiento de metas, el Informe de MIDEPLAN (2016), concuerda que existe una falta de definición de metas claras. En dicho informe se explica que una de los motivos es que las personas se comunican dentro de su nivel de gestión sin embargo entre niveles, la comunicación presenta vacíos.

b. Grado de capacitación y especialización del recurso humano:

El talento humano, corresponde a las personas que ingresan, permanecen y participan en cualquier organización (Chiavenato, 2011) constituyendo un recurso excepcional por ser el único con capacidad para tomar decisiones y hacer uso de los demás recursos. Por lo tanto, su adecuada gestión es crucial para el óptimo desempeño de las instituciones, destacando que el conjunto de procesos y actividades que ponen en funcionamiento y

desarrollan los trabajadores son necesarios para alcanzar los objetivos establecidos. (Muñoz, 2014).

Dentro de las principales situaciones que enfrenta el talento humano, externado por la totalidad de funcionarios entrevistados, es el déficit de personal. Esta situación, con lleva a un exceso de funciones en un tiempo limitado; lo cual ocasiona que la atención que brindan a los clientes, en muchas ocasiones, no sea la óptima ni responda de manera asertiva a las necesidades expresadas. El Mideplan (2016), también encontró que la falta de personal es un problema presente en los establecimientos, lo cual limita ofrecer un servicio mejor calidad. Resaltaron además que debido a la falta de personal, hay una sobrecarga de funciones, consecuencia, en la mayoría de situaciones se dejan de lado las funciones técnicas para asumir funciones administrativas. Adicionalmente, la limitante de tiempo puede tener como consecuencia la dificultad para anticipar o identificar de manera oportuna situaciones de riesgo para el niño o su familia.

Capacidad instalada de talento humano. EE11 “Hay déficit de personal, entonces, si yo no lo hago, las técnicas de atención no lo pueden hacer, porque es demasiado el trabajo que hay que hacer aquí”. EE44 “se le da seguimiento cada cuatro meses, pero mi seguimiento que es, yo lo cito y en diez minutos, porque en una hora yo tengo que hacer cinco, tras de eso, yo soy la que tengo más DAF”

EE22 “Se ha establecido lo que es la visita domiciliar, que esa fija, esa definitivamente no hay forma que nosotros comprendamos mejor la realidad de cada niño que yendo a los hogares, pero le puedo decir que aquí en Aserri son 29 por ahí andan los chicos desnutridos, y Poás anda en 21... y la misma muchacha tiene los 2 establecimientos a cargo.”

Exceso de funciones (sobrecarga de trabajo). EE33 “En el CINAI de Aserri son 30, 30 con un técnico, esta misma técnica tiene 30 en Poás, tiene otros creo que son 20 de otro entonces estamos hablando de casi 100 DAF. solo DAF más los demás servicios, más hacer CAF, más hacer todas las funciones administrativas.

más atención de público más x, más y, entonces me entiende se acumula, se acumula, se acumula y las normas piden tanto que adonde doy.”

En relación con las normas, las cuales se han establecido para regular el programa, así como funciones y responsabilidades de los funcionarios. Se destaca que estas deben ser más claras así como una mayor participación e involucramiento en su formulación, con el fin de alinear los diferentes niveles tanto en comportamientos como en medios para lograr los objetivos.

Claridad y rigidez en las normas. EE11 “este sistema debería ser como más normado, verdad, porque usted para tener orden tiene que tener reglas, y las reglas tienen que ser un poco rígidas”

Participación en la creación de normas. EE33 “No, arriba yo no sé qué pasa, pero digamos yo le digo de este nivel, en mi nivel, exacto que prácticamente ya es campo, donde nos llaman y nos dicen mirá esta es la norma ustedes que piensan, que modificaciones se le pueden dar, entonces nos toman en cuenta pero ya hay una base ahí y ustedes saben que lo que ya está escrito cuesta un poco modificar.”

La relevancia de las normas radica en su objetivo de establecer pautas formales y la posición oficial respecto a la manera de abordar un determinado problema de salud, esta regulación permite a las autoridades regular y fiscalizar las acciones ejecutadas, las cuales conducen a la resolución de las problemáticas priorizadas (Robles, 2011).

2. **Nivel de atención:** Estos niveles corresponden a la atención que se le pretende brindar a las distintas comunidades, acorde a sus características y objetivos de atención de salud. Específicamente, en el caso de los programas de CEN CINAI estos brindan su atención a nivel de la comunidad, en donde a través de los servicios de alimentación, buscan favorecer el mejoramiento del estado nutricional de los niños.

Es importante retomar, que a nivel de comunidades, las realidades sociales y económicas son distintas. Ejemplo de ello son Aserrí y Poás; que a pesar de encontrarse geográficamente en un mismo sector tiene características diferentes. Dichas especificaciones son fundamentales considerar para plantear las recomendaciones.

3. **Nivel administrativo:** Representan las instancias que permiten la administración de los niveles de atención y sus respectivos niveles de complejidad; teniendo un perfil funcional. Es decir, son las instancias donde se realizan la gerencia y administración de los recursos y planes de los programa de salud. (Vargas, 1990).
- **Nivel Nacional:** Formula y evalúa las políticas, estrategias, planes, presupuestos y reglamentos de las instituciones que conforman el sector salud.
 - **Nivel regional:** Adopta y sistematiza en el contexto regional las políticas, estrategias, planes, reglamentos y normas de las instituciones que conforman el sector salud.
 - **Nivel local:** Programa, ejecuta y monitorea las acciones de salud que operacionalizan los planes formulados por el nivel nacional y sistematizados por el nivel regional.

Dentro de los aspectos evidenciados, se denota la relevancia de mejorar la comunicación y enlace entre los distintos niveles de atención y administración, con el fin de darle una continuidad al servicio así como una coherencia en la respuesta que se le brinda a las necesidades de la población. Resultados congruentes se presentaron en el Informe de MIDEPLAN (2016), donde se evidenció que a nivel institucional si existen instrumentos para planificar a nivel regional y local. El problema radica en que estos instrumentos van direccionados a cumplir los lineamientos a nivel central. Sin embargo, dichos requerimientos no toman en cuenta las necesidades de las oficinas locales y regionales.

Comunicación entre niveles. EE22 “La tendencia casi siempre es que, se toma poco en cuenta la participación del personal de campo, entonces a veces tienen ideas muy buenas a nivel central pero no se ponen a ver, cual sería en la práctica, en la realidad, hay cierta brecha, hay cosas que si definitivamente son entendibles y razonables pero a veces son cosas que uno dice que no tiene sentido”.

En el informe de Gestión de los CEN CINAI, se observó, que el conocimiento de las experiencias vividas por el personal de campo en conjunto con las necesidades expresadas por parte de la población, resultan ser de gran valor para los procesos de toma de decisiones en los distintos niveles. El tener esta escucha activa favorece el involucramiento de la población, promoviendo su empoderamiento y participación, así como dando insumos a las direcciones para evaluar el logro de sus objetivos y direccionar acciones estratégicas.

- **Sistemas de información**

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señala que dentro de las acciones prioritarias para la reforma de la gestión pública, está el explotar las tecnologías de la información. Estas tecnologías vienen a favorecer la comunicación y mejorar procesos de operación. (OCDE, 1995) (Instituto Nacional de la Administración Pública, 2002)

En el caso de los establecimientos de Aserri y Poás, se observó que muchas de las funciones por ejemplo el registro de ingreso de los niños se hace de forma manual. Al no existir un documento global que se pueda actualizar en tiempo real, dificulta el control de los clientes que ya se están atendiendo en otros establecimientos y por ende genera una duplicidad en la prestación del servicio.

Otra oportunidad de mejora que se encontró en la institución, es en la administración de los expedientes. Esta oportunidad surge de un hallazgo en el establecimiento de Poás, donde se excluyeron más de la mitad de los clientes para participar de la investigación debido a que no tenían el expediente completo. De igual forma en ambos establecimientos

se encontró información incompleta en los expedientes principalmente en el tema de salud general.

Los expedientes utilizados por el CEN CINAI cuentan con información valiosa que se podría tener en consideración para la toma de decisiones por parte de la gerencia. Por tal motivo sería de gran importancia contar con un expediente único digitalizado, siempre y cuando se cuente con todas las precauciones de seguridad pertinentes para el manejo de información confidencial. Esta introducción a la tecnología permite potenciar las capacidades de las administraciones públicas en el logro de sus metas y la prestación eficiente de sus servicios a los ciudadanos (CEPAL, 2014).

El MIDEPLAN (2016), concuerda que a nivel institucional no existe un sistema de información que dé respuesta a la gran cantidad de datos que generan. Esta situación genera desconfianza en los funcionario pues no conocen donde llegan los datos que ellos generan. Además que muchos no cuentan con computadoras por lo que para el ingreso de los datos deben copiarlos en físico, para luego digitarlos en alguna computadora disponible.

5.3.3 Descripción de la integración y ejecución entre la demanda y la oferta

El proceso, es esa parte del sistema que se caracteriza por la integración y ejecución de los elementos de la demanda y la oferta, con lo cual se busca dar respuesta a la necesidad encontrada de una manera en la cual se realice un óptimo uso de los recursos, es un medio por el cual se mide la eficiencia del sistema. Destacando, la caracterización del rendimiento y productividad de los recursos.

Dentro de los aspectos relevantes se encuentra la percepción de calidad que tienen los clientes de los servicios del programa del CEN CINAI, dado que estos denotan el grado de satisfacción que tienen en relación con la respuesta que están obteniendo del programa para satisfacer sus necesidades, en este caso, el mejoramiento de las condiciones nutricionales de su niño.

Percepción de calidad del servicio ofrecido por el CEN Aserri y CINAI Poás

Todas las opiniones de las usuarias (8) referentes a la calidad del servicio ofrecido por el CEN Aserri y CINAI Poás fueron positivas. Mencionaron la buena atención que reciben los niños, el trato adecuado, el apoyo con el DAF y con la leche.

A continuación se ejemplifica, la percepción de la calidad en aspectos como la alimentación y cuidado, la atención y apoyo, y el cambio de comportamiento de los niños a partir de los procesos educativos que brinda el programa.

Alimentación y cuidado para los niños y niñas. SGF35 “Aquí en el CEN me dan el DAF y la leche para ella, muy necesario porque los güilas son los que la necesitan.”

Atención y apoyo por medio del DAF. SGF32 “Yo toda la vida estoy agradecida con el CEN, porque siempre siempre a mí, me han ayudado, y uno agradece, principalmente las madres solteras agradecemos tanto, así sea una bolsa de leche...”

Cambios de comportamiento en los niños. SGF28 “Ya el cambio las comidas (...), ya después él entró aquí ya él supo que aquí no habían ni chupones, ni confites, ya no había nada. Entonces ya empezó a subir más de peso y empezó a ponerse de otro color, porque él se ponía muy pálido cuando él no comía nada, entonces ya cuando entró aquí al CEN ya era diferente, subió de peso y todo y ya todo lo tenía bien.

En relación con la calidad, es importante denotar que esta incluye tanto la satisfacción como la efectividad de los programas, en donde la satisfacción corresponde a la medida en que la atención sanitaria cumple con las expectativas del cliente. Por lo que su análisis es de gran importancia dado que ofrece información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios asistenciales desde el punto de vista de la población, y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de la calidad de la atención. (Perez. Ortiz, Peña, & Infante, 2008)

5.3.4 Retroalimentaciones de los funcionarios como experto del servicio

Las retroalimentaciones, dentro del sistema, buscan mejorar el funcionamiento del mismo, potencializando por ende los recursos para el logro de metas planificadas. Éstas corresponden al proceso de elaborar o modificar sus acciones con el fin de continuar logrando sus objetivos de una manera óptima. Estas se logran a partir de la evaluación de los procesos.

Dentro de los principales aspectos de mejora señalados tanto por las usuarias como por los funcionarios son la educación y la vinculación entre instituciones.

Con respecto a la educación, se hace un énfasis principal a que la información y los procesos de aprendizaje significativo sean realizado de manera más personalizadas acorde a sus realidades, así mismo, que ésta se pueda aplicar a su cotidianidad tomando en consideración los recursos con los que la familia cuenta, en este caso en específico, para alimentar a sus niños.

EE22 “En cada familia la opción es diferente, no puedo generalizar, tengo que analizar bien cuál es la situación de cada hogar para ver que opciones podría tener esa persona para mejorar y para surgir y ayudar a esos chicos a seguir adelante.”

EE33 “Que nosotros debemos conocer los casos que tenemos para así poder intervenir, tal vez no intervenir de que la vamos a decir vaya al supermercado y compre x y z verdad, pero por lo menos aconsejarlo de acuerdo a lo que la persona puede.”

Esto resulta de gran significancia, debido a que en muchos casos, esta información será la única con la que cuente la cuidadora y por ende la familia para mejorar sus condiciones. Destacando: **SGF24** “A mi la doctora no me dio información, solo aquí”.

Lo anterior evidencia, que el espacio generado por el programa CEN CINAI para brindar educación es fundamental dado que mejora el conocimiento y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a mejoras en la condición de salud de la persona y su familia.

Aunado a lo anterior, el conocimiento promueve todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad, empoderándolos para ser constructores de alternativas y soluciones de su realidad. (CCSS, 2004).

La coordinación entre instituciones resulta fundamental para abordar las necesidades nutricionales de los niños porque como se ha venido desarrollando, la desnutrición es multicausal y por ende, la respuesta debe ser generada a partir del trabajo coordinado de múltiples instituciones sociales. Es por ende que la intersectorialidad, como “intervención coordinada de instituciones de más de un sector representativas de un sector social, en acciones destinadas a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida”. (FLACSO, 2015), debe ser un aspecto fundamental a fortalecer.

Específicamente, evidenciaron la necesidad, primeramente del involucramiento de instituciones así como favorecer el funcionamiento en red, en donde la comunicación es fundamental para lograr una atención integral, integrada y continua. Adicionalmente, es importante que se trabaje bajo líneas de acciones consensuadas con el fin de evitar contradicciones que confunden a los clientes. El MIDEPLAN (2016), también encontró que existe una superposición entre la planificación estratégica y operativa. En los proyectos que se planean con otras instituciones específicamente, el problema radica en que se la creación del proyecto con las otras instituciones se da a nivel estratégico pero no se concreta a nivel operativo por razones de limitación en recursos: tiempo, humano, material entre otras.

Funcionamiento en red- Coordinaciones. EE22 “otra cosa que también, ha sido difícil es el coordinar con otras instituciones, a veces se cae, incluso se han establecido procesos y tenemos cosas de referencia y todo pero, a veces no es la institución, a veces sí uno tiene suerte y el funcionario que la recibe es una persona activa, se va como a un nivel personal, y va a veces a otros lugares donde llegan y dicen ah... ven la referencia y no hacen nada... “Cuando haya campo” “Cuando se pueda” entonces, esa integración entre instituciones se está trabajando, se está fortaleciendo, se están creando redes y todo, pero ha sido lento, el avance ha sido lento... y viceversa...

también, a veces que una institución, digamos la misma clínica del seguro social, nos refiere y a veces no dominan que tipo o cuales son las características de nuestros clientes”

Contradicciones entre instituciones. EE33 “tenemos la parte de que la mamá me dice es que tuve consulta con el doctor y el doctor me dijo tal tal pero usted me dijo que no era así entonces yo le vengo a preguntar. Ya tienen más empoderamiento hay cierto conocimiento y en realidad tocando ese tema”

Involucramiento de diferentes instituciones. SGF26 “Bueno a mi hijo ahorita fue en el kínder, la maestra lo pesó y subió de peso y había subido de estatura.” SGF27 “El tercero es Jx que tiene, diay está bajo de peso y baja estatura, bueno de peso yo creo que no tanto, la estatura, pero está en tratamiento en la Marcial y hasta el momento no le han hecho absolutamente nada de decirme que nada más lo están controlando con la talla pero hasta ahí, no le han hecho absolutamente nada. El control de cada 6 meses para ver cómo va pero de lo contrario no le han hecho absolutamente nada”.

Cabe denotar, que dentro de los aspectos para una mejora continua de los servicios, se encuentra la evaluación, tanto final, como de monitoreo y control. Estas con el fin de realizar de manera oportuna modificaciones dentro del programa que favorezcan el cumplimiento de objetivos y la satisfacción de las necesidades de los clientes. Adicionalmente, Vargas (1990) denota que desde esta perspectiva, permite tomar medidas correctivas oportunamente así como generar conocimiento de las variaciones de la demanda y la oferta de los servicios, y de esta manera retroalimentar la gerencia del sistema de servicio de salud en todos sus niveles.

Esta reflexión acerca del papel fundamental que realizan las evaluaciones y los insumos que ofrece son conocidos por sus funcionarios quienes destacan que estos van en beneficio de la atención así como de la administración del programa. A continuación se detallan los comentarios:

Mejorar los seguimientos. EE44 “Seguimiento... Yo pensaría que por lo menos una vez al mes, atenderlo una vez al mes... y considera que fuera una atención más individualizada, porque todas las familias tienen situaciones diferentes, ósea, usted se va a encontrar muchas circunstancias y siempre el espacio hacia usted es muy limitado,”

Evaluaciones al programa. EE22 “Nos falta un poquito más de seguimiento, y es por lo mismo, incluso no solo es desnutridos, hablemos de la misma distribución de leche qué sentido tiene darle unas bolsas de leche a la familia y a lo mejor llegan y la cogen para que el papá o la mamá tomen café porque también tenemos de todo, o incluso gente que revende el producto, porque tienen otras necesidades económicas y venden una bolsa

Este análisis, desde un enfoque sistémico, permite conocer y analizar las características de la demanda y su percepción de la oferta así como el funcionamiento de esta interrelación, con el fin de operacionalizar una serie de recomendaciones que promuevan el mejoramiento y la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema.(Vargas, 1990)

LIMITACIONES

A continuación se presentan las limitaciones de la investigación:

- El uso de la técnica grupo focal resultó ser una limitación del estudio, pues al ser un problema que involucra directamente la respuesta de la cuidadora ante la desnutrición del niño, se percibió la omisión o modificación de información importante por parte de las cuidadoras.
- Existió una pérdida de más del 20% de la población, debido a que los expedientes se encontraban incompletos.

CONCLUSIONES

- Los niños y niñas con desnutrición del cantón de Aserrí, presentan condiciones de vulnerabilidad, el solo hecho de vivir en Aserrí el cual es uno de los cantones con menor nivel de desarrollo social, pobreza e inseguridad puede llegar a ser una barrera para mejorar su estado nutricional. Además las familias de estos niños y niñas se encuentran en condición de pobreza, en su mayoría pobreza extrema, muchas tienen una jefatura femenina de baja escolaridad y cuentan con redes de apoyo disfuncionales las cuales se constituyen principalmente por los abuelos. Con respecto a estado nutricional, la mayoría no muestra mejoría de su estado nutricional en un periodo no menor a los 8 meses además de presentar bajo nivel de desarrollo en las áreas de lenguaje, socioemocional y motora fina.
- Los cuidadores de los niños y niñas con desnutrición tienen los conocimientos básicos de cómo llevar a la práctica una alimentación que le permita a los niños mejorar su estado nutricional, no así de las consecuencias a largo plazo de la desnutrición infantil. Lo cual se refleja en una baja percepción del riesgo de desnutrición para el desarrollo de su niño y niña y su calidad de vida en la adultez. Es por esto que la práctica dista mucho de los conocimientos con los que cuentan.
- La respuesta del programa CEN CINAI resulta de gran relevancia para el abordaje de la desnutrición de los niños y niñas a nivel nacional. Adicionalmente, representa para las familias, especialmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad, un apoyo en su alimentación, crianza y educación. No obstante, enfrenta grandes desafíos al ser la malnutrición multicausal, siendo indispensable fortalecer aún más, la relación interinstitucional para el trabajo conjunto.
- El diseño mixto- convergente, utilizado en la metodología, resulto ser una fortaleza para la recolección de información y posterior profundización del análisis de la temática, al ampliar el panorama y favorecer un estudio integral y multicausal de

esta problemática. Teniendo como consecuencia, una mayor pertinencia al momento de realizar las recomendaciones.

- El marco conceptual propuesto por la UNICEF con respecto la nutrición óptima, resulto ser una guía fundamental para analizar las causas y determinaciones de la desnutrición en la niñez y la manera más asertiva de conceptualizarla e integrar los factores destacados en el estudio. Adicionalmente, desde el enfoque gerencial, el enfoque sistémico, facilitó el ordenamiento, análisis y evaluación de la gestión de los programas, generando retroalimentaciones a los programas y sus componentes.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones para la Gestión de los Servicios

A partir del análisis sistémico de las condiciones sociales, económicas y familiares así como la percepción de los servicios y la respuesta a sus necesidades, se generan las siguientes recomendaciones para mejorar la gestión de la atención de los niños y niñas con desnutrición dirigidas al programa CEN CINAI.

Es importante destacar que las estrategias gerenciales estarán siempre en función del tipo de organización, tomando en consideración tanto los aspectos internos como externos, su entorno, en fin los aspectos que le son propios acorde a su actividad. (Peraza, 2012)

Por lo que se recomienda para ordenar, analizar y evaluar la gestión que se realiza de los servicios CEN CINAI, la utilización del enfoque sistémico dado que permite visualizar como la oferta, conoce y da respuesta a las necesidades de la población de manera equitativa así como el funcionamiento entre ambas para generar resultados medibles y el logro de las metas. Destacando, que este análisis permite la identificación de aspecto de mejora para los procesos de retroalimentación y toma de decisiones.

Adicionalmente, se detallan las recomendaciones específicas, con las cuales se busca que la institución logre sus objetivos a partir de la formulación, ejecución y evaluación de acciones coherentes con la realidad y necesidad de sus clientes.

Recomendaciones para la Dirección Nacional de CEN CINAI

- Fortalecer la comunicación entre niveles de atención local, regional y nacional, para facilitar el trabajo en equipo. Para ello se requiere elaborar un procedimiento de operación estándar específico de la comunicación intrainstitucional, que comprenda actividades, funciones y responsabilidades de cada funcionario, así como plazos. Esto permitirá formalizar el procedimiento y orientar a los diferentes actores en sus respectivos roles. Una comunicación entre los niveles de atención, permitirá agilizar el uso de los recursos, establecer prioridades.
- Actualizar los sistemas de información para un registro adecuado de los datos de los clientes, que favorezca el proceso de toma de decisiones fundamentada en las características de la población atendida. Para ello es importante proveer de computadoras al personal encargado de la administración de expedientes. A largo plazo se debe visualizar la posibilidad de contar con un expediente electrónico único para todo el país. Esto facilitará el proceso de análisis de información para la toma de decisiones. Además servirá de mecanismo de control para evitar que un cliente esté inscrito en dos servicios o dos comunidades por ejemplo.
- Establecer estrategias de monitoreo y evaluación de los servicios, en las cuales se pueda verificar la calidad del servicio que se presta. Para ello se puede trabajar con autoevaluaciones, y evaluaciones internas y externas. Dentro de las estrategias de evaluación se deben considerar:
 - o Evaluaciones dirigidas a conocer la satisfacción de sus clientes.
 - o Evaluaciones en cuanto a procesos clave durante la ejecución. Por ejemplo el llenado del expediente, el ingreso de los clientes a los servicios CEN CINAI, proceso de intervención de los casos críticos, listas de cotejo para los diversos procesos.

- Evaluación a posterior donde se tome en consideración el estado de salud de niños y niñas que formaron parte del programa.
- Priorizar la función de la educación para la salud, crianza y nutrición a los hogares de los niños con desnutrición, de manera que las acciones educativas comprendan los temas en los cuales se observó que existe cierto vacío en el conocimiento. Por ejemplo los factores positivos de tener un estado nutricional saludable tales como un crecimiento y desarrollo adecuados, nivel académico y a largo plazo una persona productiva para la sociedad. Otros temas importantes son la planificación del presupuesto y priorización del mismo, opciones de alimentos saludables y de precios accesibles.
- Establecer metas acorde a las necesidades y oportunidades que tienen los clientes. Cada comunidad es diferente, por lo tanto es importante tomar en consideración los análisis de situación en salud disponibles en el cantón y considerar las prioridades que tiene cada comunidad en específico según el ASIS. Además utilizar el informe de datos básicos de la población atendida en el establecimiento basado en los datos que se encuentran en el expediente de los clientes, y mantener una comunicación constante con sus clientes y sus familias, esto favorecerá una atención personalizada y dirigida.

Recomendaciones para la Oficina Local Aserri – Acosta

- Definir el manual de cargos de los funcionarios, con el objetivo de evitar el recargo excesivo de funciones, la duplicidad de las mismas y que sirva de insumo para la programación anual de actividades.
- Fortalecer las relaciones con organizaciones gubernamentales así como con actores claves que tienen dentro de sus capacidades la atención de población infantil como por ejemplo el PANI, MEP, CCSS y Organismos no gubernamentales. Destacando que la intersectorialidad, favorezca la complementariedad y convergencia de las instituciones; la construcción de redes de trabajo como sinergia de respuesta a los temas prioritarios de la niñez, lo que finalmente contribuye a la toma de decisiones.

- El jefe de oficina local debe generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta así como definir una metodología de trabajo de esta forma, lograr una intersectorialidad efectiva.

Recomendaciones para el CEN ASERRÍ Y CINAI POÁS

- Formalizar el proceso de visita domiciliar para de esta manera definir la frecuencia y temas a tratar. Esto permitirá además de conocer las necesidades de su cliente a profundidad, abrir un espacio de educación para la salud. Para ello se debe realizar un procedimiento de operación estándar en el cual se identifiquen las características de los clientes para realizar las visitas domiciliarias. Establecer la temática a trabajar permitirá evitar la improvisación y la especialización en cuanto al abordaje de los niños y niñas con desnutrición.
- Ofrecer capacitación al personal del establecimiento en cuanto a estrategias para educación para la salud. El contar con una comunicación más fluida y directa con los diferentes niveles, permitirá contar con personal especializado que pueda capacitar al personal del CEN Aserri y CINAI Poás en cuanto a estrategias de educación para la salud en los diversos temas.
- Facilitar espacios de comunicación entre la población y la institución que favorezcan el trabajo conjunto, la comunicación asertiva y detección de las necesidades a través de reuniones, conversatorios y talleres entre otros. La desnutrición es multicausal, por lo tanto se debe abordar desde diversas dimensiones, no basta solamente con ofrecerles un diario de alimentos o brindarles comida servida. Se requiere un trabajo en equipo entre los representantes de los niños y niñas y la institución.
- Incentivar a los cuidadores de niños y niñas con desnutrición a utilizar el programa API, esto permitirá tener un seguimiento y evaluación más cercana y constante con los niños que deben mejorar su estado nutricional. Una vez que se le diagnostica desnutrición al niño, se le debe ofrecer el programa API e informar respecto a las características del servicio y las ventajas de pertenecer al mismo. Esto

considerando las excepciones de personas que viven lejos o por algún motivo se les imposibilita llevarlos al establecimiento todos los días.

Recomendaciones para los Cuidadores de Niños y Niñas con Desnutrición

- Participar activamente de las actividades desarrolladas por el Programa CEN-CINAI. Denotando que para lograr esta participación por parte de los cuidadores, es necesario generar espacios de construcción conjunta en los cuales ellos se empoderen de su conocimiento y conciban la necesidad de conocer más acerca de la formación y alimentación de sus hijos. Una estrategia a seguir es la implementación de reuniones comunitarias en las cuales se definan los temas prioritarios y la metodología a utilizar. De esta forma, se motiva a que los cuidadores sean parte de y se comprometen a participar, por lo que la sensibilización acerca de su responsabilidad y los beneficios a obtener tiene una gran relevancia.
- Mantener una comunicación estrecha con los funcionarios del establecimiento para conocer el avance y la condición del niño o niña por participar en las iniciativas de cuidado y alimentación establecidos para el bienestar de los niños. La crianza de los niños es una responsabilidad primordial de los progenitores, siendo ellos quienes definen los comportamientos y valores de sus hijos; del mismo modo, son referentes para los niños de sus acciones.

Recomendaciones para futuras investigaciones

- Para futuras investigaciones cualitativas en la temática de niños con desnutrición, se sugiere utilizar las entrevistas individuales a profundidad, pues se genera un espacio de confianza entre el entrevistador y el entrevistado. Por el contrario, no se recomienda el uso de grupos focales pues los cuidadores de los niños pueden

sentirse en un ambiente de evaluación, por ende pueden omitir o cambiar sus respuestas.

- Los programas de CEN CINAI presentan importantes desafíos relacionados con los procesos educativos, en los cuales, principalmente relacionadas con la puesta en práctica de la información compartida con los cuidadores. Por lo que se recomienda realizar investigaciones en relación con los procesos de aprendizaje y la disposición tanto actitudinal como de disposición de tiempo, para participar de estos espacios formativos.
- Para el análisis de gestión de los servicios del CEN CINAI, se recomienda la utilización del enfoque sistémico; en el cual se contemple tanto las entradas como las salidas del sistema, logrando de esta manera organizar y evaluar de manera integral su funcionamiento y generar retroalimentaciones pertinentes que mejoren la calidad del abordaje que se realiza de las necesidades de la población.
- Planear un seguimiento longitudinal de los niños que egresan de los servicios CEN CINAI para conocer su condición integral de salud considerando todos los determinantes de la salud.

REFERENCIAS

Alfaro, A., Tally, E., Diaz, F., Morales, J., Reyes, A., & Ma, P. (2012). Factores socioeconomicos que influyen en la prevalencia de un mal estado nutricional en niños de 6 a 60 meses. *Revista del Colegio de médicos y cirujanos*, 150, 5-14.

Altimir, O. (1979). *La Dimensión de la Pobreza en America Latina*. Santiago: Cuadernos de la CEPAL. Recuperado de [http://dds.cepal.org/infancia/guide-to-estimating-child-poverty/bibliografia/capitulo-1/Altimir%20Oscar%20\(1979\)%20La%20dimension%20de%20la%20pobreza%20en%20America%20Latina.pdf](http://dds.cepal.org/infancia/guide-to-estimating-child-poverty/bibliografia/capitulo-1/Altimir%20Oscar%20(1979)%20La%20dimension%20de%20la%20pobreza%20en%20America%20Latina.pdf)

Ammaniti, M., Ambruzzi, A. M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F. (2015). Malnutrition and Dysfunctional Mother-Child Feeding Interactions: Clinical Assessment and Research Implications. *Journal of the American College of Nutrition*, 23 (3), 259-271. doi: 10.1080/07315724.2004.10719369

Arancibia, V., Herrera, P., & Strasser, K. (1997). *Manual de Psicología Educacional*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile. Recuperado de <https://es.slideshare.net/exequielriquelmegonzalez/manual-de-psicologa-educacional-violeta-arancibia>.

Armiño, K. (2000). *Diccionario de Acción Humanitaria y cooperación al desarrollo: Indicadores de Salud*. Barcelona: Icaria & Hegoa. Recuperado de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/124>.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2002). *Gerencia Social en América Latina: Enfoques y Experiencias Innovadoras*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/257/Gerencia%20social%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Barceló C. (2012). Vivienda saludable: un espacio de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50 (2), 131-135. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200001&lng=es&tlng=es.

Barreto, P.B., & Quino, A. C., (2014). Efectos de la desnutrición infantil sobre el desarrollo psicomotor. *Revista Criterios*, 21 (1), 225-244. Recuperado de: www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/criterios/article/download/779/705.

Bentley, M.E., Wasser, H. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2011). Responsive Feeding and Child Undernutrition in Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of Nutrition*, 141 (3), 502-507. doi: 10.3945/jn.110.130005.

Bergel, M. A., Cesani, M. F., & Oyhenart, E. E. (2017). Malnutrición infantil e inseguridad alimentaria como expresión de las condiciones socio-económicas familiares en Villaguay, Argentina (2010-2012). Un enfoque biocultural. *Centro Centroamericano de Población*, 14 (2), 1-26. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v14i2.27305>

Bertalanffy, L. V. (2006). *Teoría general de los sistemas de Ludwig von Bertalanffy*. México DF: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

Bezares, V.R., Bojórquez, R.M., Burgos, M., Barrera, M.E (2012). *Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano*. México DF: Mc Graw Hill.

Brown, J. (2010). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. Mexico DF: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A.

Brown, J. (2014). *Nutrición en la Diferentes Etapas de la Vida*. México DF: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A.

Byrd, C., Moe, G., Beshgetoor, D., & Berning, J. (2010). *Wardlaw's: Perspectives in Nutrition*. México DF: Mc Graw Hill.

Cai, W. (2014). Nutritional challenges for children in societies in transition . *Curr Opin Nutr Metab Care*, 17 (3), 278-284. doi: 10.1097/MCO.0000000000000042.

Carcamo, V. & Mena, C. (2006). Alimentación saludable. *Horizontes Educativos*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97917575010>.

Castañer, M., Camerino, O., Anguera, M. T. (2013). Métodos mixtos en la investigación de las ciencias de la actividad física y el deporte. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 31-36. doi: [http://dx.doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2013/2\).112.01](http://dx.doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2013/2).112.01).

CCSS. (2015). *Perfil Epidemiológico de Aserri*. San José: Area de Salud/ COLOVE.

CCSS. (2016). *Análisis Situacional Integral de Salud*. San José: Area de Salud de Aserri.

CCSS & CENDEISS (2004). *Crecimiento y desarrollo en la niñez y abordaje de los principales trastornos. Módulo 7. Curso especial de Posgrado-UCR* (ISBN 9968-916-18-8), San José: CENDEISS. Recuperado de http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/Modulo7/Modulo_7.pdf

CCSS & CENDEISS. (2004). *Introducción a la educación para la salud . Curso de Gestión local en Salud*. San José: CENDEISS. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>.

CCSS & CENDEISS. (2004). *Análisis de situación Integral de Salud (ASIS)*. San José : CENDEISS. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/nueve.pdf>

Cejudo, R. (2007). Capacidades y Libertad: Una Aproximación a la Teoría de Amartya Sen. *Revista Internacional en Sociología*, 65(47) 9-22.

CELCIS. (2012). *Avanzando a la Implementación de las "Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado del Niño"*. (ISBN 978-0-947649-94-4). Escocia: CELCIS.

CEN CINAI. (2016). *Efectos en el nivel de desarrollo de las niñas y los niños que recibieron servicios en la dirección nacional de CEN CINAI*. San José: CEN CINAI.

CEPAL y DGEC. (1988). *Bosquejo Metodológico del Mapa de la Distribución de Necesidades Básicas Insatisfechas en el Uruguay*. Uruguay: LC/MVD.

CEPAL. (2000). *Panorama Social de América Latina 1999-2000: Oportunidades de Bienestar en la Infancia y Adolescencia: Avances en los Años Noventa y Desafíos Futuros*. (ISBN: 978-92-1-221118-3). Santiago: CEPAL.

CEPAL. (2005). *La Familia y las Políticas Públicas: Hacia una Sociedad de Redes*. (ISBN: 92-1-322753-1) Santiago: CEPAL.

CEPAL. (2008). *Objetivos del desarrollo del milenio: La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL.

CEPAL. (2013). *Panorama Social de América Latina*. (ISBN: 978-92-1-121924-1) Santiago: CEPAL.

CEPAL. (2014). *Panorama de la Gestión Pública en América Latina y el Caribe*. Santiago: Naciones Unidas. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37223/S1420739_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

CIDE. (2010). Factores socioeconómicos que explican las desigualdades nutricionales de nuestros niños. ¿Por dónde hay que atacar?. INIE. Recuperado de https://www.inci.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0892/Libro.pdf.

Coleman, C., & Bouésseau, M. &. (2008). Contribución de la ética a la Salud Pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 86, 577-656. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/>

Cortés, A., Avilés, A. A. (2009). Factores demográficos, crianza e historia de salud: vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. *Unit. Psychol*, 10(3), 789-802. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/603/1172>.

Cortés, A., Romero, P., Hernández, R., & Hernández, R. (2004). Estilos Interactivos y Desnutrición: Sistema de Observación para la Detección de Riesgo en el Infante. *Psicología y Salud*, 14(1), 57-66. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/866/1591>.

Creswell, J. W., Plano, V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. California: Sage Publications Inc.

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Los Angeles: SAGE Publication Inc.

CSDSS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. (ISBN 978 92 4 356370 1). Ginebra: Biblioteca OMS. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/.

Daza, W., & Dadán, S. (sf). Alimentación complementaria en el primer año de vida. *Precop CCAP*, 8(4), 18-27. Recuperado de <https://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>

DeBoer, M., Lima, A., Oria, R., Scharf, R., Moore, S., Luna, M., y otros. (2012). Early childhood growth failure and the developmental origins of adult disease: do enteric

infections and malnutrition increase risk for the metabolic syndrome? . *Nutrition Reviews*, 70(11), 642-653. doi 10.1111/j.1753-4887.2012.00543.x.

de Caballero, E., Sinisterra, O., Lagrutta, F., & Atalah, E. (2004). Evaluación del impacto nutricional del programa de alimentación complementaria de Panamá en niños menores de 5 años. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 54(1), 66-71. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222004000100010

de Graaf, C. (2006). Effects of snacks on energy intake: an evolutionary perspective. *Appetite*, 47(1), 18-23. doi 10.1016/j.appet.2006.02.007.

Dettwyler, A. (1986). Infant feeding in Mali, West Africa: variations in belief and practice. *Soc Sci Med*, 23(7), 651-664. doi. 10.1016/0277-9536(86)90112-7.

Dettwyler, K. & Fishman, C. (1992). Infant feeding practices and growth. *Annual Review of Anthropology*, 21, 171-204. doi. 10.1146/annurev.an.21.100192.001131.

Díaz, Y. & Alonso, R. (2008). Mortalidad infantil, indicador de excelencia. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi08208.htm.

Dirección Nacional de CEN CINAI. (2015). *Evaluación de efectos en el Estado Nutricional de niños y niñas que recibieron servicios de alimentación complementaria 2014-2015*. San José: Dirección Nacional de CEN CINAI.

Equiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia, Un enfoque psicológico sistémico*. México D.F.: Pax México.

Equipo Nacional de Desarrollo. (2012). *Atención integral del desarrollo de niñas y niños en Costa Rica: Fortalecimiento intersectorial*. San José: END.

Estabrooks, P. & Shetterly, S. (2007). The prevalence and health care use of overweight children in an integrated health care system. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(1), 222-227. doi: 10.1001/archpedi.161.3.222.

Feres, J. & Mancero, X. (2001). *El Método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago: CEPAL.

Frenk, J. (1992). *La Salud de la población: Hacia una nueva salud pública*. Ciudad de México: Fondo de Cultura económica.

FAO & OPS (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. (ISBN 978-92-5-309608-4). Santiago: FAO & OPS.

FAO. (2012). *Escala Latinoamericana y Caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA): Manual de Uso y Aplicaciones*. (ISBN 978-92-5-307354-2). Roma: FAO.

FAO. (2014). *Guidelines for Assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices*. (ISBN 978-92-5-108097-9). Roma: FAO.

Gajate, G., & Inurritegui, M. (2002). *El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del "Propensity score matching"*. Proyecto de Investigación, Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), Lima. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/VaspLeche_GajateInurritegui.pdf.

Garibay, V. (2015). Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de mala nutrición en niños mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 151(60), 788-797. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=63498>.

Goodstein, L., Nolan, T. & Pfeiffer, W. (1998). *Planeación Estratégica Aplicada: Como Desarrollar un Plan que Realmente Funcione*. Bogotá: Mc Graw Hill.

Guardiola, J. & González-Gómez, F. (2010). La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: una perspectiva desde la economía. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3), 38-43. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900006.

Holman, A. (2012). *Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la Protección de la Infancia Guía detallada para el diseño e implementación de métodos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para programas de protección de la infancia*. Liberia & Sierra Leona: Iniciativa de Protección de la Infancia, Save the Children. Recuperado de https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/kap_report_sp_hi-res_0.pdf.

Ibañez, E. (2010). Caracterización de los niños menores de cinco años que murieron por desnutrición, Costa Rica 2005-2007. *Rev Costar Salud Pública*, 19(2), 70-74. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n2/art02v20n2.pdf>.

INCAP. (2006). *Manual de instrumentos de evaluación dietética*. Guatemala: INCAP MDE. Recuperado de http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/doc_view/77-manual-de-instrumentos-de-evaluacion-dietetica.

INEC. (2016). *Indicadores territoriales- Aserri*. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/>

INEC. (2010). *Resultados de las encuestas de hogares de propósitos múltiples para los años del 2003 al 2009*. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/encuestas/encuesta-de-hogares-de-propositos-multiples>.

INEC. (2010). *Sistema Nacional de Información en Seguridad Alimentaria y Nutricional*. San José: INEC. Recuperado de <http://sistemas.inec.cr/snisan/>.

INEC. (2013). *Encuesta nacional de hogares 2013: Resultados generales*. (ISSN: 2215-3381). San José: INEC.

INSP: Centro de Investigación en Nutrición y Salud. (2012). *Estudio de magnitud de la desnutrición infantil, determinantes y efectos de los programas de desarrollo social 2007-2012*. Cuernavaca: INSP. Recuperado de http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/EvaluacionProgramasSociales/Otros_Estudios/INSP2012Estudio_Desnutricion.pdf.

Jiménez, D., Rodríguez, A. & Jiménez, R. (2010). Análisis de los Determinantes Sociales de la Desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3), 18-25. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es&tlng=es.

Lancet. (2013). Executive summary of the Lancet Maternal and Child Nutrition Series. *The Lancet*. Recuperado de <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/nutrition-eng.pdf>.

López, A. (2002). *La Nueva Gestión Pública: Algunas Precisiones para su Abordaje Conceptual*. Buenos Aires: INAP.

Marquis, G., Habicht, J., Lanata, C., Black, R., Rasmussen, K. (1997). Association of breastfeeding and stunting in Peruvian toddlers: an example of reverse causality. *Int J Epidemiol*, 26(2), 349-356. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9169170>.

Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, G., Rodríguez, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia. *Salud Ment*, 35(2), 147-154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223312008>.

Mehrotra, S., Vandemoortele, J. & Delamonica, E. (2000). *¿Servicios básicos para todos?* (ISBN 88-85401-51-1). Florencia: Publicaciones Innocenti.

Menéndez, E. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen México.

MIDEPLAN. (2013). *Costa Rica índice de desarrollo social (IDS)*. (ISBN 978-9977-73-075-2). San José: MIDEPLAN.

MIDEPLAN & UNICEF. (2014). *Índice de Bienestar de la Niñez y la Adolescencia*. (ISBN 978-9977-73-077-6). San José: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

MinSa. (1987). *Escala para la evaluación del desarrollo integral del niño de cero a seis años*. San José: Ministerio de Salud.

MinSa. (2008). *Modelo conceptual y estratégico de la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil*. Ministerio de Salud, San José. Recuperado de: <http://www.cen-cinai.go.cr/index.php/cen-cinai/modelo-conceptual-y-estrategico>.

MinSa. (2009). *Encuesta nacional de nutrición 2008-2009*. Encuesta, Ministerio de Salud, San José. Recuperado de http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=document&slug=encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&layout=default&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&category_slug=alimentacion-y-nutricion&Itemid=222.

MinSa, CCSS & CIGA. (2011). *Guía alimentarias para Costa Rica*. (ISBN 978-9977-62-086-2). San José: CCSS.

MinSa. (2011). *Política nacional para la seguridad alimentaria y nutricional 2011- 2021*. (ISBN 978-9977-62-104.3). San José: Ministerio de Salud.

MinSa & UNICEF. (2013). *Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2011: situación de la niñez y mujeres /Costa Rica*. (ISBN 978-9968-793-49-0). San José: UNICEF.

MinSa & Dirección CEN-CINAI. (2013). *Manual operativo de la Escala Simplificada de Evaluación del Desarrollo Integral del Niño de 0 - 6 años para su implementación en los CEN-CINAI*. San José: MinSa.

MinSa & Dirección Nacional de CEN CINAI. (2013). *Manual operativo para la evaluación del estado nutricional de las niñas y niños de los CEN-CINAI*. San José: MinSa.

MinSa. (2014). *Informe Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de Niños y Niñas que Recibieron Servicios de Alimentación Complementaria 2011-2012*. San José: Dirección Nacional de CEN CINAI y Dirección Técnica Unidad de Investigación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo.

MinSa. (2015). *Análisis Situacional de Salud*. San José: Área rectora de Salud de Aserri.

Minuchin, S. (1983). *Familias y Terapia Familiar*. México D.F.: Gedisa.

Mora, A. & Rojas, A. (2005). Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 1-25. Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/312>.

Moreno, M., & Granada, P. (2014). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 121-139. Recuperado de <https://www.unicef.org/peru/spanish/InteraccionesVincularesEnSistemaCuidadoInfantil.pdf>.

Mukherjee, K. (2014). Malnutrition in under five children in Turbhe stores slums in Navi Mumbai. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(9), 1127-1131. doi: 10.5455/ijmsph.2014.280620141.

Muluwork, D., Nayga, R. & Rickertsen, K. (2015). Can prolonged breastfeeding duration impair child growth? Evidence from rural Ethiopia. *Food Policy*, 53, 46-53. doi: 10.1016/j.foodpol.2015.03.010.

Municipalidad de Aserri. (2017). *División Política*. Recueprado de <http://www.aserri.go.cr/aserri/division-politico-administrativo>.

Muñoz, J., & Calderón, G. (2008). Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Gerencia y políticas de Salud*. Bogotá. *Revista Gerencia y políticas de Salud*, 7(15), 131-154. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v7n15/v7n15a08.pdf>.

Muñoz, C. (2013). Métodos mixtos: Una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev. Chilena Salud Pública* ,17(3), 218-223. Recuperado de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/28632/30389>.

Murray, T. (2003). *Blending qualitative and quantitative research methods in theses and dissertations*. California: Corwin Press, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412983525>.

Nankumbi, J., & Muliira, J. (2015). Barriers to infant and child-feeding practices: A qualitative study of primary caregivers in rural Uganda. *Journal Health Popul. Nutr*, 33(1), 106-116. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438654/>.

Navarro, E. & Araya, M. (2016). Inicio de alimentación complementaria y riesgo de enfermedad celíaca y alergia alimentaria. ¿De qué evidencia disponemos? *Revista chilena de nutrición*, 43(3), 315-320. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000300013>.

Newman, I. & Benz, C. (1998). *Qualitative- quantitative research methodology: exploring the interactive continuum*. Illinois: Library of Congress Cataloging in Publication Data.

OCDE. (1995). *Governance in transition: public management reforms in OECD countries*. Washington D.C.: OCDE.

OMS. (2004). *Estrategia Mundial Sobre régimen alimentario actividad física y salud*. (ISBN 978 92 4 359730 0). Ginebra: Ediciones OMS.

OMS. (2008). *Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age*. (ISBN 92 4 154693 X). Ginebra: OMS.

OMS. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales*. (ISBN 978 92 4 356458 6). Ginebra: OMS.

OMS (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales*. (ISBN 978 92 4 069269 5). Ginebra: OMS.

OMS. (s.f.). *Nutrición. lactancia materna exclusiva*. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.

OMS. (2015). *Nota descriptiva n 394: Alimentación sana*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>.

OMS. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/.

OMS. (2014). *Nota descriptiva n 364: Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

OMS. (2016). *Nota descriptiva n 342. Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de Centro de Prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.

OMS. (2014). *Nutrition: challenges*. Recuperado de <http://www.who.int/nutrition/challenges/en/>.

OMS. (s.f.). *Temas de salud: violencia*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/violence/es/>.

OMS. (2017) *Temas de salud: Nutrición*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Onwuegbuzie, A., Leech, N., Dickinson, W. & Zoran, A. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas*, 3(2), 127-157. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3798215>.

OPS. (1990). *Los sistemas locales de salud: Conceptos, métodos, experiencias*. Wahington, D.C.: OPS/OMS .

OPS. (2004). *La Niñez, la Familia y la Comunidad*. Washington DC: OPS/PALTEX.

PAHO, C. s. (2007). Comisión sobre los determinantes sociales de la salud: Parte 3. Condiciones de vida, medidas recomendadas. Recuperado de http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/9789_spa/06part3.pdf.

Palafox, M. & Ledesma, J. (2012). *Manual de Fórmulas y Tablas para la Intervención Nutriológica*. México DF: McGraw-Hill .

Peraza, A. (2012). La estrategia gerencial y su aplicación en la gestión de los gobiernos locales. *Revista venezolana*, 5(9), 85-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=219022812005>.

Pereira, Z. (2011). Los Diseños de Método Mixto en la Investigación en Educación: Una Experiencia Concreta. *Revista Electrónica Educare*, XV(1), 42-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>.

Perez, C., Ortiz, R. L., Peña, M., & Infante, I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública*, 34(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es&tlng=es.

PNUD, UCR. (2011). *Atlas de desarrollo humano cantonal*. San José: PNUD. Recuperado de <http://desarrollohumano.or.cr/mapa-cantonal/ranking.html>.

PNUD, UCR. (2016). *Atlas de Desarrollo Humano*. San José: PNUD. Recuperado de <http://desarrollohumano.or.cr/mapa-cantonal/>.

Rauber, F., Campagnolo, P., Hoffman, D., Vitolo, M. (2014). Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: A longitudinal study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 25(1), 116-122. doi: 10.1016/j.numecd.2014.08.001..

Rawls, J. (1971). *Teoría de la Justicia*. México: Paidós.

Robles, L. (2011). Importancia de la función normativa de la Autoridad de Salud Nacional para el control de problemas de salud pública. *An. Fac. med*, 72(4), 291-296. doi. <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1083/897>.

Ruel, M.T., & Alderman, H. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?. *The Lancet*, 382(9891), 536-551. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0).

Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E. (2008). *El Desarrollo de los Niños, Paso a Paso*. Barcelona: UOC.

Satriano, C., & Moscoloni, N. (2010). *Abordaje de la desnutrición infantil. Aportes desde una perspectiva psicológica*. Argentina: Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario.

Scruzzi, G., & Lucchese, M. (2016). Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil, Representaciones de Cuidadores Nutricionales y Efectos de Salud. *Revista de Salud Pública*, XX(3), 32-47. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/download/14572/15582>.

Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana. (2009). *Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 - 2015*. (Plan de Salud, XXIII). Tegucigalpa: RESSCAD.

Sen, A. (1995). *Nuevo examen de las desigualdades*. Madrid: La Alianza.

Sen, A. (2000). Desarrollo y libertad: Cap 4. La pobreza como privación de capacidades.. Buenos Aires: Planeta S.A. Recuperado de http://www.palermo.edu/Archivos_content/2015/derecho/pobreza_multidimensional/bibliografia/Sesion1_doc1.pdf.

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica*, 11(5-6), 302-309. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005.

Sen, A., & Kliksberg, B. (2007). *Primero la Gente: Una Mirada desde la Ética del Desarrollo de los Principales Problemas del Mundo Globalizado*. Barcelona: Deusto.

Siraj-Blatchford, I., & Woodhead, M. (2009). *Programas eficaces para la primera infancia*. (ISBN 978-0-7492-2915-3). Reino Unido: Thanet Press Ltd.

Smith, L., & Haddad, L. (2015). Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era. *World Development: Elsevier*, 68, 180-224. doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.11.014

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. (2009). *Nutrición Pediátrica*. Caracas: Edición Médica Panamericana.

Sudfeld, C., Charles, D., Danaei, G., Fink, G., Ezzati, M., Andrews, K., Wafaie, W., Fawzi, M. (2015). Linear Growth and Child Development in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 135(5), 2014-3111. doi: 10.1542/peds.2014-3111.

The World Bank. (2009). *Methodologies to Evaluate the Impact of Large Scale Nutrition Projects*. USA: Thematic group on poverty, analysis, monitoring and impact evaluation.

UNICEF. (1990). *Strategy for improved nutrition of women and children in developing countries*. New York: United Nations.

UNICEF- UDELAR. (2003). *Nuevas Formas de Familia: Perspectivas Nacionales e Internacionales*. Montevideo: UNICEF. Recuperado de <http://brd.unid.edu.mx/nuevas-formas-de-familia-perspectivas-nacionales-e-internacionales/>.

UNICEF TACRO. (2008). *Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe*. Panamá: UNICEF. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf).

UNICEF, MinSa, CCSS & INEC. (2010). *Encuesta Nacional de Hogares. Análisis del Módulo de Lactancia Materna*. San José: UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf

UNICEF. (2011). *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: UNICEF. Recuperado de <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3713/La%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20causas%20consecuencias%20y%20estrategias%20para%20su%20prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

UNICEF. (2015). *Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el periodo del embarazo hasta los 5 años*. (ISBN: 978-92-806-4801-0). Buenos Aires: UNICEF. Recuperado de [https://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_PBPrimeraInfancia_web\(1\).pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_PBPrimeraInfancia_web(1).pdf).

UNICEF (sf). *Nutrición*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/spanish/nutrition/>

WFP. (2013). *El Estado de la Alimentación Escolar a Nivel Mundial*. (Primer Informe). Roma: WFP.

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la Equidad en Salud*. Washigton, DC: OPS/OMS. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf.

Wondafrash, A., Amsalu, T., & Woldie, M. (2012). Feeding styles of caregivers of children 6-23 months of age in Derashe special district, Southern Ethiopia. *BMC Public Health*, 212-235. doi: 10.1186/1471-2458-12-235.

Wright, C., Birks, E. (2000). Risk factors for failure to thrive: a population based survey. *Child: Care, Health and Development*, 26(1), 5-16. doi: 10.1046/j.1365-2214.2000.00135.x.

ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento para revisión del Expediente

“Condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el desarrollo en la niñez con desnutrición infantil, del CEN CINAI de Aserrí, II Semestre 2016.”

EXPEDIENTE

**Hoja de Recolección de Datos del Expediente
y el Carne Oficial de Desarrollo Integral del Niño o Niña**

Instrucciones: esta hoja de recolección de datos es para ser completada por parte del investigador con la información del expediente y Carne Oficial de Desarrollo Integral del Niño o Niña.

I Parte: Datos de Identificación del Niño

1. Nombre del niño o niña _____
2. Fecha de nacimiento ____/____/____
3. Edad ____ años ____ meses
4. Nombre de contacto: _____
5. Parentesco del contacto: _____
6. Teléfono: _____
7. Lugar de residencia _____

Cantón
Distrito
8. Dirección exacta _____
9. Servicio que recibe el niño por parte del CINAI Aserrí _____

II Parte: Información del Estado Nutricional

10. Datos Clínicos

	Al nacer			Última evaluación
Fecha				
Peso				
Talla				
Alteraciones en la salud o patologías asociadas que puedan alterar su crecimiento y desarrollo				
Observaciones (APGAR)				
Acciones tomadas por el personal				

11. Escala de evaluación del desarrollo integral del niño de 1 año a 6 años (revisar el expediente del niño, anotar 2 mediciones más recientes)

III Parte. Información Sociofamiliar				
Fecha				
Motora Gruesa				
Motora Fina				
Cognoscitiva				
Lenguaje				
Socio Afectiva				
Hábitos de Salud				
Puntaje total				

Composición del Hogar

12. Complete el siguiente cuadro con las características sociodemográficas de los miembros del hogar (delimitar familias) grupo los que comen de la misma olla.

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Discapacidad (limitación permanente)

13. Total de ingresos del hogar: _____

14. Ingreso per cápita: _____

- Agua del tubo sin aditivos
- Agua dulce o agua con azúcar
- Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés
- Solución de agua con azúcar y sal
- Jugo de frutas
- Fórmula para bebés
- Té/infusiones
- Miel
- Otro (*especifique*) _____

18. A qué edad le dio al niño (a) de comer algo diferente a leche materna?
 _____ meses

19. Cuál fue ese primer alimento?

20. Complete el siguiente Recordatorios 24 h. 1 día con la información solicitada al cuidador

Tiempo de comida (hora)	Alimentos consumidos (descripción de tipo y cantidad)
----------------------------	---

--	--

21. Complete la siguiente Frecuencia de Consumo del niño

Alimento	Días a la semana				Diario (veces al día)		
	Nunca	1	2-4	5-6	1	2	3 o más
Productos cárnicos y huevo							
Leguminosas							
Frutas							
Vegetales acuosos							
Lácteos (yogurt, queso, leche)							

22. Cuáles cree usted que fueron las razones de que el niño tuviera desnutrición o bajo peso?

III Parte. Características de la Vivienda

23. Tenencia: Propia Alquilada Cedida
 Hipotecada Precario Otro

24. **Construcción paredes exteriores:** Madera Cemento
 Mixto Material desecho Otro _____
25. **Piso:** Cerámica Madera Mosaico Cemento No tiene
26. **Cuántos dormitorios tienen en el hogar?**
27. Tiene abastecimiento de agua todos los días?
 Sí No
28. **Servicios Públicos:**
 Energía eléctrica Agua potable Recolección de basura
 Teléfono Cable Internet

IV Parte. Dinámica Familiar

29. Ha habido casos de violencia física en su casa, por ejemplo golpes, empujones?
 Sí No

Especifique:

30. Ha habido casos de violencia emocional en su casa, gritos, insultos?
 Sí No

Especifique:

31. Ha habido casos de abuso sexual en su casa?
 Sí No

Especifique:

32. ¿Algún miembro del grupo familiar consume drogas o alcohol?
 Sí No

Especifique:

33. ¿Cómo describiría usted las relaciones entre los miembros de la familia?

Buenas Malas Regulares

Especifique:

-

34. ¿Cuándo el niño (a) se molesta por alguna razón, cómo es la reacción del niño (a)?

-

35. Cómo reaccionan sus padres o encargados ante esta situación?

-

V Parte. Victimización del Hogar

36. Complete el siguiente cuadro con las características del jefe del hogar.

De octubre 2015 a octubre 2016, la vivienda, usted, u otra persona miembro del hogar, ¿ha sido víctima de..	Opciones
robo en la vivienda de pertenencias, electrodomésticos, T.V., u otros similares?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
robo o asalto fuera de la vivienda a alguno de los miembros del hogar?.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
sólo agresión, contra alguna persona del hogar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
otro delito contra la propiedad o pertenencias (vandalismo, envenenamiento de animales)? (especifique)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
otro delito contra personas (violencia doméstica, amenazas de muerte)? (especifique)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Observaciones:

AS!

ANEXO 3. Guía para los Grupos focales

“Condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el desarrollo en la niñez con desnutrición infantil, del CEN CINAI de Aserri, II Semestre 2016.”

ENTREVISTA

Instrucciones:

1. Leer el documento de consentimiento informado y explicarlo a los participantes.
2. Firmar el documento de consentimiento informado solamente si las participantes están de acuerdo.

Bienvenida

Buenos días/tardes. Mi nombre es Tatiana Gamboa/ Dilana López, estudiantes de la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y estamos realizando un estudio sobre desnutrición infantil.

La idea es poder conocer sus distintas opiniones para saber que factores del hogar pueden influir en el progreso de un niño con desnutrición.

Siéntanse libres de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; lo que importa es justamente su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información es sólo para mi investigación, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Como les mencioné en el consentimiento informado, resulta de mucha utilidad grabar la conversación pues sus opiniones es más lento y se puede perder información importante. ¿Existe algún inconveniente en que grabe la conversación? El uso de la grabación para el análisis de la investigación, en ningún momento aparecerá el nombre de ninguna de usted. ¡Desde ya muchas gracias por su tiempo!

Lista de asistencia de participantes

Nombre

--

Preguntas:

1. ¿Qué significa para ustedes comer saludablemente?
2. En su opinión cuáles son las causas de que el niño presente o presentara problemas de bajo peso (preguntar por la causas adicionales a la alimentación)
3. ¿Qué dificultades encuentran ustedes para alimentar a sus niños (as) de forma saludable?
4. Cómo ustedes se dan cuenta de que el niño (a) no está comiendo bien?
5. Cómo ustedes se dan cuenta de que el niño (a) si está comiendo bien?
6. Cómo se dan cuenta ustedes si el niño (a) está creciendo bien?
7. Cómo sabe ustedes que el niño no está creciendo bien?
8. ¿Cuáles son las consecuencias que puede tener el niño (a) con bajo peso o baja estatura? (a corto y largo plazo)
9. En algún momento a ustedes les dijeron que el niño tenía problemas de nutrición, bajo peso o baja estatura? (No pase a la pregunta 11, si continúe)
10. Cuando les dijeron que su hijo o el niño o niña tenía desnutrición: Hicieron algún cambio para que recuperara el peso? Que cambios hicieron?
11. Qué les parece el servicio que reciben del CINAI Aserri?
12. Si pudiera cambiar algo con respecto a la atención que recibe el niño (a) por parte del CINAI Aserri que cambiaría? (dejarlos hablar, luego guiarlas a la parte de alimentación y nutrición)

ANEXO 4. Entrevista dirigida a expertos

“Condiciones sociales, económicas y familiares que afectan el desarrollo en la niñez con desnutrición infantil, del CEN CINAI de Aserrí, II Semestre 2016.”

ENTREVISTA A EXPERTOS

ENTREVISTA A EXPERTOS

Instrucciones:

Una vez explicado el estudio se le solicita autorización a la persona para iniciar la entrevista. La entrevista busca ahondar en los conocimientos y experiencia por parte de personas claves acerca de los factores del hogar que influyen en el mejoramiento, mantenimiento o empeoramiento del estado de desnutrición en los niños/ niñas así como el papel que cumple el CEN CINAI en estos procesos.

I Parte. Información General

DATOS GENERALES

1. Nombre:
2. Edad: _____ años
3. Sexo: F M
4. Puesto en la Institución:
5. Años de trabajar:

II Parte. Preguntas Generadoras

En su opinión:

1. Qué características presentan los niños y niñas que asisten a los servicios del CEN CINAI?
2. Cuáles son las causas de que el niño presente o presentará bajo peso, baja talla o desnutrición? (Alimentación y otras)
3. Cuáles son las principales dificultades que exponen los progenitores para alimentar a los niños de manera saludable?
4. Que características denotan el progreso de los niños/ niñas en cuanto a crecimiento y desarrollo?
5. Cuáles cree que sean los principales motivos para que el niño en un plazo menor a un año no mejore su estado nutricional?

6. Cuáles son las principales consecuencias del bajo peso o la desnutrición en el desarrollo y crecimiento de los niños y las niñas?
7. Considera usted que los niños y niñas cuentan con apoyo familiar / Redes de apoyo para su adecuado desarrollo?
8. Como es la respuesta de las familias a los servicios del CEN CINAI y su involucramiento con las actividades de capacitación o seguimiento (interés)?
9. Cuáles son los factores sociales, familiares, económicos que influyen con la presencia o mantenimiento de la desnutrición o bajo peso en los niños/ niñas?
10. Que acciones ustedes realiza en caso de identificar casos de violencia, acoso o abuso en los niños/ niñas?
11. Ustedes trabajan de manera coordinada con otras instituciones?

III Parte. Temas específicos

1. Existen variaciones importantes entre los CEN CINAI de Aserrí? Que similitudes / diferencias presentan en cuanto a los factores que influyen en el crecimiento de los niños?
2. Considera ud que el servicio que se le brinda a los niños con desnutrición por parte de los CEN CINAI Aserrí y Poás son adecuados? Por qué?
3. Cuáles cambios realizaría ud al servicio para acelerar el progreso de los niños con desnutrición?
4. Considera que cuando se creó la propuesta del CEN CINAI, se conocía en detalle las necesidades de la población? Se cuenta con el personal y los recursos (materiales como económicos) para atender de manera adecuada a la población? Realizan evaluación de los procesos que desarrollan en el CEN CINAI?

ANEXO 5. Cuadro de las variaciones del Puntaje, efecto en estado nutricional nuevas gráficas 2016

Indicador	1º Evaluación	2º Evaluación	Efecto dos mediciones	
Peso para edad (P/E)	Peso alto	Peso alto	Mantiene malnutrición	
	Bajo peso	Bajo peso		
	Bajo peso severo	Bajo peso severo		
	Peso alto	Normal	Mejora	
	Bajo peso	Normal		
	Bajo peso severo	Bajo peso ó normal		
	Normal	Normal	Peso alto	Desmejora
			Bajo peso	
Bajo peso severo				
Normal	Normal	Mantiene malnutrición		
Indicador	1º Evaluación	2º Evaluación	Efecto dos mediciones	
Peso para talla (P/T)	Obesidad	Obesidad	Mantiene malnutrición	
	Sobrepeso	Sobrepeso		
	Desnutrición	Desnutrición		
	Desnutrición severa	Desnutrición severa		
	Obesidad	Sobrepeso o Normal	Mejora	
	Sobrepeso	Normal		
	Desnutrición	Normal		
	Desnutrición severa	Desnutrición o normal	Desmejora	
	Normal	Normal		Obesidad
				Sobrepeso
Desnutrición				
Desnutrición severa	Desnutrición severa			
Normal	Normal	Mantiene		
Indicador	1º Evaluación	2º Evaluación	Efecto dos mediciones	
Talla para Edad (T/E)	Baja talla	Baja talla	Mantiene malnutrición	
	Baja talla severa	Baja talla severa		
	Alto	Muy alto	Mejora	
	Baja talla	Normal ó alto ó muy alto		
	Baja talla severa	Baja talla ó normal ó alto		
	Normal, muy alto o alto	Normal, muy alto o alto	Baja talla	Desmejora
			Baja talla severa	
			Muy alto	Muy alto
			Alto	Alto
	Normal	Normal	Mantiene	
Indicador	1º Evaluación	2º Evaluación	Efecto dos mediciones	
Índice de Masa	Obesidad	Obesidad	Mantiene malnutrición	
	Sobrepeso	Sobrepeso		

Corporal (IMC)	Desnutrición	Desnutrición			
	Desnutrición severa	Desnutrición severa			
	Obesidad	Sobrepeso o Normal		Mejora	
	Sobrepeso	Normal			
	Desnutrición	Normal			
	Desnutrición severa	Desnutrición o normal			
	Normal			Obesidad	Desmejora
				Sobrepeso	
				Desnutrición	
				Desnutrición severa	
Normal		Normal	Mantiene		

ANEXO 6. Documento de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos: (506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Tel: (506) 2511- 8480

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Análisis de Factores del Hogar que Afectan el Progreso de los Niños y Niñas con Desnutrición Infantil que Forman Parte del Programa CEN CINAI de Aserri, I semestre 2016”

Nombre de la Investigadora Principal: Tatiana Gamboa Gamboa.

Nombre del participante (madre, padre, representante legal):

A usted se le está pidiendo la autorización para que su hijo(a) participe en este estudio con el objetivo de “Analizar los factores relacionados con las condiciones sociales, económicas y las características familiares de los niños y niñas con desnutrición, que son usuarios de los servicios de alimentación complementaria del CEN de Aserri.

Es importante que usted comprenda la información contenida en este documento, si hay partes o palabras que usted no comprende por favor pregunte hasta que todas sus dudas sean resueltas por la investigadora.

El que su hijo participe en el estudio es completamente voluntario (usted decide si desea o no participar).



Tatiana Gamboa Gamboa

A. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El objetivo principal de esta investigación es conocer que características sociales, económicas y familiares de los niños y niñas con bajo peso o estatura (desnutrición), se relacionan con la mejora o no mejora de la desnutrición. Este estudio se hará comparando las características de un grupo de niños y niñas con desnutrición que mejoraron su estado nutricional en 12 meses con otro grupo de niños y niñas que no mejoraron o empeoraron su estado nutricional en un periodo de 12 meses.

Dicho estudio es solamente observacional, lo que quiere decir que la recolección de datos se hará mediante cuestionarios. Estos cuestionarios son tres:

El primero será un cuestionario para anotar la información del expediente del niño que se encuentra en el CEN Aserri. Incluirá preguntas personales acerca de su hijo(a) como la edad, sexo, peso, estatura del niño(a), presencia de enfermedades y preguntas del nacimiento además de información de la situación económica del hogar.

El segundo cuestionario será para que lo conteste el encargado del niño que frecuentemente es familia del niño (a). Este cuestionario incluye preguntas del niño y su familia, de hábitos de alimentación, además de características de la familia tanto de su condición social como económica y relaciones familiares.

El último cuestionario se hará en forma grupal. A usted se le invitará a participar de una reunión con aproximadamente 6 a 7 personas que tienen como característica ser los cuidadores de niños que asisten a CEN Aserri. Se harán 4 grupos de cuidadores de niños, 2 de los grupos serán de cuidadores de niños que tienen más de 12 meses de tener desnutrición y las otras 2 serán con cuidadores de niños que tuvieron en el pasado desnutrición pero ya. En esta reunión se conversará con respecto a los conocimientos que tiene el cuidador con respecto a la desnutrición del infantil además de que actitudes toma el cuidador con respecto a la situación del niño (a).

Firma _____



Se espera que aproximadamente treinta niños de edades entre uno y seis años participen en este estudio.

El estudio lo está realizando la investigadora antes mencionada, como trabajo final de graduación para optar por el grado de Maestría en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Universidad de Costa Rica, no tiene ningún financiamiento externo. Bajo la supervisión de la Directora de Tesis Dra. María Eugenia Villalobos. Además el estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.

B. ¿QUÉ TENDRÁ QUE HACER SI SU HIJO(A) PARTICIPA?:

Su hijo podrá participar si:

- Es un niño o niña que forma parte del programa CEN Aserri.
- Tiene entre 1 y 6 años
- Tiene al menos 1 año de pertenecer al programa
- Tiene o tuvo hace 12 meses un bajo peso o estatura para su edad (desnutrición).
- No utiliza alimentación parenteral (con suero o suplementos administrados en la vena).

Si acepta participar en este estudio, se programará una o varias citas con ud y/o el cuidador principal, además participará en una reunión con otros cuidadores de niños para discutir temas de nutrición infantil, las fechas serán acordadas con usted.

En la primera reunión la cual se realizará en el establecimiento se le explicará en qué consiste la investigación, esta reunión tendrá una duración aproximada de una hora. Se le pedirán los datos del niño y la familia, que sirvan para su identificación (nombre, teléfono, dirección, entre otros).

En la segunda cita que puede ser el mismo día que la primera cita, se le aplicará el cuestionario dirigido a la familia, en caso de no ser posible aplicarla el mismo día se programará otra cita para poder completar el cuestionario en el establecimiento.

Firma _____



3

Para la tercera cita, se realizará la reunión grupal. En donde se discutirán 10 preguntas de temas relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños con respecto a la alimentación y desnutrición infantil. Esta reunión será grabada, con el objetivo de agilizar la reunión y que la investigadora no tenga que estar escribiendo toda la conversación.

Además si usted acepta que el niño o niña participen en el estudio se revisará el expediente de su hijo o hija que se encuentra en el CEN Aserri donde le dan su seguimiento para obtener información del crecimiento y desarrollo del niño y condiciones socioeconómicas del hogar.

En la última visita de aproximadamente una hora la investigadora le devolverá el análisis de los datos de su niño(a), con la recomendaciones pertinentes para mejorar la alimentación y el estado nutricional.

C. RIESGOS:

La participación en este estudio no tiene ningún riesgo. Sin embargo puede generar cierta molestia ya que toma bastante tiempo para completar el cuestionario de forma correcta.

- D. BENEFICIOS:** Como resultado de mi participación en este estudio, los beneficios que tendré serán: que cuando se analicen los datos se me informará sobre los resultados y se me darán algunos consejos para mejorar la alimentación del niño en caso de ser necesario.

Antes de dar su autorización para este estudio ha hablado con Tatiana Gamboa G., y contestó satisfactoriamente todas las preguntas. Si quisiera más información más

Firma _____



adelante, o le surge alguna pregunta o duda puede obtenerla llamando a la investigadora al teléfono 88186202. Además puede consultar al Ministerio de Salud al 2223-2612 sobre los Derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos: 2207-4201 ó 2207-5839.

Recibirá una copia de este documento firmado.

Es importante que sepa que su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión lo afecte.

Además, su participación en este estudio es confidencial, la información que obtenga de las preguntas será totalmente confidencial y solo la investigadora tendrá acceso a esos datos, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima (no se expondrán sus datos personales ni los del niño(a) que los identifiquen como nombre, número de identificación, número de teléfono etc).

No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído, o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.



Firma _____

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal/ (menores de edad) Fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento Fecha

Nombre, cédula y firma del testigo Fecha

Lugar Fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL
4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form Consent-Inform 06-08



Firma _____

6

ANEXO 7. Tablas de frecuencias

Cuadro 1. Condición al nacer de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del

CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Condición al nacer	Número de niños
Condición esperada	33
Bajo peso y/o pretérmino	8
Total	41

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 2. Diagnóstico antropométrico según peso para la edad de niños y niñas menores de 5 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Diagnóstico	Medición 1	Medición 2
Bajo peso severo	0	1
Bajo peso	11	12
Normal	13	11
Peso alto	1	1
Total	25	25

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 3. Diagnóstico antropométrico según peso para la talla de niños y niñas menores de 5 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Diagnóstico	Medición 1	Medición 2
Desnutrición	2	3
Normal	23	22
Sobrepeso	1	1
Obesidad	0	0
Total	26	26

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 4. Diagnóstico antropométrico según talla para la edad de niños y niñas menores de 5 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Diagnóstico	Medición 1	Medición 2
Baja talla severa	2	3
Baja talla	15	12
Normal	8	10
Alto/muy alto	1	2
Total	27	27

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 5. Diagnóstico del estado nutricional según talla para la edad de niños y niñas entre 5 y 8 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Diagnóstico	Medición 1	Medición 2
Baja talla severa	1	1
Baja talla	7	8
Normal	5	5
Alto/muy alto	1	0
Total	14	14

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 6. Diagnóstico del estado nutricional según índice de masa corporal para la edad de niños y niñas entre 5 y 8 años clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Diagnóstico	Medición 1	Medición 2
Desnutrición	3	4
Normal	6	5
Total	9	9

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 7. Evolución del estado nutricional en un periodo entre 10 a 12 meses, según indicadores antropométricos, en niños y niñas menores de 5 años, clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Diagnóstico	Cantidad de niños
Mejora	4
Mantiene normal	4

Desmejora	5
Mantiene malnutrición	13
Total	26

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 8. Evolución del estado nutricional en un periodo entre 10 a 12 meses, según indicadores antropométricos, en niños y niñas menores de 5 años, clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Diagnóstico	Cantidad de niños
Mejora	1
Mantiene normal	0
Desmejora	2
Mantiene malnutrición	6
Total	9

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 9. Razones de la desnutrición reportadas por las cuidadoras de los niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Razones de la desnutrición	Cantidad de niños
Violencia Familiar	1
Económica	2
Genética	4
Bajo peso al nacer/pretérmino	5
No quiere comer/ come poco	6

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños. II semestre 2016.

Cuadro 10. Frecuencia de consumo de grupos de alimentos fuente de proteína, frutas y vegetales en niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Frecuencia semanal	Nunca	1 día	2 a 4 días	5 o más días
--------------------	-------	-------	------------	--------------

Productos cárnicos y huevo	0	4	7	4
Leguminosas	3	2	4	7
Frutas	1	1	5	7
Vegetales acuosos	4	1	5	5
Lácteos (yogurt, queso, leche)	0	0	1	14

Fuente: Entrevista a los encargados de los niños, II semestre 2016.

Cuadro 11. Presencia o ausencia de los grupos de alimentos en los recordatorio de 24 horas de niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Grupos de alimentos	Presencia	Ausencia
Productos cárnicos y huevo	10	5
Leguminosas	7	8
Frutas	6	9
Vegetales acuosos	7	6
Lácteos (yogurt, queso, leche)	13	2
Cereales	15	0
Verduras harinosas	10	5

Cuadro 12. Nivel educativo cursado por el jefe de hogar de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.*

Nivel educativo	Jefes de hogar n (%)
-----------------	-------------------------

Primaria incompleta/nunca asistió	8 (21)
Primaria completa	16 (41)
Secundaria incompleta	11 (28)
Secundaria completa	2 (5)
Universidad completa/ Para universitaria	2 (5)
Total	39 (100)

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

* 2 personas no registraron el nivel educativo del jefe de hogar

Cuadro 13. Ocupación del jefe de hogar de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.*

Nivel educativo	Jefes de hogar n (%)
Pensionado	1 (3)
Desempleado	1 (3)
Ama de casa	7 (19)
Cuenta Propia	13 (35)
Asalariado	15 (38)
Total	37 (100)

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Cuadro 14. Clasificación según el ingreso mensual per cápita de los hogares de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Condición económica	Hogares n (%)
Pobreza extrema (< ₡48339)	17 (41)
Pobreza no extrema (≥₡48339 y ≤₡105937)	20 (49)
No pobres (> ₡105937)	4 (10)
Total	41 (100)

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.

Clasificación de los hogares según la Encuesta Nacional de Hogares, Costa Rica, 2016.

Cuadro 15. Clasificación según el ingreso mensual per cápita de los hogares de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Condición económica	Promedio de ingreso (colones)
Pobreza extrema (< ₡48339)	24 124 ± 11073.67

	70801 ±
Pobreza no extrema (\geq ¢48339 y \leq ¢105937)	16135.01
	117127 ±
No pobres ($>$ ¢105937)	7901.71

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.
Clasificación de los hogares según la Encuesta Nacional de Hogares, Costa Rica, 2016.

Cuadro 16. Clasificación según el ingreso mensual per cápita de los hogares de los 42 niños y niñas clientes de los programas DAF y API del CINAI Aserri y CEN Poás durante los años 2015 y 2016.

Tipo de hogar	Hogares n (%)
Ninguno	1 (2)
Bi-parental con doble proveedor	4 (10)
Mono-parental con jefe mujer	16 (40)
Bi-parental con hombre proveedor y cónyuge ama de casa	19 (48)
Total	40 (100)

Fuente: Expedientes de los niños de DAF y API del segundo semestre del 2016.
Clasificación de los hogares según la Encuesta Nacional de Hogares, Costa Rica, 2016.

ANEXO 8. Conceptual framework guiding empirical analysis. UNICEF (1990).

