

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Posgrados**

**Caracterización del perfil de salud y nutrición de niños y niñas  
menores de 5 años en comunidades Waorani de las provincias de Napo  
y Pastaza en 2019.**

**Proyecto de investigación y desarrollo**

**Gerardo Antonio Granja Carrión**

**Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.**

Director del Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito  
para la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Quito, 11 de noviembre de 2020

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO  
USFQ**

**COLEGIO DE POSGRADOS**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Caracterización del perfil de salud y nutrición de niños y niñas menores de  
5 años en comunidades Waorani de las provincias de Napo y Pastaza en  
2019.

**Gerardo Antonio Granja Carrión**

Jaime Ocampo, Ph.D

Director del programa  
Maestría de Salud Pública (Encargado)  
Jaime Ocampo, Ph.D

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, Ph.D

Decano del Colegio de Posgrados  
Decano del Colegio de Posgrados

**Quito, 11 de noviembre 2020**

## © Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: Gerardo Antonio Granja Carrión  
\_\_\_\_\_

Código de estudiante: 142895  
\_\_\_\_\_

C. I.: 0602966459  
\_\_\_\_\_

Lugar, Fecha: Quito, 11 de noviembre de 2020  
\_\_\_\_\_

## **ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN**

**Nota:** El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

## **UNPUBLISHED DOCUMENT**

**Note:** The following graduation project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermano que, con su constancia y ejemplo, me han demostrado la perseverancia y humanidad para realizar cada actividad de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por permitirme conocer personas apropiadas en momentos oportunos.

A Fadya, ya que se tomó el tiempo para conocer al estudiante y saber guiarlo.

A Fernando Ortega, por su paciencia y sabiduría para guiarme durante el presente trabajo de titulación

Agradezco de forma especial a María, Margoth, Tamaye, Gabriela y Luria quienes me abrieron las puertas de sus hogares y me permitieron entender de una forma más clara el significado de ser Waorani, y la riqueza de la naturaleza.

## RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es identificar los posibles factores que afectan la salud en términos de nutrición de los menores de cinco años, pertenecientes a nacionalidad Waorani, con sede en las provincias de Napo y Pastaza. El diseño metodológico es de tipo descriptivo con enfoque cuali-cuantitativo, la población estudiada incluyó a 77 niños en 55 familias de las comunidades Waorani, de los cuales el 81% tienen padre y madre Waorani, el 58% es de sexo femenino; y su edad está comprendida entre seis meses y cinco años. Los resultados obtenidos muestran que varios factores sociales afectan el estado nutricional de los menores, ya que su alimentación es consistente con los productos que la propia selva les ofrece. De acuerdo con su percepción estos alimentos son considerados saludables. Desde una perspectiva cultural se destaca el rol del esposo durante el embarazo, ya que es el, quien provee los medios para que la madre mantenga su salud. Otro valor cultural se relaciona con el uso del ambiente natural fuente de medicina ancestral que les permite mantener su integridad vital. Las familias Waorani eligen la selva como su lugar de residencia por ser su proveedora de sustento, protección y vida. Se concluye que según la antropometría que el 53.1%, del sexo masculino y 88.4% en el sexo femenino sufren de desnutrición crónica.

**Palabras clave:** Alimentación, Nutrición, Salud, Infantil, Waorani, Amazonía.

## ABSTRACT

The main objective of this study is to identify the possible factors that affect the health in terms of nutrition of children under five years of age, belonging to Waorani nationality, based in the provinces of Napo and Pastaza. The methodological design is descriptive with a qualitative-quantitative approach, the studied population included 77 children in 55 families of Waorani communities, of which 81% have Waorani father and mother, 58% are female and their age It is between six months and five years. The results obtained show that several social factors affect the nutritional status of children and is consistent with the products that the jungle itself offers them. According to their perception, these foods are considered healthy. From a cultural perspective, the role of the husband during pregnancy stands out, since it is he who provides the means for the mother to maintain her health. Another cultural value is related to the use of the natural environment source of ancestral medicine that allows them to maintain their vital integrity. Waorani families choose the jungle as their place of residence because it is their provider of sustenance, protection, and life. It is concluded that according to anthropometry that 53.1% of the male sex and 88.4% of the female sex suffer from chronic malnutrition.

**Keywords:** Amazon -food - infants - malnutrition - public health - Waorani



## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	12
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	7
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	10
<b>1.1 Lactancia materna exclusiva</b> .....	12
<b>1.2 Educación</b> .....	13
<b>1.3 Producción de alimentos</b> .....	14
<b>1.4 Agua, saneamiento, higiene y salud</b> .....	15
<b>1.5 Empleo</b> .....	16
<b>1.6 Etnia</b> .....	16
<b>1.7 Cultura Waorani</b> .....	18
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	22
<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	28
<b>2.1 Ubicación del área de estudio</b> .....	28
<b>2.2 Características del área geográfica</b> .....	28
<b>2.3 Diseño de estudio</b> .....	29
<b>2.4 Población de Estudio</b> .....	30
<b>2.5 Variable</b> .....	30
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	33
<b>CONCLUSIONES</b> .....	66
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	72
<b>ANEXOS</b> .....	76

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- <i>Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.....</i>	33
Tabla 2.- <i>Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.....</i>	34
Tabla 3.- <i>Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.....</i>	34
Tabla 4.- <i>Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.....</i>	34
Tabla 5.- <i>Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.....</i>	35
Tabla 6.- <i>Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.....</i>	35
Tabla 7: <i>Distribución de niños/as por sexo según etnia.....</i>	37
Tabla 8: <i>Distribución de niños y niñas según grupos etarios .....</i>	37
Tabla 9: <i>Estadísticos descriptivos del IMC por rango de edad .....</i>	39
Tabla 10: <i>Datos de los niños y niñas .....</i>	42
Tabla 11: <i>Correlación entre el peso, talla e IMC .....</i>	49
Tabla 12: <i>Distribución del estado civil de la madre .....</i>	54
Tabla 13: <i>Relación entre estado conyugal de la madre y talla de los hijos .....</i>	54
Tabla 14: <i>Relación entre estado conyugal de la madre y peso de los hijos .....</i>	54
Tabla 15: <i>Edad que tuvo su primer hijo nacido vivo.....</i>	55
Tabla 16: <i>Hijo deseado.....</i>	55
<b>Tabla 17: <i>Distribución del estado nutricional pesa/edad según edad que tuvo su primer hijo .....</i></b>	<b>56</b>
Tabla 18: <i>Madres que asistieron al control del embarazo .....</i>	57
Tabla 19: <i>Primer alimento luego del seno y alimentos complementarios.....</i>	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Ilustración 1:</i> Distribución de niños/as por sexo .....	36
<i>Ilustración 2:</i> Diagrama de caja y bigote de la edad de los niños/as.....	38
<i>Ilustración 3:</i> Diagrama de caja y bigote de la talla, peso e IMC de los niños/as.....	40
<i>Ilustración 4:</i> Diagrama de caja y bigote del peso, talla, IMC y años de los niños/as...	41
<i>Ilustración 5:</i> Diagrama de caja y bigote del peso, talla, IMC y años de los niños/as por sexo .....	44
<i>Ilustración 6:</i> Diagrama de dispersión entre la edad (meses) y el peso, talla e IMC de los niños/as .....	45
<i>Ilustración 7:</i> Peso para la edad niños .....	45
<i>Ilustración 8:</i> Longitud/ estatura para la edad niños .....	46
<i>Ilustración 9:</i> IMC para la edad niños .....	46
<i>Ilustración 10:</i> Peso para la edad niños .....	47
<i>Ilustración 11:</i> Longitud/ estatura para la edad niños .....	47
<i>Ilustración 12:</i> IMC para la edad niños .....	48
<i>Ilustración 13:</i> Distribución de los niños/as según longitud/estatura para la edad .....	51
<i>Ilustración 14:</i> Distribución de los niños/as según peso para la edad.....	51
<i>Ilustración 15:</i> Distribución de los niños/as según peso para la longitud/estatura .....	52
<i>Ilustración 16:</i> Distribución de los niños/as según IMC para la edad.....	53

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han implementado en el Ecuador diversas estrategias que pretenden encontrar una solución adecuada a la situación de la desnutrición infantil crónica (Secretaría Técnica Plan para toda la vida, 2018), como la consejería y educación nutricional y alimentaria, fomento de la lactancia materna, intervenciones en educación y seguridad alimentaria. Si bien los resultados medidos a través de diferentes encuestas nacionales reflejan que la prevalencia de este cuadro en menores de cinco años ha disminuido durante los últimos veinticinco años, el problema sigue latente con un promedio de desnutrición por encima de la media latinoamericana.

Revisando las cifras oficiales del Diagnóstico Alimentario, Nutricional y de Salud, DANS (1986), la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años fue del 40.2%. En el año 2004 la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) realizada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPAR) registró una prevalencia del 33.5%. Finalmente, en el año 2012 mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), registró un 25.3% de desnutrición crónica en menores de 5 años (Freire, y otros, 2013).

En la misma encuesta los datos indican que el descenso más importante tiene lugar entre los años 2004 y 2012 disminuye 8 puntos porcentuales (pp) correspondiente a 1pp/año. Es decir que de un 40% de prevalencia de desnutrición se redujo a un 32% para el 2012, al traducir estos valores a números absolutos, podemos observar que, de 508,849 la cifra disminuyó a 413,913 para el 2012 (Freire, y otros, 2013).

Es importante recalcar al respecto que, a pesar de la disminución observada, la prevalencia de talla baja para la edad en menores de 5 años sigue siendo elevada en relación con algunos países de la región como Argentina (8%), Brasil (7%), Colombia (13%), México (13,6%), Uruguay (15%) y Perú (19,5%); sin embargo, estas cifras se asemejan con las reportadas con Bolivia (27%) y Nicaragua (22%). Lo que demuestra, que el descenso de la desnutrición crónica en el Ecuador en comparación a los países de la región presenta una reducción escasa. Según UNICEF (2011), afirma que “es un problema asociado al enfoque con que la pobreza y desigualdad social es enfrentada”.

Las consecuencias de este problema son desalentadoras pues el daño que la desnutrición crónica ocasiona es “irreversible sobre el desarrollo físico y mental” (Melendez & Frías, 2012). En la conformación anatómica del sujeto humano el cerebro es el primer órgano en evolucionar, su formación comienza en la tercera semana del proceso embrionario y además es exponencial. Los efectos de la desnutrición en la primera infancia pueden ser devastadores y duraderos, pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando además la futura productividad en el trabajo.

Por otra parte, un buen estado nutricional depende también de la alimentación durante el embarazo y la lactancia es clave porque influye de manera directa en el desarrollo físico y mental del bebé, constituye una gran responsabilidad para la sociedad, la familia y la propia gestante la incorporación adecuada y equilibrada de los nutrientes en esta etapa en la que lamentablemente coexisten múltiples factores biológicos y sociodemográficos.

En cuanto a las causas que generan la desnutrición crónica se mencionan, “el alimento, la salud, y la atención sanitaria” (Jiménez , Rodríguez, & Rodríguez , 2010), categorías que reciben la influencia de factores de índole social, económica y política, como el género del recién nacido, la edad de la madre, su nivel de educación, el nivel

socioeconómico de la familia, las zonas de residencia, las políticas e instituciones de protección social.

Desde el punto de vista biológico-nutricional de la mujer gestante, se considera que para la formación del feto la presencia de “la glucosa en la dieta materna es indispensable” (Aldana & Chapilliquen, 2017), por lo que se esperaría que la madre reciba este aporte fundamental con una correcta alimentación, por tanto, resulta básica la alimentación completa y equilibrada de la madre durante este período y todo el embarazo. Esta reflexión indica que, existe una asociación entre la incorporación de nutrientes a través de la alimentación y la formación del feto, incluso debe mantenerse durante la lactancia ya que se ha constatado que el desarrollo cerebral continua hasta los dos años de vida, periodo extrauterino en el cual la dieta infantil es el principal aporte a su crecimiento. Preocupa la situación de pobreza en que las madres rurales e indígenas tienen que desarrollarse como personas crónicamente desnutridas por generaciones.

Coincidimos con Meléndez y Frías en señalar que:

“para mitigar la desnutrición antes y durante el embarazo, enfocándose en la alimentación de la madre, específicamente en la conocida *etapa de los 1000 días*, es decir desde su nacimiento hasta los 6 meses, y desde los 6 a los 24 meses, [se] debe incluir una atención oportuna, lo que permite disminuir los riesgos de enfermedades importantes, así como la desnutrición” (Melendez & Frías, 2012) (ANEXO 1) (p.104).

El Ecuador cuenta en 2019 con una población de aproximadamente 17 millones de habitantes. La fracción masculina es ligeramente superior a la femenina (50,03%).

En relación con la composición étnica se conoce que es muy variada, 71,99% se autoidentificó como mestizo, el 7,4% como montubio, el 7,2% como afroecuatoriano, el 7% como indígena, y el 6,1% como blanco, (INEC, 2015)

Según el INEC, en las áreas rurales se presenta una mayor incidencia de hacinamiento, menor acceso al agua potable, eliminación de excretas, baja escolaridad y acceso a salud. Por otro lado, según la encuesta ENSANUT-ECU 2012 las tasas más elevadas en retardo en talla (24,3%) y bajo peso (9,7%) se presentan en la población indígena en comparación con las poblaciones afroecuatorianas (17,7%), montubias (21,3%) y mestizas (24%) (Ministerio de Salud Pública; INEC; ENSANUT, 2012).

En el mundo moderno y en particular en el mundo en vías de desarrollo, a partir de los procesos transicionales epidemiológicos y demográficos que han incluido un cambio en la alimentación y nutrición de la población, se han observado alteraciones en el estado nutricional de los individuos. En particular, el hecho que la prevalencia de obesidad ha crecido de forma alarmante aun cuando para otros segmentos poblacionales, la desnutrición todavía no haya sido erradicada, ha dado origen a un nuevo fenómeno denominado: “la Doble carga de la malnutrición: obesidad-desnutrición (CENDES , 2018).

Al estratificar esta información por sexo se estima que los niños (23,4%) tienen mayor riesgo de presentar sobrepeso que las niñas (19,7%), otro determinante identificado fue el menor nivel socioeconómico con 36,5% en el quintil uno (pobre) y el 13,8% en el quintil cinco (rico). Puesto que, como describen los autores del estudio: *Análisis de Determinantes sociales de desnutrición en Latinoamérica*, (Jiménez , Rodríguez, & Rodríguez , 2010), a mayor nivel de educación de la madre menor porcentaje de desnutrición crónica, de allí la importancia de realizar actividades de intervención para orientar a los padres de familia en los factores de riesgo que conlleva a enfermedades metabólicas y de desnutrición.

En este contexto y tomando en consideración que el problema de la desnutrición infantil y de la niñez es un problema de salud pública que afecta intensamente a la población indígena, este estudio se enfoca en una de las etnias de menor contacto histórico con la

sociedad ecuatoriana en general, se trata de la nacionalidad Wao. El estudio ha sido aplicado en las comunidades Waorani: Coñipare, Kakataro, Dayuno y Tepapare de la provincia del Napo, parroquia de Chontapunta, a 90 km de la capital provincial Tena. También se ha aplicado en la provincia de Pastaza en las comunidades de Toñampare, Meñipare y Kemaweno.

La literatura registra que en la década de los años cuarenta se inició el periodo de deterioro cultural de los Waorani debido al ingreso de compañías petroleras en su territorio ancestral, a la intervención de misioneros evangélicos y católicos, que introdujeron valores distintos a los locales y dieron comienzo a un fenómeno culturalmente alienante que modificó totalmente la forma de vida en las familias de la etnia. Este proceso de aculturación de valores propios y enculturación en valores ajenos se registra en los relatos mitológicos Wao, como en su forma de concebir la vida y la muerte. Además, la presencia constante de petroleras en la región ha establecido un vínculo laboral intenso empleando la mano de obra de la comunidad en diferentes tareas.

Por otro lado, el subregistro de la atención pre y postnatal desde la década del 90 sobre todo de esta zona no ha permitido establecer una línea de base con información veraz sobre la real situación de salud y nutrición esta etnia. Muy pocos estudios publicados dan cuenta de algunos determinantes presentes como, patrones alimentarios propios, la influencia de las petroleras y cómo esto ha influenciado en la modificación de su estilo de vida, el contacto con la cultura occidental, la monetización de su economía, el cambio de patrones religiosos y sociales, entre otros. De igual manera, la concepción del tiempo y el espacio difiere de la concepción occidental y esa realidad cultural no ha permitido poder establecer con exactitud hechos sociales, culturales o demográficos.

Se plantea este estudio en niños y niñas menores de 5 años de familias de la nacionalidad Wao ya que, siendo un pueblo indígena que habita la zona rural de la



Amazonia, ha mantenido condiciones históricas de adaptación a un medio ambiente extremo, ha venido conformando una visión propia de la selva, como el territorio que les surte de los productos alimenticios que le son necesarios y convenientes, bajo la suposición de que éstos les proveen suficientemente el equilibrio nutricional y por ende, los factores determinantes sociales asociados a la desnutrición crónica infantil podrían ser distintos del resto de la población ecuatoriana.

## **JUSTIFICACIÓN**

La desnutrición crónica infantil es un problema de salud pública que ha estado presente sin interrupciones desde tiempos históricos en el Ecuador. Según registran los estudios llevados a cabo por instituciones encargadas de las estadísticas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC) y de salud (Ministerio de Salud Pública, MSP) a nivel nacional, la desnutrición representa una amenaza que puede afectar el desarrollo normal de las capacidades físicas e intelectuales, el crecimiento en los niños, y propicia tanto la frecuencia como la gravedad de enfermedades con repercusiones para la salud del individuo con efecto: gradual, continuo, acumulativo e integral (MSP; INEC; ENSANUT, 2012).

Por otra parte, la población Wao, ha modificado varias veces su estilo de vida dado que obligadamente ha tenido que transformarse y evolucionar debido al intercambio o trueque de bienes en contacto con las sociedades circundantes, quichua, shuar y mestiza. En la actualidad, su nivel económico no es suficiente para adquirir ciertos alimentos ofertados en los mercados foráneos, por tanto, sus patrones alimenticios se enmarcan en un proceso mixto en el que aún persisten la caza y recolección de alimentos que los obtienen de la selva, cada día más pequeña y poluída.

Actualmente se desconocen las causas que determinan la prevalencia de desnutrición en este grupo, razón por la que nace el interés en esta investigación con el fin de conocer la situación actual sobre este problema alimenticio en los menores de cinco años pertenecientes a las familias de esta región. En particular se pretende indagar los datos antropométricos, así como las prácticas en cuanto alimentación y factores sociales, así como las posibles consecuencias que se generen en su salud.

### **Pregunta de investigación**

1. ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición crónica en los niños y niñas de las comunidades Waorani del Napo y Pastaza en el año 2019?
2. ¿Cuáles son los factores sociales que afectan el estado nutricional de los niños y niñas de 0 a 5 años de las comunidades Waorani del Napo y Pastaza en el 2019?

### **Hipótesis**

Hipótesis nula:

La nacionalidad y el estado civil de los progenitores, la escolaridad de la madre, el deseo de tener al hijo/a, el embarazo precoz o tardío, el número de controles prenatales, la duración y frecuencia de la lactancia, el destete, el tipo de alimentación post lactancia, la transición alimentaria y las condiciones higiénicas comunitarias son circunstancias que no determinan el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 5 años en las comunidades Waorani.

Hipótesis alterna:

La nacionalidad y el estado civil de los progenitores, la escolaridad de la madre, el deseo de tener al hijo/a, el embarazo precoz o tardío, el número de controles prenatales, la

duración y frecuencia de la lactancia, el destete, el tipo de alimentación post lactancia, la transición alimentaria y las condiciones higiénicas comunitarias son circunstancias que, determinan el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 5 años en las comunidades Waorani.

## **Objetivos**

### **General:**

- Caracterizar el estado nutricional de menores de cinco años, en las comunidades Waorani del Napo y Pastaza en el año 2019.

### **Específicos:**

- Identificar la prevalencia de desnutrición crónica de los niños y niñas de 0 a 5 años de las comunidades Waorani del Napo y Pastaza en el 2019, mediante antropometría (peso, talla, edad e índice de masa corporal IMC).
- Analizar los factores sociales que están relacionados con la desnutrición crónica en los niños y niñas de las comunidades Waorani del Napo y Pastaza en el año 2019.
- Comparar los factores sociales de riesgo asociados al desarrollo de desnutrición crónica que prevalecen en niños y niñas de las comunidades Waorani.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

Es indispensable analizar el concepto de nutrición y, en consecuencia, comprender el concepto de desnutrición. Concretamente, la nutrición especifica las formas adecuadas de consumir alimentos y productos, para resguardar la salud integral de las personas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la nutrición se refiere a la ingesta de alimentos, tomando como referencia las necesidades del organismo de acuerdo con la dieta (OMS, 2019).

De esta manera, una nutrición adecuada es aquella que contempla no solo una dieta suficiente, sino además un periodo apropiado de actividad física, ya que los dos componentes son aspectos fundamentales para la salud. Así mismo, una nutrición inadecuada puede traer consigo la reducción de la inmunidad, por tanto, serias posibilidades de desarrollar enfermedades y alteraciones tanto físicas como mentales. En el desarrollo a nivel pediátrico, la nutrición juega un papel fundamental, interviniendo en el proceso de crecimiento y desarrollo adecuado. Así, una adecuada nutrición permitirá evitar deficiencias y enfermedades a futuro (OMS, 2019).

En concordancia, la alimentación es un proceso voluntario y consciente, susceptible de ser socializado y, por ende, susceptible de recibir la intervención de factores biológicos, culturales y del medio. Es un referente de la vida material y subjetiva, debido a que a través de ella se desarrolla un proceso de comunicación y socialización, con el que se genera un sentido de pertenencia a un lugar o a un grupo social determinados. De tal manera, se puede expresar que la alimentación forma parte de la identidad (Alvarado & Luyando, 2013).

En este sentido, es indispensable referirse al comportamiento alimentario, entendido como el conjunto de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas y/o aprendidas, que están relacionadas con la alimentación, y que son compartidas en una cultura o grupo social determinado. Así, cumplen la función de articular las prácticas alimentarias en función de los significados y definiciones sociales de relación entre los individuos (Melendez, Cañez, & Frías, 2012).

De acuerdo con UNICEF, la desnutrición se refiere a un estado patológico, ocasionado por una dieta o alimentación deficiente, de acuerdo con uno o varios nutrientes esenciales, o por dificultades en el proceso de asimilación de los nutrientes (UNICEF, 2011). Se entiende como una “condición patológica, inespecífica, sistémica y reversible en potencia, que resulta de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células del organismo, se acompaña de variadas manifestaciones clínicas relacionadas con diversos factores ecológicos, y además reviste diferentes grados de intensidad” (Horacio Márquez-González, 2012, pág. 60).

La desnutrición representa uno de los principales factores de discapacidad, enfermedad y muerte en la infancia, además, es una situación que puede generar consecuencias a largo plazo en la salud del individuo; durante el crecimiento conlleva nuevas enfermedades (Ramírez, 2009). Los niños afectados de desnutrición sufren alteraciones funcionales que pueden ser irreversibles, por lo que es posible evidenciar deterioro psicomotor, trastornos del aprendizaje o déficit intelectual (Nieto, 2007).

Con respecto a las causas de la desnutrición se ha expresado que en el 90% de los casos es generada por la subalimentación del sujeto, lo cual puede ser por deficiencia en la calidad de los alimentos o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos. A su

vez, la subalimentación está determinada por varios factores como por ejemplo alimentación pobre, higiene deficiente, desconocimiento en los métodos alimenticios del niño. El 10% restante de las causas que se consideran en la desnutrición están relacionadas con procesos infecciosos, defectos congénitos de los niños, nacimiento prematuro, estancia larga en hospitales o en instituciones cerradas (UNICEF, 2011).

A más de estas causas inmediatas, se encuentran otras asociadas a la falta de atención sanitaria, poco acceso a los alimentos, la incorrecta utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, prácticas deficientes de alimentación y cuidado, las cuales se relacionan de forma indisoluble a factores económicos, sociales y políticos como la desigualdad, pobreza, prácticas culturales y educación de las madres (UNICEF, 2011). Por ello en la primera infancia, el contexto social que rodea al niño puede desempeñar un papel crucial.

## **Determinantes del estado nutricional**

### **1.1 Lactancia materna exclusiva**

El periodo fundamental para prevenir la desnutrición son el embarazo y los dos primeros años de vida del niño. Se conoce como los 1.000 días críticos para la vida, siendo la etapa en la que se produce el desarrollo básico del niño, por lo tanto, la falta de atención adecuada afectará la salud y el desarrollo intelectual del niño el resto de su vida. De este modo, se discurre que la mejor opción en la alimentación durante los primeros meses de vida es la lactancia materna, está incorpora tantos nutrientes necesarios para su desarrollo como las inmunoglobulinas o anticuerpos que protegen al niño de las enfermedades.

La UNICEF, especifica que, para alcanzar un crecimiento adecuado en el recién nacido, la leche materna contiene un equilibrio perfecto de los nutrientes y el agua. Además,

ayuda a la prevención de variadas enfermedades como las infecciones respiratorias y gastrointestinales, así mismo facilita el desarrollo de un coeficiente de inteligencia superior (UNICEF, 2011).

Por lo general, el niño alimentado al pecho, aun viviendo con una madre en situación precaria de higiene y de abandono, progresa satisfactoriamente hasta los seis o siete meses de edad; pasado este tiempo, sino incorpora los nutrientes necesarios acorde a su edad, se inicia la pérdida de peso que lleva al niño hacia la desnutrición.

Es pertinente considerar otros factores que aumentan las probabilidades para que la madre ofrezca al niño una lactancia materna exclusiva, por ejemplo, el acceso a la información relacionada, el nivel educativo de los padres. Se ha constatado que las madres que mantienen lactancia materna exclusiva tienen un nivel de escolaridad medio, es decir con estudios terminados de preuniversitario y/o técnico; por tanto, que a medida que se incrementa el nivel de escolaridad se aumenta el número de madres que lactan a sus hijos. De este modo, toda actividad de promoción de salud, incluidas aquellas en correspondencia con la lactancia, tienen acceso mayor de cambio positivo en poblaciones con un nivel cultural superior.

## **1.2 Educación**

La educación y la salud constituyen realidades sociales e históricas de la humanidad en pro de la calidad mental y vital. Asimismo, la educación constituye el campo de reflexión alrededor de la salud para la optimización de su práctica; ambas disciplinas interactúan con el ánimo de garantizar bienestar a los individuos de una sociedad. Por ejemplo, la información que suministran las autoridades en la salud constituye estamentos imperativos en su cumplimiento (Valadez, Villaseñor, & Alfaro, 2004).

Por otro lado, Aldana & Chapilliquen (2017), plantean que la familia constituye un papel fundamental en el desarrollo de la educación referente a la salud, pues es un componente central para la intervención en los niveles de desnutrición en una sociedad o comunidad, influye de forma significativa en la productividad y mejora de la situación de salud, nutrición, ordenación de los recursos naturales y planificación familiar.

De manera específica, es importante resaltar que en el grupo familiar es la madre quien cumple un rol determinante en cuanto a la alimentación; es quien coordina las labores de preparación de alimentos y cuidado de los niños. De esta manera el nivel de escolaridad alcanzado por la madre es un indicador que se relaciona con la posibilidad de adquirir y acceder a información asociada con la prevención y cuidados referentes a la salud. Así mismo, la madre tiene la responsabilidad social del trabajo en la unidad familiar, lo que incluye la planificación y educación alimentaria, cuidados médicos, psicológicos y pedagógicos en sus hijos e hijas. En este sentido, la madre es un ente importante en la prevención de prácticas erradas de alimentación que puedan causar desnutrición del niño.

### **1.3 Producción de alimentos**

Las tendencias actuales registran que de continuar las dinámicas de producción y consumo actuales conllevarían a una dramática crisis ambiental y una insuficiencia alimentaria para abastecer a la población mundial. En consecuencia, las naciones pobres son las que registran un menor incremento en sus niveles de producción alimentaria para las últimas décadas; además los indicadores frente a la disminución de los niveles en las tasas de desnutrición no son favorables, al respecto, Schoijet afirma: “la tasa de desnutrición — que está en el orden de 40% para los países menos desarrollados— no experimentó variaciones significativas en las últimas décadas” (pág. 194). Sin lugar a duda uno de los factores que orientará las políticas futuras de producción alimentaria estará enfocada a



mitigar la desigualdad entre naciones ricas y pobres, factor trascendente en los indicadores de desnutrición mundial. (Glembotzky, 2005)

Aunque la producción de alimentos posibilitaría abastecer a la población mundial, existen un número alarmante de personas que padecen hambre. Sumado a ello, las condiciones ambientales en el planeta hacen que los sistemas hídricos naturales y la calidad de la tierra tenga un sendero hacia el deterioro; en concreto, un daño general al ecosistema. Sin embargo, un dato alarmante refleja que el desperdicio de alimentos en países desarrollados subsanaría la brecha alimenticia en el mundo: “La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura estima que las pérdidas y el desperdicio de alimentos a escala mundial llegan a 1.300 millones de toneladas por año”(ONU, 2012).

Por otro lado, la visión occidental de la alimentación no considera la cosmovisión de las comunidades indígenas, ya que cada uno tiene su propia dinámica, los Waorani una nacionalidad perteneciente a la Región Amazónica, se consideran sus propios productores, ya que han creado un complejo sistema ecológico en la selva, obteniendo la producción de un sinnúmero de recursos naturales y siendo un ejemplo de cómo podemos cultivar en el bosque sin dañarlo y respetando sus dinámicas

Respecto a la alimentación, prefieren comer frutas y animales silvestres, por esto las áreas escogidas para cazar o recolectar son “kewecode” (chacras) antiguas donde pueden encontrar: “kene”, frutas, “awecode” (palmas), miel y aves, entre otros recursos (Ima Omene, 2012).

#### **1.4 Agua, saneamiento, higiene y salud**

La mejora del suministro de agua, saneamiento e higiene, así como de la vivienda, y el aumento del acceso y utilización de los servicios sanitarios fomentan ámbitos más saludables y reducen la prevalencia de las enfermedades infecciosas, mientras que la

implementación a escala de las intervenciones principales puede reducir la desnutrición. Entre esas intervenciones figuran la inmunización, la mejora del saneamiento mediante la eliminación de la defecación al aire libre, el lavado de las manos con jabón, el acceso al agua potable, el uso de las sales de rehidratación oral y el zinc terapéutico para tratar diarrea. (Jiménez Benítez D, 2010)

En las comunidades del pueblo Waoroni las condiciones de infraestructura sanitaria básica no es la adecuada, el acceso al agua potable es mínimo, la contaminación de los ríos es un problema latente, hay cuadros de desnutrición y falta de acceso a insumos de higiene que conlleva al desarrollo de enfermedades siendo las más comunes las diarreas, infecciones respiratorias, paludismo (Ima Omene, 2012).

## **1.5 Cultura**

Casi al mismo tiempo que la educación habría que considerar la cultura general de la población. Hay que tener en cuenta que los comportamientos alimentarios son interiorizados por las personas como elementos integrantes de un sistema sociocultural determinado. La cultura determina la gama de productos comestibles, la cantidad a ingerir, así como las formas de prepararlos y las prohibiciones alimentarias (tabúes, aspectos religiosos e ideológicos, componentes socioculturales, entre otros (Jiménez Benítez D, 2010)

## **1.6 Etnia**

Las agrupaciones étnicas en el continente latinoamericano sufren los problemas de desigualdad que aquejan a la región. Así pues, el entendimiento de la evolución del concepto de etnia contribuye, en primer lugar, a reflexionar sobre las fracturas socioeconómicas que

resisten los grupos étnicos latinoamericanos. Esta definición surge con “la intención de garantizar los derechos humanos y borrar los márgenes de discriminación hacia las poblaciones “minoritarias” o grupos étnicos” (Jiménez Benítez D, 2010). Resumidamente, este término apunta a un marco central donde convergen la identidad cultural y la solidificación de la tolerancia. En conclusión, la reflexión sobre etnia posibilita derrumbar barreras de desigualdad y aceptar la existencia plena y armónica en la diferencia. (Bolis, 2007)

El reconocimiento legislativo de la diversidad étnica en algunas naciones latinoamericanas no se ha materializado en una solución concreta para los problemas de desnutrición y mortalidad infantil en las comunidades indígenas. En Ecuador, de manera semejante a lo que ocurre en Colombia condiciones de nutrición son absolutamente deficientes, aunque en las leyes haya un reconocimiento de la diversidad y la garantía de los derechos humanos a la población en general. En la zona norte Colombia en un rango de cinco años (2008-2013) se registraron cerca de 5000 muertes por desnutrición en niños de 0 a 5 años, en las comunidades pobladas por indígenas Wayú. Concretamente, la implementación de políticas estatales para mitigar los problemas nutricionales en las comunidades étnicas tendrá una solución a largo plazo, sin embargo, en la actualidad, la desnutrición en las comunidades indígenas colombianas ya responde a un problema de salud pública. (FAO, 2015)

Las principales falencias nutricionales que presentan las etnias ecuatorianas están marcadas por los altos índices de pobreza que afectan a las comunidades indígenas y afro, las que sobrepasan el 50%. La pobreza entre indígenas y afroecuatorianos sube al 57,2%; “correspondiendo la tasa de pobreza en la etnia indígena a 67,8% y, a los afroecuatorianos el 43,4%”. (INEC, 2008)

Este resultado refleja que las poblaciones indígenas son las que mayores indicadores de desnutrición alcanzan en el país; lo más preocupante es que la población infantil dentro de las minorías étnicas es la más afectada por la desnutrición que en muchos casos alcanza desnutrición crónica.

Una alternativa que sale a flote para mitigar los problemas de nutrición en grupos étnicos determinados es el concepto de soberanía alimentaria, que se refiere al derecho autónomo y cooperativo de desarrollar una política plena, desde las agrupaciones indígenas con el apoyo estatal, que potencialice los saberes agrarios y la distribución equitativa de los alimentos en las poblaciones. Resulta clave la intervención institucional, pues uno de los principales factores que imposibilitan la soberanía alimentaria está marcado por la carencia de recursos para el total desarrollo de producción alimentaria. (Guillermo Ramírez, 2015)

## **1.7 Cultura Waorani**

Los Waorani son una minoría étnica ubicada en Ecuador, conformada por 26 a 32 comunidades distribuidas en el propio territorio Waorani y en el Parque Nacional Yasuní, ocupando un amplio territorio que va desde las estribaciones andinas hasta la frontera con Perú. Dentro de diversos estudios, se ha podido apreciar operaciones cognitivas que los categorizan como sujetos ambientales, lo que implica una visión naturalista del mundo. “Los sujetos ambientales son personas que tienen una posición subjetiva orientada hacia el ambiente, tienen en cuenta el ambiente como un dominio crítico de sus pensamientos y acciones” (Yépez, 2017) .

La nacionalidad Waorani, está presente en todo el territorio nacional, sin embargo, se concentra en las provincias de Napo, Pastaza y Orellana. La incidencia de pobreza oscila entre el 87,2%-99.9%, el nivel de analfabetismo es del 10% y el nivel promedio de años de estudio es de seis. Los servicios básicos son escasos”. (Yépez, 2017), el motivo principal es que no cuentan con ingresos fijos como en las principales ciudades, lo que dificulta el acceso

a la alimentación de forma adecuada y las necesidades básicas de nutrientes claves para el desarrollo.

La economía de los Waorani es de auto subsistencia. Ellos obtienen sus alimentos de una agricultura itinerante, de la caza, de la pesca y de la recolección. Conocen a fondo las propiedades del bosque, provee también con materiales para la construcción de sus viviendas, para la elaboración de armas, para la provisión de hamacas, shigras y redes. Dentro de las actividades económicas de la región resalta el turismo. Se iniciaron proyectos de investigación cualitativa donde a través de entrevistas, grupos de discusión, inventarios ecoturísticos y observación participante, se concluirá que los Waorani perciben al turismo como una actividad ventajosa, con la que podían proteger a la selva. “El turismo no perjudica la cacería, permite mantener la cultura, y estimula la creación de una infraestructura escolar y de transporte” (Yépez, 2017).

En la región Amazónica de Ecuador, se desarrolla una forma de turismo denominada “turismo comunitario”, en el cual, la comunidad tiene control directo en la planificación y gestión de la actividad. De esta manera, los ingresos generados son redistribuidos entre los miembros, lo que permite el desarrollo local. Esto representa un atractivo más para el turista, quien tiene la posibilidad de observar la cultura, la de gestión de recursos y su vida cotidiana. En este sentido representa una actividad económica importante para la región, con la que se impulsa el desarrollo social. Actividades como el manejo de huertas de yuca, plátano, café y maíz, permite que estas comunidades tengan una pequeña pero dinámica economía. La producción agrícola es una de las principales fuentes de ingresos.

Otra actividad en el pueblo Waorani es la explotación ilegal de madera. Esto trae como consecuencia un deterioro de la economía tradicional, pues causa explotación excesiva, altera el ecosistema que es su fuente primaria de sustento y alimentación. Así al introducir maquinaria y personas ajenas al entorno aleja las especies de animales y se altera

el ecosistema vegetal mermando las opciones de alimentación para ellos y quedando dependientes de una forma de economía occidental. A esto suma la presencia de compañías petroleras que han sido un anzuelo para que los nativos de estas zonas prefieran trabajar en estas empresas lo que aumenta rápidamente el deterioro de su cultura.

En la organización social de la comunidad se puede observar que prevalece el grupo sobre el individuo, existe reciprocidad. Dan prioridad a los valores éticos y espirituales fundamentados en el respeto por el ambiente natural y externo, lo cual es más importante que la acumulación de bienes y/o recursos.

Según Murillo & Velarde (2014), ha sido tradicionalmente un grupo igualitario. “La organización social no evidencia jerarquías. Existen muchas actividades asignadas de acuerdo con el género, sin embargo, existe igualdad. Los Waorani se caracterizan por ser prácticos, flexibles, con capacidad de adaptación de acuerdo con lo que requiere una situación particular”.

Actualmente es posible distinguir tres grupos Waorani. El primero se encuentra bajo la tutela de las misiones evangélicas, recibiendo una importante influencia religiosa. El segundo se mantiene alejado de las misiones, mantiene una cultura tradicional y la base de subsistencia continúa siendo la recolección, la caza y la pesca. El tercer grupo ha establecido contacto directo con el mercado, trabaja para las petroleras y empresas agroindustriales y se dedica a vender artesanías como cestos, hamacas y bodoqueras, etc. (Murillo & Velarde, 2014).

Respecto a la educación de las comunidades Waorani occidentalizadas, se puede expresar que ha evolucionado muy poco a través de los últimos 30 años, por lo que no hay suficientes escuelas, profesores capacitados o materiales didácticos adaptados a las características de una comunidad indígena. Es posible notar un gran ausentismo por parte de

los profesores y alumnos, generados por las grandes distancias, festividades, actividades petroleras o falta de interés. En consecuencia, una parte de la población Waorani no finaliza sus estudios o no avanza al nivel superior de educación.

Su alimentación tradicional se basa en los productos obtenidos por la caza, la pesca y la recolección. En la caza se observa el uso de flechas cubiertas de curare, un poderoso veneno empleado para matar monos, aves, ardillas. En el caso de cacería de animales grandes como venados, pecarís o tapires, utilizan lanzas de madera de chonta, que puede llegar a medir hasta ocho metros. La pesca la realizan atrapando los peces con sus manos. Por último, consideran a la tierra como proveedora de plantas alimenticias y medicinales y de frutas para la recolección. Tienen un alto consumo de yuca, y otros tubérculos como el camote y la papa china. Sin embargo, es importante acotar que los suelos de la zona son pobres en nutrientes y tienen bajo potencial de retención sobre todo de calcio, potasio, y fósforo (Murillo & Velarde, 2014).

En el área de la salud la empresa petrolera Maxus realizó un estudio donde se evaluaron los principales problemas de salud, identificando paludismo, parasitosis debido a la falta de agua potable, desnutrición, enfermedades respiratorias como la tuberculosis y complicaciones en los partos. Es importante también destacar algunas consecuencias negativas del trabajo de las petroleras sobre el estado de salud de esta población. (Murillo & Velarde, 2014)

Los autores (Murillo & Velarde, 2014) mencionan que en Lago Agrio el 65% de las madres son solteras, ya que los hombres petroleros llegan con recursos y con ofertas de una vida más digna y próspera. De la misma manera, es una ciudad con más denuncias de violencia. El 75% de la población que vive en los alrededores de áreas petroleras usa agua contaminada.

Adicional menciona (Yépez, 2017) en su estudio: *Propuesta de promoción de salud mental en las comunidades Waorani de Guiyero, Ganketapari y Timpoca*: “Los Waorani han sido influenciados por la cultura occidental, por un lado, han logrado mejorar su condición de vida, pero también se ha ocasionado cambios en su alimentación con productos

que no son beneficiosos para su salud”, poniendo en riesgo su salud y ocasionando detrimento cultural.

## **MARCO CONCEPTUAL**

En el año 1974 el político y abogado Marc Lalonde en ese entonces Ministro de Salud y Bienestar Nacional en Canadá, asignó a un grupo de investigadores, determinar cuáles eran las causas de muerte y enfermedad en su población. En el informe denominado “New perspectives on the health of Canadians”, se denomina determinantes de la salud al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos, además se determinó que los determinantes económicos, políticos y sociales son de responsabilidad multisectorial.

Los determinantes de salud son:

- Biología Humana
- Medio Ambiente
- Estilos de vida
- Organización de la Salud

### **Biología humana**

El autor Hernández (2018) refiere que “Corresponde a todos los aspectos de la salud tanto físicos, mentales y genéticos, que se desarrollan en el cuerpo humano” (p.21).

### **Ambiente**

Referente al entorno, es decir a lo externo al cuerpo humano y sobre el cual el individuo tiene poco o ningún control. Los individuos no pueden asegurar que los alimentos,



fármacos, dispositivos de abastecimiento de agua, la contaminación acústica, sean seguros por lo tanto no contaminen, además que la correcta eliminación de desechos no perjudique al entorno social. (Lalonde, 1975)

### **Estilos de vida**

Abarca las decisiones que los individuos toman, sea que perjudique su vida o contribuya a su normal desenvolvimiento, es decir son patrones de comportamiento grupales sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable, además se han relacionado con el padecimiento de algunas enfermedades. En la actualidad, hay un viraje hacia consideraciones contextuales que superan la mirada estrictamente individual de los estilos de vida y la salud (Álvarez, 2012), por eso son considerados dentro de los estudios de salud como elementos importantes.

### **Organización del cuidado de la salud**

Consiste en la cantidad, calidad, disposición y relación de las personas sobre los recursos que prestan la atención sanitaria. Indica además que cualquier evento de salud se puede interpretar bajo estas categorías, y de esta forma buscar su relación y desencadenante (Tobar, 2013). Por otro lado, cita que para entender a una población es necesario precisar las características de su perfil, entre las causas de mortalidad e indican, tipos de mortalidad, razones subyacentes de su ocurrencia y segmentos susceptibles de la población.

En 1998 el Sir Michael Marmot planteó nuevas condiciones para el desarrollo de eventos de salud, en los que destaca: transporte, alimentos, adicciones, apoyo social, desempleo, trabajo, exclusión social, entre otros.” (Amigo, Costa , & Bustos , 2009).

Posteriormente la UNICEF (2011), en base a estos estudios postuló que existen causas para la desnutrición infantil:

**Causas inmediatas:** Ingesta inadecuada de alimentos, enfermedad.

**Causas subyacentes:** Inseguridad alimentaria en el hogar, prácticas de alimentación inadecuadas, entorno doméstico insalubre y servicios de salud inadecuados.

**Causas básicas:** Calidad y cantidad de recursos como educación, tierra, empleo ingresos y tecnología, capital financiero, humano, físico y social inadecuado y contexto sociocultural, económico y político.

En base a lo anteriormente planteado la UNICEF con el afán de identificar factores asociados a la desnutrición infantil y su uso en función de cada realidad nutricional, socioeconómica y demográfica, incita a los países a poner en marcha estrategias multisectoriales que aborden las causas de la desnutrición y buscar soluciones al respecto.

En el año 2002 el Instituto Nacional de Estadísticas de Paraguay, utiliza el modelo de UNICEF y la encuesta realizada en los años 2000 y 2001, con el fin de determinar los factores asociados a desnutrición aguda, crónica y global en niños menores de cinco años, asociadas a las siguientes variables consideradas como independientes según los autores del artículo: *Kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor en niños hospitalizados*, (Acevedo, Sanabria , Delgadillo, & Castillo, 2004): edad del niño (en meses), sexo del niño, duración de la lactancia materna (en meses), nivel de estudios de la madre (en años), área de residencia (urbana, rural), niveles de pobreza (pobre, no pobre), peso del niño al nacer (en gramos), tenencia de seguro médico (sí, no) y disponibilidad de servicio sanitario (sí, no) en el hogar.

Entre los resultados encontraron que la desnutrición aguda está relacionada con el bajo peso al nacer y menor duración de la lactancia materna. Para el caso de la desnutrición crónica, se encontró que las determinantes son: poco acceso sanitario, menor duración de la lactancia materna, menor peso al nacer, sexo masculino y situación de pobreza. Para el caso de la ausencia de desnutrición global, se observó cómo variables significativas, el acceso

sanitario, mayor duración de la lactancia materna, mayor peso al nacer, sexo masculino, mayor edad de la madre y situación de no pobreza.

El estudio: *Impacto de la fortificación con ácido fólico sobre el estado nutricional en mujeres y la prevalencia de defectos del tubo neural*, realizado por (Calvo & Biglieri, 2008) obtuvo datos respecto a características sociodemográficas de la madre y el niño, antecedentes perinatales, pautas de lactancia y alimentación, pautas familiares ante la alimentación, pautas de crianza, actitudes maternas ante la alimentación del niño, actitudes de la madre y del niño ante la alimentación en el día previo al estudio, programas alimentarios, cuidado de la salud e ingesta de nutrientes.

Los resultados de la investigación indican que los bajos niveles de ingresos, el hacinamiento y el nivel de escolaridad de la madre fueron los determinantes sociales que se asociaron a mayor riesgo de desnutrición; en tanto que, dentro de los factores perinatales, el bajo peso o insuficiente peso al nacer y el embarazo no deseado fueron los indicadores más robustos; así mismo, en relación a la ingesta de nutrientes, la actitud indiferente del niño frente a la alimentación, que el niño no coma bien y no coma todo constituyen importantes factores de riesgo.

En el texto *The Context of Women's Health: Results from the Demographic and Health Surveys, 1994–2001*, (Mukuria , Aboulaflia, & Themme, 2005), se analiza tres tipos de desnutrición en niños entre 0 a 35 meses en 41 países de África, Europa Asia y América Latina utilizando como fuente la encuesta ENDES del periodo 1994-2001 en el cual adopta el marco descrito de UNICEF, con la particularidad que realiza una adaptación en el cual organiza cuatro conjuntos de factores (inmediatos, biológicos y de comportamiento socioeconómico e inmediatos) cita que los factores inmediatos (enfermedades infecciosas e inadecuada alimentación) son reflejo de factores biológicos y de comportamiento (patrón

alimentario, inmunización, cuidado de la salud del niño y características de la madre y el niño).

En base al modelo implementado por UNICEF, y la experiencia de los estudios mencionados se plantea el estudio de determinantes sociales en las comunidades Waorani del Napo, el interés en esta población es debido a la alta prevalencia de desnutrición crónica en el sector rural y en especial en la Amazonía. Cabe destacar que en la región amazónica del Ecuador existen numerosas etnias sin embargo la etnia Waorani se mantiene en aislamiento voluntario y mantiene su cosmovisión de la selva pese a la injerencia de las compañías petroleras, por lo tanto, el presente estudio pretende caracterizar el estado nutricional, a través de los determinantes sociales y plantearemos las siguientes variables:

**Básicos:** género, edad, estado civil

**Subyacentes:** Acceso a servicios de salud (Número de controles prenatales)

**Inmediatos:** Alimentación (Lactancia materna, Alimentación post lactancia),

**Estado nutricional:** (edad, peso, talla, IMC, índices de crecimiento)

**Cultura Wao:** estilo de vida actual, patrones reproductivos, alimentación infantil.

En cuanto al análisis de datos antropométricos se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) que toma en cuenta al peso para talla al cuadrado, sin embargo, en la antigüedad se empleaba la clasificación de Gomez - Waterlow, la cual hace referencia los datos del sujeto en estudio sobre los percentiles específicos para la edad, expresados en porcentaje.

Esta forma de analizar los problemas de desnutrición diferencia entre desnutrido crónico agudizado y desnutrido crónico armonizado, permitiendo un diagnóstico distintivo de la desnutrición crónica, si bien su utilización es limitada debido a las poblaciones de referencia publicadas, nos aporta un dato interesante pues nos permite entender que entre los niños evaluados existe una talla baja que contrasta con un peso acorde con la edad y por tanto se detecta un IMC que nos inclina a pensar en una alteración del crecimiento que se compensa con la recuperación del peso y la armonización del peso con la talla, proceso de compensación paulatino conforme el niño alcanza mayor edad.

# METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

## 2.1 Ubicación del área de estudio

Los Huaorani o Waorani (también llamados sabela, auishiri, auca y wao) son un pueblo amerindio que se ubican al noroccidente de la Amazonia, en la región oriental del Ecuador. Los Wao son una minoría étnica que ocupa un vasto territorio entre las estribaciones andinas y la frontera con Perú.

## 2.2 Características del área geográfica

En la literatura se registra que los Wao son originarios del Amazonas, sin embargo, su origen no ha sido precisado. Dentro de su cultura llama la atención la forma de cazar de manera tradicional usando lanzas y cerbatanas.

Las comunidades Waorani, se asientan en las provincias de Napo, Orellana y Pastaza, de características nómadas, sin embargo, en los últimos años han establecido sitios permanentes para su residencia, un pueblo cuya visión de la selva les permite verla como madre ya que a través de ella obtienen alimentos, vestimenta, medicinas y refugio.

No se conoce el número exacto de Waorani en el Ecuador, sin embargo, en los últimos datos el INEC (2015) registra cerca de 3000 habitantes que pertenecen a esta etnia, cabe mencionar que existen dos grupos menores claramente definidos, los Taromenane y Tagaeri, a los que se denominan no contactados por reusar la relación con la sociedad dominante, es por ello que se dificulta su registro.

## 2.3 Diseño de estudio

El estudio se basó en un diseño con enfoque cuali-cuantitativo, ya que se realizan un conjunto de elementos empíricos, sistemáticos y críticos del proceso de investigación, implica la recolección de información, la tabulación de los resultados y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar deducciones e inferencias de los resultados y lograr un mayor entendimiento del fenómeno objeto de estudio.

El componente descriptivo de la investigación se orienta a relatar un fenómeno o una situación, en una circunstancia temporal-espacial determinada.

La investigación de campo permitió la recolección de datos directamente de los sujetos investigados mediante la aplicación de un conjunto de preguntas dirigidas a los padres, madres o tutores de los niños y niñas de las comunidades Waorani en las provincias Napo y Pastaza, ellos nos comentaron sobre los factores que afectan la salud y nutrición de los menores de 5 años.

Para la recolección de información se aplicó como técnica investigativa un cuestionario diseñado específicamente para el estudio.

**Diseño descriptivo:** La investigación se basó en un diseño observacional cuyo enfoque descriptivo que permitió estudiar los factores que afectan la salud y nutrición en niños y niñas de 0 a 5 años de las comunidades Waorani de Napo y Pastaza.

**VARIABLES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS:** Esta investigación empleo variables de carácter cualitativo y cuantitativo para la recolección de la información mediante entrevistas individuales, así como grupales. Además, los valores antropométricos de los menores de 5 años fueron obtenidos en visitas domiciliarias con la presencia de sus padres.

**VARIABLES CUANTITATIVAS:** Edad, Peso Talla, IMC, Edad de la madre.

**VARIABLES CUALITATIVAS:** Sexo, Nacionalidad, Lactancia, Escolaridad de la madre, Estado civil, Tipo de alimentación post lactancia, Deseo de tener al hijo/a, Controles prenatales.

**Estudio de corte transversal:** Porque la obtención de datos se realizó del 1 al 31 de mayo del 2019.

## **2.4 Población de Estudio**

Se estableció como población para la presente investigación un total de 77 niños y niñas distribuidos en 55 familias de las comunidades Waorani previamente mencionadas, en este proyecto trabajamos con todos los niños y niñas menores de cinco años, es decir, se trabajó con la población total y no se seleccionó una muestra.

## **2.5 Variables**

Factores que afectan la salud y nutrición en niños y niñas de 0 a 5 años de las comunidades Waorani de Napo y Pastaza.



## Cuadro de Operacionalización de la Variable

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ITEM (ENCUESTA)</b>
<b>EDAD NIÑO/NIÑA</b>	TIEMPO QUE HA VIVIDO UNA PERSONA CONTANDO DESDE SU NACIMIENTO	AÑOS	7
<b>PESO</b>	FUERZA QUE EJERCE UN CUERPO SOBRE UN PUNTO DE APOYO	KILOGRAMOS	16
<b>TALLA</b>	MEDIDA DE UNA PERSONA DESDE LOS PIES A LA CABEZA	CENTIMETROS	17
<b>IMC</b>	MEDIDA QUE RELACIONA EL PESO DEL CUERPO CON LA ALTURA	ESCALA IMC	18
<b>EDAD DE LA MADRE</b>	AÑOS DE VIDA DE LA MUJER AL CONCEBIR SU PRIMER HIJO	AÑOS	8
<b>SEXO</b>	CONJUNTO DE CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, FÍSICAS, FISIOLÓGICAS Y ANATÓMICAS QUE DEFINEN A LOS SERES HUMANOS COMO HOMBRE Y MUJER	HOMBRE MUJER	13
<b>NACIONALIDAD</b>	CONDICIÓN QUE RECONOCE A UNA PERSONA LA PERTENENCIA A UN ESTADO O NACIÓN	WAORANI QUICHUA SHUAR MESTIZO	6
<b>LACTANCIA</b>	AMAMANTAR O DAR LECHE MATERNA A UNA CRÍA	SI NO	9
<b>ESCOLARIDAD DE LA MADRE</b>	AÑOS DE ESTUDIO ADQUIRIDOS	PRIMARIA SECUNDARIA	4
<b>ESTADO CIVIL</b>	SITUACIÓN DE CONVIVENCIA ADMINISTRATIVAMENTE RECONOCIDA DE LAS PERSONAS EN EL MOMENTO EN QUE SE REALIZA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN	PAREJA NO PAREJA	5
<b>ALIMENTACION POST LACTANCIA</b>	TIPO DE ALIMENTOS INTRODUCIDOS AL CULMINAR LA LACTANCIA MATERNA	TIPO DE ALIMENTO	28
<b>DESEO DE TENER AL HIJO</b>	PLANIFICACIÓN PARA EL NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA	SI NO	11,12
<b>CONTROLES PRENATALES</b>	CONJUNTO DE ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS SISTEMÁTICOS Y PERIÓDICOS, DESTINADOS A LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS FACTORES QUE PUEDAN CONDICIONAR MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL	SI NO	15

## 2.6 Métodos e instrumentos

Se aplica el método observacional y la técnica antropométrica para las mediciones de peso y talla. Se emplean como instrumentos la báscula digital Seca de 878 y el tallímetro Seca 2013, los cuales fueron previamente calibrados y en cada caso se tomó el peso del investigador para comprobar su calibración.

Para las encuestas realizadas a domicilio se aplicó un cuestionario, cuyas preguntas fueron tomadas de la encuesta ENSANUT 2012.

Se realizó entrevistas con cada familia, las respuestas fueron grabadas para su posterior análisis.

Por otro lado se realizó grupos focales en la comunidad de Toñampare y Gareno, en la que participaron hombres y mujeres sin distinción del grupo etario, con esta técnica se pretendió demostrar que es para ellos Dios, la vida, la selva, las injerencia de las petroleras en las comunidades, y como han ido cambiando sus costumbres en el tiempo, además del rol de hombres y mujeres en el desempeño de la familia, alimento y comunidad.

En primer lugar, se explicó que la información que aportarían al estudio sería libre y voluntaria y se solicitó que indiquen si desean no participar o que no se use la información. Ninguno de los participantes se rehusó a la participación y análisis de los diversos instrumentos de estudio, en este sentido varios miembros de la comunidad no tuvieron problema en que sus nombres sean publicados en el presente estudio.

## ANÁLISIS DE DATOS

### Análisis de Resultados

#### Resultados de la encuesta

Como ya se mencionó, los niños y niñas intervinientes en la presente investigación fueron 77, provenientes de 55 familias, que, si bien viven en las comunidades Waorani, están conformadas por padres y madres de distintas nacionalidades indígenas, así, encontramos miembros de las nacionalidades Waorani, Quichua, Shuar y también de origen mestizo. Por tal razón, a través de la identificación de los apellidos paternos y maternos hemos estudiado la probable composición étnica de la población infantil estudiada, la misma que se conforma por una combinación de apellidos y culturas, por ejemplo, padres y madres Waorani, padres y madres de otras etnias, y en ocasiones padres o madres de una misma etnia, no necesariamente Waorani (ver tabla # 1).

**Tabla 1.-** *Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.*

Apellidos	Frecuencia	%
Waorani con Waorani	42	81
Waorani con otros	10	19
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Del total de niños participantes en el estudio con al menos un apellido Waorani (n = 52), 81% tiene apellidos paterno y materno correspondientes a la etnia Waorani, mientras el restante 19% tienen apellidos combinados entre Waorani y otros grupos culturales de la región, es decir, Waorani – Quichua, o Waorani - Mestizo.

**Tabla 2.- Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.**

<b>Apellidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Quichua Quichua	4	25
Quichua con otros	12	75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Del total de niños participantes en el estudio con al menos un apellido Quichua (n = 16), el 25% tiene apellido paterno y materno Quichua, mientras el 75% tiene una combinación de apellido Quichua con apellidos de otra nacionalidad, es decir, Quichua – Waorani o Quichua - Mestizo.

**Tabla 3.- Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.**

<b>Apellidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Mestizo – Mestizo	1	13
Mestizo con otros	7	88
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Granja Gerardo

Del total de niños participantes en el estudio con al menos un apellido Mestizo (n = 8), el 13% correspondió a los dos apellidos de origen Mestizo, mientras el 88% tuvo una combinación de apellidos Mestizo con otros, es decir, Mestizo - Waorani y Mestizo - Quichua.

**Tabla 4.- Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.**

<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Shuar con Shuar	0	0
Shuar con otros	1	100
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Del total de niños de etnia shuar, ninguno es de apellido shuar shuar y el 100% es de etnia shuar con otros, es decir, shuar quichua.

**Tabla 5.- Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.**

Etnia	Frecuencia	
Wao	52	68
Quichua	16	21
Mestizo	8	10
Shuar	1	1
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Granja Gerardo

Como podemos observar en la Tabla 5, del total de niños/as que se investigaron en el año 2019, la mayoría (68%), tienen al menos un apellido wao seguido de aquellos que tienen al menos un apellido quichua (21%), mestizos (10%) y apenas 1 es shuar (1%).

**Tabla 6.- Distribución de niños y niñas según los apellidos de sus progenitores.**

Etnia	Frecuencia	%	
Waorani con Waorani	42	55	
Waorani con otros	10	13	67.6
Quichua con Quichua	4	5	
Quichua con otros	12	16	20.7
Mestizo con Mestizo	1	1	
Mestizo con otros	7	9	10.4
Shuar con Shuar	0	0	
Shuar con otros	1	1	1.3
Suma	77	100	100

**Fuente:** Base de datos

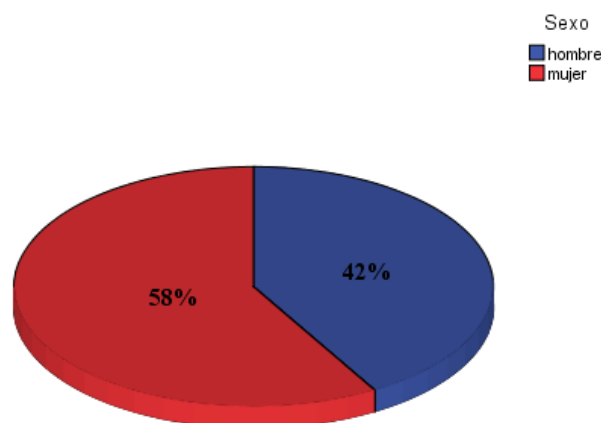
**Elaborado por:** Gerardo Granja

Como podemos observar en la Tabla 6, del total de niños/as que se investigaron en el año 2019, la mayoría (67.6%), tienen al menos un apellido Waorani, que se encuentra distribuido como Waorani con Waorani (55%) y Waorani con otros (13%), seguido de aquellos que tienen al menos un apellido quichua (20.7%), correspondiendo el 5% a aquellos

que tienen dos apellidos Quichua y el 16% para Quichua con otros, en cuanto a los que tienen al menos un apellido Mestizo abarca el (10.4%) de total, y finalmente apenas 1 tiene como apellido shuar con otros (1%).

La Tabla 6 nos presenta una realidad especial ya que, pese a que las comunidades sean mayoritariamente Waorani, en su interior hay procesos importantes de mestizaje interétnico, hecho que nos permite anticipar una mezcla de patrones culturales relacionados con la crianza, amamantamiento, destete y alimentación de los menores de cinco años. Probablemente esta forma de conformación comunitaria podría tener también resultados distintos en las condiciones de salud y nutrición de los menores, sin embargo, las relaciones y costumbres que prevalecen al interior de cada familia podrían estar matizadas por el predominio de patrones de comportamiento específicamente Waorani.

### Distribución de niños y niñas por sexo.



**Ilustración 1:** Distribución de niños/as por sexo  
**Fuente:** Base de datos  
**Elaborado** por: Gerardo Granja

Del total de niños y niñas participantes en el estudio, el 58% son de sexo femenino (mujer), mientras el 42% complementario es de sexo masculino.

**Tabla 7:** Distribución de niños/as por sexo según etnia

Etnia	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
wao	24	46	28	54	52	100
quichua	6	38	10	63	16	100
mestizo	2	25	6	75	8	100
shuar	0	0	1	100	1	100
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>42%</b>	<b>45</b>	<b>58%</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En cuanto a la distribución del sexo de los niños/as por etnia, en la Tabla 7 se observa que el 54% de los que pertenecen a la etnia wao son mujeres y el 46% hombres; de igual manera en cuanto a la etnia quichua, la mayoría son mujeres (63%) y el porcentaje restante (38%) hombres.

La edad promedio tanto de los niños y niñas es de 29 meses (2 años 5 meses), siendo la edad mínima dentro del grupo de los niños de 2 meses y la máxima de 5 años; mientras que las niñas tienen una edad mínima de 1 mes y máxima de 4 años 11 meses. Por otro lado, podemos observar que los niños tienen mayor edad que las niñas, ya que el 50% tiene 2 años 8 meses o más.

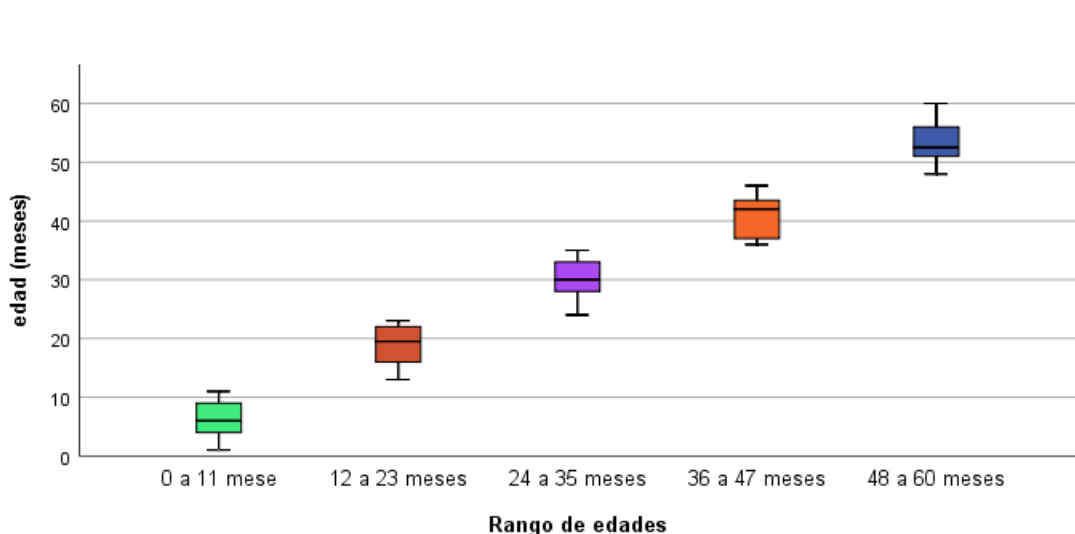
**Tabla 8:** Distribución de niños y niñas según grupos etarios

Rango de edades (meses)	N	%
<b>0 a 11 meses</b>	17	22
<b>12 a 23 meses</b>	14	18
<b>24 a 35 meses</b>	17	22
<b>36 a 47 meses</b>	15	19
<b>48 a 60 meses</b>	14	18
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En la Tabla 9 se observa que el número de niños y niñas integrantes de los cinco grupos de edad son bastante homogéneos presentando porcentajes muy cercanos. Puesto que aquellos niños/as que se encuentran en el grupo de edad de 0 a 11 meses le corresponde el 22%, al igual que los niños/as en el grupo de 24 a 35 meses, le sigue el grupo de edad de 36 a 47 meses abarcando el 19% y finalmente se encuentra el grupo de edad de 12 a 23 y de 48 a 60 meses correspondiendo el 18% respectivamente.



**Ilustración 2:** Diagrama de caja y bigote de la edad de los niños/as

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En la Ilustración 2 se observa también la distribución de las edades de los niños/as en cada grupo, además se visualiza que no existe ningún punto atípico ni extremo, lo que indica que las edades están concentradas alrededor de las medias de cada grupo.



**Tabla 9:** Estadísticos descriptivos del IMC por rango de edad

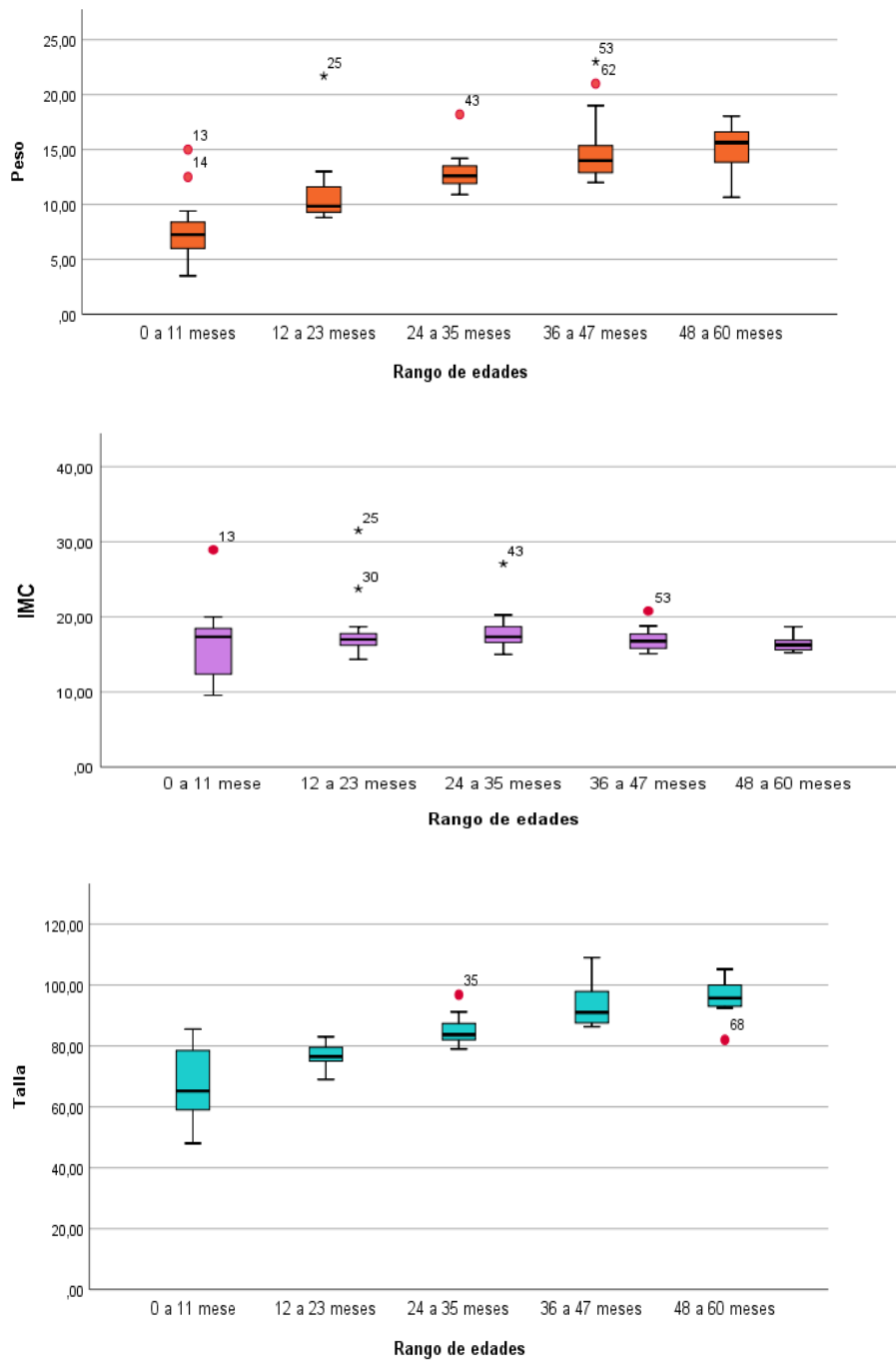
Rango de edades (meses)	N	Media	Mediana	Desviación	Rango	Mínimo	Máximo
0 a 11 mese	17	16	17	4,72	19	10	29
12 a 23 meses	14	18	17	4,37	17	14	31
24 a 35 meses	17	18	17	2,74	12	15	27
36 a 47 meses	15	17	17	1,53	6	15	21
48 a 60 meses	14	16	16	1,03	3	15	19
Total	77	17	17	3,28	22	10	31

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En cuanto al IMC de los niños/as, en la Tabla 10 se observa que la media del IMC varía en cada rango de edad, es decir, que aquellos que tienen de 0 a 11 y de 48 a 60 meses tienen una media de 16, los que tienen de 12 a 23 y de 24 a 35 tienen una media del IMC de 18, finalmente los niños/as que se encuentran en el rango de edad de 36 a 47 meses tienen una IMC medio de 17. El IMC mínimo es 10 y el máximo 31.

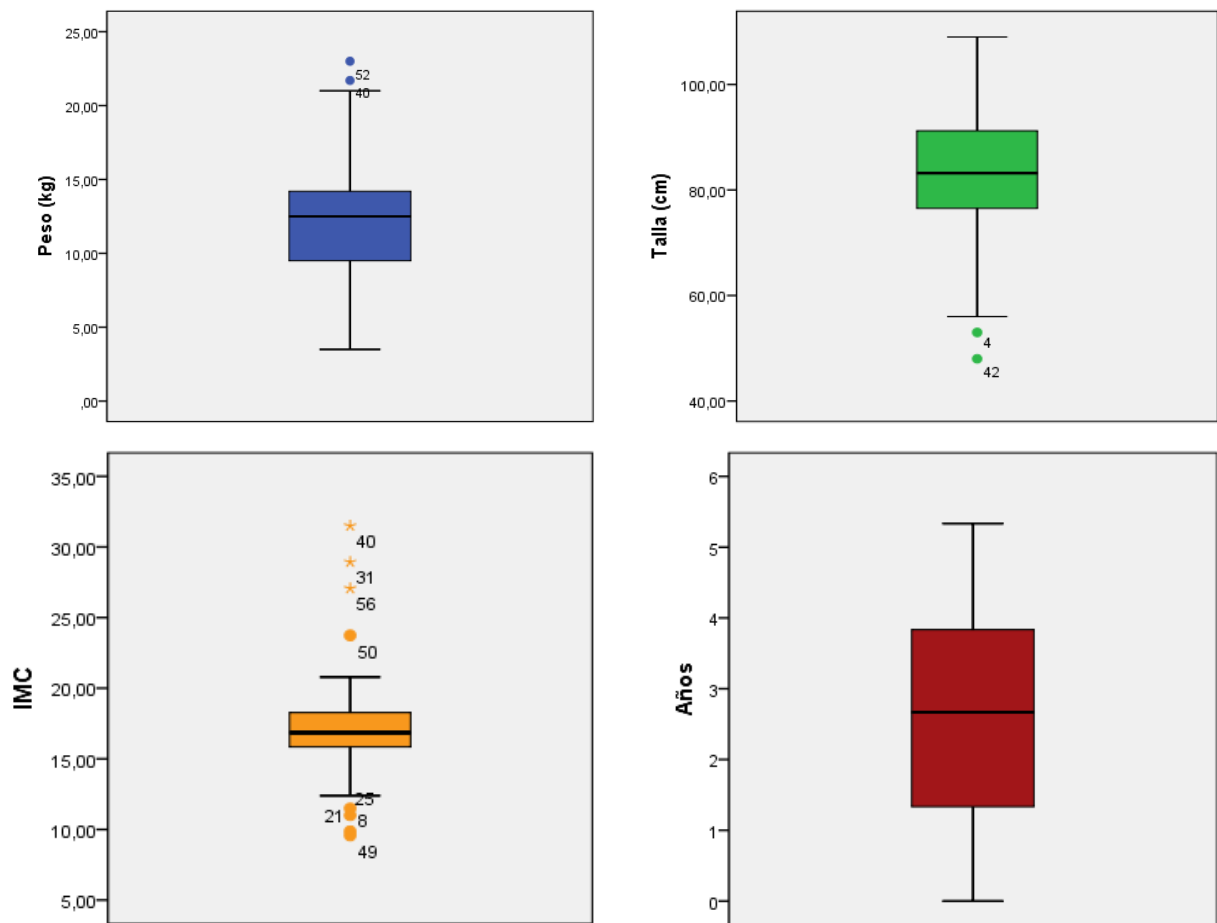
Haciendo una análisis de lo encontrado y teniendo en cuenta que los niños en estudio son menores de 5 años con un promedio de IMC entre los 16 y 18 se observa una tendencia al sobrepeso que se incrementa con la edad.



**Ilustración 3:** Diagrama de caja y bigote de la talla, peso e IMC de los niños/as

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja



**Ilustración 4:** Diagrama de caja y bigote del peso, talla, IMC y años de los niños/as

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

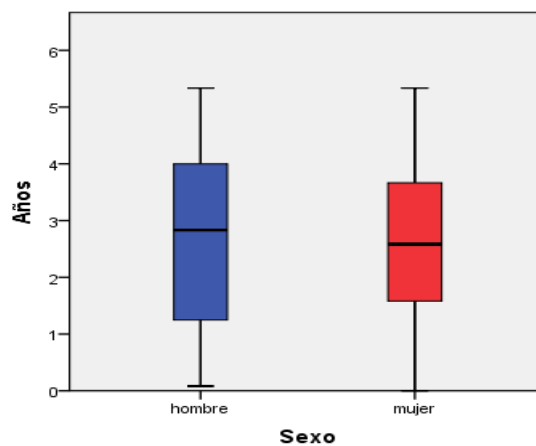
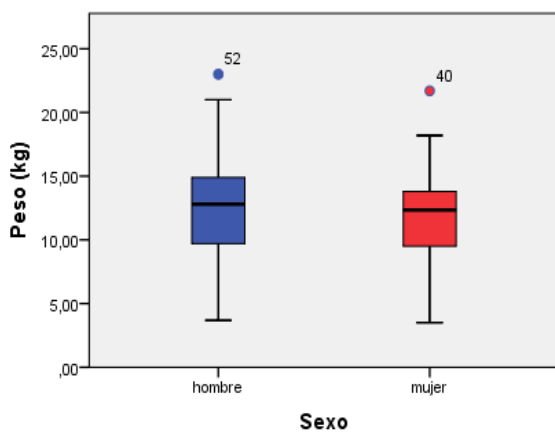
Tabla 10: Datos de los niños y niñas

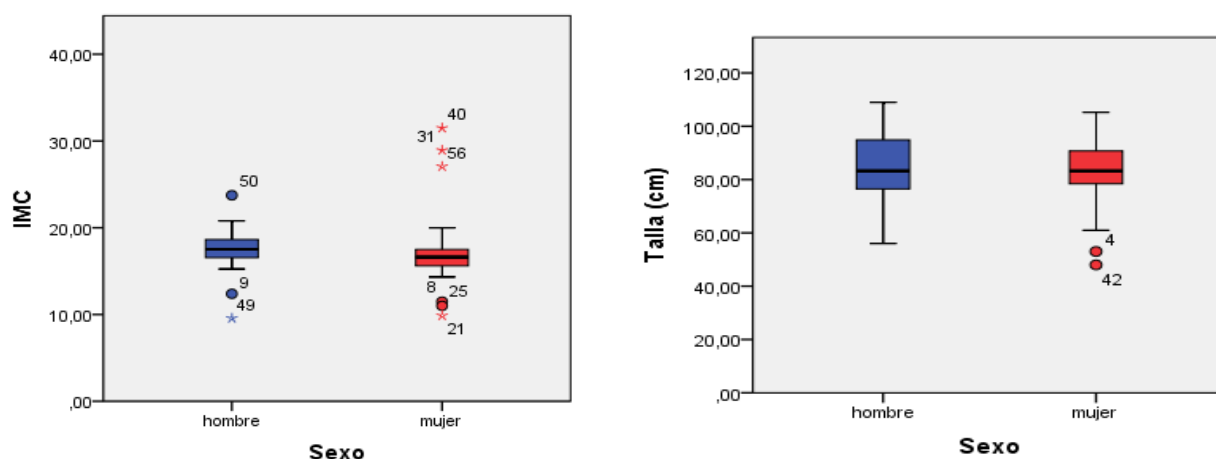
NOMBRE	SEXO	EDAD	PESO	TALLA	IMC
NMCG	MUJER	7	7,3	64	17,82
VGCG	MUJER	3	4,83	53	17,19
DAGP	MUJER	6	8,5	65,2	20
CMAW	MUJER	9	8,4	85,5	11,49
EOPT	MUJER	10	8,02	68	17,34
AAPG	MUJER	6	6,8	83	9,87
DBGN	MUJER	9	7,4	82	11,01
FAI	MUJER	4	6,8	61	18,27
LTEY	MUJER	11	15	72	28,94
LGTN	MUJER	1	3,5	48	15,19
APY	MUJER	18	9,5	76,5	16,23
DMEI	MUJER	20	9,7	76	16,79
SNTT	MUJER	23	9,06	79,5	14,33
MLII	MUJER	19	9,5	78,4	15,46
DBVN	MUJER	22	12,1	83	17,56
EJFO	MUJER	23	21,7	83	31,5
ADAN	MUJER	16	8,8	72,5	16,74
JMEN	MUJER	22	10	76,5	17,09
BACY	MUJER	35	12,1	87,4	15,84
JOPA	MUJER	31	13,5	89,5	16,85
CMHY	MUJER	24	11,5	83,2	16,61
LOEE	MUJER	30	14,05	96,8	14,99
KBEW	MUJER	28	11,9	80,6	18,32
LVM	MUJER	30	12,6	85,1	17,4
AETN	MUJER	27	18,2	82	27,07
CBEE	MUJER	30	13,4	90,5	16,36
IRCN	MUJER	29	13,2	83	19,16
CGGQ	MUJER	26	10,9	82	16,21
JGGQ	MUJER	36	14	86,3	18,8
ZBTA	MUJER	36	12	88,2	15,43
AYEA	MUJER	41	13	91	15,7
EDAN	MUJER	44	13,8	90,7	16,78
MEII	MUJER	43	12,5	91	15,09
LSBI	MUJER	36	12,8	87	16,91
SETA	MUJER	38	12,35	88,1	15,91
REGP	MUJER	36	13,1	86,5	17,51
SCAY	MUJER	51	13,15	92,6	15,34
SSLA	MUJER	52	15,55	101	15,24

NOMBRE	SEXO	EDAD	PESO	TALLA	IMC
MANP	MUJER	48	18	105,2	16,26
GJII	MUJER	59	16,6	100	16,6
NCNI	MUJER	53	13,5	93	15,61
GAPT	MUJER	56	18,04	99,4	18,26
AEAW	MUJER	53	16,3	98,2	16,9
WINA	MUJER	59	16,6	101	16,27
AAGP	HOMBRE	4	6,2	59	17,81
YMGC	HOMBRE	7	7,25	76,5	12,39
HNGA	HOMBRE	2	6	56	19,13
SNPG	HOMBRE	6	9,4	78,5	15,25
LDAC	HOMBRE	9	12,5	82	18,59
JANS	HOMBRE	3	6	57	18,47
ORII	HOMBRE	4	3,68	62	9,57
MJEG	HOMBRE	15	9,3	76,6	15,85
SGNP	HOMBRE	20	10	75	17,78
EABE	HOMBRE	16	10	76,5	17,09
AAI	HOMBRE	15	8,9	69	18,69
NJAI	HOMBRE	13	13	74	23,74
RTEP	HOMBRE	21	11,6	82,8	16,92
ERPNI	HOMBRE	33	13,5	85	18,69
IWEY	HOMBRE	30	12	85	16,61
KEWY	HOMBRE	29	11,5	81,4	17,36
MALI	HOMBRE	35	13,8	91,2	16,59
LKNI	HOMBRE	25	11,5	79	18,43
RENA	HOMBRE	33	12,6	80	19,69
ETGN	HOMBRE	34	14,2	83,7	20,27
DCRY	HOMBRE	43	19	106,5	16,75
APYE	HOMBRE	41	23	105,2	20,78
GJVN	HOMBRE	46	15,8	97,8	16,52
LJNI	HOMBRE	45	14,05	87	18,56
BPII	HOMBRE	42	14,7	91	17,75
WJCA	HOMBRE	46	21	109	17,68
JAGN	HOMBRE	43	14,9	98	15,51
MDGC	HOMBRE	52	15,7	95,5	17,21
JDCE	HOMBRE	51	14,9	95,9	16,2
MBAC	HOMBRE	60	15,2	95,6	16,63
JHEN	HOMBRE	49	16	92,5	18,7
EAEI	HOMBRE	54	13,85	94,3	15,57

<b>RJII</b>	MUJER	50	10,65	82	15,84
-------------	-------	----	-------	----	-------

- El peso promedio de los niños/as es de 12.22 kg, en donde el peso mínimo es de 3.5 kg y el máximo de 23 kg, existiendo mayor cantidad de niños que pesan 10kg.
- Por otro lado, la talla media de los niños/as es de 83.47 cm, siendo la talla mínima 48 cm y la máxima 109 cm, la mayoría de los niños y niñas mide 82cm.
- El promedio del índice de masa corporal (IMC) es de 17.23, dentro del grupo de estudio el IMC mínimo es 9,57 y el máximo 31,50, en donde la mayoría tiene un IMC de 17,09.
- Por último, la edad promedio de los niños/as es de 3 años, siendo esta edad también la de mayor frecuencia dentro del grupo de estudio. La edad mínima es cero y la máxima 5, los niños/as que tienen cero años se debe a que apenas tienen meses de haber nacido.





**Ilustración 5:** Diagrama de caja y bigote del peso, talla, IMC y años de los niños/as por sexo

**Fuente:** Base de datos

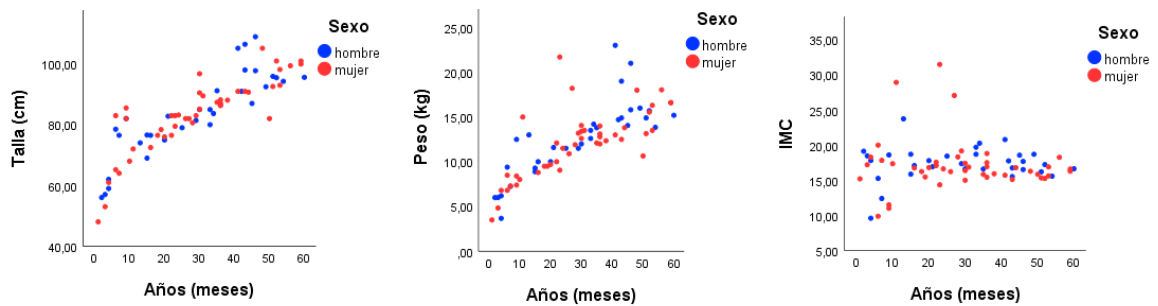
**Elaborado por:** Gerardo Granja

Podemos observar en la Ilustración 5 que en el grupo de los hombres existe un valor atípico, es decir que dicho niño pesa 23, el cual es superior al peso de los demás niños; de igual manera el grupo de las mujeres se visualiza un valor atípico que corresponde a la niña que se ubica en la posición 40, su peso es de 21,70 que es de igual manera superior a al peso de las demás niñas. Por otro lado, podemos observar que la media en ambos grupos es aproximadamente el mismo, correspondiente a cada grupo 12,53 (hombres) y 12, 00 (mujeres).

En cuanto a la talla, no existen valores atípicos ya que los niños tienen una talla mínima de 56 cm y máximo 109 cm, mientras que las niñas miden como mínimo 48 cm y máximo 105.20 cm, de esta manera se observa que la media de la talla de los niños y niñas no presentan diferencias significativas.

El promedio del IMC es superior en los niños, además existen valores atípicos en ambos grupos, hay un niño que tiene un IMC máximo de 23,74 y otro que tiene un IMC mínimo de 9,57, dicho valor es extremo ya que se aleja demasiado de la concentración de los datos, de igual manera en el caso de las niñas se observa que existe varios valores extremos, es decir que hay niñas que tienen un IMC muy superior al promedio.

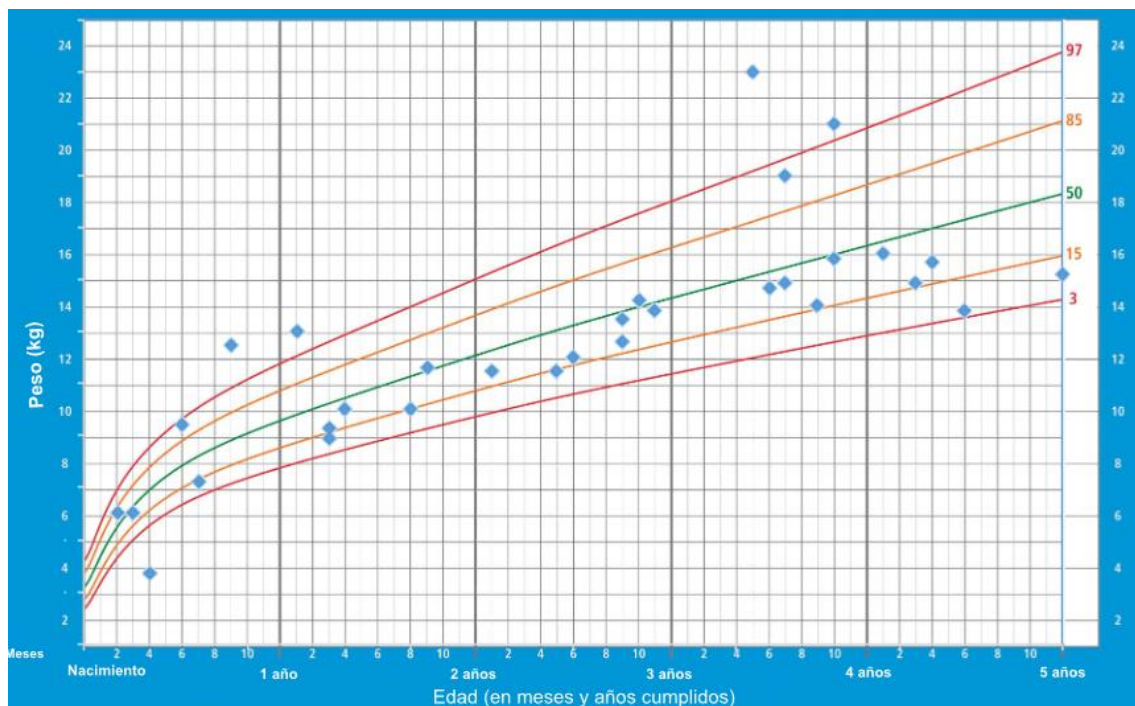
Por último, la edad promedio de los niños es aproximadamente igual en ambos grupos.



**Ilustración 6:** Diagrama de dispersión entre la edad (meses) y el peso, talla e IMC de los niños/as

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

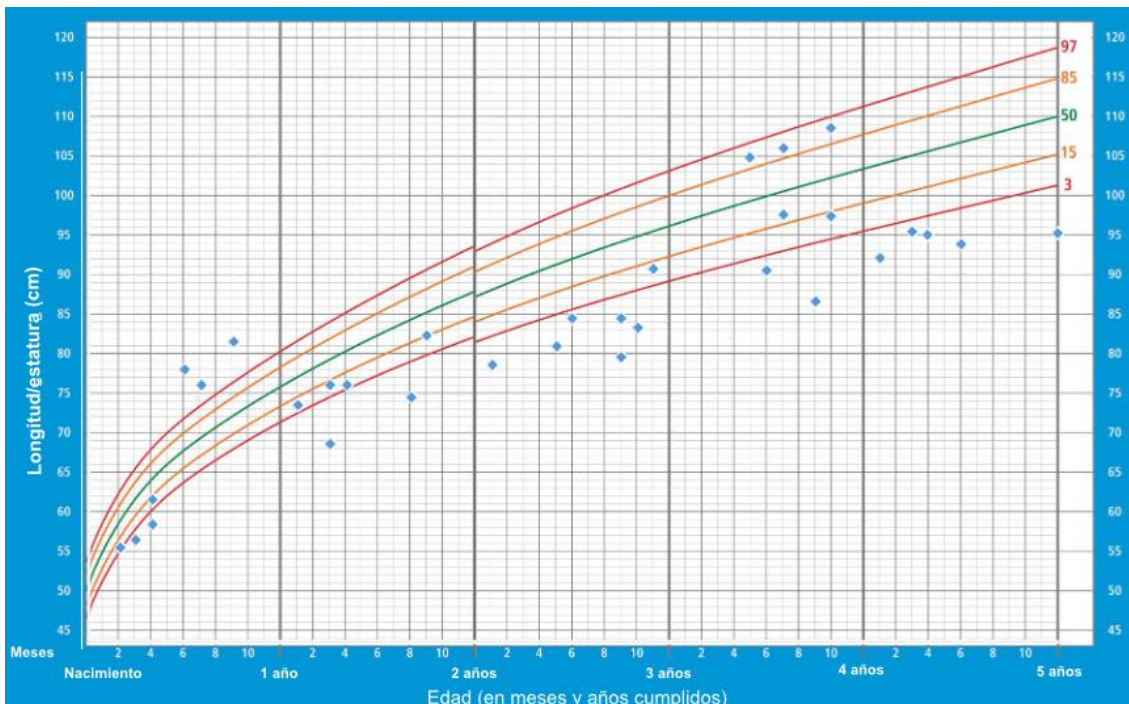


**Ilustración 7:** Peso para la edad niños

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Este grafico demuestra que 78.7% de niños tiene pesos inferiores al percentil 50.



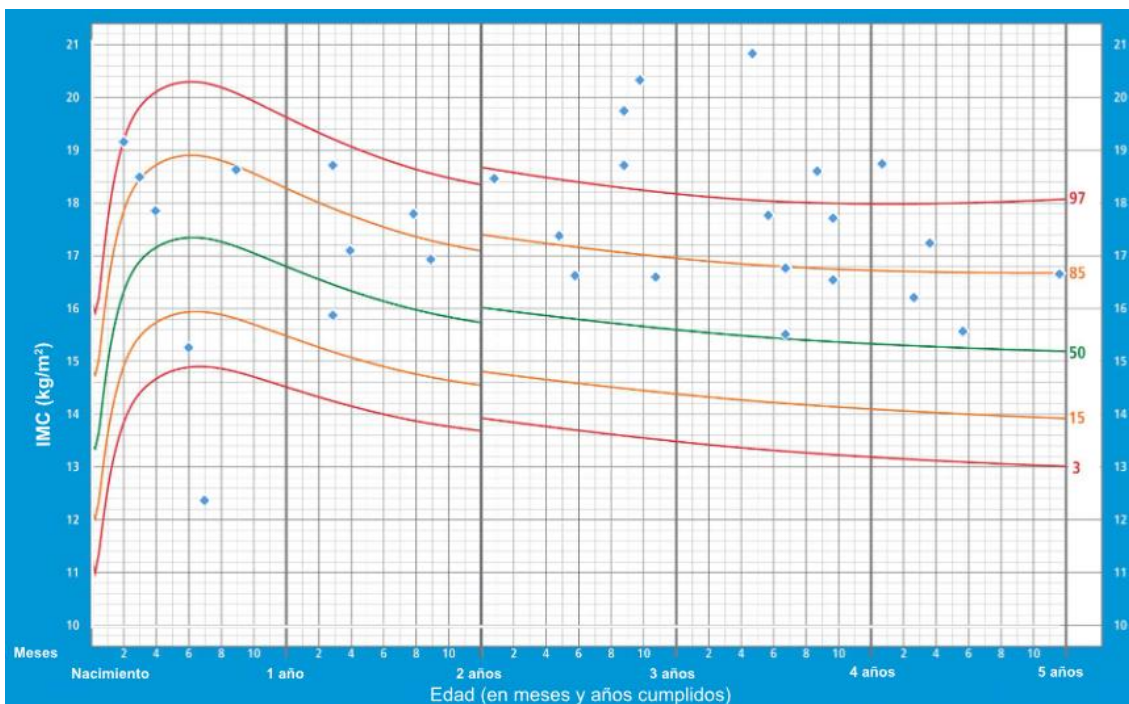
**Ilustración 8:** Longitud/ estatura para la edad niños

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

De 32 niños, 27 (84%) están por debajo del percentil 50, mientras seis lo superan. Es decir 84% de niños tienen baja estatura para la edad.

EL 53.1%, es decir 17 de 32 niños tienen estaturas por debajo del percentil 3

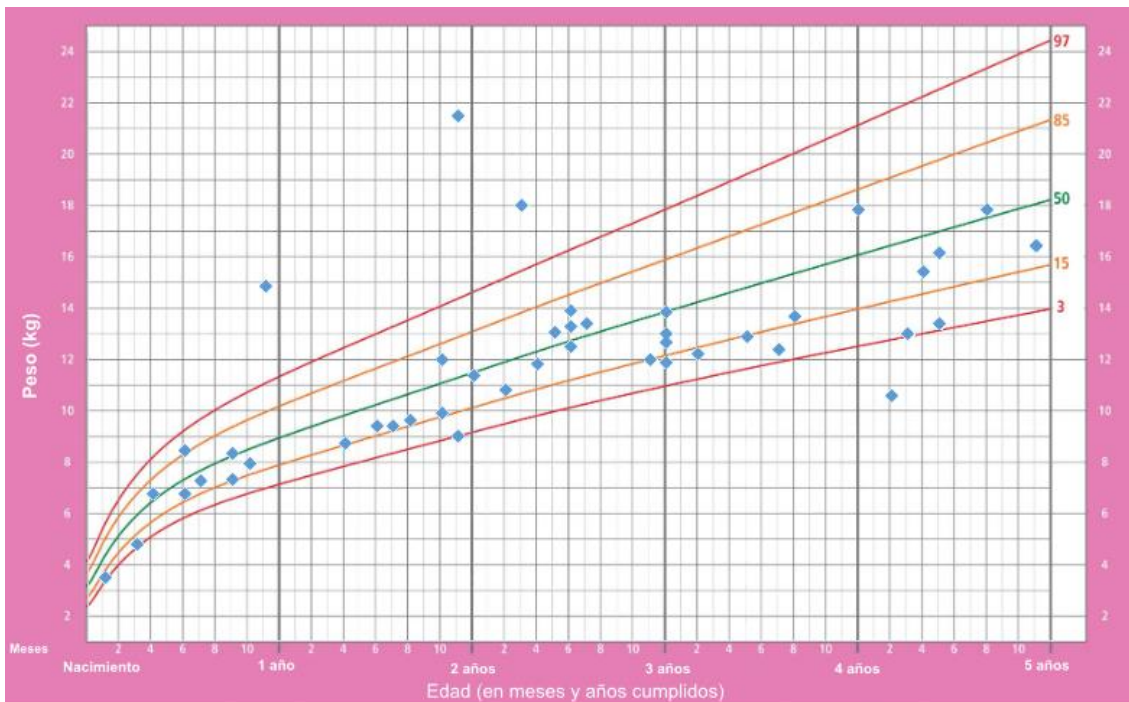


**Ilustración 9:** IMC para la edad niños

**Fuente:** Base de datos



Elaborado por: Gerardo Granja

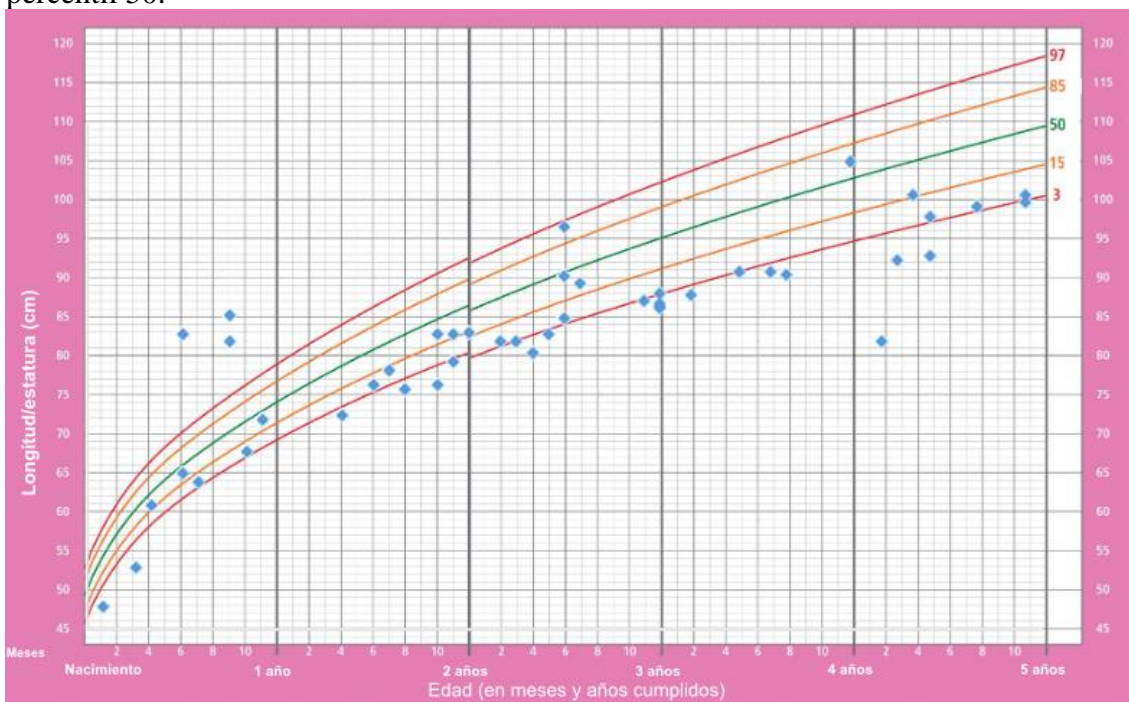


**Ilustración 10:** Peso para la edad niños

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

De las 43 niñas, trece (30%) tienen un peso superior al percentil 50, solo tres (6.97%) de ellas sobrepasan el percentil 97. El resto de las niñas, 27 (62.79%) tiene pesos inferiores al percentil 50.

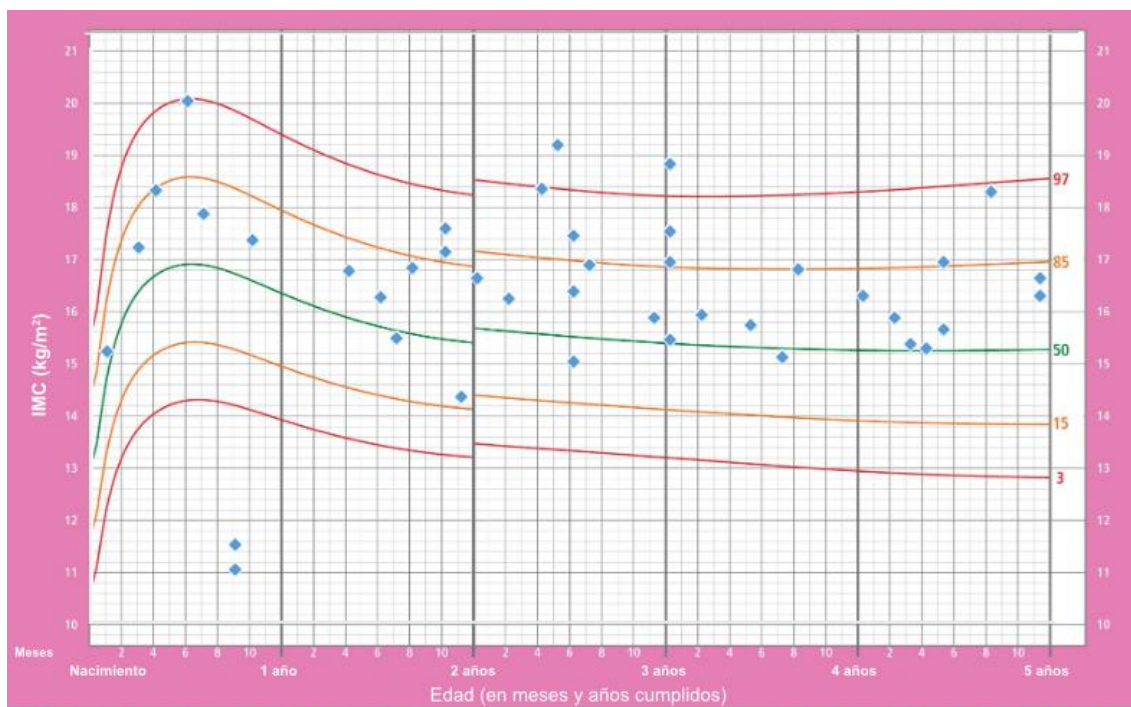


**Ilustración 11:** Longitud/ estatura para la edad niños

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

De 43 niñas, solo 5 superan el percentil 50, las demás 38 niñas tienen tallas bajas, es decir 88.4% tienen una nutrición crónicamente deficitaria.



**Ilustración 12:** IMC para la edad niños

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Como se observa en la Ilustración 6, el peso y talla de los niños/as tienen un comportamiento creciente, es decir que a medida que los niños/as van cumpliendo años, van aumentando su peso, aunque su estatura no resulte ser la ideal. El IMC es una medida que nos permite conocer si los niños y niñas que intervienen en nuestro estudio presentan una relación armónica entre peso y talla o tienen algún tipo de problema.

**Tabla 11:** *Correlación entre el peso, talla e IMC*

		Peso	Talla	IMC
<b>Peso</b>	Correlación de Pearson	1	0,842**	0,441**
	Sig. (bilateral)		0,000	0,000
	N	77	77	77
<b>Talla</b>	Correlación de Pearson	0,842**	1	-0,088
	Sig. (bilateral)	0,000		0,448
	N	77	77	77
<b>IMC</b>	Correlación de Pearson	0,441**	-0,088	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,448	
	N	77	77	77

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

La tabla 11 nos indica que el peso está altamente correlacionado con la talla del niño/a, dicha correlación es positiva (0.842), es decir que a medida que el niño/a aumenta de talla también aumenta su peso. Por otro lado, el peso e IMC tienen también una correlación positiva muy moderada de 0,441 la cual es estadísticamente significativa un valor la probabilidad obtenida en ambos casos es 0.000, finalmente, la talla e IMC presenta una correlación negativa muy baja (-0,088) por ende dichas variables no están relacionadas.

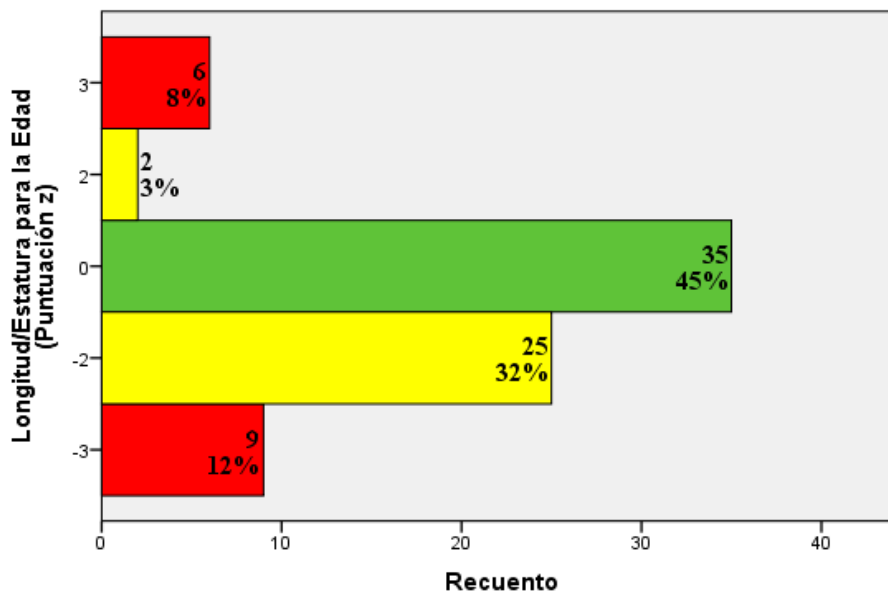
Por otro lado, los indicadores de crecimiento nos permiten evaluar el crecimiento considerando conjuntamente la edad y las mediciones del niño/a, dichos indicadores se muestran a continuación:

- longitud/estatura para la edad
- peso para la edad
- peso para la longitud/estatura
- IMC (índice de masa corporal) para la edad

A partir de ello y en base a las puntuaciones Z establecidas se procede a determinar si existe algún tipo de riesgo en el crecimiento del niño/a, es decir, si se encuentran en un estado normal, presentan algún problema endócrino, baja talla, posible riesgo de crecimiento, sobrepeso, bajo peso, posible riesgo de sobrepeso y obesidad.

Los valores de la puntuación Z son:

- Z de -2 a -3: Talla baja, Peso bajo
- Z de -1 a 0: Estado normal
- Z de 1: posible riesgo de sobrepeso
- Z de 2: Sobrepeso
- Z de 3: Obesidad

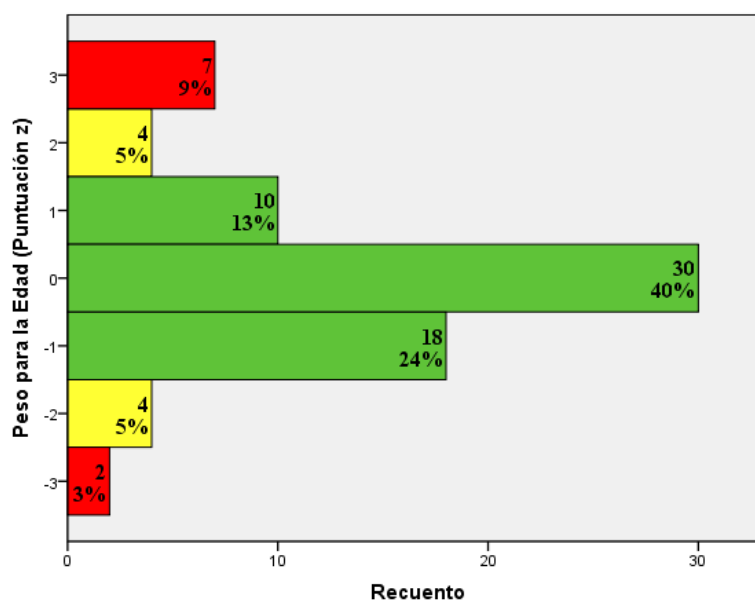


**Ilustración 13:** Distribución de los niños/as según longitud/estatura para la edad

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En cuanto a la medición de longitud/estatura para la edad, podemos observar que, del total de niños y niñas, el 48% se encuentra por debajo de lo que se consideraría como talla normal para la edad, el 45% presenta longitud/estatura en puntuación  $Z = 0$ , es decir talla normal y el 8% presenta una talla por encima de la puntuación  $Z = 1$ .

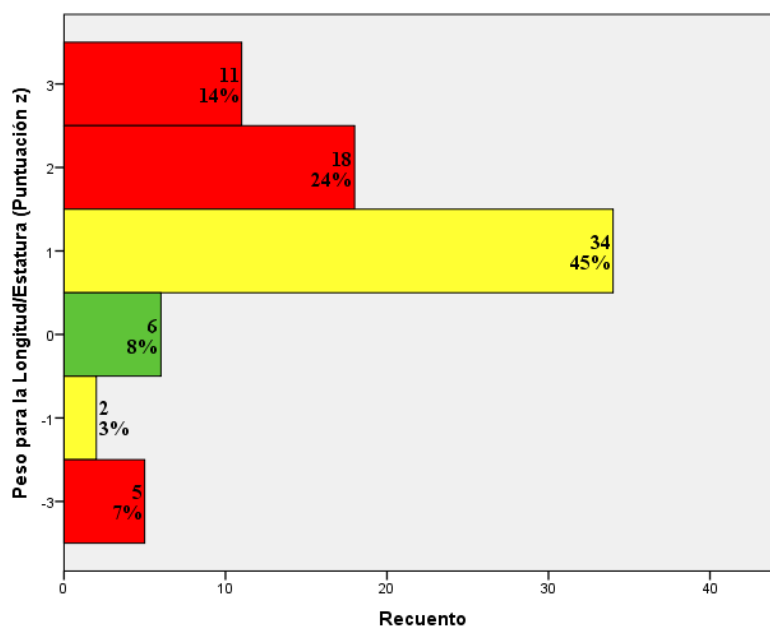


**Ilustración 14:** Distribución de los niños/as según peso para la edad

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

La mayoría de los niños y niñas (64%) presentan un estado normal, es decir que su peso es adecuado para la edad y se encuentran en una puntuación Z entre -1 y 0. Con bajo peso para la edad encontramos a 8% de los niños del estudio, y el 27% presenta una puntuación Z superior a 1.

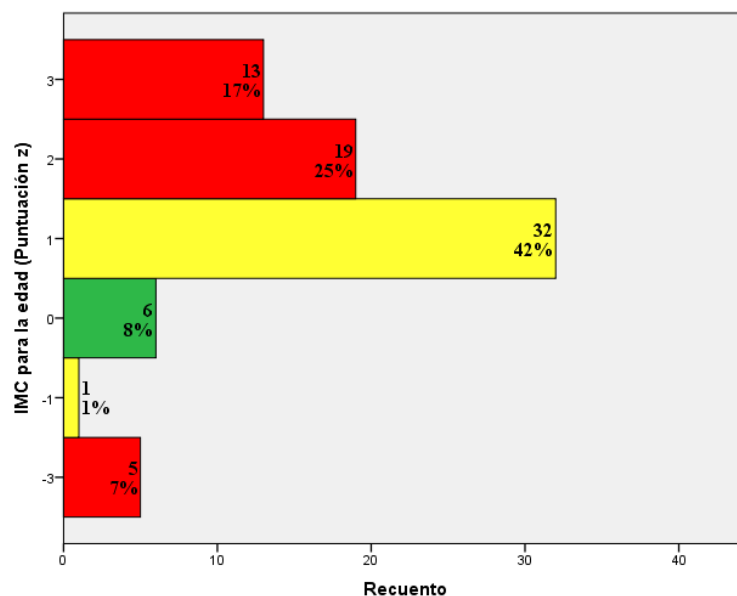


**Ilustración 15:** Distribución de los niños/as según peso para la longitud/estatura

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En lo que respecta a peso para la longitud, 7% de niños participantes tienen un peso para la talla por debajo de la puntuación  $Z < 0$ ; tan solo el 11% presenta una puntuación Z entre -1 y 0, es decir lo que se consideraría como una proporción peso/talla normal. El restante 82% de niños y niñas presenta un peso para la talla superior a la puntuación  $Z = 1$ . Esto significa que, debido a la talla baja, su ganancia de peso conforme avanza en edad permite incrementar el valor de la puntuación Z, que de otra manera la observamos como un IMC excesivo que nos hace pensar en el riesgo de sobrepeso u obesidad, sin que esta situación deba ser considerada como sobrepeso metabólico, esta reflexión debe ser entendida desde el punto de vista de los trabajos de Gomez-Waterlow (Márquez-González 2012).



**Ilustración 16:** Distribución de los niños/as según IMC para la edad

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Según los datos antropométricos medidos en los participantes solo 9% de los niños y niñas se encontraría en estado nutricional normal, 7% estaría por debajo de la puntuación Z -3 y el resto, es decir, 84% estaría en valores Z entre 1 y 3, es decir en condiciones de sobrepeso y aun obesidad.

### **Características de niño y de la madre.**

En lo referente al estado civil de la madre, es importante mencionar de dicha variable presenta las categorías casada, divorciada o separada, soltera y en unión libre, las mismas que fueron reagrupadas en dos categorías con el objetivo de identificar por una parte al grupo de mujeres que tienen pareja (casada y unión libre) y por otra parte aquellas que no tienen

pareja declarada (divorciada o separada y soltera), permitiendo determinar si existe una connotación distinta en ambos grupos en cuanto a la crianza de los hijos.

**Tabla 12:** *Distribución del estado civil de la madre*

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer con pareja	9	18
Mujer sin pareja	41	82
Total	50	100

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

De esta manera se obtuvo que el 82% de las madres no tienen pareja declarada y apenas el 18% son casadas o viven en unión libre.

**Tabla 13:** *Relación entre estado conyugal de la madre y talla de los hijos*

	Desnutrición crónica		No desnutrición crónica		P
	Recuento	%	Recuento	%	
Mujer con pareja	4	21	5	16	0,91
Mujer sin pareja	15	79	26	84	
Total	19	100	31	100	

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

De acuerdo con el estadístico  $X^2$  asociado a su probabilidad ( $p > 0,05$ ) se determina que no existe diferencias estadísticamente significativas, es decir que la variable longitud/estatura para la edad no depende del estado civil, es decir son independientes.

**Tabla 14:** *Relación entre estado conyugal de la madre y peso de los hijos*

	Desnutrición crónica		No Desnutrición crónica		P
	Recuento	%	Recuento	%	
Mujer con pareja	0	0%	9	20%	0,177
Mujer sin pareja	4	100%	37	80%	
Total	4	100%	46	100%	

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja



En la Tabla 14 se observa que de los 46 niños bien nutridos el 80% tienen madres sin pareja y 20% tienen madres con pareja; por el contrario, los cuatro niños desnutridos son hijos de madres sin pareja. Estos datos no son concluyentes de asociación, no solo porque el Chi cuadrado no puede calcularse ya que dos celdas tienen menos de 5 integrantes, sino además en el sentido práctico ya que las madres con pareja no tienen hijos desnutridos. La razón de este hallazgo podría variar si el número de niños evaluados fuera superior. Dichas variables también son independientes ( $p > 0,05$ ), es decir que no tienen relación.

**Tabla 15:** *Edad que tuvo su primer hijo nacido vivo.*

A qué edad tuvo su primer hijo	Frecuencia	
De 15 a 20 años	35	70
De 21 a 25 años	9	18
De 26 a 30 años	1	2
De 31 a 35 años	2	4
De 36 a 40 años	2	4
De 41 a 45 años	1	2
Total	50	100%

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Del total de madres, el 70% tuvo su primer hijo en el rango de 15 a 20 años, el 18% entre los 21 y 25 años y el porcentaje restante se distribuye en proporciones menores al 5% entre los demás grupos de edades, es decir, que tan solo el 24% de madres tuvo su primer hijo dentro del periodo de edad fértil considerado más seguro 20 a 35 años. El 76% restante lo tuvo en edades con mayor riesgo, es decir, antes de los 20 y después de los 35 años.

**Tabla 16:** *Hijo deseado*

Ud. quería tener ese hijo/a	Frecuencia	
No quería más hijos	15	30
Tener a ese hijo	35	70
Total	50	100%

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Del total de las madres, el 70% sí quiso tener a su hijo y el 30% respondió que no quería más hijos.

Lo que demuestra que el 30% de los niños no fueron deseados ergo, no hay planificación familiar o fallo en la planificación, inclusive podría tratarse de imposición cultural, de la familia, de la pareja, o simplemente un descuido.

**Tabla 17:** *Distribución del estado nutricional pesa/edad según edad que tuvo su primer hijo*

Ud. quería tener ese hijo/a	IMC para la edad (Categoría)											P	
	Emaciado		Normal		Posible riesgo de sobrepeso		Sobrepeso		Obesidad		Total		
	Recuento		Recuento		Recuento		Recuento		Recuento		Recuento		
No quería más hijos	3	20	1	7	6	40	4	27	1	7	15	100	0,75
Tener a ese hijo	3	9	4	11	13	37	10	29	5	14	35	100	
Total	6	12%	5	10%	19	38%	14	28%	6	12%	50	100%	

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

Dentro del grupo que sí quería tener a su hijo, el 37% de los niños/as tienen un posible riesgo de sobrepeso, el 29% ya sufre de sobrepeso, el 14% tiene obesidad, el 11% presentan un IMC para la edad normal y apenas el 9% se encuentra severamente emaciado.

De igual forma se observa en la Tabla 17 que el IMC para la edad no depende de si la madre quería o no tener a su hijo ( $p > 0.05$ ), es decir, que no guardan relación.

Por otro lado, se determinó que el 98% de las madres si le dio alguna vez el seno a su último hijo y apenas una madre no lo hizo. La mayoría de los niños (51%), cuya madre dio el seno al último hijo presenta una talla normal para la edad que tiene, el 37% tiene talla baja y el 12% puede sufrir un posible problema endócrino. Dichas variables son

independientes ( $p>0,05$ ), es decir que la talla/edad no depende de si le dio o no alguna vez de lactar a su hijo. En cuanto al el estado nutricional peso/edad obtenido de acuerdo a si le dio o no alguna vez el seno no es estadísticamente significativo ( $p>0,05$ ), por ende, dicha variable no determina el estado nutricional peso/edad que obtenga cada niño, además se observa que dentro del grupo que sí dio el seno, el 61% tiene un peso normal para la edad que tiene, el 31% puede presentar problemas de crecimiento y el 8% tiene bajo peso. Dentro del grupo que, si dio el seno a su último hijo, el 39% presenta posible riesgo de sobrepeso, el 29% tiene sobrepeso, el 12% se encuentra severamente emaciado y el porcentaje restante se distribuye entre aquellos niños/as que tienen obesidad y los que tienen un IMC normal para la edad que tienen. No existe relación entre el IMC para la edad del niño y la variable le dio a su hijo alguna vez el seno (al último).

**Tabla 18:** *Madres que asistieron al control del embarazo*

		Recuento	%
Médico	No	7	14
	Si	42	86
Total		49	100%

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En la Tabla 18 podemos observar el porcentaje de madres que acudieron a la revisión o control del embarazo con el médico, determinando que el 86% de las madres sí acudieron a un médico para que las revise y apenas el 14% no se realizó ningún control.

**Tabla 19:** *Primer alimento luego del seno y alimentos complementarios*

Alimento	Primer Alimento	%	Alimento complementario	%
	Recuento	%	Recuento	%
Biberón con leche	1	2	-	-
Chucula (plátano morado)	35	70	-	-
Chicha dulce (yuca)	33	66	-	-

Papas	2	4	-	-
Pescado (bagre boca chico)	3	6	-	-
Yuca	1	2	-	-
Plátano	-	-	13	26
Abio	-	-	8	16
Uva	-	-	11	22
Guaba	-	-	8	16
Manzana	-	-	7	14
Naranja	-	-	1	2
Mandarina	-	-	9	18
Mora	-	-	39	78
Papaya	-	-	40	80
Madres que respondieron	50	100	50	100

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** Gerardo Granja

En la alimentación infantil el destete es muy importante ya que significa la transición entre el seno materno y la alimentación del hogar. Por tal razón conocer cuáles son los alimentos que sustituyen a la leche materna desde los seis meses (ideal) nos permite conocer patrones culturales alimenticios favorables o no. En lo referente a cuáles fueron los primeros alimentos que le dio la madre al último hijo luego del seno y cuáles son los alimentos complementarios, se determinó que entre los primeros alimentos que le dieron después del seno se encuentra la chucula (70%), chica dulce (66%), pescado (6%), papas (4%), yuca y leche (2%). En cuanto al alimento complementario las frutas que más utilizaron como alimento para su hijo fue la papaya (78%), mora (78%), plátano (26%), uva (22%) y mandarina (18%).

Es importante mencionar que la chucula es una bebida ancestral, originaría de la Amazonía y extendida por siglos hacia otras latitudes, convirtiéndose en una bebida alimenticia muy nutricional, compuesta de plátano dulce amasado con agua, cabe mencionar que en otras comunidades, suele contener diferentes tipos de grano como habas, arveja sin

embargo en las comunidades Waoranis, debido a la ausencia de estos últimos, no suelen contenerlas.

De igual manera la chicha dulce que contiene agua, yuca, frutos ácidos y panela, esta bebida refrescante, además de ser buena para la salud, tiene una gran herencia ancestral, sin embargo al dejar que pase el tiempo produce fermentación, con lo que se torna en bebida alcohólica.

## COSMOVISIÓN INDÍGENA

### **Resultados de la entrevista sobre cosmovisión indígena**

Los resultados de la entrevista sobre la cosmovisión indígena aportaron los siguientes argumentos, los resultados de aprecian en los anexos 1: transcripción de las entrevistas y anexo 2: Gráficos de la transcripción de las entrevistas agrupadas en las dimensiones salud, enfermedad, alimentación, costumbres occidentales y ancestrales.

Siendo la selva la base de supervivencia de la comunidad Waorani la cosmovisión de esta cultura respecto de la salud, la enfermedad, la nutrición, desnutrición, alimentos buenos y nocivos, los cuidados en el pasado y en la actualidad; todavía gira entorno a los beneficios que la naturaleza le puede otorgar reconociendo la importancia del consumo de lo que la comunidad puede obtener de la naturaleza con la finalidad de mantener sana a su población. Por ello, es conveniente destacar principalmente alimentos como el pescado, la chicha, la yuca, frutas y aquellos alimentos que provienen de “fuera”, como el azúcar y los productos procesados y ultra procesados.

Entienden que la comida de su comunidad es más sana, se inicia en el menor a partir de los 5 a 6 meses de edad y la prefieren frente a los alimentos que vienen de fuera de las comunidades a los que atribuyen propiedades nocivas porque, a su decir, contienen químicos que son perjudiciales para su salud como los enlatados, por ejemplo.

Ahora bien, los conceptos propios sobre lo que es estar con buena salud o no responde al uso de adjetivos como: “flaco” para quienes están desnutridos, y “gordo” para quienes se encuentran bien nutridos; así mismo, no comer bien o no querer hacerlo, tener dolor de cabeza, tener gripe, o estar decaído son signos de enfermedad. Por el contrario, el

estar sano significa estar bien alimentado, alegre, jugando. Para los Waorani es importante mantener buenos hábitos de salud como lavarse las manos sobre todo cuando se está manipulando alimentos en la cocina, así como lavar los alimentos antes de consumir y limpiar la casa, tarea que aplican tanto los varones como las mujeres de la comunidad quienes también se dedican a trabajar e, incluso, casi enseguida de haber dado a luz.

Respecto al embarazo, consideran importante cuidar su salud alimentándose bien con leche fresca, no hacer mucho esfuerzo físico, ni bajar de peso; tras de dar de lactar y teniendo el interés de que ya no realice el menor esta costumbre, se le quita el seno y se le incorpora la chucula y la chicha, después de los 8 y 9 meses se le dan frutas y yuca.

Sobre la costumbre de utilizar plantas naturales para la curación, los entrevistados manifestaron que, aunque todavía se mantiene, sobre todo entre los adultos, es una costumbre que se está perdiendo con el tiempo; en tanto muchos ya no recurren tanto a los chamanes como a los especialistas que laboran en centros médicos del que entienden que también les puede salvar la vida. Comentan que antes, cuando no había centros de salud, en casos de emergencia acudían a los chamanes o bien utilizaban las plantas medicinales para aplicarlas en la curación del enfermo.

Sobre la labor de los chamanes consideran que no todos se dedican a ayudar a su comunidad con su capacidad curativa, en tanto todavía persiste el interés de aplicar la brujería para hacer daño a los demás.

Finalmente consideran que la invasión petrolera ha perjudicado su entorno natural, en tanto los alimentos provenientes de la naturaleza están siendo contaminados y, por ende, esto perjudica a la salud de la comunidad; y la ausencia de animales en sus territorios, cabe

mencionar que existe preferencia por no salir de su entorno en tanto si les pusieran a escoger entre vivir en la selva o irse a la ciudad, consideran que la naturaleza les puede ofrecer mejores condiciones de vida.

## DISCUSIÓN

Si bien algunos de los resultados numéricos del presente estudio no son estadísticamente significativos, si nos dan luz acerca de la problemática de nutricional y los factores que en ella intervienen. Los datos cuantitativos deben ser complementados con la observación de terreno, las entrevistas y conversaciones informales que transparentan el sentir de los pobladores, especialmente de las madres de familia. Las encuestas de salud fueron aplicadas en diferentes conglomerados Waorani, por lo que el estudio refleja algunos determinantes que pueden variar de una realidad a otra.

El estudio incluyó la aplicación de una encuesta y entrevistas interesadas en coleccionar datos sobre la situación alimentaria y nutricional de 77 niños y niñas provenientes de 55 familias distribuidas en ocho comunidades distintas y apartadas en las provincias de Napo y Pastaza. Entre los datos culturales cabe resaltar el proceso de mestizaje interétnico y con la sociedad mestiza, ya que los niños son hijos de padres y madres de al menos cuatro grupos étnicos distintos Waorani (68%), quichuas (21%), mestizos (10%) y shuar (1%).

Con relación al género existe un predominio del sexo femenino en un 58% seguido del 42% del masculino, los rangos de edades oscilan entre 2 meses y 5 años con una edad promedio de 2 años 5 meses. En cuanto al peso de los niños la tendencia es que con edad aumenta el peso, al igual que con la talla, sin embargo, es importante resaltar que el peso medio de aquellos que tienen de 0 a 11 meses se refiere a un valor promedio (7.5), que



obedece a la variación de peso entre los niños de menor edad (mínimo 4 meses) frente a los de mayor edad (máximo 15 meses). Si bien con la edad se incrementa el peso de los niños Wao como es de esperar, eso no necesariamente significa que ese incremento de peso este acorde con el peso ideal de cualquier niño.

Teniendo en cuenta las mediciones antropométricas realizadas a los niños en base a las puntuaciones Z de los indicadores de crecimiento permitió determinar si existe algún tipo de riesgo en el crecimiento del niño/a, es decir, si se encuentran en un estado normal, presentan algún problema endócrino, baja talla, posible riesgo de crecimiento, sobrepeso, bajo peso, posible riesgo de sobrepeso y obesidad.

En cuanto a la longitud/estatura para la edad, el 48% se encuentra en un estado normal, el 44% presenta longitud/estatura baja y el 8% puede presentar un incremento de peso posible, en lo que respecta a peso para la longitud, el 45% de los niños y niñas presentan un posible riesgo de sobrepeso, el 24% tiene sobrepeso, el 14% sufre de obesidad y el 7% se encuentra severamente emaciado, apenas el 11% se encuentra en un estado normal, el IMC para la edad de apenas el 9% de los niños/ as se encuentra en un estado normal, gran parte presenta posible riesgo de sobrepeso (42%) y sobrepeso (25%), además el 17% es obeso y el 7% se encuentra severamente emaciado.

Como se puede evidenciar existen porcentajes importantes de niños con peso mayor que lo considerado normal (puntuación  $Z > 0$ ), o lo contrario con desnutrición (puntuación  $Z < 1$ ).

Otro de los factores evaluados fue el estado civil de las madres, de esta manera se obtuvo que el 82% de las madres no tienen pareja y apenas el 18% si lo tienen, es decir son casadas o viven en unión libre. Al correlacionar esta variable con los parámetros antropométricos en los niños, el análisis nos muestra que las madres sin pareja tienen más

hijos desnutridos crónicos frente al 21% de hijos desnutridos de las madres con pareja, sin embargo, no existe diferencias estadísticamente significativas, es decir que la variable longitud/estatura para la edad no depende del estado civil, es decir son independientes.

El embarazo precoz ha sido un factor influyente en la nutrición de los niños, el estudio mostró que el 24 % de madres tuvo su primer hijo dentro del periodo de edad fértil considerado más seguro 20 a 35 años, el 76% restante lo tuvo en edades con mayor riesgo, es decir, 70% antes de cumplir los 20 años y 6% pasados los 35 años, lo que demuestra que existe la posibilidad que la nacionalidad wao crezca a futuro (pirámide poblacional ancha), además hay que rescatar que de las 50 mujeres entrevistadas 35 es decir el 70% están en la edad de 15 a 20 años, lo que traduce en embarazo de alto riesgo, no queriendo decir que esta mal pues en su cosmovisión está bien, sin embargo se debería enfocar un atención especial en este grupo, ya sea capacitando a la parteras o brindando la información necesaria para que se reduzca las complicaciones en el embarazo dentro de este grupo etario.

Por otro lado, se determinó que el 98% de las madres si le dio alguna vez el seno a su último hijo y apenas una madre no lo hizo. La mayoría de los niños (51%), cuya madre dio el seno al último hijo presenta una talla normal para la edad que tiene, el 37% tiene talla baja y el 12% puede sufrir un posible problema endócrino, no encontrándose asociación estadística entre las variables.

En lo referente a cuáles fueron los primeros alimentos que le dio la madre al último hijo luego del seno y cuáles son los alimentos complementarios, se determinó que entre los primeros alimentos que le dieron después del seno se encuentra la chucula (70%), chica dulce (66%), pescado (6%), papas (4%), yuca y leche (2%). En cuanto al alimento complementario las frutas que más utilizaron como alimento para su hijo fue la papaya (78%), mora (78%), plátano (26%), uva (22%) y mandarina (18%).

En cuanto a los resultados de la entrevista sobre cosmovisión indígena, se resume que a cultura Waorani debe dejar de ser vista como, indígenas selváticos, pues sus modos de vida y la occidentalización les ha hecho cambiar su forma de vida y costumbres.

Los resultados guardan relación con los argumentos del estudio de (Jiménez , Rodríguez, & Rodríguez , 2010) que plantea que el alimento, la salud, y la atención sanitaria son factores que generan la desnutrición crónica en especial categorías el género del recién nacido, la edad de la madre, su nivel de educación, el nivel socioeconómico de la familia, las zonas de residencia, las políticas e instituciones de protección social afectan este flagelo en la salud nutricional de los niños con mayor énfasis en comunidades indígenas.

De forma similar, el estudio analiza comunidades con etnia indígena evidenciando grados de desnutrición en los diferentes segmentos de edades en los niños con tendencia al actual fenómeno denominado: “la Doble carga de la malnutrición: obesidad-desnutrición. (CENDES , 2018), el cual según (Ministerio de Salud Pública; INEC; ENSANUT, 2012), en la población indígena de 0 a 5 años se registra una prevalencia del 25.3%.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los hallazgos principales encontrados en el estudio mediante el análisis cuantitativo y cualitativo descritos en la discusión y respuesta a los objetivos planteados se concluye:

- La población estudiada estuvo conformada por 77 niños de 55 familias pertenecen a las comunidades Waorani, caracterizada según el apellido por la composición étnica en mayoría de individuos Wao (68%) seguidos de quichuas (21%), con predominio del sexo femenino (58%) y con edades promedio entre 2 años y 5 meses.
- El estudio demostró que en comunidades Waorani, existe un proceso de mestizaje del 20%, además que no son excluyentes frente a otras nacionalidades, y lo que abarca este proceso es el cambio cultural ya que cada grupo étnico trae consigo costumbres y tradiciones que irrumpen en la cosmovisión netamente Wao.
- Se concluye que según la antropometría que el 53.1%, del sexo masculino y 88.4% en el sexo femenino sufren de desnutrición crónica
- La edad, el sexo, el IMC, el tener al bebé en edad fértil, el dar el seno, los controles prenatales no guardan relación con el estado nutricional de los niños de la comunidad Waorani, sin embargo, las madres sin pareja tienen más hijos desnutridos crónicos frente al 21% de hijos desnutridos de las madres con pareja, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas.
- Se muestra que el 82% de las madres no tienen pareja, el 76% de las madres tuvieron a sus hijos en edades con mayor riesgo, el 98% de las madres si le dio alguna vez el seno a su último hijo, ninguna de las variables mostró asociación estadística con el estado nutricional de los niños, sin embargo, los niños con obesidad, riesgo de

sobrepeso y severamente emaciado se encuentran en las madres que tuvieron a sus hijos en edad no fértil.

- Los principales alimentos empleados por la comunidad luego de la lactancia, en el periodo de destete fueron productos bajos en proteína y ricos en hidratos de carbobo, como la chucula, la chica dulce (de yuca) y frutas como la papaya y la mora.

Al comparar los factores sociales de riesgo asociados al desarrollo de desnutrición crónica que prevalecen en niños y niñas de la nacionalidad Waorani, se evidencian las siguientes conclusiones del análisis cualitativo.

Siendo la selva la base de supervivencia de la comunidad Waorani, la cosmovisión de esta cultura alrededor de aspectos como la salud, la enfermedad, la nutrición, desnutrición, qué son alimentos buenos y cuáles no, los cuidados en el pasado y en la actualidad; todavía gira entorno a los beneficios que la naturaleza les puede otorgar reconociendo para muchos la importancia del consumo de lo que ésta le puede ofrecer para estar sano; donde destacan principalmente alimentos como el pescado, la chicha, la yuca, frutas y aquellos que no tengan químicos o incluyan ingredientes como el azúcar provenientes de fuera.

Sobre este último aspecto, todos coinciden que los productos que contienen condimentos o especialmente los llamados enlatados, (que se producen fuera de su entorno) son malos para la salud, donde de vez en cuando los consumen. Sin embargo, hay quienes sí traen alimentos como el arroz, fideos, aceite o azúcar para complementar lo que les ofrece la naturaleza, del que uno de los entrevistados manifestó que preferiría quedarse en la selva porque en ella siempre va a tener con qué alimentarse, cosa que no sucede si migra a la ciudad porque allá todo se mueve con el dinero.

Entienden así que la comida de su comunidad está a su alcance (a pesar de los daños provocados por las petroleras) y que la misma es más sana llevando, con ello, a proveerse de alimentos provenientes más de la selva, que de la dieta que Occidente les puede ofrecer.

Ahora bien, la alimentación usual desde el nacimiento es la leche materna (salvo casos en los que les toca recurrir a la leche de tarro) donde a partir de los 5 a 6 meses de edad la madre cambia la leche materna por alimentación como la papa, la chucula que se mezcla con agua, así mismo el pescado que es el alimento más consumido en la comunidad; y también frutas como, plátano , guaba donde algunos reconocieron que contienen vitaminas; también está la yuca, el plátano maduro y maíz.

Respecto a su cosmovisión alrededor de qué es estar con buena salud o no, el grupo responde a partir de adjetivos como flaco que lo asocian a desnutrido y gordo a estar nutrido; así mismo el no comer bien o no querer hacerlo, dolor de cabeza, tener gripe, estar decaído son signos de enfermedad y el estar sano significa el estar bien alimentado, alegre, jugando en el caso de los menores de edad.

Hay una amplia coincidencia en considerar que es importante mantener buenos hábitos de salud como el lavarse las manos sobre todo cuando se está manipulando alimentos en la cocina, así como lavar los alimentos antes de consumir, o después de ir al baño; en tanto entienden que al no utilizar este hábito pueden ser objeto de enfermedades. Además, un punto relevante en la comunidad Waorani es la igualdad de actividades y el compartir las actividades dentro del hogar y en el trabajo diario.

Se entiende así que el rol que las parejas cumple en el hogar o fuera de este, se divide entre ellos, donde en el caso de la mujer de encontrarse embarazada, es el varón quien le provee de los medios para que mantenga su salud.

Respecto al embarazo, consideran importante cuidar su salud alimentándose bien con leche fresca, no hacer mucho esfuerzo ni bajar de peso, comer carne como la de mono.

Muchas de las entrevistadas manifestaron haber tenido náuseas en sus embarazos con productos como la carne, donde como alternativa consumen fruta u otros alimentos de su entorno para que no muestren desnutrición, caso en el que una de las entrevistadas manifestó haber tenido.

La poliomielitis, última enfermedad que consideran provino de los extranjeros. Este punto es importante resaltar que hubo quienes asociaron la construcción de carreteras con transmisión de enfermedades, en tanto su comunidad puede verse afectada por el contacto con los de afuera.

Entre los productos naturales que más consumen, en caso de encontrarse enfermos, es la hoja de ajo que lo usan para el dolor de cabeza, así como la ortiga para curarse del estómago, del dolor del cuerpo y la cabeza. Sin embargo, en la gran mayoría se ha perdido la costumbre de utilizar plantas medicinales expresando su preferencia por acudir a los centros de salud para ser atendidos y, pocos como alternativa adicional usan dichas plantas.

Entienden que la medicina occidental les cura con mayor rapidez y efectividad, aunque existieron casos en los que cuando los doctores les indican que no se puede hacer más por la persona, acuden a los llamados chamanes o curanderos quienes en cambio han mostrado efectividad.

Sobre la costumbre de utilizar plantas naturales para la curación, los entrevistados manifestaron que, aunque todavía se mantiene, sobre todo entre los adultos, se está perdiendo con el tiempo; en tanto muchos ya no recurren tanto a los chamanes como a los especialistas que laboran en centros médicos del que entienden que también les puede salvar la vida. Comentan que antes, cuando no había centros de salud, en casos de emergencia acudían a los chamanes o bien utilizaban las plantas medicinales para aplicarlos en la curación del enfermo.

Sobre la labor de los chamanes consideran que no todos se dedican a ayudar a su comunidad con su capacidad curativa, en tanto todavía persiste el interés de aplicar la brujería para hacer daño a los demás.

En este punto fue interesante comprender que existe una posición casi dividida respecto a conocer en qué nivel ellos creen en males de enfermedades ocasionadas por la envidia. Así manifestaron unos que están convencidos de que las mismas se produzcan por las malas energías, pero, en cambio, otros respondieron que han escuchado casos en los que los mismos chamanes (no todos) se dedican a esta actividad llegando a afectar la salud, incluso de una familia entera.

Por otro lado, consideran importante volver a rescatar el uso de la medicina ancestral, así como recuperar las costumbres e idioma nativo, en tanto, sobre todo en los jóvenes se ha perdido fuertemente; donde entienden además como amenaza la cacería ilegal, e invasión del territorio con los vecinos colonos o los quichuas.

Además, se ha perdido el consumo de animales, en tanto al crecer la población se han ido perdiendo especies, así mismo ha ido reduciendo el número de árboles, en tanto se utiliza para la construcción de viviendas, ni tampoco queda casi tierra “primaria:

Finalmente consideran que la invasión petrolera ha perjudicado su entorno natural, en tanto los alimentos provenientes de la naturaleza están siendo afectados y, por ende, esto perjudica a la salud de la comunidad; sin embargo, existe preferencia por no salir de su entorno en tanto si les pusieran a escoger entre vivir en la selva o irse a la ciudad, creen que la naturaleza les puede ofrecer mejores condiciones de vida. Esto, a pesar de que con el tiempo por la contaminación alimentos como el pescado se han convertido en perjudiciales para su salud.



Se concluye, la cultura Waorani debe dejar de ser vista como, indígenas selváticos, pues sus modos de vida y la occidentalización les ha hecho cambiar su forma de vida y costumbres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amato, V. (2005). *An exploration of teacher understanding and use of brain research in the instruction of young adolescents*. Dissertation (M.S.), Texas Woman's University, Texas. AAT 1425943.
- Acevedo, E., Sanabria, M., Delgadillo, J., & Castillo, C. (2004). *Kwashiorkor y marasmo kwashiorkor en niños hospitalizados*. <https://dialnet.unirioja.es>, 7. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es> > descarga > artículo
- Aldana, C., & Chapilliquen, J. (2017). *Influencia del nivel educativo materno como determinante en la desnutrición crónica de los niños en el Perú*. Chiclayo: UCSTM.
- Aldana, C., & Chapilliquen, J. (2017). *Influencia del nivel educativo materno como determinante en la desnutrición crónica de los niños en el Perú*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Alvarado, E., & Luyando, J. (2017). *Alimentos saludables: la percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey*. Nuevo León: Estudios Sociales.
- Alvarado, E., & Luyando, J. (2013). *Alimentos saludables: la percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey, Nuevo León*. Estudios Sociales, 21(41).
- Álvarez, L. S. (2012). *Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 30(1), 95-101. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>
- Amigo, H., Costa, T., & Bustos, P. (2009). *Estado nutricional en la telarquia y menarquia de adolescentes chilenas indígenas y no indígenas*. Caracas: Archivos latinoamericanos de nutrición. Obtenido de <https://www.alanrevista.org/ediciones/2009/3/art-5/>
- Bolis, C. T. (2007). *Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad*. Rev Panam Salud Publica, 22(6), 405-416.
- Calvo, E., & Biglieri, A. (2008). *Impacto de la fortificación con ácido fólico sobre el estado nutricional en mujeres y la prevalencia de defectos del tubo neural*. Buenos Aires: Archivos Argentinos de Pediatría.
- CENDES . (2018). *La Doble Carga de la Malnutrición: un fenómeno emergente en Salud*. Recuperado el 23 de 7 de 2020, de CENDES: <https://www.ovsalud.org/boletines/alimentacion/la-doble-carga-de-la-malnutricion-un-fenomeno-emergente-en-salud/>
- Datosmacros.com. (2018). Ecuador - *Pirámide de población*. Recuperado el 21 de 9 de 2020, de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/ecuador>.

- FAO. ( 2015). *Comida, territorio y memoria Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos*. Bogotá: [publications-sales@fao.org](mailto:publications-sales@fao.org).
- Freire, W., Ramírez Luzuriaga, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, M., Romero, N., . . . Monje , R. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito: MSP; INEC.
- Glembotzky, M. S. (2005). *Población y producción de alimentos*. Tendencias recientes. *Revista Latinoamericana de Economía*, 36(141), 183-203.
- Guillermo Ramírez, P. S. (2015). *Unidad de producción familiar como alternativa para mejorar la seguridad alimentaria en la etnia yaqui en Vítam, Sonora, México*. *Ra Ximhai*, 11(5), 113-136.
- Hernández Sampiere , R. (2017). *Metodología de la investigación*. México: 6ta edición. Mc Graw Hill Education. ISBN: 978-1-4562-2396-0. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, M. (2018). *Hacia la promoción de la Salud*. Scielo.org. Obtenido de <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>
- Horacio Márquez-González, V. M.-S.-S.-V.-F. (2012). *Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico*. *El Residente*, 7(2), 59-69.
- Ima Omene, M. O. (2012). *Saberes Waorani y Parque Nacional Yasuní: Plantas, Salud y Bienestar en la Amazonía del Ecuador*. Quito, Ecuador: ISBN: 978-9942-07-339-6. Obtenido de <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/Saberes-Waorani-ok-final-1.pdf>
- INEC. (2008). Ecuador: *La Desnutrición En La Poablación Indígena Y Afroecuatoriana Menor De Cinco Años*. Quito: Talleres Gráficos del INEC. Insitituto nacional de estadísticas y censo.
- INEC. (2015). *Compendio estadístico 2015*. Quito, Ecuador : Gobierno del Ecuador . Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2015/Compendio.pdf>
- Jiménez , D., Rodríguez, M., & Rodríguez , R. (2010). *Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica*. Madrid: Nutrición Hospitalaria.
- Jiménez Benítez D, R. M. (2010). *Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica*. *Nutrición Hospitalaria*, 18-25.
- Lalonde, M. (1975). *El Concepto de "Campo de Salud": Una Perspectiva Canadiense. A Working Document*. "Ottawa, Canadá, Information Canada". Obtenido de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/50923.pdf>
- Melendez , J., & Frías, H. (2012). *Comportamiento alimentario durante la adolescencia*. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 99-106. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2012/mipM121j.pdf>

- Melendez, J., Cañez, G., & Frías, H. (2012). *Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿Nueva relación con la alimentación y el cuerpo?* Revista mexicana de investigación en psicología, 4.
- Ministerio de Salud Pública; INEC; ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito: El Telégrafo.
- Mukuria, A., Aboulafia, C., & Themme, A. (2005). *The Context of Women's Health: Results from the Demographic and Health Surveys, 1994–2001*. DHS Comparative Reports No. 11. Calverton, Maryland: ORC Macro. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/324165347\\_Mukuria\\_A\\_Aboulafia\\_C\\_Themme\\_A\\_The\\_Context\\_of\\_Women's\\_Health\\_Results\\_from\\_the\\_Demographic\\_and\\_Health\\_Surveys\\_1994-2001\\_DHS\\_Comparative\\_Reports\\_No\\_11\\_Calverton\\_Maryland\\_ORC\\_Macro\\_2005](https://www.researchgate.net/publication/324165347_Mukuria_A_Aboulafia_C_Themme_A_The_Context_of_Women's_Health_Results_from_the_Demographic_and_Health_Surveys_1994-2001_DHS_Comparative_Reports_No_11_Calverton_Maryland_ORC_Macro_2005)
- Murillo, C., & Velarde, M. (2014). *La socio-economía de la occidentalización de una comunidad Huaorani*. USFQ. Quito: Universidad de San Francisco de Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2919>
- Nieto, C. (2007). *Efectos de la desnutrición proteicoenergética en el sistema nervioso central del niño*. Revista de Neurología, 71–4. Obtenido de <https://www.neurologia.com/articulo/2006663>
- OMS. (2019). Tema: *Salud del Niño*. Obtenido de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/malnutrition/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/es/)
- ONU. (2012). *El Futuro que Queremos Los Alimentos*. Río de Janeiro: Publicación del Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, junio de 2012.
- Ramírez, L. (2009). *Desnutrición y cerebro*. Archivos de Medicina, 9(2), 183–92. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/2738/273820455010/>
- Secretaría Técnica Plan para toda la vida. (2018). *Programa Acción Nutrición*. Recuperado el 5 de 9 de 2020, de <https://www.todaunavida.gob.ec/programa-accion-nutricion/>
- Tobar, F. (2013). *La atención de la salud*. OPS/OMS. Obtenido de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
- UNICEF. (2011). *La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España, Madrid. Obtenido de <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
- UNICEF. (noviembre de 2011). *Unicef*. Obtenido de La desnutrición infantil: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

- Valadez, I., Villaseñor, M., & Alfaro, N. (2004). *Educación para la Salud: la importancia del concepto*. Revista de Educación y Desarrollo, 43-48. Obtenido de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/antiores/1/001\\_Red\\_Valadez.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/1/001_Red_Valadez.pdf)
- Yépez, M. (2017). *Propuesta de promoción de salud mental en las comunidades Huaoraní de Guiyero, Ganketapari y Timpoca*. Pontifica Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología. Quito: PUCE.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Transcripción de entrevistas**

AUDIO UNO	
1. María	Desnutrición, peso bajo, no comen
2. Carmen Chimboyeti	<p><b>Edad:</b> 26</p> <p><b>Persona sana:</b> que está flaca, que se cuida bien</p> <p><b>Persona enferma:</b> come poco</p> <p><b>Desnutrición:</b> no come, no se alimenta bien</p> <p><b>Alimentos buenos y malos:</b> dulces es malo porque enferma</p> <p>Llevan al chaman y luego llevan al médico, cuando está mal llevan al médico y dice que no se puede hacer nada le llevan al sanan afuera de la comunidad, en el Puyo.</p> <p><b>Porque se los pesa y talla:</b> saber el crecimiento</p> <p><b>Como sabe que el menor está sano:</b> no es bueno que este flaco, gordito (bien alimentado), jugar (bien)</p>
3 comunidad Toyampari, 22 años. Martha Yetti	<p>De la comunidad, a quien ve como sano: que está bien sano sin enfermarse.</p> <p>Salud: no enfermo, estar bien sin <b>gripe</b></p> <p>Que se hace para estar sano: tener limpia alrededor casa, no basura, lavarse manos cuando va al baño,</p> <p>Tiene salud: no porque esta con gripe</p> <p>Salud es: estar sano, bien.</p> <p>Diferencia entre nutrición y alimentación: nutrición es cuando un niño este gordo, bien alimentado y flaco es desnutrido o porque no come bien, o come muchos dulces.</p> <p>Alimentación: comida que debe comer, sana como en general, es malo comer galletas, dulces, caramelos y bueno plátano, yuca, pescado</p> <p>Quien ayuda crianza: lleve a pediatra cuando estaba con granos y le dijo el pediatra por el calor le sale</p> <p>Madre puso hoja y le baño y con eso mejoro, Dijo que estaba muy desnutrida y manda calostro</p> <p>Que más comen: pescado, arroz</p> <p>Cambio de lactancia a alimentos: sopa papa cocinada, colada de calostro.</p> <p>Quiere tomar más seno</p> <p>Prepara alimentos, cocina, lava y pone en candela.</p> <p>Lava manos: cuando quiere cocinar o está sucia manos</p>
4. Juana Gaba comunidad Toyampari	<p>Persona sana o que es salud: para tener salud hay que cuidarse uno mismo.</p> <p>Acude al centro de salud.</p> <p>Tener cuidado de no enfermarse</p> <p>Salud es:</p> <p>Enfermo es: descuido de la gente coge enfermedad</p> <p>Como se enferma: con todo cuidado pasa bien, descuido coge gripe</p> <p>Hijos se acercan con niño con gripe le pasa</p>

	<p>Quien está más sano y por qué: gripe, fiebre y le da rápido medicamento y lleva al centro</p> <p>Cuidado antes y ahora: antes de forma natural medicamento ahora medicamento de fuera</p> <p>Antes era mejor o ahora: para mi ahora, porque antes lo natural no avanzaba a curarse.</p> <p>Enfermedades antes: calambre y ha matado a la gente antes</p> <p>Ahora: temporal esta solo gripe y mal viento</p> <p>Cuidados en los embarazos: le daban en el centro</p> <p>Nino para estar sano: normal, divertido, alegre</p> <p>Prepara alimentos: lavarse los alimentos caso contrario le da diarrea, vomito</p> <p>Lava manos antes de dar seno</p> <p>Cambio leche a alimentación: daba papa, chucula que mezcla con agua y luego pescado a los cinco meses y da hasta ahora seno.</p>
5. Evelyn	<p>Salud: buena alimentación</p> <p>Embarazada: no hacer fuerza, comía carne de mono,</p>
6. cristina Epa comunidad Toyampari	<p>Dentro de la comunidad quien tiene buena salud: buena alimentación, comer bien como carne, pescado, fruta</p> <p>Alimentos malos:</p> <p>Cuidados en embarazo: no debía golpearse en el estómago, no jugar</p> <p>No quisiera tener otro hijo</p> <p>Antojos: no carne,</p> <p>Como saber si un niño está enfermo o sano: contento, riéndose</p> <p>No se lava las manos y solo cuando va al baño.</p>
7. Cueva	<p>Dentro comunidad quien tiene salud:</p> <p>Enferma: coge fiebre, gripe, dolor de cabeza, duele el cuerpo, se desmaya</p> <p>En niños cuando están enfermos: gripe</p> <p>Sano: no tiene gripe, no fiebre</p> <p>Cuidado de hijos: hoy da yuca, plátano, papaya, caña, arroz, chocolate para engordar.</p> <p>Malos: no sabe</p> <p>Alimento más importante: plátano, yuca, maíz, papaya y ahí se da todo eso.</p> <p>Alimentos compra en tienda: azúcar,</p> <p>Lava manos: cuando prepara alimentos,</p>
8. Celia y Francisco	<p>Gripe fuerte: vomito sangre el niño y quedó débil</p> <p>Sano en comunidad: cuidar en el hogar con higiene personal</p> <p>Sano: bien alimentado, tratan bien, dar de comer.</p> <p>Alimento bueno y malo: maduro, oritos, naranja, mandarina es bueno, guaba y tiene vitaminas.</p> <p>Mantiene limpio hogar</p> <p>Comía todo en el embarazo. Algunas mujeres tienen asco</p> <p>No permite alimentos en embarazo: comía todo</p> <p>Comer pescado en embarazo da sed, pide más, toma chicha, chucula, pero no chicha en embarazo</p>



	<p>Mal nutrido: los niños no dan alimento correcto y solo le dan azúcar que es malo. Le dan alimentos de afuera y los acostumbran sobre todo cuando llora</p> <p>Viene enfermedad y coge más fácil cuando el niño consume mucho azúcar</p> <p>Control a niño: estaba enfermo con tumor en el pulmón</p> <p>No dio seno al menor porque dijo el doctor que no porque puede ahogarse, respira rápido. Les dio seno a los 8 días.</p> <p>Lavarse manos: en desayuno y almuerzo, se baña a diario, en día de trabajo también</p> <p>Agua de guayusa: da ánimos</p> <p>Enfermedad antes” paludismo y ahora no, pero aparecen ahora mosquitos</p> <p>Evita para contagiarse de paludismo: dormir con toldo.</p>
9.	<p>Enfermo: fiebre,</p> <p>Adulto: gripe, duele garganta</p> <p>Alimentos buenos:</p> <p>Malos: duele la barriga, diarrea/</p> <p>Alimentos antes comían sin sal, ni azúcar, arroz.</p> <p>Chucula, chicha de yuca, carne de chanta</p> <p>Ahora traen de fuera como arroz, azúcar</p>
10. Marisol	<p>Sano: se cuida</p> <p>Curaba antes y hoy: infusión ajo, hacer bañar con agua de ajo y hoy a veces</p> <p>Enfermedades antes y hoy: antes</p> <p>Luego de lecho dio chucula, frutas como guaba.</p> <p>Alimentos buenos y malos: malos coge diarrea como aceite.</p> <p>Comen al año más alimentos</p>
11. Yadira	<p>Enfermo: van a subcentro. Prefiere ir antes de estar enferma.</p> <p>Debilidad, baja presión con dolor de cabeza, dolor cuerpo, no está animada a comer algo</p> <p>Nino enfermo: no quiere comer</p> <p>Cuidado antes a bebe y ahora: antiguamente con medicamento natural de la selva, de ajo, sangre de drago que sirve el ajo para gripe, dolor de cabeza o limpiar el cuerpo bañándose con eso para no enfermarse tanto.</p> <p>Hoy: algunos aplican.</p> <p>Usan ortiga para dolor cuerpo, cabeza, barriga.</p> <p>Enfermedades antes: polio que venía de extranjeros y atacaba dejándoles inválidos.</p> <p>Métodos anticonceptivos: hoy se cuidan.</p> <p>En embarazo no podía comer: daba asco el pollo.</p> <p>Abuelos salían a trabajar luego de embarazarse no comían sal, azúcar por eso su cuerpo era fuerte. Hoy al comer comida de afuera afecta a la sangre, toca comer ahora.</p> <p>La placenta sacaba y ponía a las hormigas para que los otros hijos iban a ser fuertes como las hormigas.</p> <p>Padre en casa: ayuda en cualquier cosa, chagra, todos mantienen la casa. Las actividades comparten por igual</p>

	Bien alimentado: gordo, fuerte, camina muy rápido.
12. Lidia	<p>Enfermo: dolor, triste  Sano: todo hace, va a trabajar, a jugar, feliz  Que se debe hacer para estar sano: ir al doctor, medicamentos para sanarle y si no es con el médico. Ora al Señor para curarse de enfermedades  Otros buscan a los que saben curar  Crianza hijos diferencia antes y hoy: antes era bueno. Hoy no respetan, no hacen caso.  Chuchuguaso ayuda a la medicina de hoy.  Pérdida de identidad Waorani: sigue igual  Enfermaban antes: comida no era con químicos y hoy sí.  Fumigan yuca, plátano y siembran con químicos por eso creo que se enferman mucho, cogen diarrea, débiles  Gripe  Alimentos buenos y malos: todos son buenos para comer  Toma agua con limón para dolor de barriga  Las enfermedades se producen: no sabe  Hay veces la envidia produce enfermedades, pero yo no creo.  Hacen shamanismo  Para protegerse hacen limpiar con mentol,  Va al shaman no va, va más bien al doctor que dan medicamentos, tratamientos que le han ayudado.  Niño bien nutrido: no sabe, gordos son sanos, flacos desnutridos, no crece.  Alimentos da a partir de 3 meses, calditos, jugos, huevo criollo.  Plátano asado, chucula, chicha a los 6 meses  Seno es bueno dar hasta 3, 4 meses y dando ceno con comida año ocho meses.  Alimentos importantes en casa: yuca, plátano, chicha, chucula, molidos, huevo, pescado</p>
13. Nancy y Matías	<p>Embarazo alimentos buenos y malos: malo: enlatado de afuera se enferman duele la barriga, vómitos.  Cuando comen alimentos de aquí no pasa nada.  Hacen daño a niños alimentos  Curanderos y shamanes: diferencia:  Curandero cura  Shaman que hace daño. A veces se hace el curandero vivo  Ambos usan plantas medicinales  Nosotros usan aun plantas como ajo, jengibre, sirve el ajo para dolor cuerpo, bajar fiebre y con jengibre al mezclar, lo cocino y limón pasa la gripe.  Plantas para curar: hoja de monte.  Niño bien nutrido: es alegre, cuerpo normal, fuerte, ganas de hacer muchas cosas.  Sano: ayuda en casa, hace muchas cosas.  Estar gordo no es estar sano, tienen diabetes, comen bastante dulce y quedan gordos, dañan el hígado.  Petrolera causa daño ambiental: río contaminado, dañan los peces, el aire no es igual.</p>

	<p>Al huevo lo cocinan Usan demasiada sal por desconocimiento</p>
14. Erlyn	<p>Saludable: lavarse las manos, asearse, lavarse la boca, los oídos Niño sano: gordo, limpio, Niño enfermo: triste, duele garganta, fiebre, diarrea Gripe: le bañan en agua tibia Por la envidia pueden enfermar o cuando tienen iras: quieren algunos que se enferme, pero no cree en eso. Crianza niños antes y ahora: hacían lo que el padre decía, hoy les cría con lo que el doctor dice. Bien nutrido niño: sano, completo (desayuno) ellos quieren comer Alimentos buenos y malos: bueno chucula y malo tomar la comida de fuera. En embarazo que podía comer: guabas, yuca y no comer enlatados.</p>
15. Karina	<p>Enfermo: triste, delicado, flaco, pálido, En niños: lloran, se sienten mal porque está mal su cuerpecito Sano: sonríe siempre, jugando Salud es: bien de salud Cuidados en embarazo: iba a la chacra, hacia deportes, alimentos: casi todo, todo luego. No podía comer dulce en embarazo, comía gusano chontacuro Alimentación antes y ahora no: antes yuca, plátano y ahora comen más lo de afuera, Es malo comer de fuera porque se come aceites, con puro químico, pero lo come porque a veces no tienen que comer como antes. Petrolera influencia en salud: contaminaciones, el aire. Ha bajado el consumo de carne, los peces</p>
16. Indira	<p>Niño bien nutrido: no está enfermo. Sano: está contento Enfermo: llora En adultos enferma: cuando duele alguna parte. Embarazo; no jugar fútbol, cargar cosas pesadas. Hubiese querido tener más tarde su hijo, pero sí estudia. Impidió su hijo: antes podía jugar y hoy no. Le hubiese gustado tener hijos a los 20 y no antes. Ayuda de esposo: arreglar cuartos, cocinar, cuartos, cuidar a menor.</p>
17. Félix y Silvia	<p>Enfermo: decaído, no hace nada Sano niño: gordo, pero no exagerando, tranquilo, cara bien, quiere comer, hacer cosas Niño se contagia enfermedad porque está desaseado, se pone alguna cosa a la boca Hace para no enfermarse; tener aseado, alimentarle bien, evitar acercarse a enfermos. Mucho sol también enferma Parto en casa: haber sogá, sabana, se corta cordón con tijeras o guada</p>

	<p>Con la placenta: se le entierra          Edad da seno: hasta año dos meses o un mes. Luego da chucula          Sopa de alverja y frejol con carne y pescado          Cuidados en el embarazo: comía de todo          Diferencia antes y ahora: no se cuidaban antes para quedar embarazadas. Hoy con inyecciones</p>
18. Roque	<p>Niño enfermo:          Maldad hacen a todos.          Shaman saca sanguijuela          Curandero es shaman. buenos y malos          Niño sano: come bien, toma bien          Los niños desnutridos son flacos          Actividades ayuda en casa          Estudió          Crianza:          Comida sin químicos, de afuera si tienen          Consume alimento de afuera, no tanto.          Como se curan ahora: con el medico          Peces se van muriendo.          Petroleras contaminan.</p>
20. Zaida	<p>Guanto. Dolor cuerpo se machaca y se toma          Enfermedades antes y hoy: Chikunguña antes y ahora          Dar de comer sin lavarse las manos,          Enferman por envidia.          En embarazo: comer frutas, no podía comer carne          No hacer fuerza          Sano: se ve bien, gordo, buena sangre (rostro rojo)          Enfermo: picadura, granos</p>
21. Yuliza	<p>Persona enferma: siente malestar, mala gana, no quiere comer, no quiere jugar.          En niños: siente dolor, frio,          Transmite enfermedades: no lavarse manos para consumir alimentos y por basura que no queman          Antes curaban con medicina natural: ajo, uña de gato, hoja cáncer (cáncer)          Niño sano: bien aseado, lavarle manos, dientes, normal no tan gordo          Cuidados embarazo: no caerse</p>
22. Teresa	<p>Ir al doctor porque tiene medicinas          Está embarazada:          Enferma: fiebre          Gripe          Plantas: monte de ajo (fiebre), se usa cuando no tienen para irse al doctor.          Que puede comer: fruta (banano, naranja)          Que no puede comer: no chicha          Niño sano:</p>
23. varón	<p>Como sabe que está sano: alimenta mejor, bañarse,          Cuidado en embarazo: pescado          Enfermo: si tienen calentura, mala gana</p>

	<p>No comer mucha azúcar          Antes se comía naturalmente bien, nada contaminado          Para ser sano, hacer deporte          El que toma trago y fuma está enfermo</p>
24. Wao	Otro idioma
25.	Nada
26. Rosa	<p>Persona con salud: buen peso          Nino con buena salud:</p>
27. Zoila	<p>Nino enfermo: decaído, flaco, medio triste          Da de comer todo como arroz, fideo que compra fuera          Alimentos de fuera...no sabe</p>
28. Marisol	<p>La mujer puede estudiar, pero hay preferencia en los hombres          Cuando debe lavarse las manos: después de ir al baño          Salud es: está bien          Enfermo: gripe, fiebre.</p>
29. Yabet	<p>Se cuida con implante          La mujer ayuda a cuidar          Contagio de enfermedades: por gripe, dolor de cabeza          Alimentos en el embarazo: chicha y pescado          Es mestiza          Intercambio quichuas y Waorani en alimentación: es diferente.          Los Wao comen chicha, plátano, pescado y los quichuas chichas fuerte          Uso de plantas quien sabe más: lo mismo, usan las mismas plantas          No podía hacer en el embarazo: cargar</p>
30.	No habla español
31. Evana	<p>Otro idioma          Antes no comían sal, nada de dulce. Lo natural, pescado y hoy consumen a comer sal, a comer fruta de la ciudad          Alimentos buenos y malos: yuca, plátano, guineo, poca carne y más pescado          Malos: comida de fuera          Embarazada: necesita comer          Hasta que mes dio de lactar: hasta que le salga los dientes.</p>
32. Alejandra y Vicente	<p>Alimento:          Nutriente: algunas otras vitaminas          Uso de plantas medicinales: muchos se han dedicado a la medicina occidental, y un poco la tradicional          Medicina tradicional          La natural también es importantísima.          Rescatar, volver a rescatar la medicina, pero necesitan también buscar a ancianos, pocos y con ellos trabajar          Los Waorani se ha acostumbrado a la vida occidental, y se han olvidado mucho, el idioma, la comida, se compra la comida de fuera.          Ya no cantan, tienen vergüenza de hablar el idioma, no vestimenta          Amenaza cacería ilegal, de territorio, vecinos colonos, quichuas. Han entrado a territorio Waorani.</p>

	<p>No valoran el territorio y lo venden          Se consumen animales menos que antes, ya hay menos animales por la población que crece          Se compra alimento bastante de fuera          Compra arroz, aceite y cebolla          Consumir agua limpia, comida sana,          Enfermedades de hoy que jóvenes no controlan (sexo)          Con charlas no les interesa, se burlan          Creencias: la persona no se enferma por deseo de mal          Tal vez con el maltrato y le enferma físicamente          Cuidado en embarazo: pescado, carne, comida de adentro.          Le podía dar todo</p>
33. Vilma	<p>Niño con salud: saludable,          Enfermo: cuando se queja, se siente débil,          Cuidados en embarazo: asco carne, pescado y no comía. Solo tomaba jugo y le dijeron que tenía bajo peso          Alimentos buenos y malos: carne, pescado y malos enlatado          Compra sal, fósforos.          Tuvo problemas en parto.</p>
34. Rosa	<p>Atiende bien a sus hijas, chucula, chicha, pescado, carne          Alimentar bien          Buenos: pescado más, carne,          Malo: lo de fuera, enlatados          Compra aceite, arroz, menos enlatados          No tuvo bajo peso en embarazo          Sano: juega, ríe, grita          Enfermo: quieto, no tiene ganas de jugar          Como sabe que está enfermo: medio dormidito, triste          Físicamente enfermo: dolor de cabeza, no quiere jugar y se da cuenta que pasa algo          Contagio de enfermedades: tos, gripe          Diarrea se contagia cuando no se tiene limpio el baño          Selva: le da todo, para cultivar, da buen producto          Injerencia petrolera: hacen daño, especialmente a la naturaleza, contaminan          Enseñanza medicina ancestral          Como se ve el cuerpo de una persona bien nutrida: que este fuerte          Enfermo: medio triste.</p>
35. Dayuma	<p>Alimentos malos de fuera: magui, químicos, pero a veces por comer lo hacen          Trae del Puyo, para que de sabor legumbres como papa, tomate, pimiento, cebolla, aguacate, pepinillo. Arroz, harina, fideo, sardina, huevos, aceite, sal, achote          Medicina ancestral: antes la abuelita se ortigaba y no había subcentros, pero hoy ya asisten a los doctores. Preparan medicina natural los que saben y lo venden          Selva le da muchas cosas, vida, alimentos, agua.          En la ciudad, cuando no se tiene plata se mueren de hambre y en la selva tienen sea lo que sea alimento</p>

36. Profe	<p>Enfermedad: dificultad que impide desarrollar actividades</p> <p>Transmisión: factores por la naturaleza, contaminación, contacto sexual</p> <p>Enfermar por envidia: en el medio es normal, escuchar que hacen maldades o brujerías y se han comprobado que la familia vive y se cumple</p> <p>Científicamente no se ha comprobado, pero empíricamente</p> <p>Shaman: dos grupos, dedican a curar las maldades, otros a hacer daño y cobran</p> <p>Medicina ancestral en la quichua: antes los padres lejos de la ciudad Vivian en la comunidad trataba diarreas, gripes curaban solo con plantas como brebaje</p> <p>Plantas por falta de cuidado</p> <p>Recelo de participar, usar traje cultural y se van aislando ese grupo</p> <p>Como enseñar ambos idiomas: el niño habla Wao y pasados los 15 le dicen que por qué no ha enseñado quichua</p> <p>Cuidado embarazo: darle la comida que prefería</p> <p>No hay alimentos malos</p> <p>Rol varón antes en casa y hoy: Wao: trabajaba chacra y luego bodoquera, lanza, tejía para red y hoy en cambio tienen machetes, hachas,</p> <p>Tejía hamaca</p>
37.Grupo focal	<p><b>Salud:</b></p> <p>Aseo de casa, cuerpo sano mente sana, Alimentarse bien.</p> <p><b>Cambio de épocas de antes a hoy (selva)</b></p> <p>Cambio</p> <p>Se pierde la cultura, en muchas partes.</p> <p>Ya no hay árboles, talan para construir casas</p> <p>Ya no queda tierra primaria sino secundaria</p> <p><b>Productos antes y hoy no hay</b></p> <p>Siguen los mismos</p> <p>Consumo de carnes ya no es igual</p> <p><b>Perjudica comunidad con carretera</b></p> <p>Para que no perjudique, socializar a la comunidad para entender.</p> <p><b>Carretera beneficios o perjuicios</b></p> <p>Depende, puede ser más fácil para vender productos como plátano</p> <p>Mayor riesgo de enfermedades</p> <p><b>Como combatir</b></p> <p>Cuidar, controlar a hijos, cuidar que lo que comen</p> <p><b>Uso de plantas medicinales</b></p> <p>Medicina sigue</p> <p>Usa la gente</p> <p>Donde vive, la gente no puede venir y usan medicina tradicional, ajo del monte por dolor cabeza, estomago, se aplasta la hoja y hierve, igual la ortiga por mordedura culebra para que pase el dolor</p>

	<p><b>Alimentos malos de fuera</b> No poner mucho condimento, es malo para la salud</p> <p><b>Petroleras</b> Por mucha enfermedad tienen que cuidar su territorio Rio contaminado con el tiempo coge cáncer.</p> <p><b>Diferencias entre rol hombre y mujer</b> La mujer cazaba también y hoy algunas lo hacen, si ha cambiado Comprenderse en pareja, no esperara que ella haga todo Hombre: hacen los dos. Para mantener a los hijos deben trabajar los dos Mantener a los hijos, por igual siendo pequeño la mama porque ellos no saben o no saben cuidarles</p>
--	---

TOTAL 37 AUDIOOS

