



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:
**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE INFECCIONES
RECURRENTES EN NIÑOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO
INFANTIL DE LA CIUDAD DE AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada de Enfermería

Autora: Proaño Fiallos, Evelyn Paola

Tutora: Lic. Mg. Villa Plaza, Carmen Mercedes

Ambato –Ecuador

Octubre 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE INFECCIONES RECURRENTES EN NIÑOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DE LA CIUDAD DE AMBATO”, de Evelyn Paola Proaño Fiallos, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el Consejo Directivo, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2018

LA TUTORA

.....

Lic. Mg. Villa Plaza, Carmen Mercedes

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE INFECCIONES RECURRENTE EN NIÑOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2018

LA AUTORA

.....

Proaño Fiallos, Evelyn Paola

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea primordiales de mi tesis con fines de difusión pública además apruebo la reproducción de este proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Julio del 2018

LA AUTORA

.....
Proaño Fiallos, Evelyn Paola

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Investigación, sobre el tema: **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE INFECCIONES RECURRENTES EN NIÑOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, de Proaño Fiallos Evelyn Paola estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre del 2018

Por constancia firman:

.....
PRESIDENTA/E

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico en primer lugar a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino para poder culminar mis estudios, darme las fuerzas necesarias para continuar sin desfallecer y la sabiduría para afrontar este gran reto en mi vida. Además, a mis padres quienes no han perdido la confianza en mí y me han apoyado durante toda mi vida brindado un apoyo y amor incondicional, en todo momento.

Proaño Evelyn

AGRADECIMIENTO

Los resultados de este Trabajo, merece expresar un profundo agradecimiento, a todas las personas que aportaron para el progreso del mismo, quienes con su apoyo y comprensión me dieron una palabra de aliento para lograr esta hermosa realidad.

Mi agradecimiento, va dirigido especialmente a mis padres, a mi mami Yolanda y a mi papi Víctor por ser un ejemplo en mi vida y brindarme todo su apoyo, a mis hermanos ya que ellos me han acompañado durante todo mi camino para llegar hasta donde he llegado, y una persona muy especial Ricardo ya que todos ellos hicieron realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Técnica De Ambato por darme la oportunidad de estudiar y adquirir conocimientos los cuales me han servido a lo largo de mi carrera hasta llegar a ser una profesional.

A mi tutora Lic. Mg. Carmen Villa por su esfuerzo y dedicación quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar el proyecto con éxito.

Proaño Evelyn

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	¡Error! Marcador no definido.
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA.....	2
1.1 Tema de investigación:.....	2
1.2 Planteamiento del problema	2
1.2.1 Contexto	2
1.2.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Estado del Arte	8
2.2 Fundamento Teórico.....	10
2.2.1 Marco global del Desarrollo Infantil Integral.....	10
2.2.2 El Desarrollo Infantil Integral	12

2.2.3 Desarrollo Infantil Temprano	13
2.2.4 Primera Infancia	13
2.2.4.1 Atención en la primera infancia.....	14
2.2.4.2 La Estimulación en la Infancia Temprana	15
2.2.5 Vínculo afectivo, una necesidad primordial.....	16
2.2.6 La mediación para el Desarrollo Infantil Integral	17
2.2.7 Aportes desde la ciencia	18
2.2.8 “Hablar de niñez no es hablar de pequeñeces”	21
2.2.9 Aprendizaje y Desarrollo.....	23
2.2.10 Interacciones mutuamente influyentes	24
2.2.11 La familia, la primera escuela	25
2.2.12 Marco constitucional, institucional y legal.....	26
2.2.13 Modalidades de servicios de desarrollo infantil integral	29
2.2.13.1 Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV).....	30
2.2.13.1.1 Características de los CIBV	31
2.2.13.2 Los Centros de Desarrollo Infantil - CDI	34
2.2.14 Componentes del Servicio de Desarrollo Infantil Integral	34
2.2.14.1 Participación familiar, comunidad y redes sociales.....	35
2.2.14.2 Proceso socio - educativo	36
2.2.14.3 Salud preventiva, alimentación y nutrición	38
2.2.14.4 Talento Humano	42
2.2.14.5. Infraestructura, ambiente educativo y protector	46
2.2.14.6 Administración y gestión	48
2.2.15 Infecciones recurrentes en niños	50
2.2.15.1 Niño normal	51
2.2.15.2 Niño atópico.....	51
2.2.15.3 Niño con enfermedad crónica	52

2.2.15.4 Niño con una inmunodeficiencia	52
2.2.15.4.1 Inmunodeficiencias secundarias (ids)	53
2.2.15.4.2 Inmunodeficiencias primarias (idp)	53
2.2.15.4.3 Vacunación en niños inmunodeprimidos.....	54
2.2.16 El medio ambiente y la salud de los niños y sus madres.....	54
2.2.16.1 Principales causas de mortalidad de menores de cinco años relacionadas con el medio ambiente	55
2.2.16.2 Las Soluciones	56
2.3 Hipótesis ó Supuestos.....	57
CAPÍTULO III.....	58
MARCO METODOLÓGICO	58
3.1 Nivel y Tipo de investigación	58
3.2 Selección del área o ámbito de estudio	58
3.3 Población	58
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	59
3.5 Diseño muestral	59
3.6 Operacionalización de Variables	59
3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información	62
3.8 Aspectos éticos	63
CAPÍTULO IV	65
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	65
4.1 Análisis e interpretación de datos.....	65
4.2 Discusión	104
4.4 Referencias bibliográficas	109
4.5 Anexos.....	114

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tema: Lactancia materna exclusiva para niñas y niños de 0 a 6 meses.....	39
Tabla 2 Tema: lactancia materna y alimentación complementaria para niñas y niños entre los 6 a 11 meses.....	39
Tabla 3 Tema: Lactancia materna y alimentación complementaria para niñas y niños entre los 12 a 36 meses.....	40
Tabla 4 Tema: Asistencia Alimentaria entregada por las unidades de Atención Infantil	40
Tabla 5 Tema: Asistencia Alimentaria entregada por las unidades de Atención Infantil	41
Tabla 6 Tema: Perfiles del equipo.....	43
Tabla 7 Factores de Riesgo	60
Tabla 8 Infecciones Recurrentes	61
Tabla 9 Técnicas e Instrumentos	62
Tabla 10 Parentesco	65
Tabla 11 Género de los párvulos.....	66
Tabla 12 Edad de los párvulos	67
Tabla 13 Satisfacción del cuidado.....	68
Tabla 14 Espacio Físico Suficiente	69
Tabla 15 Ventilación e iluminación	70
Tabla 16 Supervisión.....	71
Tabla 17 Instalaciones Físicas.....	72
Tabla 18 Alimentación Nutritiva.....	73
Tabla 19 Porciones de Alimentos.....	74
Tabla 20 Enfermedades causadas por Alimentación.....	75
Tabla 21 Contagio de Enfermedades en el CDI.....	76
Tabla 22 Vestimenta	77
Tabla 23 Frecuencia de enfermedades	78
Tabla 24 Enfermedades recurrentes	79
Tabla 25 Asistencia con Enfermedad.....	80

Tabla 26 Hábitos de higiene.....	81
Tabla 27 Edad	82
Tabla 28 Género	83
Tabla 29 Instrucción.....	84
Tabla 30 Años de experiencia	85
Tabla 31 Capacitación en Salud Infantil	86
Tabla 32 Servicios Básicos	87
Tabla 33 Distribución del espacio físico	88
Tabla 34 Limpieza y desinfección	89
Tabla 35 Ventilación	90
Tabla 36 Área de aseo	91
Tabla 37 Número de lavabos.....	92
Tabla 38 Higiene de los niños	93
Tabla 39 Higiene de las manos	94
Tabla 40 Objetos del entorno a la boca	95
Tabla 41 Medidas en caso de IRAS	96
Tabla 42 Medidas en caso de EDAS	97
Tabla 43 Actividades para los niños enfermos.....	98
Tabla 44 Enfermedades en el CDI	99
Tabla 45 Prevención del contagio de enfermedades	100
Tabla 46 Atención médica en el CDI.....	101
Tabla 47 Frecuencia que acude el médico al CDI.....	102
Tabla 48 Prevención de enfermedades.....	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Tema: Tasa de retorno de inversión en capital humano.....	20
Gráfico 2 Tema: Ventajas de invertir en la infancia temprana	21
Gráfico 3 Tema: Los tres primeros años de vida	22
Gráfico 4 Tema: Componentes del sistema inmune.....	53
Gráfico 5 Parentesco	65
Gráfico 6 Género de los párvulos.....	66
Gráfico 7 Edad de los párvulos	67
Gráfico 8 Satisfacción del cuidado.....	68
Gráfico 9 Espacio Físico Suficiente	69
Gráfico 10 Ventilación e iluminación	70
Gráfico 11 Supervisión.....	71
Gráfico 12 Instalaciones Físicas.....	72
Gráfico 13 Alimentación Nutritiva	73
Gráfico 14 Porciones de Alimentos	74
Gráfico 15 Enfermedades causadas por la alimentación.....	75
Gráfico 16 Contagio de Enfermedades en el CDI.....	76
Gráfico 17 Vestimenta	77
Gráfico 18 Frecuencia de enfermedades	78
Gráfico 19 Enfermedades recurrentes	79
Gráfico 20 Asistencia con enfermedad	80
Gráfico 21 Hábitos de higiene.....	81
Gráfico 22 Edad	82
Gráfico 23 Género.....	83
Gráfico 24 Instrucción.....	84
Gráfico 25 Años de experiencia	85
Gráfico 26 Capacitación en Salud Infantil	86
Gráfico 27 Servicios Básicos	87
Gráfico 28 Distribución del espacio físico	88
Gráfico 29 Limpieza y desinfección	89

Gráfico 30 Ventilación	90
Gráfico 31 Área de aseo	91
Gráfico 32 Número de lavabos.....	92
Gráfico 33 Higiene de los niños.....	93
Gráfico 34 Higiene de las manos	94
Gráfico 35 Objetos del entorno a la boca.....	95
Gráfico 36 Medidas en caso de IRAS	96
Gráfico 37 Medidas en caso de EDAS.....	97
Gráfico 38 Actividades para los niños enfermos	98
Gráfico 39 Enfermedades en el CDI	99
Gráfico 40 Prevención del contagio de enfermedades	100
Gráfico 41 Atención médica en el CDI.....	101
Gráfico 42 Frecuencia que acude el médico al CDI.....	102
Gráfico 43 Prevención de enfermedades.....	103

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE INFECCIONES
RECURRENTES EN NIÑOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO
INFANTIL DE LA CIUDAD DE AMBATO”**

Autora: Proaño Fiallos, Evelyn Paola

Tutora: Lic. Mg. Villa Plaza, Carmen Mercedes

Fecha: Julio del 2018

RESUMEN

La presente investigación se refiere a los factores que influyen en la presencia de infecciones recurrentes en los niños del Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de la Ciudad de Ambato, considerando que dichos factores son las condiciones de infraestructura, iluminación, ventilación, espacio físico donde se desenvuelven los niños, la alimentación e higiene, el contagio de infecciones dentro de los Centros Infantiles por la vulnerabilidad del sistema inmunológico en los niños todos estos constituyen un aspecto de vital importancia para el bienestar físico de los niños en sus primeros años de vida. El tipo de estudio fue descriptivo porque se detalló el fenómeno de las condiciones actuales del centro respecto a los factores internos con los que los niños permanecen en contacto, identificando las condiciones de infraestructura, las normas de higiene y salubridad en el cumplimiento de estándares de calidad; además fue cuantitativa ya que se hace referencia al análisis de cantidades, que involucra un proceso de estudio numérico que tiene que ver con fundamentos estadísticos que tendremos después de aplicar encuestas tanto a los educadores como a los padres de familia del CDI, quienes evaluaron las condiciones físicas, de salud, higiene y nutrición en la que sus hijos permanecen en el centro, dicha información una vez tabulada permitirá llegar a las conclusiones, también fue cualitativa ya que se fue de lo particular a lo general, porque a partir del análisis de una cantidad limitada de datos, se propone conceptos que abarcan una completa explicación o descripción de los factores de riesgo, así mismo la formulación del discurso partió de la lógica y la coherencia.

Además, se elaboró una guía educativa que se expondrá a los padres de familia y educadores del Centro Infantil, la cual constituye una herramienta técnica aplicable a la prevención de infecciones recurrentes que se presentan en el centro, garantizando de este modo el bienestar de los niños y niñas.

PALABRAS CLAVES: INFECCIONES RECURRENTES, FACTORES, CENTRO INFANTIL, SALUD, HIGIENE.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSERY CAREER**

**"FACTORS THAT INFLUENCE THE PRESENCE OF RECURRENT
INFECTIONS IN CHILDREN OF THE CENTERS OF CHILD
DEVELOPMENT OF THE CITY OF AMBATO"**

Author: Proaño Fiallos, Evelyn Paola

Tutor: Lic. Mg. Villa Plaza, Carmen Mercedes

Date: July 2018

SUMMARY

The present investigation refers to the factors that influence the presence of recurrent infections in the children of the "Blanca Martínez Mera" Child Development Center of the City of Ambato, considering that these factors are the conditions of infrastructure, lighting, ventilation, space physical activity in which children develop, food and hygiene, and the spread of infections within Children's Centers due to the vulnerability of the immune system in children, all of these constitute an aspect of vital importance for the physical well-being of children in their first years of life. lifetime. The type of study was descriptive because it detailed the phenomenon of the current conditions of the center with respect to the internal factors with which the children remain in contact, identifying the infrastructure conditions, the hygiene and health standards in compliance with quality standards ; It was also quantitative since reference is made to the analysis of quantities, which involves a process of numerical study that has to do with statistical fundamentals that we will have after applying surveys to both educators and parents of the CDI, who evaluated the conditions physical, health and nutrition in which their children remain in the center, this information once tabulated will allow reaching the conclusions, it was also qualitative since it went from the particular to the general, because from the analysis of a limited amount of data, we propose concepts that include a complete explanation or description of the risk factors, likewise the formulation of the speech started from logic and coherence.

KEYWORD: RECURRENT INFECTIONS, FACTORS, CHILDHOOD, HEALTH, HYGIENE

INTRODUCCIÓN

Mejorar la salud infantil en todo el mundo constituye uno de los principales objetivos del UNICEF. Unos niños y niñas sanos serán adultos sanos: personas capaces de labrar un futuro mejor para ellos mismos, su comunidad y su país. La salud en los primeros años de vida tiene una importancia vital porque un niño con mala salud no podrá estudiar, jugar ni desarrollarse adecuadamente, por lo tanto, debe entenderse la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, así mismo, el derecho a la salud, está estrechamente ligado a otros derechos humanos como el acceso al agua potable, a un saneamiento adecuado y el derecho a la alimentación nutritiva. En éste sentido la garantía de derechos para la niñez exige que sean promovidos de manera integral, lo que no se está logrando, especialmente en lo que se refiere al derecho a la salud, en el cual, la pieza maestra es la educación a la primera infancia junto con el trabajo con padres y actores significativos para la niñez que constituyen los centros infantiles del buen vivir que a pesar de tener estándares de actuación, incumplen las normativas, por lo que resulta necesario tratar ampliamente esta problemática debido a la relevancia que tiene para la comunidad y el mejoramiento de la calidad de vida. Un factor importante a considerar es que estos centros infantiles cuenten con un adecuado ambiente físico, condiciones higiénicas y de seguridad especiales, a fin de evitar o disminuir las infecciones que se pueden contraer dentro del mismo teniendo en cuenta que las infecciones forman parte del desarrollo normal del niño, permiten que se activen sus defensas y mejore a la larga su sistema inmunitario. Siendo infecciones muy comunes dentro de los Centros Infantiles las respiratorias (catarros, otitis, dolores de garganta y bronquitis) y/o diarreas. Muchas veces es difícil controlar su contagio. Algunas de estas infecciones se transmiten días antes de dar los primeros síntomas, en el periodo de incubación. A esto añadimos la frecuencia con la que los niños interactúan entre ellos (comparten juguetes, balones, cuentos...) y presentan secreciones (mocos, saliva...). La manera como se organice el ambiente en el que van a crecer y desarrollarse los niños, va a ser determinante en su posterior desempeño. Es muy importante que los padres, y los educadores promuevan una educación desde su infancia sobre hábitos higiénicos en los niños ya que es una alternativa de potenciar su estado óptimo de desarrollo integral.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1 Tema de investigación:

Factores que influyen en la presencia de infecciones recurrentes en niños de los Centros de Desarrollo Infantil de la Ciudad de Ambato.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contexto

Según el Acuerdo Ministerial No. 0015-14, Capítulo II, Artículo 4; el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) ofertó el servicio institucionalizado en el Subnivel 1 de Educación Inicial mientras que el Ministerio de Educación (MINEDUC) está a cargo de la oferta en el Subnivel 2. Fecha en la que se finalizó el levantamiento de la ECV 2014. (1)

Los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) constituyen una de las modalidades de prestación de servicios institucionalizados encaminados a atender niñas y niños que no tienen un adulto responsable a su cuidado, para promover e implementar la política pública de desarrollo integral que impulsa el MIES a escala de todo nuestro país. (2)

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) tiene a cargo el subnivel 1 y el Ministerio de Educación (MINEDUC), el subnivel 2 de educación inicial 2. El cuidado a la primera infancia en el país está organizado en 2 subniveles:

- 1) el subnivel inicial 1 (no escolarizado y destinado para niños de hasta 36 meses);
- 2) el subnivel inicial 2 (para niños de 37 a 60 meses) el mismo que se caracteriza por ser obligatorio y representar la puerta de entrada al sistema educativo nacional. (1)

El MIES (Ministerio de Educación, 2014), ofrece servicios de desarrollo infantil principalmente a niños en condiciones de bajos recursos y cuyos padres son beneficiarios del bono de desarrollo humano (BDH). Tiene dos modalidades de atención:

- 1) Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y Centros de Desarrollo Infantil (CDI) que atienden a niños entre 12 y 36 meses de edad, en temas de salud, alimentación, y educación;
 - 2) Programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) que atienden a niños de entre 0 y 36 meses de edad mediante visitas de educadoras del programa a las familias, para capacitarlas en cuanto a salud, alimentación y educación.
- (1)

El MINEDUC (Ministerio de Educación, 2014), por su parte, tiene a su cargo la educación inicial de los niños mayores de 36 meses en establecimientos públicos y privados, para lo cual se ha diseñado un Currículo de Educación Inicial que busca el desarrollo de los niños en aspectos referentes a sus habilidades motrices y de comunicación, la construcción de identidad y la capacidad de relacionarse con las demás personas. (1)

Los registros administrativos del MIES y MINEDUC estiman que la demanda de educación inicial en el país se ha incrementado 1,6 veces en los últimos 9 años. En el periodo 2015-2016, 854.380 niños entre 0 y 60 meses fueron atendidos por programas de educación inicial mientras que en el periodo 2007-2008 dicha cifra alcanzo a 505.480 niños. En el periodo 2013-2014, año en el que se realizó la encuesta, 720.323 niños y niñas fueron matriculados en programas de educación inicial, siendo el 42 % correspondiente a niños a cargo del MIES y el 58 % restante a niños a cargo del MINEDUC (Ministerio de Educación, 2015). (1)

En cuanto a la oferta de servicios, se identificó que en el subnivel 1 de educación inicial a cargo del MIES, existían en el año 2014, 5.696 CIBV, CDI, y CNH para atender a niños menores de 36 meses. De ellos el 37 % correspondían a la modalidad institucional de educación impartida en CIBV y CDI mientras que la mayor proporción

de oferta de servicios de desarrollo infantil se concentraba en el programa CNH con un 63% del total de la oferta de servicios para el subnivel. (1)

En lo que respecta al MINEDUC, los datos del Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE) para el periodo 2013-2014, registraban 6.705 instituciones educativas que ofrecían servicios de educación inicial en el país y contaban con estudiantes matriculados en dichos programas. De ellas, el 73% correspondía a oferta del sector público y 27% a oferta del sector privado. Con ello se registra una oferta de servicios de desarrollo infantil para niños entre 0 y 60 meses de 12.401 establecimientos en el año 2014. (1)

El Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES tiene identificados 3 188 Centros de Desarrollo Infantil bajo la modalidad de atención privada, 3 600 Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) que reciben aportes del MIES por medio de convenios, 25 CIBV de administración directa, y 3 945 CIBV de empresas públicas y privadas de más de 50 trabajadores. (2)

El MIES en Tungurahua cuenta con 82 unidades de atención o Centros Infantiles del Buen Vivir ubicados en los cantones de la Provincia prestando servicio a 2.635 niños y niñas con una inversión de 3 millones 450 mil dólares. (3)

El Director Distrital de la zona 3 el Sr. Luis Criollo, que comprende (Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo) del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) informó los avances en el área de Desarrollo Infantil Integral que viene realizando el Gobierno Nacional a través de esta cartera de estado en la provincia, manifestando que se “encuentra garantizando y prestando, atención de calidad, a más de 10 mil 500 niños y niñas de 0 a 3 años de edad en todos los cantones de la provincia, mediante el funcionamiento de 107 Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), y 114 unidades de atención en la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), para lo cual se cuenta con un presupuesto que supera los 4 millones de dólares”. (3)

En el cantón Ambato existen 36 CIBV que están a cargo del MIES, 10 de ellos en los mercados populares como un aporte para el desarrollo social de las familias ambateñas.

(4) Existen 1410 niños y niñas de entre 4 y 5 años de edad del Cantón Ambato, y que son atendidos en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) tanto en áreas urbanas y rurales. (5)

La Directora del MIES la Sra. Patricia Esbobar, manifestó que las modalidades de atención de Desarrollo Infantil que realiza esta cartera de Estado brindan asesoramiento para fortalecer los componentes de salud, nutrición, desarrollo y educación inicial, lo que permite que los niños y niñas tengan una atención integral que mejora su desarrollo cognitivo y físico, también el gobierno se encuentra comprometido en elevar la calidad de atención en nuestros servicios, 121 técnicas de Desarrollo Infantil Integral prestan sus servicios profesionales en 128 Centros Infantiles de Buen Vivir (CIBV), tenemos además 175 unidades de Atención de Creciendo Con Nuestros Hijos (CNH). En desarrollo Infantil atendemos a 14.880 niños y niñas en toda la provincia con una inversión de 3'666.168,94 dólares". (5)

1.2.2 Formulación del problema

¿Factores que influyen en la presencia de infecciones recurrentes en niños de los Centros de Desarrollo Infantil de la Ciudad de Ambato?

1.3 Justificación

El presente trabajo tiene un gran interés en el proyecto sobre las infecciones recurrentes en los niños que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil porque mediante esta investigación se determinará los diferentes factores de riesgo que influyen a la aparición de dichas infecciones, siendo estas adquiridas en el entorno durante su desarrollo infantil.

Tiene gran importancia porque mediante la investigación realizada se podrá modificar dichos factores y se sabe que las experiencias durante el Desarrollo Infantil Integral marcan el desarrollo del cerebro, y que las habilidades, destrezas, actitudes, capacidades, emociones y en general conductas, se van formando a lo largo de estos primeros años de vida.

Es de gran impacto porque permite conocer a la sociedad que es tan decisivo el desarrollo del cerebro en esta etapa de vida, que si se logra una efectiva y sólida atención y cuidado, se puede reducir, de modo significativo, más aun cuando prevalecen en las sociedades de la actualidad condiciones de pobreza, desnutrición, enfermedad, violencia, disfuncionalidad familiar, entre otros, que afectan significativamente el desarrollo de los infantes, particularmente de los niños y niñas más pequeños, los que permanecen “invisibles” a menos que se haga esfuerzos para visibilizar la crisis en que se encuentran los niños y la población en general.

Mediante esta investigación los promotores del Centro de Desarrollo Infantil y los padres conocerán los factores que propician las enfermedades infecciosas y los infantes menores de 3 años serán beneficiados ya que al finalizar la presente investigación se dará educación sobre la prevención y la efectividad que tienen las normas a utilizar en dichos centros y así evitar el mal rendimiento escolar y el desarrollo de los niños y niñas menores de 3 años que puede verse afectado de manera irreversible ya sea a corto o a largo plazo o incluso que pueda llegar a la muerte.

Se realizó el proyecto de investigación en el Centro de Desarrollo Infantil Blanca Martínez Mera de la Ciudad de Ambato ya que obtuvimos gran apertura por parte del MIES y también encontramos una población que abastecerá a los objetivos y resultados de dicha investigación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Investigar qué factores influyen en la aparición de enfermedades infecciosas en los niños que asisten al Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de la Ciudad de Ambato.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas y prácticas higiénicas asociadas a la aparición de enfermedades infecciosas.
- Determinar las enfermedades infecciosas más recurrentes en los niños de los CDI de la Ciudad de Ambato.
- Diseñar una guía educativa para la prevención de Enfermedades infecciosas dirigida a los padres de familia y a los promotores de los Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de la Ciudad de Ambato.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

Una investigación realizada por la Dra. María Elina Serra, y la Lic. Rose Mari Soria en Argentina con el Tema “Nuevos escenarios, los mismos problemas. Las infecciones en ámbitos de cuidado infantil” en el año 2016 investigo que, en Argentina, una alta proporción de los niños menores de 5 años asiste a algún centro de cuidado infantil. Aunque la información estadística con la que se cuenta al respecto no es completa, las crecientes listas de espera relevadas por entidades oficiales dan cuenta de una importante demanda. La oferta de cuidado para la primera infancia tiene gran variabilidad y puede encontrarse bajo cuatro modalidades básicas que son: centros estatales (jardín maternal público), jardines privados, dispositivos de dependencia municipal destinados a población vulnerable y espacios de gestión comunitaria que dan respuesta a necesidades de los sectores más pobres. En este contexto las infecciones, que de por sí constituyen un problema de salud frecuente en los primeros años de vida, adquieren un carácter especialmente relevante. (6)

Otra investigación realizada por los autores Olga María París Pineda, Nohora Liliana Castillo Ortega, Andrea Paola Dávila, Cindy Johanna Ángel Sandoval, Víctor Daniel Calvo Betancur con el tema “Factores de riesgo modificables de infecciones respiratorias en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta” se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, se eligió la totalidad de los hogares infantiles y jardines sociales del municipio de San José de Cúcuta en el año 2013. Se aplicaron dos instrumentos que permitieron describir los factores de riesgo modificables presentes en las instituciones. (8)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la infección respiratoria aguda (IRA) un problema de salud pública, es una enfermedad prevalente de la infancia y se

ha demostrado que el ingreso a jardines infantiles aumenta los episodios, la posibilidad de complicaciones y el riesgo de muerte. Estas instituciones atienden una población pediátrica de 2497 individuos, de los cuales el 49.6% son niñas. Presentaron riesgos como fallas en el lavado de manos y poca colaboración de la familia para mantener el cuidado del niño enfermo en casa. Los factores de riesgo presentes en las instituciones requieren atención, así como implementación de programas de prevención; sin embargo, estos riesgos también pueden encontrarse en el hogar y estos deben de tratarse desde ahí. (8)

Los autores María Caridad Araujo, Florencia López-Boo, Rafael Novella, Sara Schodt y Romina Tomé investigaron “La calidad de los Centros Infantiles del Buen Vivir en Ecuador este estudio analiza información recogida en 2012 sobre una muestra de centros de cuidado infantil públicos en Ecuador. El principal hallazgo es que los servicios de cuidado infantil estudiados tienen amplios márgenes de mejora en lo que se refiere a aspectos estructurales y de procesos. Los desafíos en materia de calidad que enfrentan los centros coinciden con aquellos de otros servicios parecidos en diferentes países de la región, como Perú, Colombia, y Brasil. Los cambios más complejos -pero también los más necesarios- tienen que ver con aspectos de la calidad de procesos y, en particular, aquellos relacionados con la formación del recurso humano que se encarga de los niños y la construcción de competencias que permitan ofrecer experiencias que maximicen el bienestar y promuevan el aprendizaje en todas las áreas del desarrollo infantil. (9)

María Caridad Araujo y Florencia López-Boo realizaron una investigación sobre “Los Servicios de Cuidado Infantil en América Latina y el Caribe” en el mes de Junio, del 2015. El énfasis en la calidad de los servicios de cuidado durante los primeros años de la vida es fundamental. Este artículo sistematiza información sobre el diseño, la gestión, el financiamiento y la calidad de los servicios de cuidado infantil en la región. El principal objetivo es asegurar servicios de cuidado de calidad para todos los niños que acuden a ellos y garantizar que la oferta pública de estos servicios alcance a los niños de las familias más pobres son dos prioridades importantes y todavía pendientes en la agenda de la política social regional. (10)

Otro estudio realizado por Juliana Martins de Souza Y Maria de La Ó Ramallo Veríssimo con el tema “Desarrollo Infantil: análisis de un nuevo concepto” en donde se evidencio la revisión de 256 artículos de 12 bases de datos y de libros, y entrevistas con 10 profesionales, mostró que: el desarrollo infantil tiene como antecedentes aspectos del embarazo, factores propios del niño, factores contextuales, destacando las relaciones y el cuidado de los niños, y aspectos sociales; sus consecuencias pueden ser positivas o negativas, impactando en la sociedad; sus atributos son comportamientos y habilidades del niño; sus definiciones valoran aspectos madurativos, contextuales o ambos. (11)

Nueve expertos validaron la nueva definición producida en el análisis del concepto, la que expresa la magnitud del fenómeno y los factores no presentados en otras definiciones y se generó una nueva definición para las clasificaciones de enfermería y la atención integral a los niños. Con apoyo del estudio teórico de la NANDA-Internacional (NANDA-I) y de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®), que son las clasificaciones más difundidas en Brasil, encontró limitaciones significativas en sus abordajes del DI. La NANDA-I tiene como objetivo impulsar la estandarización de los diagnósticos de enfermería. La CIPE® pretende ser un marco unificador de las terminologías de enfermería, y está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de la Familia de Clasificaciones Internacionales. (11)

2.2 Fundamento Teórico

2.2.1 Marco global del Desarrollo Infantil Integral

Consideramos esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño experimente una relación cálida, íntima y continuada con la madre o persona sustituta permanente, en la que ambos hallen satisfacción y goce.

John Bowlby, 1976.

El concepto de Desarrollo Infantil Integral se ha reformado a medida que los cambios económicos, social, políticos y científicos han ido produciéndose en estos últimos

tiempos. Es normal encontrar referencias de diferente tipo sobre el Desarrollo Infantil en la que predominan visiones históricas, abstractas, universales, entre otros, que desdice de los contextos donde actúa. Es así que al momento de reflexionar sobre las políticas y estrategias de acción dirigidas al Desarrollo Infantil Integral, resulta poco conveniente abordarlas desde una visión amplia, pues existen factores que particularizan la concreción de las políticas y sobre todo la implementación de acciones: los contrastes socio-económicos, culturales; las condiciones de las diversas zonas geográficas, al igual que las distintas posibilidades de acceso al conocimiento y a la tecnología, son aspectos que limitan este análisis.(12)

En lo que comprende la brecha socio-económica quienes tienen condiciones adecuadas de vida y los que no cuentan con las necesidades básicas elementales es significativo y puede ser un problema si no se toma medidas, ya que se cuenta como una estrategia valida la atención de los niños menores de 5 años para asegurar condiciones más equitativas, favoreciendo con ello, las oportunidades, posibilidades de acceso y permanencia al sistema educativo básico, y en perspectiva el mejoramiento de la calidad de vida. (12)

La Organización Panamericana de Salud (OPS) señala que las bases para el Desarrollo Infantil Integral parten desde la pre-concepción, la gestación, el nacimiento, la lactancia, el período pre-escolar y la educación primaria, una adecuada atención en cada una de estas etapas reflejan las capacidades, recursos y soportes disponibles de sus familias, por una parte, y por otra, políticas y programas que atienden efectivamente el Desarrollo Infantil. (13)

Actualmente muchas nacionalidades del mundo poseen políticas de atención a la infancia y servicios regulados, y habitualmente estos servicios están relacionados con la educación pre-escolar, la nutrición para niños y los programas de salubridad. En América Latina las políticas oficiales para la atención infantil comenzaron a mediados de las décadas de los 60 y 70; desarrollando programas integrados de atención infantil que incluía salud, nutrición y educación inicial. La visión de integralidad en la planificación de la política de Desarrollo Infantil se inició también a finales de los años

70; desde ese entonces también, se adoptó la intersectorialidad en algunos países del mundo. (12)

Con la aceptación de los Objetivos del Desarrollo del Milenio y la Conferencia Mundial sobre la Educación, adquirió relevancia el enfoque participativo e integral para la construcción de políticas en Desarrollo Infantil, la mayoría de países utilizan este enfoque para la formulación de sus políticas nacionales y la operatividad de sus programas. (14)

La valoración del aprendizaje temprano apunta a reforzar la necesidad de que los estados diseñen e implementen políticas, e inviertan en el cuidado y la provisión de condiciones favorables a un crecimiento saludable y al más alto desarrollo del potencial de los infantes. Los argumentos económicos demuestran que mientras más pronto se invierte en el ser humano, no solamente que se anticipa el éxito en los posteriores procesos de aprendizaje formal y no formal, sino que éste se traduce en mayor motivación, proactividad, productividad, cooperación y menor conflictividad social. (12)

2.2.2 El Desarrollo Infantil Integral

Se define como el resultado de un proceso educativo de calidad que propicia de manera equitativa e integrada el alcance de niveles de desarrollo en distintos ámbitos: vinculación emocional y social, exploración del cuerpo y motricidad, manifestación del lenguaje verbal y no verbal, descubrimiento del medio natural y cultural en las niñas y niños menores a tres años de edad. El Desarrollo Infantil Integral es posible gracias a la colaboración responsable y coordinada de la familia, y la corresponsabilidad de la comunidad y las diferentes entidades del Estado. (12)

El Desarrollo Infantil, cualquier modelo de atención, debe ir más allá del reconocimiento y atención de las necesidades básicas de salud, nutrición y protección. Debe considerar y responder de manera primordial a las características y necesidades de esta etapa de la vida de los infantes, en cuanto a su desarrollo sensorial motor, cognitivo, afectivo-emocional y social. Los modelos de atención deben, por tanto,

recoger y atender -en tiempo y espacio, con materiales y con talento humano preparado y comprometido- los aspectos más relevantes de esta etapa del desarrollo de las niñas y los niños pequeños, con el fin de promover aprendizajes significativos que estimulen a su vez el desarrollo integral de todas sus capacidades y potencialidades. (12)

2.2.3 Desarrollo Infantil Temprano

La UNICEF (2016) define el desarrollo infantil temprano como el “desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos”, por tanto, es un proceso que está íntimamente ligado a todas aquellas técnicas que los padres, y demás involucrados en el cuidado de los infantes, apliquen en su cuidado diario. (15)

El Desarrollo Infantil Temprano es concebido como un fenómeno complejo que abarca diferentes aspectos de la vida de los niños, los cuales, deben ser cuidados minuciosamente desde el momento de su nacimiento hasta llegada la edad de 8 años, aproximadamente. Dentro de estos aspectos resaltan: la salud, la educación, el entorno familiar, el bienestar social, el aprendizaje, entre otros (UNICEF 2016). Estos últimos son aspectos que deben concebirse como un todo a la hora de estudiar y promover el Desarrollo Infantil, pues si bien hay ciertos caracteres que pueden tener prioridad sobre otros en situaciones precisas, el correcto desempeño de los niños estará determinado, a la larga, por el cuidado y el seguimiento de cada uno de los aspectos mencionados. (15)

2.2.4 Primera Infancia

El tema del desarrollo infantil temprano atañe a todos los infantes con edades comprendidas entre 0 y 8 años, pues es un período considerado clave para el futuro exitoso de cada uno de ellos. Se ha resaltado la importancia, mucho más marcada, que tienen los 3 primeros años de vida de cada individuo. A esta etapa se le conoce comúnmente como primera infancia, no obstante, vale acotar que es un concepto que puede variar en distintos estudios y en distintos países, pues hay quienes deciden alargar este período hasta los 5 años, o incluso hasta los 8, del infante. Tal es el caso

del Ecuador, que enfoca sus proyectos de primera infancia hacia “el desarrollo integral de las niñas y los niños menores de 5 años, considerando que las condiciones de vida, la estimulación temprana, la educación, la nutrición y el afecto durante la primera infancia, condicionan el futuro de las personas” (Espinel 2016).(15) (16)

La UNICEF señala que “los primeros años de vida, pero especialmente los tres primeros, son de suma importancia para el desarrollo del cerebro. Todo lo que el niño ve, toca, saborea, oye o huele moldea su cerebro para permitirle pensar, sentir, moverse y aprender”. Esto, debido a que en estos primeros tres años el desarrollo cognitivo, lingüístico, social, emocional y motor es mucho más rápido que en los años siguientes, por tanto, deben ser aprovechados al máximo para garantizar el desempeño posterior. (17)

De esta forma, el cuidado de los primeros años de vida de los niños ha pasado a formar parte de las prioridades de los adultos encargados y del Estado en general. Esto, en contraste con muchas percepciones previas que consideraban la etapa escolar como el foco prioritario del desarrollo infantil, pues si bien estos años también tienen una relevancia marcada, el cuidado de la edad temprana puede considerarse el gran determinante de la vida de una persona. (15)

El Comité de los Derechos del Niño ha enfocado sus esfuerzos en alentar a los Estados pertenecientes al grupo de las Naciones Unidas a elaborar programas en pro de los derechos de la primera infancia invitando, además, a abandonar las “creencias tradicionales que consideran la primera infancia principalmente un período de socialización de un ser humano inmaduro, en el que se le encamina hacia la condición de adulto maduro”. (15)

2.2.4.1 Atención en la primera infancia

En lo establecido por la UNICEF, se parte del hecho de que “el cerebro del niño se desarrolla rápidamente durante los primeros cinco años de vida, pero, sobre todo,

durante los primeros tres. Este es un período de rápido desarrollo cognitivo, lingüístico, social, emocional y motor”, por tanto, todas las medidas que se tomen en esta etapa serán realmente trascendentales. (17)

Para entender las atenciones y las actividades que este grupo etario amerita se debe comprender, de manera más detallada, cuales son los cambios que y los avances que su condición física y cognitiva irá experimentado a lo largo de sus tres primeros años de vida. En este aspecto, Saíenz (2012) establece que, durante este ciclo, desde los 0 a los 3 años, se producen grandes y significativos cambios en la evolución de los niños y las niñas. Adquieren un conocimiento, dominio y aceptación del propio cuerpo, estableciendo una diferencia entre sí y las personas que les rodean. Progresivamente van desarrollando una coordinación que les proporciona precisión y soltura en distintas habilidades perceptivas y motrices, aprenden a desplazarse de diferentes formas, se producen las primeras adquisiciones del lenguaje y se desarrolla la afectividad y socialización. (15)

Estos avances permiten conseguir una mayor autonomía respecto a las personas adultas, desarrollar la comunicación con los demás, así como mostrar y expresar sus deseos y emociones. La adquisición de estas habilidades motrices, perceptivas, motoras y lingüísticas permite contemplar a los niños y niñas de 3 años en un nuevo contexto educativo, que les posibilitará llevar a término el desarrollo de distintas habilidades. (15)

2.2.4.2 La Estimulación en la Infancia Temprana

Las investigaciones actuales en torno al Desarrollo Infantil consideran a niñas y niños como aprendices activos desde su nacimiento. Pero también otorgan una importancia determinante al ambiente y a las personas que los rodean, pues la interacción con éstos resulta determinante a la hora de elaborar aprendizajes y avanzar en su proceso de desarrollo en sus diferentes ámbitos. (12)

En este campo, la intervención del -adulto mujer o varón- responsable y debidamente preparado juega un papel primordial tanto en las experiencias en la familia como en

las de los centros infantiles. Los programas de atención y educación temprana a la infancia deben considerar una organización intencional -por parte del personal pedagógicamente calificado- de ambientes confiables, seguros y ricos en estímulos diversos, así como la planificación y ejecución de actividades y experiencias que permitan a los niñas y niños experimentar, explorar, desarrollar su curiosidad y poner a prueba sus habilidades, considerando su condición de ser único y al mismo tiempo diverso. (12)

La combinación de la estimulación y del aprendizaje activo, como un proceso sistemático y organizado desde los adultos o educadores responsables y debidamente preparados, recoge y resalta la participación equitativa de los actores claves en el proceso de Desarrollo Infantil. Por una parte, se encuentran las niñas y los niños como sujetos y actores protagónicos de su propio aprendizaje, y por otra parte los adultos como mediadores y promotores valiosos de los aprendizajes que van a favorecer el desarrollo de estas niñas y niños de manera integral y equitativa en sus diferentes ámbitos. (12)

2.2.5 Vínculo afectivo, una necesidad primordial

Los primeros años de vida representan un período especialmente sensible para la constitución emocional y la salud mental del ser humano. Investigaciones realizadas en varios lugares del mundo muestran la universalidad de la necesidad del vínculo afectivo en las personas. En la infancia temprana son fundamentales los primeros vínculos afectivos que el infante establece con sus cuidadores primarios, al punto que estos vínculos son una influencia determinante en las futuras relaciones que la persona construye con amigos, compañeros de trabajo o pareja amorosa. (12)

Aunque la figura de apego principal la constituye la madre, este tipo de vínculo afectivo puede extenderse al padre u otras personas encargadas de cuidar y atender a las niñas y niños pequeños. Así se concluye que si la persona encargada del cuidado permanente ofrece al infante atención oportuna a sus necesidades, muestras de afecto, fomenta la autonomía y la comunicación, la o el pequeño desarrollará un mayor nivel

de confianza en sí mismo y en su entorno y tendrá una alta probabilidad de crear futuras relaciones saludables con otros.(12)

De manera similar, pero opuesta, un apego débil, con adultos que muestran interés y afecto pobres y poco constantes se asocia con problemas emocionales y de conducta a lo largo de la vida. Cuando se piensa en la construcción de ambientes tanto al interior del hogar como en los centros infantiles, donde se generen vínculos de seguridad y afecto, que son la base para desarrollar habilidades y aprendizajes permanentes. En la familia y en los programas de educación inicial, se debe prever que la persona que esté a cargo de los infantes, lo haga de manera permanente y estable, y sea una presencia protectora, afectuosa y cálida. (12) (15)

2.2.6 La mediación para el Desarrollo Infantil Integral

Se entiende la mediación como la manera en que la familia, educadores u otros adultos transforman los estímulos del medio, con la intención explícita de generar aprendizajes que favorecen el Desarrollo Infantil. La mediación consiste en diseñar, organizar, reordenar, estructurar los estímulos o experiencias que llegan a las niñas y niños en ambientes especialmente preparados para que se relacionen con otros niños y adultos, en función de alcanzar desarrollo en lo social, motriz y cognitivo. (12)

Es significativo señalar que la mediación de los procesos educativos para el Desarrollo Infantil Integral, incluye los vínculos afectivos, transmisión de valores, conexión de vivencias, recuerdos, conocimientos, prácticas alimenticias que se vinculan con la cultura de cada niño y niña, así como el tratamiento de las características psicomotrices, físicas, de lenguaje, de pensamiento, y otras propias del desarrollo en los primeros años de vida. (12)

Toda mediación para el desarrollo integral requiere de un andamiaje que implica diversos objetos y condiciones como, los juegos y juguetes para cada edad, los materiales didácticos para las áreas del desarrollo, la formación de los adultos cuidadores y educadores, las relaciones afectivas confiables y constructivas con adultos y pares, los ambientes de interacción que deben ser estimulantes, cálidos y

seguros, entre otros elementos y ejes que permiten potenciar la integralidad del Desarrollo Infantil. (12)

Si bien se reconocen a las niñas y niños como actores y protagonistas de su desarrollo, es preciso entender que el adulto es el mediador principal de ese desarrollo. Por ejemplo, las primeras formas de comunicación que un bebé establece con un adulto (su madre/padre o persona que le cuida) se dan mediante la mirada, la sonrisa y todo un conjunto de movimientos del cuerpo, brazos y piernas que expresan su emoción ante la presencia de este adulto. (12)

El bebé aprende a conocer el mundo que le rodea mediante las cosas que le dicen, el tono de voz que utilizan, los cantos que le entonan, las costumbres propias a la hora de alimentarlo, bañarlo o hacerlo dormir; por eso quien atiende al bebé es la persona más importante y responsable de su desarrollo. Es el adulto quien conforme el niño crece le va enseñando el significado de las cosas en su entorno o su cultura, por ejemplo, el uso de la cuchara para comer, el tipo de ropa más adecuado al lugar en que viven. (12)

A lo largo de todas las etapas del Desarrollo Infantil es necesario que el adulto reconozca qué capacidades y qué limitaciones tiene la niña o el niño en cada edad, así no lo forzará a hacer actividades demasiado complicadas, pero tampoco desperdiciará una oportunidad de aprender proponiéndole hacer cosas demasiado sencillas, y peor aun manteniéndolos quietos, silenciosos u obedeciendo disposiciones para comodidad de quien los cuida. Aunque las etapas y las características del desarrollo son comunes para todo niño o niña, es necesario tomar en cuenta que cada uno madura y desarrolla de modo individual, en función de sus propias capacidades fisiológicas y de los estímulos que haya recibido en su familia o centro infantil. (12)

2.2.7 Aportes desde la ciencia

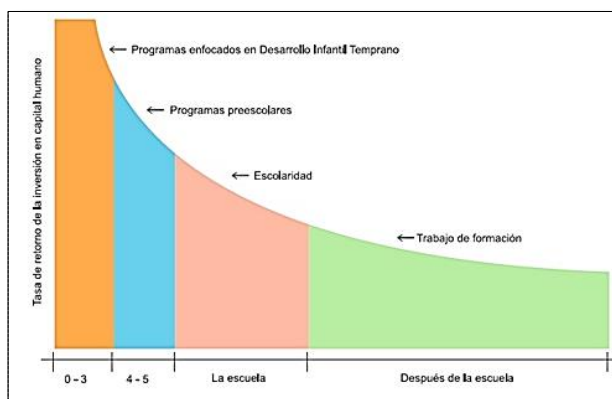
En el proceso de formulación de la política pública que elaboro el MIES, citan a varios expertos internacionales que exponen razones -desde la perspectiva del desarrollo económico- para que los Estados inviertan en el Desarrollo Infantil Integral.

- ✚ **Heckman, JJ.** destaca que el desarrollo del ser humano es un proceso dinámico, que comienza en etapas tempranas y continúa durante el ciclo de vida. Un niño o niña está afectado por el ambiente en el que vive ya que éste impacta desde el desarrollo neuro-psíquico del cerebro hasta su capacidad de empatía. Muchas de las desigualdades que se presentan en la sociedad se deben a inadecuados sistemas relacionales y de estimulación desde la infancia ya que la carencia de habilidades genera una pérdida de ventajas en mayor magnitud que la carencia de recursos financieros.
- ✚ **Young** por su parte identifica que la nutrición, la crianza y el desarrollo de habilidades cognitivas influyen decisivamente en la posibilidad de desarrollar armónicamente todo el potencial de los infantes en cuanto a salud, cognición y desarrollo social, emocional y socio-cultural.
- ✚ **Välmäki** expresa que, desde muy temprano, en la vida de un infante se recogen experiencias y memorias, y es a través de ellas que los niños y niñas otorgan un sentido significativo a su mundo.
- ✚ **Carneiro y Heckman** establecen que el 5% más bajo de la distribución de habilidades obtiene la mitad del retorno de educación que los que se encuentran en el extremo más alto de la distribución de habilidades. Las brechas de habilidades se desarrollan temprano, antes de empezar la escuela, estas brechas son determinantes para el éxito económico y social.
- ✚ **Heckman, Stixrud y Urzua** señalan que las habilidades cognitivas y no cognitivas están asociadas con bajas tasas de deserción escolar. El incremento de la habilidad no cognitiva a los niveles más altos, reduce a casi cero la probabilidad de ser un desertor en la secundaria y la posibilidad de existencia de problemas de violencia y tabaquismo.
- ✚ **Heckman y Masterov** expresan que los retornos son mayores cuando la inversión se hace a edades tempranas. Las inversiones correctivas o compensatorias son más costosas. En USA el retorno de la inversión en Desarrollo Infantil es del 7% según un estudio longitudinal. El perfil de inversión óptima declina con la edad.
- ✚ **Currie y Thomas** indican que la inversión en edades preescolares aumenta la productividad escolar y el entrenamiento del trabajo después de la escuela.

- 
Campbell y Ramey señalan que quienes participan en un programa de cuidado y en un programa preescolar alcanzan en el test de Coeficiente Intelectual puntajes significativamente más altos que los que no asisten. Igual comportamiento se observa en los altos puntajes obtenidos en los test matemáticos y de lectura.
- 
Masse y Barnett consideran que los impactos se observan más tarde en los ingresos para los beneficiarios, ingresos para las futuras generaciones, empleo e ingreso materno, costos ahorrados por educación elemental y secundaria, mejoras en la salud y uso de asistencia social. Estos mismos autores expresan que existe evidencia experimental y cuasi experimental que argumenta que el cuidado infantil de buena calidad resulta en beneficios para las madres en hogares desventajados. (12)

Todos los argumentos precedentes señalan que la inversión en el Desarrollo Infantil Integral presenta las siguientes características en cuanto al retorno social y económico como se representa en el gráfico que sigue:

Gráfico 1 Tema: Tasa de retorno de inversión en capital humano



Fuente y elaboración: Heckman and Masterov 2006 (MIES, 2012).

La inversión social en la niñez constituye un factor fundamental para el desarrollo humano y de un país como lo muestra el siguiente análisis comparativo, donde se definen las ventajas de esta estrategia en relación a las oportunidades de la misma. El análisis de diferentes autores ha sido recogido en Ecuador por el MIES en la Agenda para la igualdad de la niñez y la adolescencia. (12)

Las ventajas de invertir en la infancia temprana se resumen en los siguientes aspectos:

Gráfico 2 Tema: Ventajas de invertir en la infancia temprana



Fuente: Varios autores.

Elaboración: MIES, 2012. Gestión del Conocimiento. PPT

2.2.8 “Hablar de niñez no es hablar de pequeñeces”

Los bebés nacen con ojos dispuestos a ver todo lo precioso, a abrazar todo lo alegre y ser querido con todos nuestros corazones.

Anónimo

Durante mucho tiempo la niñez fue entendida como una etapa con poco valor en sí misma. Desde una visión adulto centrista era percibida como un ciclo de transición necesario y, en el mejor de los casos, de preparación para la vida adulta. Bajo ese enfoque se concebía a niñas y niños como seres pasivos y dependientes, y no como sujetos de derechos, a los que habría que brindar cuidado y protección. (12)

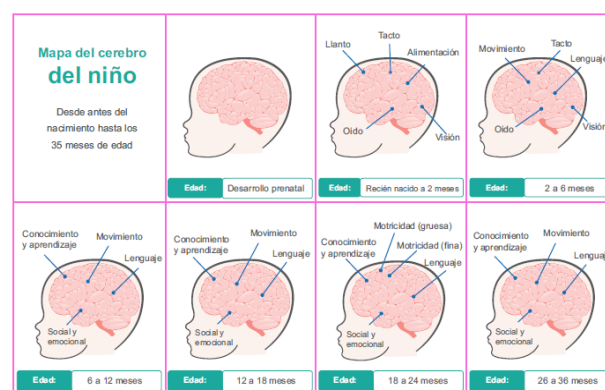
Poco a poco esa visión de niñez ha ido cambiando y adquiriendo valor como una etapa del ciclo de vida con identidad y valoración propia. Las niñas y niños pasan a ser reconocidos y apreciados como sujetos activos y partícipes en su desarrollo, con características y necesidades particulares y, sobre todo, con derechos ante el mundo y la legislación. Es así como los adultos, padres e investigadores, fueron recreando otra

mirada, poniendo mayor interés y atención en esta etapa fundamental de la vida del ser humano. (12)

Actualmente en el Ecuador, desde diferentes campos de la ciencia, la psicología, la medicina, la pedagogía y en especial las neurociencias, se ha demostrado que los primeros años de vida -incluyendo el período prenatal- constituyen una etapa esencial y crítica en el desarrollo integral del ser humano. El crecimiento, maduración y funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso central acontece desde la gestación hasta los primeros años de vida. (12)

Antes de los 3 años, niñas y niños experimentan un proceso de crecimiento en el que ocurren los cambios más profundos y significativos de toda su vida. Se trata de una etapa de gran sensibilidad y plasticidad, en la que se desarrollan importantes funciones cerebrales y se establecen programaciones neurobiológicas de sendas cerebrales que influirán en su salud, aprendizaje y comportamiento durante todo su ciclo de vida. (12) Sobre estas bases se ha comprobado también, que ambientes afectivos y estimulantes favorecen la creación y el fortalecimiento de conexiones nerviosas que permiten potenciar las diferentes capacidades de los infantes; en tanto que, ambientes hostiles o carentes de afecto y estimulación, provocan una disminución de sus capacidades. Así, la calidad de la atención que se brinde a las niñas y niños en los primeros años de vida resulta determinante si se quiere asegurar un buen desarrollo físico, emocional, cognitivo y social, que garantice mejores oportunidades y calidad de vida en etapas futuras. (12)

Gráfico 3 Tema: Los tres primeros años de vida



Fuente y elaboración: Heckman and Masterov (2006, en MIES, 2012).

Las y los bebés nacen indefensos e indiscriminados, en una condición de absoluta dependencia del adulto para alimentarse, moverse de un lugar a otro, asearse y obtener calor; es decir, dependen de sus cuidadores para sobrevivir. Durante los siguientes 36 meses van ganando autosuficiencia en todos los campos: se reconocen y se relacionan unos con otros, comprenden algunas normas del entorno en el que se desenvuelven, aprenden a movilizarse erguidos y a alcanzar objetos por sí mismos; pueden servirse prácticamente solos los alimentos que reciben, ayudan en su vestido y toman las primeras iniciativas de escogimiento de las prendas de vestir, se asean, y usan el lenguaje, aunque de manera simple, como herramienta para comunicarse y comprender el mundo. (12)

Rima Shore dice que “a la edad de dos años, el cerebro de los maternos es tan activo como el de los adultos a los tres años, su cerebro es dos y media veces más activo que el cerebro de los adultos y permanecen así a lo largo de su primera década de vida”, pero es el entorno familiar y educativo de otros entornos, así como sus propias potencialidades y ritmos individuales, los que determinarán los niveles de desarrollo que los niños alcancen en las diferentes etapas evolutivas.(12)

2.2.9 Aprendizaje y Desarrollo

*La infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir;
nada hay más insensato que pretender sustituirlas por las nuestras.*

Jean Jacques Rousseau (1712-1778).

Desarrollo y aprendizaje son procesos íntimamente ligados, que interactúan y se influyen mutuamente a lo largo de la vida de las y los pequeños infantes. Las experiencias que viven al crecer y desenvolverse tienen la capacidad de influenciar tanto en su desarrollo físico como psíquico y afectivo, así como en su conducta social. Los seres humanos iniciamos nuestro proceso de desarrollo desde antes del nacimiento. Ya en el vientre materno se empiezan a producir cambios: la aparición, el crecimiento, el aumento y diversificación del funcionamiento de los diferentes órganos que conforman el cuerpo, es una constante durante los nueve meses de gestación. (12)

El estado de salud, la alimentación, la seguridad y estado emocional de la madre, y los estímulos que el feto recibe, brindados por ella y el entorno, promueven o lentifican este desarrollo intrauterino. Así, lo previsto genéticamente y lo ambiental interactúa desde un principio. Cuando el bebé nace, las primeras experiencias en la atención a sus necesidades de alimentación, protección y afecto, y posteriormente, las oportunidades para explorar, experimentar y sus relaciones con las personas cercanas de su medio, van a marcar su desarrollo futuro tanto en lo físico como en lo mental, afectivo y social. (12)

2.2.10 Interacciones mutuamente influyentes

Cuando se habla de crecimiento y desarrollo se mencionan procesos íntimamente relacionados entre sí, que no son equivalentes. El crecimiento infantil hace alusión fundamentalmente al aumento en las dimensiones de tamaño y peso en las niñas y niños, así como al cambio que experimentan en sus proporciones físicas desde su nacimiento, como es el aumento del perímetro cefálico. Estos cambios se dan de manera particularmente acelerada en los primeros cinco años, y son sin duda indicadores importantes del Desarrollo Infantil, pero no en su totalidad. (12)

El desarrollo de las sensopercepciones, movimientos, pensamiento, lenguaje, autoestima, identidad, afectividad y la capacidad de relacionarse adecuadamente con otros, está fuertemente influenciado por la cantidad, calidad y variedad de los estímulos que el medio -organizado por los adultos y traducido en aprendizajes propios- le ofrece de manera oportuna a cada niño y niña en los diferentes momentos de su desarrollo. Así pues, el desarrollo entendido como un proceso de crecimiento y maduración determinado desde lo biológico, y que en condiciones normales se cumple de manera más o menos previsible, es susceptible a ser modificado de forma relevante por las experiencias y oportunidad de aprendizajes significativos que se les proporcione a las niñas y niños antes y después de su nacimiento. (12)

El aprendizaje es el proceso mediante el cual, el niño o la niña menor de tres años, se apropia y asimila el mundo natural y social que lo rodea, mediante un sistema de actividades que realiza y de relaciones que establece con el entorno, las personas y los

objetos. Las experiencias de los primeros tres años son el inicio del pensamiento representativo o de la formación de la función simbólica.(12)

2.2.11 La familia, la primera escuela

La familia, en su concepto más amplio, es el entorno social en el que lactantes, niñas y niños pequeños y más grandes, adolescentes y adultos crecen y se desarrollan. Enfocándonos en las niñas y niños de 0 a 3 años de edad, la familia constituye el primer espacio donde aprenden de manera espontánea, informal y continua. La madre y el padre o quienes los sustituyen, son los primeros responsables no solo de la alimentación, el cuidado y la protección de niñas y niños para su supervivencia, sino también los encargados de proporcionar los lazos afectivos que les permite a los infantes desarrollar sus habilidades, las experiencias y las vivencias significativas, a través de las cuales tempranamente comprenden el mundo, aprenden la lengua, las costumbres y los valores de la cultura a la que pertenece su familia.(12)

En medio de las rutinas, las diversas prácticas culturales de crianza, los juegos y los avatares cotidianos, adultos y niños interactúan. Ellos y ellas observan e imitan a sus padres, hermanos, abuelos, o cualquier otro integrante de la familia. Los infantes, siguiendo sus ritmos propios y posibilidades individuales, aprenden a moverse, caminar, hacer sonidos y hablar; ensayan hábitos y costumbres de alimentación y aseo. Son los miembros de la familia los que les orientan a los pequeños en las primeras nociones de lo que es y no es permitido; lo que se espera de ellos; y, cómo son o cómo son percibidos y valorados. (12)

En la cotidianidad del hogar, las familias, proporcionan los espacios, los objetos, las actividades, los estímulos y las interacciones para que las niñas y los niños desarrollen su curiosidad, utilicen su cuerpo y sus sentidos para explorar y conocer de sí mismos y de su entorno, y aprecien lo que les rodea. En la convivencia diaria con quienes los cuidan y atienden, los bebés experimentan utilizando primero su corporalidad y sus gestos para expresar sus necesidades y sentimientos. Luego, aprenden y repiten los sonidos y asimilan los códigos de su lengua materna; finalmente, con la ayuda y la estimulación de los adultos y pares de su entorno familiar, las niñas y niños logran

comprender y utilizar el lenguaje como herramienta de comunicación, de ordenamiento de su pensamiento y de acceso al conocimiento cultural. (12)

Padres y familiares se constituyen así en los primeros educadores, convirtiendo el ambiente del hogar y las actividades del cuidado cotidiano en herramientas poderosas de enseñanza y aprendizaje, que les permiten abordar y dominar conocimientos, sentimientos, comportamientos y valores, para adaptarse y formar parte de su familia y de su cultura. (12)

2.2.12 Marco constitucional, institucional y legal

La reingeniería del Desarrollo Infantil Integral en el país se inicia potencializando los pasos que se venían dando en períodos anteriores como en la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) y la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1990) y otros instrumentos internacionales, reconociendo los derechos fundamentales y la obligatoriedad de la familia, la sociedad y el Estado con el cuidado y atención de los niños, niñas y adolescentes. (18) (12)

La Convención de los Derechos del Niño (ONU, 1990) expresa que cada niña y cada niño tienen derecho a un nivel adecuado de vida, que les asegure su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Según este marco, todos los niños y niñas tienen derecho a vivir en una familia, crecer y desarrollar su potencial; se debe garantizar que sean físicamente saludables, sus mentes sean activas, tengan salud emocional y seguridad, puedan relacionarse socialmente con confianza, igualdad y respeto a los otros, adquieran independencia y autonomía, alcancen altos grados de motivación intrínseca y autoestima, disfruten y tengan muchas ganas de aprender y crear. (12)

El Decreto Ejecutivo No. 580, de agosto del 2007 que establece las funciones del MIES, entre las cuales está la ampliación de las capacidades de la población mediante la generación de oportunidades para acceder a los servicios sociales de educación, formación, capacitación, salud y nutrición y otros aspectos básicos que influyen en la calidad de vida y garantiza el derecho de la población a la protección especial. En junio de 2008 entró en vigencia el Decreto Ejecutivo No. 1170, con el que se creó el Instituto de la Niñez y la Adolescencia (INFA), como entidad de derecho público, adscrito al

Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), con jurisdicción nacional, dotado de personería jurídica, patrimonio propio e independencia técnica, administrativa y financiera.

Esta decisión, que fue un paso importante asumido por el gobierno ecuatoriano permitió la unificación de los programas de Desarrollo Infantil que se venían impulsando en el territorio nacional: Operación Rescate Infantil (ORI), Programa Nacional de Educación Preescolar (PRONEPE) y el Programa de Desarrollo Infantil - PDI del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), pero también sentó de alguna manera las bases para la construcción de la política pública en Desarrollo Infantil. En el año 2013 el INFA público pasa a ser definitivamente un programa del MIES fusionado a la nueva Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral como instancia que asume la responsabilidad de guiar, sostener y articular intersectorialmente todos los hitos conductores que contribuyen al Desarrollo Infantil Integral de los niños menores de 3 años. (12)

A partir de este primer hito, el MIES emprendió la tarea de sostener y re-enfocar los servicios de Desarrollo Infantil re-direccionando las bases conceptuales, técnicas, políticas, administrativas y operativas de sus servicios. Este proceso implicó la aplicación de varias evaluaciones cuyos resultados revelaron requerimientos básicos como: la necesidad de elevar cualitativamente la calidad de los servicios; profesionalizar la atención con personal calificado, focalizar la población objetivo en condición de pobreza y extrema pobreza, articular estos servicios al desarrollo territorial con un enfoque intersectorial, y reforzar la participación corresponsable de la familia y de los distintos actores de la comunidad.

La declaratoria de política pública en octubre del 2012, evidentemente marca un hito en la atención al Desarrollo Infantil Integral, porque dispone además que todo servicio público, privado o empresarial de atención infantil debe cumplir los más altos estándares de calidad, institucionalizando con ello el principio de equidad para todos los niños y niñas usuarias de estos servicios; y como parte de la co-responsabilidad social, el Estado ecuatoriano proveerá de servicios de calidad en atención infantil a

niñas y niños, cuyas familias vivan en condición de pobreza y pobreza extrema ubicados en los niveles de pobreza.

De este modo, se asegura la inclusión social y el trato igualitario por derecho, a aquellos grupos poblacionales que se encuentran en situación de alta vulnerabilidad o riesgo, asegurando la atención de sus hijos mientras dura el trayecto de su movilidad económica y social. Tanto la legislación internacional como la nacional relativa a los derechos de las niñas y los niños tienen su propia historia, acontecida mucho antes del actual período de gobierno.

Se consolida este proceso con el establecimiento de la Agenda para la Igualdad de niñas, niños y adolescentes (MIES, 2012) cuyo objetivo es articular y fortalecer políticas públicas, planes, programas, proyectos y acciones del Estado ecuatoriano que garanticen el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia, para alcanzar la igualdad, el buen trato, la transformación de los patrones culturales adulto-centristas y el buen vivir, es el instrumento que establece la necesidad de construcción de la política pública. La agenda 2013 actualiza y sistematiza todos los procesos que recogen la agenda 2012. (12)

El Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES, entidad rectora en temas de niñez, establece como política pública prioritaria el aseguramiento del desarrollo integral de las niñas y los niños en corresponsabilidad con la familia, la comunidad y otras instancias institucionales a nivel central y desconcentrado, en conformidad a lo dispuesto por los artículos 44 y 46, numeral 1 de la Constitución de la República «El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; el objetivo 2 «Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad», política 2.9 «Garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años» y meta 2.6 «Universalizar la cobertura de programas de primera infancia para niños/as menores de 5 años en situación de pobreza y alcanzar el 65% a nivel nacional», del Plan Nacional para el Buen Vivir; y, el Código de la Niñez y la Adolescencia. (19) (20)

2.2.13 Modalidades de servicios de desarrollo infantil integral

La implementación y promoción de la política pública de desarrollo infantil en el territorio ecuatoriano se lleva a cabo a través de distintas modalidades de servicios, los cuales, buscan dar respuesta a los distintos sectores de la sociedad de acuerdo a sus condiciones y necesidades. Actualmente, en el Ecuador se ofrece tres modalidades de servicio, a saber, los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), los cuales se enfocan al desarrollo Infantil Integral que se define como el conjunto de acciones articuladas, orientadas a asegurar el proceso de crecimiento, maduración, desarrollo de las capacidades y potencialidades de las niñas y los niños, dentro de un entorno familiar, educativo, social y comunitario, satisfaciendo de esta manera sus necesidades afectivo emocionales y culturales. (20)

Los CIBV son centros de desarrollo infantil cuya atención está destinada, principalmente, a los niños en edad de 1-3 años, sin embargo, si existe una necesidad justificada, el centro puede recibir a infantes a partir de los 3 meses de nacido. Tienen, además, una atención prioritaria para aquellos niños y familias en condiciones de pobreza y desnutrición, y para aquellos hijos de madres adolescentes que no cuenten con ningún tipo de ayuda para su cuidado (MIES 2013). (20)

Los CDI también son centros de atención infantil, pero tienen la diferencia de ser ejecutados por distintas organizaciones (públicas y privadas) que tienen capacidad de autofinanciarse, es decir, que no dependen económicamente del MIES. Son centros que atienden a niños desde los 45 días de nacidos hasta los 3 años de edad y que brindan, además, atención a niños con discapacidades leves o moderadas (MIES 2014). Finalmente, el programa CNH consiste en diferentes procesos de sensibilización y capacitación a las familias de la primera infancia. Es implementado a través de encuentros grupales y de visitas domiciliarias, por parte de personal capacitado, a cada uno de los hogares atendidos. En cada uno de estos encuentros se brindan las herramientas técnicas necesarias para que la familia y los encargados del cuidado del infante puedan contribuir de manera positiva en su desarrollo integral. Está dirigido a

toda la población infantil con edad comprendida entre 0-3 años priorizando, igualmente, a todas las familias en condición vulnerable de pobreza (MIES 2013) (21)

2.2.13.1 Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV)

Como se comentó anteriormente, los CIBV son una de las modalidades de atención con las que cuenta la política pública de desarrollo infantil integral para llegar y beneficiar a la primera infancia. Estos servicios de atención están ejecutados por el MIES, ya sea a través de convenios con otros centros, instituciones, organizaciones, etc., o a través de la administración directa. Las acciones que allí se realizan se dan bajo el enfoque de derechos –mismo que rige la política pública y el DII- y están enfocadas en atender las áreas de salud preventiva, educación y alimentación saludable. (20)

Deben tener una cobertura mínima de 40 infantes en cada uno de sus establecimientos y operar durante todo el año, tomando solo un receso de 15 días durante la época de vacaciones escolares (MIES 2014). Esto último, con el fin de ser centros sostenibles y garantes de una atención de calidad, no obstante, habrán zonas excepcionales en las que se permita la operación con menos cantidad de niños previa autorización de las autoridades y los delegados correspondientes (Dirección Nacional de Servicios de CIBV 2014). (21) (20)

El objetivo general que persiguen estos centros de atención es:

- ❖ Promover el Desarrollo Infantil Integral de niñas y niños de 12 a 36 meses de edad, que asisten diariamente a las unidades CIBV cuyas familias se encuentran en condiciones de pobreza o en situaciones de riesgo y vulnerabilidad, con la responsabilidad de la familia, la corresponsabilidad de la comunidad, en articulación intersectorial. (MIES 2013)

Además, se proponen los siguientes objetivos específicos (MIES 2013):

- ❖ Lograr el máximo desarrollo integral posible en los ámbitos de la vinculación emocional y social, exploración del cuerpo y motricidad, manifestación del lenguaje verbal y no verbal, descubrimiento del medio natural y cultural en las niñas y niños de 12 a 36 meses, mediante procesos educativos de calidad,

teniendo en cuenta la diversidad cultural, la equidad de género e inclusión, así como las necesidades educativas especiales.

- ❖ Brindar asistencia alimentaria-nutricional a través de cuatro ingestas diarias.
- ❖ Promover el rol protagónico de la madre, del padre y demás miembros de la familia en el desarrollo integral de sus hijas e hijos de 12 a 36 meses de edad.
- ❖ Fortalecer la participación de los distintos actores de la comunidad en el desarrollo integral de las niñas y niños que en ella conviven, así como la articulación con gobiernos locales.
- ❖ Promover las relaciones de carácter intersectorial entre los diferentes ministerios, organizaciones, instituciones, asociaciones públicas y privadas, en beneficio del desarrollo integral a la primera infancia.

En este sentido, los CIBV deben ser concebidos como espacios cuyas características se encuentran adecuadas para la atención exclusiva de niños en edad de primera infancia. Además, vale resaltar que los padres de estos infantes deben tener la necesidad de trabajar fuera de casa y no contar con el apoyo de ningún otro adulto que pueda encargarse del cuidado del bebé en el hogar. Así mismo, bajo los lineamientos establecidos en la Ley Orgánica de Discapacidades, los CIBV tienen también el deber de atender a infantes que presenten algún tipo de discapacidad, siempre y cuando esta sea leve y esté previamente evaluada e informada por un especialista (Dirección Nacional de Servicios de CIBV 2014). (21)

2.2.13.1.1 Características de los CIBV

Al ser centros dirigidos a una población altamente vulnerable, se hace preciso que estos cuenten con ciertas características específicas que garanticen la seguridad y el correcto desarrollo de la primera infancia. En este sentido, la organización de cada uno de los centros deberá estar a cargo de una coordinadora o coordinador CIBV, quien tiene el rol de analizar las necesidades y las características de los diferentes grupos de edad dentro de la población atendida (3-11 meses, 12-23 meses y 24-36 meses) y la cantidad de inscritos en la unidad de atención (Dirección Nacional de Servicios de CIBV 2014). Esto, con el fin de generar, a partir de dicha información, los espacios adecuados para el cumplimiento de los objetivos planteados. Sin embargo, hay ciertos

parámetros establecidos que deben cumplirse en cada uno de los CIBV, dentro los que figuran: (21) (20)

- ✓ Cada establecimiento debe contar con áreas externas e internas que permitan cumplir todas las actividades requeridas para cada grupo de edad, en detalle, la unidad de atención de desarrollo infantil deberá contar con un mínimo de 2 metros cuadrados por infante en cada aula (MIES 2014).
- ✓ En cada área debe existir el mobiliario, el equipamiento, el utillaje y el material didáctico necesario para que cada grupo etario atendido pueda disfrutar, sin interrupción, de las actividades planificadas para la jornada diaria (Dirección Nacional de Servicios de CIBV 2014).

En cuanto a la modalidad de atención, la Dirección Nacional de Servicios de CIBV establece los siguientes parámetros (2014, 12-13)

- ✓ Atención diaria, durante 5 días a la semana, con horarios diferenciados: parcial de 2 a 4 horas, tiempo medio 4 a 6 horas, completo de 6 a 8 horas y en horario extendidos por más de 8 horas.
- ✓ La atención se ejecuta en espacios físicos cuya infraestructura cumple con estándares de calidad en función de la cobertura de atención.
- ✓ Las actividades se organizan de acuerdo al tiempo de permanencia de las niñas y niños en el centro, a través de la jornada diaria que programa de manera óptima los diferentes momentos educativos del horario de vida.
- ✓ La Asistencia alimentaria dependerá del tiempo de permanencia de la niña o niño en el centro infantil, considerando un promedio de 2 a 2 h20 entre cada tiempo de comida.
- ✓ La atención de las niñas y niños está bajo la responsabilidad de la Coordinadora [o Coordinador] que cumplen un perfil profesional, como también las Educadoras [o Educadores] de desarrollo infantil integral CIBV.

Tomando este último parámetro en cuenta, se debe resaltar que cada CIBV debe contar con un coordinador(a) o directos(a) y con una educadora o educador por cada 10 infantes, los cuales, deben cumplir con las siguientes responsabilidades (Dirección Nacional de Servicios de CIBV 2014): (21)

- ✓ Debe atender a los niños de manera organizada y siguiendo las necesidades de interrelación establecida para cada grupo etario.
- ✓ Debe relacionarse con cada infante de manera respetuosa, afectuosa y alegre con el fin de generar un estado y un ambiente emocionalmente positivo.
- ✓ Debe dedicarse a conocer a cada uno de los niños atendidos de manera tal que pueda saber cuáles son sus características y necesidades específicas.
- ✓ Debe participar tanto en la ejecución como en la planificación de cada una de las actividades que se lleven a cabo con el alumnado dentro del CIBV.
- ✓ Debe realizar distintas piezas de material didáctico que sirvan en los procesos de aprendizaje y desarrollo haciendo uso de materiales reciclables y de técnicas de reutilización.
- ✓ Debe llevar un registro periódico del avance que muestra cada infante en su desarrollo integral.
- ✓ Debe atender las necesidades de alimentación, aseo y descanso de cada uno de los niños que estén a su cargo
- ✓ Deberá participar en todas las actividades de formación y capacitación ofrecidas y sugeridas.
- ✓ Deberá participar en la planificación de cada uno de los componentes que atiende el CIBV.
- ✓ Debe colaborar en todas las actividades requeridas para el buen funcionamiento de los CIBV.
- ✓ Debe colaborar con la limpieza de los espacios en los que se llevan a cabo las distintas actividades con los infantes atendidos.
- ✓ Debe llevar un registro de todas las novedades experimentadas en cada una de las jornadas, incluyendo tanto el desempeño de los niños como la participación de las familias.
- ✓ Debe presentar, cada año de gestión, un certificado ocupacional otorgado por el Ministerio de Salud Pública. En lo referente al proceso de admisión, cada familia debe cumplir con un procedimiento de asesoría y capacitación, por parte de los coordinadores de los CIBV, que les permita comprender el mecanismo de acción de los centros, los deberes que deberá cumplir como actor fundamental y las verdaderas necesidades que manifiesta el infante según su grupo de edad. Esto, con el fin de que pueda generarse el acuerdo y el

compromiso conjunto, entre el centro y los representantes, necesario para el correcto desarrollo integral del niño atendido. (21) (20)

2.2.13.2 Los Centros de Desarrollo Infantil - CDI

Son servicios de atención ejecutados por diversos tipos de organizaciones, tanto privadas como públicas, que cuentan con financiamiento propio, no dependen económicamente del MIES y atienden a niñas y niños desde los 45 días hasta los 36 meses de edad. Tanto los Centros Infantiles del Buen Vivir como los Centros de Desarrollo Infantil, se conciben como instituciones dirigidas a atender y promover un desarrollo integral de niños y niñas, con el apoyo de profesionales idóneos que orientan y ejecutan procesos educativos integrales. En lo concerniente a la atención a la diversidad, los servicios institucionalizados de Desarrollo Infantil Integral atenderán a niñas y niños con discapacidad leve o moderada, previo a una evaluación e informe de una entidad autorizada, que garantice un grado de autonomía. (20)

2.2.14 Componentes del Servicio de Desarrollo Infantil Integral

El desarrollo integral es un tema que responde a la atención de diferentes aspectos de la vida de las personas. En el caso de la infancia temprana, son numerosos los aspectos claves que deben ser atendidos para lograr un crecimiento físico y mentalmente saludable, por tanto, el servicio brindado por los Centros infantiles debe sustentarse en diferentes componentes que respondan a la condición multifactorial del DII. Bajo este contexto, se plantean los siguientes componentes de calidad como principales en la atención al DII: (21)

1. Participación familiar, comunidad y redes sociales;
2. Procesos socio - educativo;
3. Salud preventiva, alimentación y nutrición;
4. Talento humano;
5. Infraestructura, ambientes educativos y protectores;
6. Administración y gestión.

2.2.14.1 Participación familiar, comunidad y redes sociales

Las unidades de atención de desarrollo infantil operan bajo la corresponsabilidad de las familias y la comunidad. Para ello se realizan procesos de definición de compromisos, seguimiento, sensibilización y capacitación en espacios de aprendizaje dinámicos y participativos. (20)

- **Estándar 1: Conformación del comité de padres y madres de familia**

La coordinadora o directora de la unidad de atención convoca a una reunión de padres y madres de familia en los primeros 15 días de inicio del año para la conformación del comité de padres y madres de familia, el mismo que está integrado por 1 representante de cada ambiente de aprendizaje o aula, la constitución del comité se registra en un acta debidamente firmada por los asistentes. Se reúne una vez al mes, se llevan actas de registro de las reuniones con las conclusiones y acuerdos establecidos.

- **Estándar 2: Planificación de actividades del comité de padres y madres de familia**

El comité de padres y madres de familia, con el apoyo del coordinador/a establecen participativamente una planificación anual que incluye:

Capacitación y formación: Para desarrollar competencias parentales y protectoras, nutrición, salud preventiva y otros temas de interés acordados conjuntamente, a través de la realización de talleres, casas abiertas, debates, foros, entre otros.

Prácticas comunitarias: Incluye a las niñas y niños, define las actividades y responsabilidades, los planes de trabajo, los compromisos y el seguimiento a su cumplimiento, sin perjuicio de que las instalaciones de las unidades de atención de desarrollo infantil tipo Centro Infantil del Buen Vivir y puedan ser utilizadas para actividades comunitarias de otra índole. (20)

El comité de padres y madres de familia deberá cumplir las siguientes responsabilidades:

1. Elaborar la planificación participativa anual;
2. Asistir puntualmente a las reuniones mensuales del comité de padres de familia;
3. Participar en la elaboración de planes de mejoramiento y en el logro de los objetivos planteados;

4. Colaborar con la realización de actividades orientadas al fortalecimiento de la unidad de atención;
5. Apoyar las actividades artísticas, culturales y deportivas que organice la unidad de atención, orientadas a promover la corresponsabilidad de las familias y la comunidad;
6. En el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir, apoyar el uso comunitario de la infraestructura pública, para beneficio de la comunidad;
7. Cumplir y hacer cumplir lo establecido en la normativa técnica.

- **Estándar 3: Participación y redes sociales**

En cada unidad de atención de desarrollo infantil se promueve la participación de otras instituciones públicas o privadas, para coordinar acciones que permitan articular servicios, en forma conjunta con el comité de padres y madres de familia. Se cuenta con una red de actores.

- **Estándar 4: Inscripción en el Registro Civil**

Las unidades de atención de desarrollo infantil controlan que las niñas y los niños estén inscritos en el Registro Civil. En caso de no estarlo, se orienta a las familias para que cumplan con este derecho, acompañándolas, si es necesario, en su gestión.

- **Estándar 5: Restitución de derechos**

Las unidades de atención de desarrollo infantil en caso de vulneración de derechos, orientan e informan a las familias sobre las instancias de protección y los procedimientos a seguir para la restitución de derechos. (20)

2.2.14.2 Proceso socio - educativo

- **Estándar 6: Plan educativo**

Las unidades de atención de desarrollo infantil cuentan con un plan educativo en el marco de la política pública y las disposiciones del subnivel 1 del currículo de educación inicial del Ministerio de Educación. El plan educativo incluye objetivos, actividades, recursos humanos, financieros, técnicos, tecnológicos y resultados esperados. Se realiza en forma anual con la participación del coordinador/a o director/a comité de padres y madres de familia y se operativiza a partir de planificaciones mensuales.

- **Estándar 7: Planificación curricular**

En las unidades de atención de desarrollo infantil se cuenta con un diagnóstico inicial, una planificación curricular acorde a las necesidades de cada niña o niño, seguimiento y evaluación en el marco del currículo de educación inicial vigente. Se utilizan herramientas que permiten determinar el nivel de desarrollo de la niña o niño según su edad, de acuerdo a los ámbitos:

- Vinculación emocional y social;
- Descubrimiento del medio natural y cultural;
- Exploración del cuerpo y motricidad;
- Lenguaje verbal y no verbal.

- **Estándar 8: Prácticas de cuidado**

En las unidades de atención de desarrollo infantil se ejecutan acciones permanentes con las niñas, niños y sus familias para fortalecer prácticas de cuidado, cuidado mutuo y con el medio ambiente.

- **Estándar 9: Organización de la jornada y horario de atención**

La jornada diaria de las unidades de atención de desarrollo infantil deberá considerar, de modo básico, los siguientes momentos:

- ✓ Actividades de inicio;
- ✓ Actividades de desarrollo y recreación;
- ✓ Actividades de alimentación, aseo y descanso;
- ✓ Actividades de cierre.

Las jornadas se realizarán 5 días por semana, en jornadas parciales de 2 a 4 horas (CDI) o de tiempo completo, 8 horas (CIBV - CDI).

- **Estándar 10: Recursos técnicos y didácticos**

Las unidades de atención de desarrollo infantil disponen de recursos técnicos y didácticos para el logro del alcance de indicadores de las niñas y los niños, por grupos de edad. Material para la estimulación del lenguaje, las motricidades fina y gruesa,

pensamiento lógico, y actividades de arte y recreación. Para esto se tiene en cuenta un enfoque inclusivo, intercultural y ambiental.

- **Estándar 11: Atención inclusiva**

La unidad de atención de desarrollo infantil deberá atender a niñas y niños con o sin discapacidad.

- **Estándar 12: Actividades del personal**

El personal de las unidades de atención de desarrollo infantil realiza las siguientes actividades regulares de planificación y gestión institucional:

- ✓ Planificación participativa de procesos educativos (diarios, semanales, mensuales, trimestrales y anuales);
- ✓ Evaluación diagnóstica, de proceso y final que determine el nivel de logros del niño y niña según su grupo de edad;
- ✓ Seguimiento permanente del desarrollo integral de las niñas y niños;
- ✓ Generación de espacios de capacitación, círculos de estudio, entre otros, de acuerdo a las necesidades del contexto.

- **Estándar 13: Prohibición de actividades discriminatorias**

En las unidades de atención de desarrollo infantil las niñas y niños participan activamente en el desarrollo de las actividades educativas, sin ningún tipo de discriminación, evitando la promoción de juegos sexistas, reinados de belleza u otros similares. (20)

2.2.14.3 Salud preventiva, alimentación y nutrición

- **Estándar 14: Control de peso y talla**

Las unidades de atención de desarrollo infantil levantan un diagnóstico inicial del estado nutricional de las niñas y niños con indicadores de peso y talla. El control se realiza semestralmente en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.

- **Estándar 15: Alimentación saludable**

Las unidades de atención de desarrollo infantil garantizan una alimentación saludable para la nutrición de las niñas y niños de acuerdo a la edad y el estado nutricional, de conformidad con las recomendaciones nutricionales diarias del Ministerio de Salud Pública. Para las unidades de atención infantil tipo Centros de Desarrollo Infantil (CDI) se considera los parámetros del siguiente cuadro:

Tabla 1 Tema: Lactancia materna exclusiva para niñas y niños de 0 a 6 meses.

Grupo de edad	Tomas al día	Calorías	Observaciones
0-5 meses	4 a 5	280 a 350Kcal	70 kcal por cada toma 100 ml
6-8 meses	2 a 3	210 a 315 kcal	105 kcal por cada toma de 150ml
8-11 meses	2 a 3	210 a 315 kcal	105 kcal por cada toma de 150 ml

Fuente: Ministerio de Salud Publica

Elaboración: Propia

El Centro de Desarrollo Infantil debe garantizar el consumo de leche materna exclusiva según recomendaciones del Ministerio de Salud Pública, con la corresponsabilidad de la madre al dejar a su hija e hijo en el centro infantil su leche materna extraída al menos cinco tomas para los menores de cinco meses y 3 tomas para las niñas y niños entre 6 a 11 meses, misma que deberá ser suministrada durante la permanencia en centro.

Tabla 2 Tema: lactancia materna y alimentación complementaria para niñas y niños entre los 6 a 11 meses

Grupo de edad	Calorías leche materna	Calorías de alimentación complementaria	Calorías totales consumidas en el cdi (70%)
6-8 meses	210 a 315 kcal (2 a 3 tomas)	114 a 210	429
8-11 meses	210 a 315 kcal (2 a 3 tomas)	160 a 265	475

Fuente: Ministerio de Salud Publica

Elaboración: Propia

La alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad y deberá continuar con la lactancia materna de las niñas y niños entre los 6 a 11 meses de edad, para lo cual las madres deberán dejar en el Centro de Desarrollo Infantil al menos 3 tomas de leche materna para el consumo en el centro.

La lactancia materna y alimentación complementaria cubren el 70% de las recomendaciones calóricas y nutricionales de las niñas y niños entre los 6 a 11 meses de edad en los Centro de Desarrollo Infantil.

Tabla 3 Tema: Lactancia materna y alimentación complementaria para niñas y niños entre los 12 a 36 meses

Grupo de edad	Calorías	Proteínas		Grasas		Carbohidratos	
		%	gr	%	gr	%	gr
12-24 meses	892	15	33	25	56	60	134
25-36 meses	924		35		58		139

Fuente: Ministerio de Salud Publica

Elaboración: Propia

En los casos de carencia de leche materna, se recurrirá a las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud Pública. Para las unidades de atención infantil tipo Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), se incrementa un 15% de calorías a las recomendaciones anteriores, considerando las características de la población que se atiende. La asistencia alimentaria entregada por las unidades de atención infantil constituye el 70% de las recomendaciones nutricionales diarias y se distribuye en 4 tiempos, como se indica en los cuadros siguientes:

Tabla 4 Tema: Asistencia Alimentaria entregada por las unidades de Atención Infantil

Niñas y niños de 12 - 24 meses de edad			
Horario	Comida	Macronutrientes	
			gr.
08h00 - 08h30	Desayuno 20%	Proteína	10
		Grasa	16
		Carbohidratos	38
10h00-10h30	Refrigerio 10%	Proteína	5
		Grasa	8
		Carbohidratos	19
12h00-13h00	Almuerzo 30%	Proteína	14
		Grasa	24
		Carbohidratos	57
15h00-15h30	Refrigerio 10%	Proteína	10
		Grasa	16
		Carbohidratos	38

Fuente: Ministerio de Salud Publica

Elaboración: CDII

Tabla 5 Tema: Asistencia Alimentaria entregada por las unidades de Atención Infantil

Niñas y niños De 25 - 36 meses de edad			
Horario	Comida	MACRONUTRIENTES	
			gr.
08h00 - 08h30	Desayuno 20%	Proteína	10
		Grasa	17
		Carbohidratos	40
10h00-10h30	Refrigerio 10%	Proteína	5
		Grasa	8
		Carbohidratos	20
12h00-13h00	Almuerzo 30%	Proteína	15
		Grasa	25
		Carbohidratos	59
15h00-15h30	Refrigerio 10%	Proteína	5
		Grasa	8
		Carbohidratos	20

Fuente: Ministerio de Salud Publica

Elaboración: SDII

- **Estándar 16: Buenas prácticas alimenticias**

En las unidades de atención de desarrollo infantil se orienta a las familias acerca de buenas prácticas de alimentación como: selección, compra, almacenamiento, conservación, higiene, preparación de alimentos, para el caso de las unidades de atención Centros Infantiles del Buen Vivir se realiza un seguimiento semestral a la implementación de estas prácticas.

- **Estándar 17: Externalización de la alimentación**

El servicio de externalización en la alimentación de las niñas y niños en las unidades de atención Centros Infantiles del Buen Vivir, se realiza conforme el protocolo e instrumentos.

- **Estándar 18: Remisión de casos**

En las unidades de atención de desarrollo infantil se activa la ruta de remisión para niñas y niños que presentan signos de malnutrición, rezagos del desarrollo psicomotriz o signos de problemas de salud, articulando con centros especializados.

- **Estándar 19: Suplementación nutricional**

Las unidades de atención de desarrollo infantil tipo Centros Infantiles del Buen Vivir, apoyan los programas de suplementación con micronutrientes desarrollados por el Ministerio de Salud Pública y en los casos que se requiere, promueve con las familias y educadoras el acceso a esos programas.

- **Estándar 20: Controles de salud**

Las unidades de atención de desarrollo infantil coordinan, de acuerdo a las periodicidades establecidas por el Ministerio de Salud Pública para el control de salud, valoración del estado nutricional, cumplimiento del esquema de vacunación, suplementación con micronutrientes, desparasitación a partir de los dos años, control de salud bucal, entre otros y establecen las acciones a realizar en el hogar y la unidad de atención.

- **Estándar 21: Limpieza e higiene de las instalaciones**

Las unidades de atención de desarrollo infantil realizan acciones de limpieza diaria de los ambientes de aprendizaje o aulas, los recursos didácticos y demás espacios de la unidad. Adicionalmente, se realiza una limpieza profunda e higienización al menos una vez cada semestre.

- **Estándar 22: Limpieza e higiene personal**

Las unidades de atención de desarrollo infantil realizan acciones para la formación de hábitos de higiene personal y de salud en el hogar, tales como limpieza corporal y salud bucal.

- **Estándar 23: Administración de medicamentos**

Las unidades de atención de desarrollo infantil tienen implementado un procedimiento para el suministro de medicamentos, los cuales deben ser prescritos únicamente por personal médico y con la autorización de las familias. (20)

2.2.14.4 Talento Humano

- **Estándar 24: Conformación del equipo**

El equipo de talento humano, en las unidades de atención de desarrollo infantil,

se conforma de la siguiente manera:

- ✓ Un coordinador o director con perfil profesional de tercer nivel en áreas de educación inicial o afines;
- ✓ Un Educador de Desarrollo Infantil Integral por cada 10 niñas y niños, con un nivel mínimo de tecnólogo en educación inicial o áreas afines;
- ✓ El personal necesario (propio o externo) que garantice la calidad de los servicios de alimentación, limpieza y seguridad;
- ✓ Los Centros de Desarrollo Infantil podrán contratar personal adicional que contribuya a la calidad de los servicios.

- **Estándar 25: Perfiles del equipo**

El personal de las unidades de atención de desarrollo infantil satisface los siguientes perfiles:

Tabla 6 Tema: Perfiles del equipo

Perfiles de los cargos	Formación	Experiencia	Habilidades
Coordinadora/or o Directora/or	Profesional de tercer nivel en educación inicial o áreas afines	Un año como directora/or, coordinadora/or, jefe de programa o actividades similares	Capacidad de liderazgo, trabajo en equipo, toma de decisiones, competencias administrativas, enfoque de derechos, creatividad y resolución de conflictos
Educadora/or	Profesional de nivel tecnológico en educación inicial o áreas afines	Un año como educadora/or de niños	Capacidad de liderazgo, trabajo en equipo, orientación al logro, creatividad y resolución de conflictos

Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaboración: SDII

- **Estándar 26: Formación continua y profesionalización**

El personal de las unidades de atención de desarrollo infantil forma parte de procesos de formación continua y profesionalización en áreas relacionadas con el perfil ocupacional y sus funciones en el trabajo

- **Estándar 27: Funciones del personal**

El personal de las unidades de atención de desarrollo infantil cumple con las siguientes funciones:

Coordinador/a o director/a de centro de desarrollo infantil

- Coordinar la ejecución del servicio de la unidad de atención especializada en el marco de la política pública, normas técnicas, modelos de atención y protocolos de gestión;
- Coordinar las programaciones pedagógicas específicas por grupo de edad en la parte técnica, de gestión y de talento humano. En el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir se seguirán los lineamientos del MIES;
- Realizar denuncias de los casos detectados de vulneración de derechos ante la autoridad competente;
- Identificar y realizar el mejoramiento continuo para la operación de la unidad de atención a través de planes de mejoramiento, planes de gestión de riesgos, capacitación y acompañamiento. Para el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir, en coordinación con la unidad correspondiente de la Dirección Distrital;
- Para el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir, coordinar la ejecución de los servicios de desarrollo infantil integral con otras modalidades de atención complementarias ampliando su cobertura hacia la zona de influencia geográfica;
- Coordinar, analizar, monitorear y evaluar a las niñas y niños con el equipo de educadoras de desarrollo infantil integral, a fin de garantizar su desarrollo integral;
- Realizar la articulación de acciones para la provisión de servicios específicos que permitan complementar los servicios propios de la unidad de atención de acuerdo a los protocolos establecidos. En el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir esto se hará en coordinación con la dirección distrital y con otras instituciones a nivel territorial;
- Registrar la información de los usuarios de la unidad de atención conforme los requerimientos del MIES;
- Velar por la integridad y la salud de las niñas y niños de la unidad de atención articulando con las entidades de salud pública;
- Elaborar informes técnicos de acuerdo a sus competencias;

- Seguimiento permanente del desarrollo integral de las niñas y niños conforme a los protocolos de atención;
- Para el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir reportar mensualmente la gestión de la unidad de atención

Educador/a del centro de desarrollo infantil

- Facilitar el desarrollo integral, cuidado y protección de las niñas y niños del servicio;
- Monitorear y evaluar el desarrollo integral de las niñas y niños atendidos;
- Elaborar informes técnicos solicitados por el coordinador o director;
- Apoyar a la ejecución de los lineamientos proporcionados por el coordinador o director, para la atención integral de las niñas y niños y sus familias;
- Para el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir, coordinar la ejecución del servicio con otras modalidades de atención del Ciclo de Vida ampliando su cobertura hacia la zona de influencia geográfica;
- Notificar los casos detectados de vulneración de derechos ante la autoridad competente;
- Apoyar en la implementación planes, programas y estrategias de fortalecimiento familiar y comunitario en coordinación con la/el coordinador/a o director/a;
- Ingresar los datos en los sistemas de información de seguimiento y control;
- Realizar las planificaciones curriculares para el grupo de edad bajo su responsabilidad con la orientación de la coordinador/a o director/a;

○

• Estándar 28: Excepciones

En caso de las unidades de atención de desarrollo infantil tipo Centros Infantiles del Buen Vivir, en que las condiciones geográficas o territoriales dificulten la contratación de personal con el perfil establecido, previa aprobación de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral, se podrá flexibilizar los requerimientos.

• Estándar 29: Evaluación

En las unidades de atención de desarrollo infantil se documenta e implementa un proceso de selección, inducción y evaluación semestral del desempeño de su equipo

de trabajo, de acuerdo al perfil, cargo a desempeñar y las particularidades culturales y étnicas de la población.

- **Estándar 30: Contratación del personal**

En las unidades de atención de desarrollo infantil se garantiza la contratación del talento humano, de acuerdo a las disposiciones de la normativa legal vigente.

- **Estándar 31: Cuidado al personal**

En las unidades de atención de desarrollo infantil se aplican estrategias de “cuidado al cuidador”, como encuentros de desarrollo personal y la promoción de espacios cálidos, empáticos y asertivos, en el marco de relaciones interpersonales e interinstitucionales.

2.2.14.5. Infraestructura, ambiente educativo y protector

El diseño arquitectónico, mobiliario, ambientación y funcionalidad de las unidades de atención de desarrollo infantil, cumplen con criterios de seguridad y de calidad y disponen de espacios amplios que den cabida a la libertad de movimiento y creatividad, de acuerdo a su ubicación geográfica, conforme los siguientes estándares:

- **Estándar 32: Terreno**

El terreno donde se localizan las unidades de atención de desarrollo infantil cumple con las normas de regulación y planificación y observa que se encuentre en un entorno seguro y propicio, de conformidad con los parámetros establecidos por la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.

- **Estándar 33: Metros cuadrados por niña/o**

La unidad de atención de desarrollo infantil cuenta con un mínimo de 2 metros cuadrados por niña/niño en cada aula.

- **Estándar 34: Distribución del espacio**

La unidad de atención de desarrollo infantil destina un mínimo del 30% del espacio total de la infraestructura, para movilidad, tránsito, juegos y actividades comunitarias; este espacio cuenta con luz natural, sonido, color, temperatura, ventilación y visibilidad para el control interno. Alternativamente gestiona el uso de un espacio

público a no más de 200 metros de distancia, bajo condiciones que garantizan la seguridad de las niñas y niños.

- **Estándar 35: Baterías sanitarias**

La unidad de atención de desarrollo infantil tiene un inodoro y un lavamanos de tamaño y altura adecuado por cada 15 niñas/níños. Un baño para personas con discapacidad con un área mínima de 5.28 metros cuadrados. Baños para el personal diferenciados por sexo. Las puertas de acceso garantizan la privacidad y el control de su seguridad que no permiten que las niñas y niños se queden encerrados.

- **Estándar 36: Área de alimentación**

La unidad de atención de desarrollo infantil tiene un área de alimentación con un espacio mínimo de 0.80 metros cuadrados por niña/níño.

- **Estándar 37: Área de salud**

La unidad de atención de desarrollo infantil dispone de un espacio equipado para control de salud de los niños/as, con un área mínima de 10 metros cuadrados, adicionalmente dispondrán de al menos dos botiquines para atención de primeros auxilios, en los que no se tendrá medicinas.

- **Estándar 38: Área administrativa**

La unidad de atención de desarrollo infantil tiene un espacio para el coordinador/ra o director/ra del centro para las reuniones de planificación, seguimiento, entre otros, equipado al menos con mobiliario básico, archivador, computadora.

- **Estándar 39: Área de cocina para manejo de alimentos**

La unidad de atención de desarrollo infantil dispone de un área de cocina para manejo de alimentos, esta se encuentra alejada de las niñas y niños o con restricción de ingreso para ellos y cuenta con las condiciones que garantizan la conservación y el almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles.

- **Estándar 40: Servicios básicos**

La unidad de atención de desarrollo infantil dispone de los servicios básicos: agua potable, energía eléctrica, teléfono, internet y sistema de eliminación de aguas residuales.

- **Estándar 41: Diferenciación del espacio por grupo edad**

La unidad de atención de desarrollo infantil tipo Centro Infantil del Buen Vivir, cuenta con espacios diferenciados por grupos de edad, de 12 a 24 meses de edad y de 25 a 36 meses de edad. La unidad tipo Centro de Desarrollo Infantil cuenta con los dos espacios anteriores y en caso de brindar atención a niñas y niños menores de 12 meses, debe contar con un espacio adecuado para atender a niñas y niños de 45 días a 11 meses.

- **Estándar 42: Plan de gestión de riesgos**

Todas las unidades de atención de desarrollo infantil cuentan con un plan de gestión de riesgos, en función de las características de la modalidad, bajo la normativa de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y articulado al Comité de Operaciones y Emergencias local.

El plan de gestión de emergencias y riesgos considera:

- Salidas de emergencia y flujo de evacuación con su respectiva señalética;
- Seguridad física del centro y preparación frente a riesgos y emergencias por parte de sus ocupantes.

- **Estándar 43: Plan de prevención de riesgos**

Con el objetivo de preservar la vida, la integridad física y el bienestar de las niñas y niños, las/os coordinadoras/es, directoras/es y las/os educadoras/es deben estar en capacidad de prevenir el peligro, minimizar los riesgos, responder a emergencias y brindar primeros auxilios, según lo establecido en el plan de gestión de riesgos.

2.2.14.6 Administración y gestión

- **Estándar 44: Permiso de funcionamiento**

El representante legal de la unidad de atención, previa a su operación, solicita a la Dirección Distrital del MIES, el permiso de funcionamiento.

La Dirección Distrital del MIES otorga el permiso de funcionamiento, sustentado en un informe técnico, y procede al registro de la unidad de atención con la información requerida en el sistema respectivo.

- **Estándar 45: Servicio de transporte**

Las unidades de atención de desarrollo infantil que cuentan con servicio de transporte para las niñas y los niños, lo ofrecen cumpliendo con todas las normas que para el efecto determinan las autoridades competentes.

- **Estándar 46: Período de receso**

Las unidades de atención de desarrollo infantil tipo Centro Infantil del Buen Vivir tienen un período de receso de 15 días por año. Estos períodos son diferenciados de acuerdo a la zona geográfica y a los ciclos escolares, las fechas son comunicadas oportunamente a las familias para su organización en el cuidado de sus hijas e hijos. Las fechas serán definidas por la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral con el nivel territorial desconcentrado.

- **Estándar 47: Vinculación con Bono de Desarrollo Humano**

La unidad de atención coordinará con el Viceministerio de Aseguramiento no Contributivo y Movilidad Social la inclusión a los servicios de desarrollo infantil integral de niñas y niños de 12 a 36 meses de edad, cuyas madres o representantes legales son beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano, para garantizar su atención en las unidades de Centros Infantiles de Buen Vivir.

- **Estándar 48: Becas**

Las unidades de atención tipo Centro de Desarrollo Infantil otorgarán el 5% de becas de su cobertura total. Las becas son destinadas a niñas y niños en situación de pobreza y vulnerabilidad.

- **Estándar 49: Respaldo de archivos**

La unidad de atención cuenta con un archivo digital y físico de todos los componentes del servicio.

2.2.15 Infecciones recurrentes en niños

Establecer el límite entre normal y patológico en cuanto al número de infecciones presentadas por un niño en un tiempo determinado. Factores como la etnia y las condiciones socioeconómicas e higiénicas influyen. La mayoría de los autores, más que al número, dan valor al tipo de infecciones y a las características de las mismas: órganos y sistemas afectados, gravedad, germen responsable, así como la respuesta al tratamiento habitual. En nuestro medio se ha estimado que los niños sanos tienen en los primeros años de la vida una media de 6-8 infecciones respiratorias de vías altas (IRVA) cada año, hasta 6 episodios anuales de otitis media aguda (OMA) y dos de gastroenteritis aguda (GEA). La frecuencia de IRVA es mayor en aquellos niños que asisten a guardería o cuando sus hermanos lo hacen. (22)

En cuanto a la duración media de los procesos y el tiempo estimado de resolución de los síntomas, también es variable según cada niño y patología presentada. Así en el 90% de los casos nos podemos encontrar con 2 a 7 días para resolución de una inflamación de garganta y hasta un período de 15-16 días para resolver una infección respiratoria inespecífica. Esto, unido al hecho de que muchos de estos cuadros se agrupan estacionalmente, puede dar la impresión de que el niño siempre está enfermo. La defensa del organismo frente a las infecciones corre a cargo del sistema inmune, conjunto de mecanismos complejos, conectados entre sí, que incluyen la integridad de las barreras cutáneo-mucosas, la inmunidad innata y la inmunidad adquirida o específica. Un fallo en cualquiera de estos mecanismos puede traducirse en un aumento de infecciones. (22)

El reto consiste en determinar si el niño tiene un proceso subyacente que condiciona el aumento de las infecciones o si se trata de un niño normal. Consideramos infecciones recurrentes aquellas infecciones que obligan a considerar diagnósticos diferenciales, a procesos que son demasiado frecuentes en número, son graves, duran mucho tiempo y/o se asocian con complicaciones inusuales o que no se resuelven con los tratamientos habituales. (22)

Cuando las infecciones recurrentes afectan a un único órgano o sistema debemos pensar en anomalías anatómicas, un proceso alérgico o una enfermedad crónica de base que afecte a ese sistema. Cuando los procesos infecciosos son leves y frecuentes, afectan a distintos sistemas y no existe afectación del desarrollo del niño hemos de pensar en una exposición aumentada a las infecciones por condiciones ambientales (guardería, contaminación, hábito tabáquico). Ante un niño con infecciones recurrentes debemos pensar en las siguientes posibilidades:

- ✓ Niño normal.
- ✓ Niño con un perfil atópico.
- ✓ Niño con una enfermedad crónica.
- ✓ Niño con una inmunodeficiencia.

2.2.15.1 Niño normal

Aproximadamente el 50% de los niños con infecciones recurrentes se encuentran en este grupo. Tienen entre 8 y 16 procesos infecciosos al año (IRVA, OMA, GEA) de los que la mayoría son de etiología viral, afectan al tracto respiratorio y responden adecuadamente al tratamiento establecido. Estos niños presentan un crecimiento y un desarrollo normales. Entre los episodios están asintomáticos y la exploración física es normal, resultando innecesaria la realización de pruebas complementarias que, de realizarse, resultarán normales. No existe una causa orgánica, funcional, inmunológica o genética conocida. Se debe a una mayor exposición y/o la presencia de factores favorecedores: asistencia a guardería o colegio, exposición al humo del tabaco y convivencia con hermanos escolarizados.(22)

2.2.15.2 Niño atópico

Un tercio aproximadamente de los niños con infecciones recurrentes presentan el espectro alergia-atopia-sibilancias recurrentes y asma. La rinitis crónica alérgica puede confundirse con una infección recurrente de vías respiratorias altas. Los niños con enfermedad atópica a menudo presentan tos y sibilancias después de una infección respiratoria vírica. Estos síntomas se confunden frecuentemente con neumonía o bronquitis. El tratamiento antibiótico es poco eficaz y sí lo son medicamentos para la alergia o el asma. (22)

Por otra parte, los niños atópicos tienen más probabilidad de desarrollar infecciones respiratorias recurrentes de vías altas como sinusitis, rinitis y otitis media. Esta mayor susceptibilidad puede ser debida a una mayor adherencia del patógeno a un epitelio respiratorio inflamado, a un aumento de la permeabilidad de las mucosas o a una respuesta inmune alterada frente a ciertos patógenos virales y bacterianos. Habitualmente el crecimiento y desarrollo de estos niños es normal. A menudo presentan hallazgos físicos característicos de su atopia. (22)

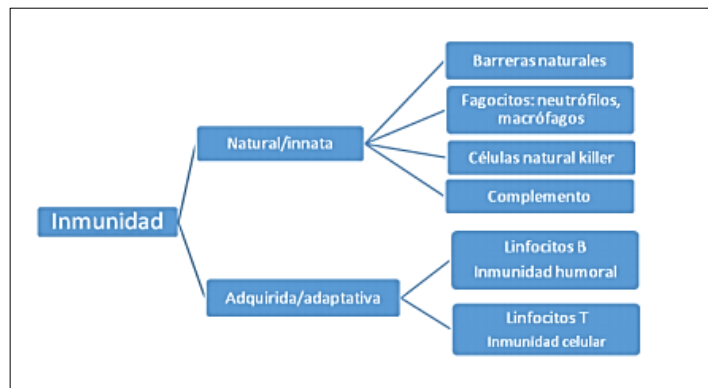
2.2.15.3 Niño con enfermedad crónica

Este grupo supone un 10% en el total de niños con infecciones recurrentes. Son aquellos que tienen una enfermedad subyacente no inmunológica. La mayor susceptibilidad a las infecciones puede ser debida a diversas causas como fallo en los mecanismos protectores de barrera, inadecuado aclaramiento de secreciones, procesos obstructivos, presencia de un cuerpo extraño como una vía central o una válvula, así como la implicación de microorganismos resistentes. Son niños que con frecuencia presentan un deterioro físico. (22)

2.2.15.4 Niño con una inmunodeficiencia

Un 10% de los niños que presentan infecciones recurrentes van a tener una inmunodeficiencia (ID) con uno o varios componentes del sistema inmune afectados. Las inmunodeficiencias son entidades en las que hay afectación cuantitativa o cualitativa de cualquier componente del sistema inmunitario: inmunidad adaptativa (células B, inmunidad humoral o respuesta de Ac y células T o inmunidad celular) e inmunidad innata (del sistema fagocítico y del complemento, entre otros) (Gráfico 4).

Gráfico 4 Tema: Componentes del sistema inmune



Fuente: AEPAP

Elaboración: AEAPAP

Las infecciones que acontecen en este tipo de trastornos se caracterizan por ser:

- Infecciones más graves o con mala respuesta a un tratamiento adecuado, a veces en localizaciones características, pero con una evolución poco habitual.
- Infecciones por gérmenes atípicos u oportunistas.

Las inmunodeficiencias pueden ser primarias o secundarias. Ambas inmunodeficiencias pueden tener una mayor susceptibilidad a procesos malignos y a enfermedades autoinmunes. (22)

2.2.15.4.1 Inmunodeficiencias secundarias (ids)

Son más frecuentes que las inmunodeficiencias primarias. Suelen presentarse más allá de la infancia y afectan más a la inmunidad celular (células T). La alteración inmunitaria puede producirse debido a medicaciones inmunosupresoras, malnutrición, infecciones (como el VIH), enfermedades neoplásicas o mecanismos mixtos donde hay tanto factores secundarios como primarios como en el síndrome de Down. En la Diabetes Mellitus es un hecho que las enfermedades infecciosas son más frecuentes. (22)

2.2.15.4.2 Inmunodeficiencias primarias (idp)

Son un grupo de enfermedades causadas por la alteración cuantitativa y/o funcional de distintos mecanismos implicados en la respuesta inmunológica. Son poco frecuentes,

pero también es probable que estén infradiagnosticadas. Son de origen genético, con frecuencia hereditarias, en su mayoría de forma autosómica recesiva. Se han descrito más de 240 entidades, y su número va en aumento cada año gracias a una mayor concienciación entre los profesionales sanitarios, así como a una mejora de las técnicas diagnósticas. Su incidencia global se estima en más de 1/2000 nacidos vivos, con una gran variabilidad entre las diferentes entidades.(22)

2.2.15.4.3 Vacunación en niños inmunodeprimidos

Los niños inmunocomprometidos deben ser inmunizados de la forma más optimizada posible, ya que se benefician del efecto protector de las vacunas. No obstante, presentan una menor respuesta a las mismas en relación a la población sana, y por ello en ocasiones se precisa determinar los Ac séricos a las 4-6 semanas de la vacunación para evaluar la respuesta inmunitaria y programar nuevas inmunizaciones, sobre todo en caso de exposición.

- Ha de hacerse una valoración individualizada dada la gran heterogeneidad de patologías, su evolución a lo largo del tiempo y de los tratamientos aplicados.
- Elegir el momento óptimo para la vacunación.
- En general están contraindicadas las vacunas con microorganismos vivos atenuados en pacientes con inmunodeficiencias celulares.
- Las vacunas inactivadas e inmunización pasiva no presentan problemas de seguridad ni tolerancia. Se administrarán siguiendo el calendario habitual de los niños sanos recordando que en los niños inmunodeprimidos son menos inmunógenas, por lo que a veces son necesarias dosis mayores de antígeno y/o dosis de refuerzo.
- La vacuna antigripal se debe administrar anualmente en todos los tipos de inmunodeficiencia congénita y adquirida.
- Todos los convivientes del paciente inmunodeprimido deben tener el calendario de vacunaciones actualizado haciendo especial énfasis en la vacuna triple vírica, vacuna de la varicela y vacuna de la gripe anual. (23)

2.2.16 El medio ambiente y la salud de los niños y sus madres

Cada año mueren más de tres millones de niños menores de cinco años por causas y afecciones relacionadas con el medio ambiente. El medio ambiente es, pues, uno de los factores que influyen de forma más decisiva en el tributo mundial de diez millones de defunciones infantiles anuales, y uno muy importante para la salud y el bienestar de las madres. (24)

El aire interior y exterior y el agua contaminados, la falta de saneamiento adecuado, los riesgos de toxicidad, los vectores de enfermedades, la radiación ultravioleta y los ecosistemas degradados son factores ambientales de riesgo importantes para los niños, y en la mayor parte de los casos para sus madres también. En particular en los países en desarrollo, los riesgos y la contaminación ambientales contribuyen de manera muy importante a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad infantiles asociadas a las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, traumatismos físicos, intoxicaciones, enfermedades transmitidas por insectos e infecciones perinatales. La mortalidad y la morbilidad infantiles debidas a causas como la pobreza y la malnutrición también van asociadas a modalidades insostenibles de desarrollo y a la degradación del medio ambiente urbano o rural.(24)

2.2.16.1 Principales causas de mortalidad de menores de cinco años relacionadas con el medio ambiente

- La diarrea causa la muerte de unos 1,6 millones de niños por año, principalmente debido al agua contaminada y a un saneamiento deficiente.
- La contaminación del aire en locales cerrados asociada a la utilización todavía generalizada de combustibles de biomasa causa la muerte de casi un millón de niños al año, principalmente por infecciones respiratorias agudas. Las madres, que se encargan de cocinar o permanecen próximas al fogón después de haber dado a luz, son quienes corren más riesgo de enfermedades respiratorias crónicas.
- El paludismo, cuya amenaza se puede exacerbar como consecuencia de un manejo y un almacenamiento deficientes del agua, viviendas inadecuadas, deforestación y pérdida de biodiversidad, causa la muerte de aproximadamente un millón de menores de cinco años, principalmente en África.

- Los traumatismos físicos no intencionales, que pueden estar relacionados con riesgos ambientales presentes en el hogar o la comunidad, causan la muerte de casi 300 000 niños por año; de ese total, 60 000 defunciones se atribuyen a ahogamiento, 40 000 a incendios, 16 000 a caídas, 16 000 a intoxicaciones, 50 000 a incidentes de tránsito y más de 100 000 a otros traumatismos no intencionales. (24)

La exposición a riesgos ambientales perjudiciales para la salud puede comenzar antes del nacimiento. El plomo en el aire, el mercurio en los alimentos, así como otras sustancias químicas, pueden tener efectos a largo plazo, a menudo irreversibles, como infertilidad, abortos espontáneos y defectos de nacimiento. La exposición de las mujeres a plaguicidas, disolventes y contaminantes orgánicos persistentes pueden afectar a la salud del feto. Además, aunque se reconocen los beneficios generales de la lactancia natural, la salud del recién nacido puede verse afectada por la presencia de altos niveles de contaminantes en la leche materna. Los niños pequeños, cuyos cuerpos se desarrollan con rapidez, son especialmente vulnerables, y en algunos casos los efectos en la salud sólo se manifiestan en años posteriores de la vida. (24)

Además, hay niños de cinco años de edad que trabajan en entornos peligrosos. Las embarazadas que viven y trabajan en entornos peligrosos y las madres pobres y sus hijos corren mayores riesgos porque se hallan expuestos a medios muy degradados, a menudo desconocen las repercusiones de ello para la salud y carecen de acceso a información sobre las posibles soluciones. Mejorar la salud ambiental de los niños y sus madres ocupándose de las cuestiones que afectan a su salud constituye una contribución esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).(24)

2.2.16.2 Las Soluciones

Muchos problemas ambientales y sanitarios tienen soluciones poco costosas. Por ejemplo, con sólo filtrar y desinfectar el agua en el hogar se puede mejorar

espectacularmente la calidad microbiológica de ésta y reducir el riesgo de enfermedades diarreicas a un costo bajo. Los hornillos mejorados permiten reducir la exposición a la contaminación del aire en espacios cerrados. Un mejor almacenamiento y una utilización segura de las sustancias químicas a nivel de la comunidad permite reducir la exposición a productos tóxicos, especialmente entre los niños de corta edad que exploran, tocan y saborean lo que encuentran en casa. (24)

Está demostrado que la protección personal contra el paludismo mediante la utilización de mosquiteros tratados con insecticida permite salvar vidas infantiles especialmente. La educación también es decisiva; si las madres reciben la información que necesitan para conocer los riesgos ambientales presentes en sus hogares y en la comunidad, estarán mejor preparadas para adoptar medidas idóneas a fin de reducir o eliminar la exposición.(24)

2.3 Hipótesis ó Supuestos

La mayoría de infecciones que presentan los niños que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil son las Infecciones Respiratorias y su factor predominante es el ambiente en donde se desenvuelven

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de investigación

Descriptiva.- En este nivel la investigación permitió describir fenómenos, situaciones y contextos basados a la unidad de estudio; especificar aspectos característicos de personas, objetos, problemas; detallando las propiedades, características y perfiles de los pobladores que serán sometidas a análisis, además pretende recoger información de manera independiente o conjunta sobre cada una de las variables a las que se refieren, logrando determinar cómo es el comportamiento del problema frente al contexto, para brindar una mejor y oportuna atención.

Cuantitativa.- El enfoque cuantitativo hace referencia al análisis de cantidades, es decir que involucra un proceso de estudio numérico que tiene que ver con fundamentos estadísticos que tendremos después de realizar encuestas como método de recolección de datos para probar hipótesis planteadas se analizan los datos obtenidos de forma estadística y se formulan las conclusiones.

Cualitativa.- Este enfoque va de lo particular a lo general, porque a partir del análisis de una cantidad limitada de datos, se puede proponer conceptos que abarcan una completa explicación o descripción de un fenómeno, así mismo la formulación del discurso debe partir de la lógica y la coherencia.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

La investigación se efectuó en el Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de atención directa del MIES de la Ciudad de Ambato.

3.3 Población

En el presente proyecto investigativo se realizó en el Centro de Desarrollo Infantil Blanca Martínez Mera de la Ciudad de Ambato en donde existen 100 niños de 1-3 años y se contó con el apoyo de los padres de familia.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Niños de 0 a 3 años que se encuentren inscritos y que asistan al CDI.
- Tener el consentimiento informado y autorización de los padres.
- Autorización de Promotores del Centro Infantil.

Criterios de Exclusión

- No tener el consentimiento informado firmado por los padres.

3.5 Diseño muestral

Debido a la apertura que se otorgó por parte del MIES en un solo Centro Infantil y siendo el más grande en la Ciudad de Ambato por la población y también por el espacio se trabajó en el Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” con toda la población ya que se cuenta con un grupo de 100 niños que representa un grupo mayoritario que sustenten la presente investigación.

3.6 Operacionalización de Variables

Variable Independiente: Factores de riesgo: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud dentro del centro de educación inicial que se relaciona con el medio ambiente (infraestructura), alimentación e higiene

VARIABLE	DIMENSIONES		INDICADORES	TÉCNICA
Objetivo -Investigar los factores que influyen a la presencia de infecciones recurrentes en los niños del CDI	Área Física	-Servicios básicos -Espacio físico suficiente para los niños -Iluminación y ventilación adecuada	Buena Regular Mala	A través de la encuesta aplicada a padres de familia y educadores del CDI.
	Alimentación	-Porciones suficientes consumidas en el día -Infecciones por medidas de higiene inadecuadas	Buena Regular Mala	
	Medidas higiénicas	-Limpieza y desinfecciones de las instalaciones -Materiales adecuados para el aseo de higiene en los niños -Lavado de manos -Limpieza y desinfección de los juguetes.	Buena Regular Mala	
	Sistema inmune	-Frecuencia de enfermedades -Medidas de protección ante niños con infecciones -Contagio de enfermedades -Asistencia medica	-cada mes -cada 3 meses -cada 6 meses	

Tabla 7 Factores de Riesgo

Elaborado por: Evelyn Proaño

Variable Dependiente: Infecciones recurrentes: Consideramos infecciones recurrentes aquellas infecciones que obligan a considerar diagnósticos diferenciales, a procesos que son demasiado frecuentes en número, son graves, duran mucho tiempo y/o se asocian con complicaciones inusuales o que no se resuelven con los tratamientos habituales.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA
Objetivo: - Determinar las enfermedades infecciosas más recurrentes en los niños de los CDI de la Ciudad de Ambato	Infecciones Respiratorias	-Número de niños con infecciones respiratorias - Medidas ante niños con gripes o resfriados.	A través de la encuesta realizada a los padres y educadores del CDI
	Infecciones Gastrointestinales	-Número de niños con infecciones gastrointestinales -Medidas ante niños con diarrea.	
	Infecciones de la piel	- Número de niños con infecciones de la piel -Medidas ante niños que presenten infecciones de piel	

Tabla 8 Infecciones Recurrentes

Elaborado por: Evelyn Proaño

3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

Técnicas e Instrumentos

La presente investigación aplicará como técnica la encuesta para recabar información valiosa de las personas que están directamente vinculadas en la investigación como son los padres de familia y las educadoras del CDI sobre situaciones relacionadas a los factores de riesgo para la presencia de infecciones recurrentes en los niños, el uso de esta técnica hace necesario la construcción de su instrumento correspondiente tal es el caso del cuestionario facilitando así la recolección y procesamiento de datos. Así como se detalla a continuación:

Tabla 9 Técnicas e Instrumentos

TECNICAS DE INFORMACION	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIONES DE INFORMACION	TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION
Informacion General	-Cuestionario A	-Encuesta realizada a los padres de familia
	-Cuestionario B	-Encuesta realizada a los educadores del CDI

Elaborado por: Evelyn Proaño

La encuesta fue validada y aplicada por la Autora: Chicaiza López, Mónica Gabriela con el apoyo del Tutor: Dr. MSc. Villacís Sánchez, Ángel Patricio en un Proyecto de Investigación que se realizó en Agosto del 2015 con el tema: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MORBILIDAD DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL CIBV LA ESPERANZA DE LOS NIÑOS DEL CANTÓN PILLARO” de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

Plan de Recolección

- ❖ Se acudirá directamente al Centro de Desarrollo Infantil designado para explicar acerca del proyecto a realizarse.
- ❖ Se coordina con las autoridades del Centro Infantil para la planificación de la fecha a realizarse las encuestas.
- ❖ Se brindará información acerca del consentimiento informado a los padres de familia y educadores para poder realizar las encuestas respectivas.
- ❖ Se aplicará el cuestionario respectivo de la encuesta a la muestra determinada en la investigación.
- ❖ Se tabulará los datos recolectados de cada uno de los ítems de los cuestionarios para obtener los resultados, esta se lo realizará mediante tablas de frecuencias absolutas con su porcentaje respectivo elaborando así mismo el respectivo gráfico.
- ❖ Se efectuará la interpretación y el análisis de los resultados obtenidos considerando los contenidos del marco teórico, la relación con los objetivos y las tablas tabuladas.
- ❖ Se redactará las correspondientes conclusiones luego de efectuadas la tabulación, interpretación y análisis respectivo.

3.8 Aspectos éticos

Se guardará en reserva la identidad tanto a los niños, niñas, padres de familia y trabajadoras del CDI, no se solicitará datos de identificación en la recolección de la información, se solicitará el consentimiento informado a los padres de familia y educadores para la realización de encuestas con fines solo investigativos, los resultados desprendidos de la investigación fueron manejados de modo confidencial y guardando anonimato para protección de la integridad de los mismos.

El presente proyecto no perjudica ningún aspecto de la vida social o ambiental, ya que aporta a la comunidad y a la salud integral de los niños que asisten a centros infantiles dando un enfoque tanto de promoción y prevención de la salud para que exista un desarrollo normal desde su infancia.

Este proyecto es de carácter participativo y totalmente amigable, ya que permite la interacción con un grupo de personas que nos brindaran información necesaria para la realización de esta investigación, ya que tanto los padres de familia y los educadores de dichos centros son los que pasan el mayor tiempo con los niños y nos darán a conocer su estilo de vida; de la misma manera estableciendo así un ambiente de respeto, comunicación y diálogo con las personas garantizando la confidencialidad y la veracidad de esta información.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis e interpretación de datos

4.1.1. Encuesta dirigida a los Padres de Familia

Datos Generales

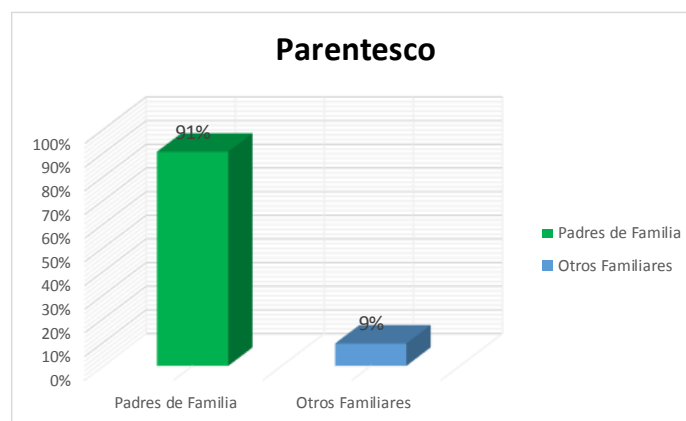
Tabla 10 Parentesco

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Padres de Familia	86	69%
Otros Familiares	9	31%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 5 Parentesco



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 91% de personas que acuden a retirar a los niños y niñas del CDI “Blanca Martínez Mera”, son los padrea de familia, mientras el 9% son otros familiares, lo que garantiza la confiabilidad de la información recabada.

Interpretación de resultados:

La mayoría de niños y niñas que asisten al CDI, son retirados por familiares directos, lo cual garantiza la confiabilidad de la información y por tanto los resultados de la investigación.

Genero de los párvulos

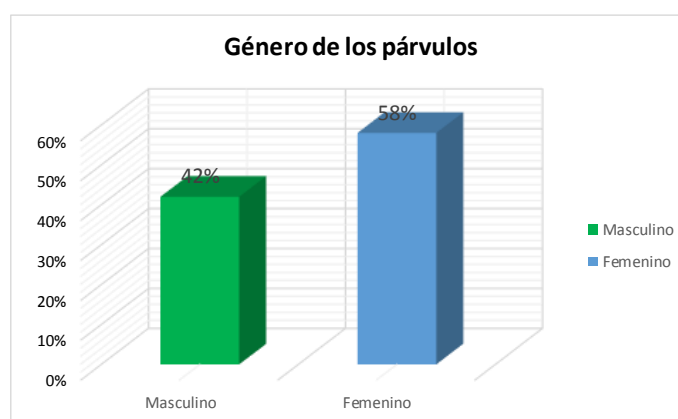
Tabla 11 Género de los párvulos

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Masculino	42	42%
Femenino	58	58%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 6 Género de los párvulos



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 58% de los párvulos que asisten al Centro de Desarrollo Infantil son mujeres, mientras el 42% restante son varones, por lo tanto, corresponden casi al mismo número de elementos estudiados.

Interpretación de resultados:

Aunque la cantidad de varones que asiste al CDI es menor, es característica de ellos que son más inquietos y merecen mayor atención en el cuidado, sin embargo, las niñas también deben mantener cuidado en todos los aspectos que involucran prevención de enfermedades durante la jornada que permanecen en el centro infantil.

Edad de los párvulos

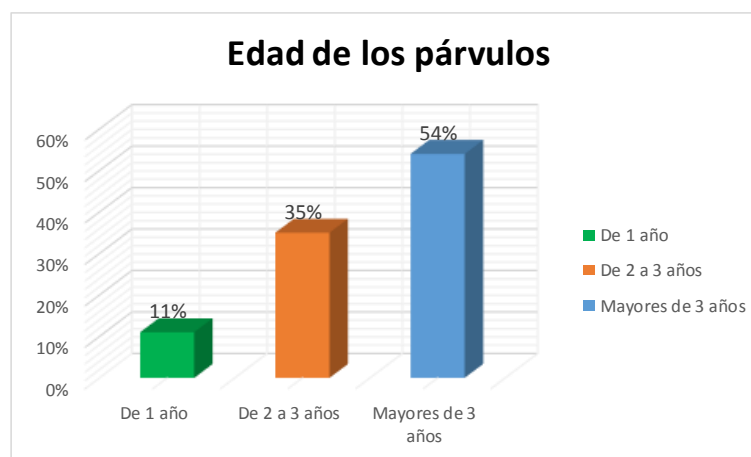
Tabla 12 Edad de los párvulos

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
De 1 año	11	4%
De 2 a 3 años	35	65%
Mayores de 3 años	49	31%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 7 Edad de los párvulos



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 54% de los párvulos del CDI, tienen una edad comprendida de 3 años en adelante, en tanto el 35% son de 2 a 3 años de edad y el 11 % restante de un año.

Interpretación de resultados:

La mayoría de párvulos comprenden las edades de 2 a 3 años, por lo tanto, mantienen mayor contacto con el ambiente y ocupan varios espacios al momento de realizar sus actividades y desarrollar su motricidad, por lo cual están expuestos a varios factores de riesgo que pueden favorecer a la presencia de infecciones y con ello el deterioro de la salud en la edad temprana.

ENCUESTA A

Pregunta N°1: ¿Está satisfecho con el cuidado brindado por el personal del CDI?

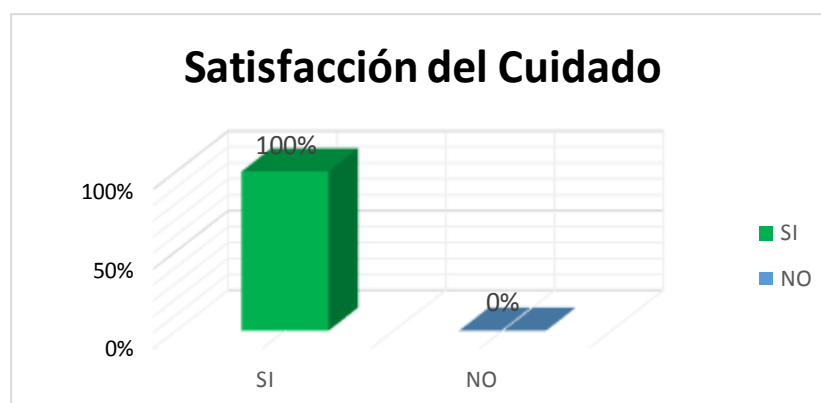
Tabla 13 Satisfacción del cuidado

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	95	100%
NO	0	0%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 8 Satisfacción del cuidado



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 100% de padres de familia están satisfechos con el cuidado brindado en el Centro de Desarrollo Infantil.

Interpretación de resultados:

Los padres de familia en su mayoría están de acuerdo con los cuidados que sus hijos reciben en el CDI, no solo porque les ayudan a los niños al desarrollo de sus destrezas iniciales, sin embargo, los niños/as deben mantener condiciones adecuadas para precautelar su salud y bienestar durante el tiempo que permanecen en el centro.

Pregunta N°2: ¿Considera que el espacio físico del CDI es suficiente para los niños?

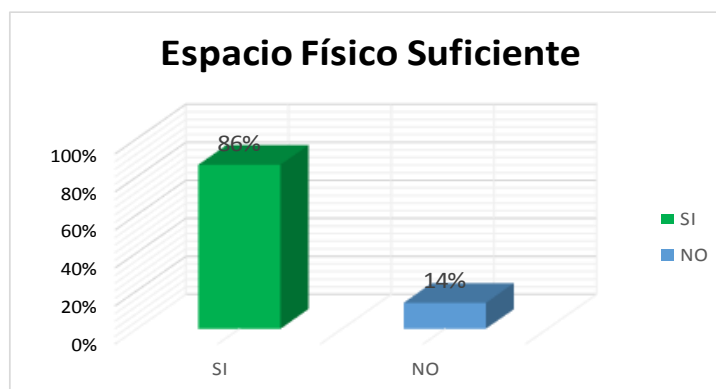
Tabla 14 Espacio Físico Suficiente

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	82	86%
NO	13	14%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 9 Espacio Físico Suficiente



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 14 % de padres considera que el espacio físico del CDI no es suficiente para el desarrollo de los niños y sus actividades de formación, mientras que el 86%, lo notan amplio y suficiente para el desarrollo adecuado de los niños.

Interpretación de resultados:

El espacio es suficiente para la gran mayoría de los padres y madres de familia, sin embargo, existen una minoría de personas que discrepan, ya que algunos espacios que comparten pueden dificultar que los niños se desplacen cómodamente y así aumentar los factores de riesgo como el contagio de enfermedades o la proliferación de las mismas.

Pregunta N°3: ¿Considera que tiene ventilación e iluminación suficiente?

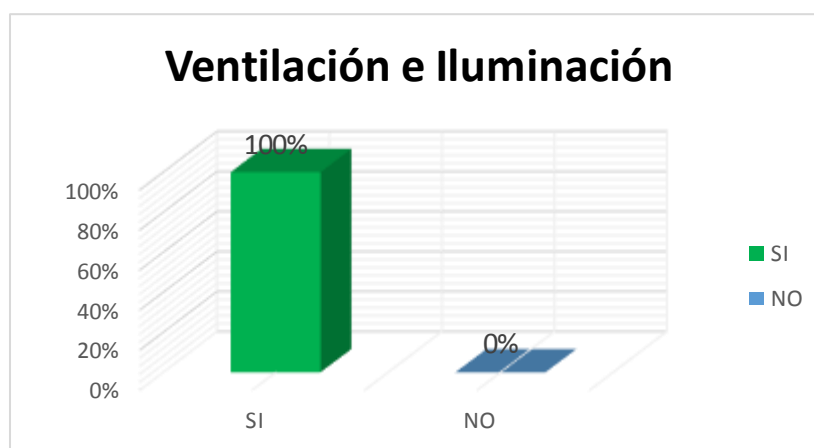
Tabla 15 Ventilación e iluminación

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	95	100%
NO	0	0%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 10 Ventilación e iluminación



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 100% de padres y madres de familia consideran que la ventilación e iluminación del CDI, son adecuadas.

Interpretación de resultados:

La iluminación y ventilación de los espacios es muy importante para que las enfermedades no se propaguen ni exista contagios, por tanto, el CDI dispone condiciones satisfactorias respecto a la ventilación e iluminación del ambiente.

Pregunta N°4: ¿Considera que existe la supervisión necesaria a los niños en todas sus actividades dentro del CDI?

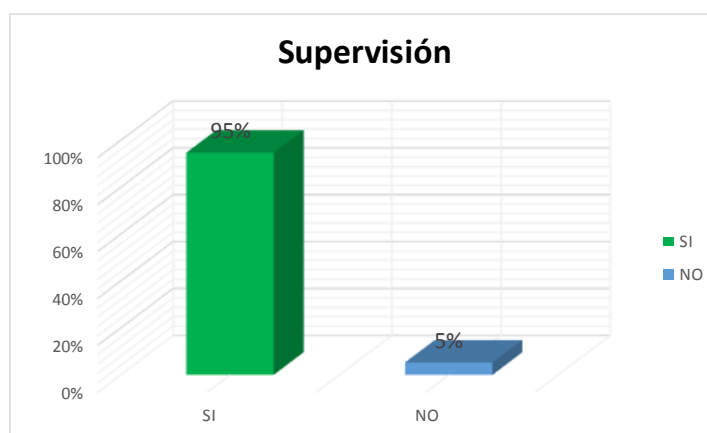
Tabla 16 Supervisión

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	90	95%
NO	5	5%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 11 Supervisión



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 95% de los padres de familia encuestados afirman que, si existe supervisión necesaria a los niños en sus actividades dentro del CDI, porque los niños no se lastiman con frecuencia, mientras el 5% consideran que los niños y niñas no reciben la correcta supervisión

Interpretación de resultados:

La existencia de supervisión en el CDI, garantiza que los niños no se expongan a peligros o se contagien de enfermedades por causas de higiene y contaminación, sin embargo, los cuidadores deben poner atención a este aspecto, pues existe un grupo menor de padres que sienten que sus hijos no tienen suficiente supervisión en sus actividades

Pregunta N° 5: ¿Cómo evaluaría las instalaciones físicas del CDI?

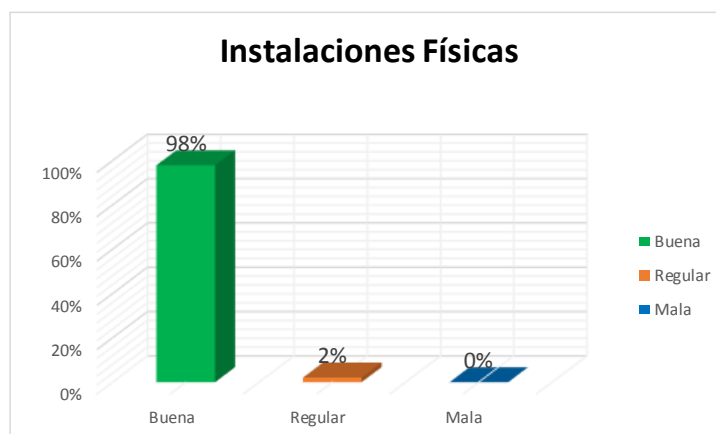
Tabla 17 Instalaciones Físicas

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Buena	93	98%
Regular	2	2%
Mala	0	0%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 12 Instalaciones Físicas



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 98% de padres evalúan el estado de las instalaciones físicas del CDI como buena, mientras que para el 2% el estado de estas es regular.

Interpretación de resultados:

Respecto a las instalaciones físicas del CDI, la mayor parte de los padres de familia las catalogan como buenas, lo que significa que los niños y niñas permanecen en condiciones adecuadas para su desarrollo.

Pregunta N°6: ¿Considera que la alimentación que recibe el niño/a es nutritiva?

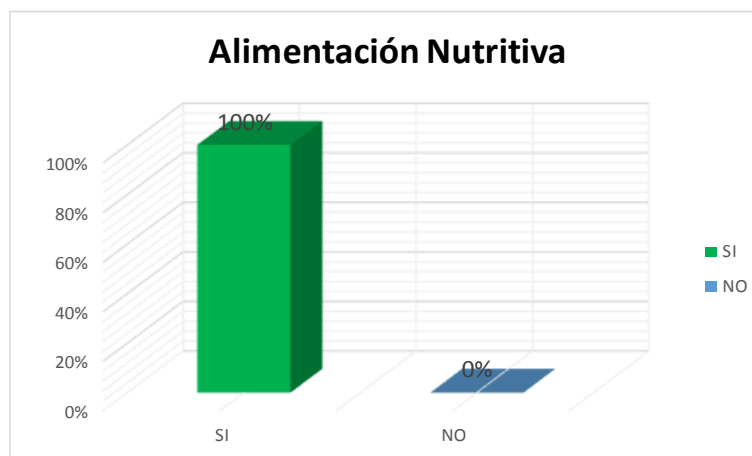
Tabla 18 Alimentación Nutritiva

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	95	100%
NO	0	0%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 13 Alimentación Nutritiva



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 100% de los padres encuestados consideran que la alimentación que se brinda a los niños y niñas que asisten al CDI es nutritiva.

Interpretación de resultados:

La alimentación es uno de los aspectos más importantes en la etapa inicial de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, por lo tanto, es importante que ingieran

alimentos con altos contenidos en vitaminas y nutrientes que apoyen su desarrollo físico e intelectual, situación que indican los padres de familia como satisfactoria.

Pregunta N°7: ¿Considera que los alimentos se dan en las porciones necesarias al niño/a?

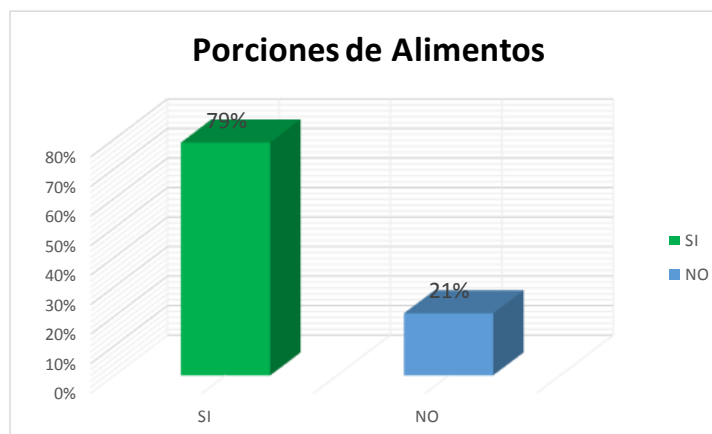
Tabla 19 Porciones de Alimentos

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	75	79%
NO	20	21%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 14 Porciones de Alimentos



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 79% de padres de familia encuestados consideran que las porciones de alimentos que se dan a los niños y niñas son las necesarias porque ellos mantienen buen peso y talla, mientras que el 21% opinan que no son suficientes, debido a que constantemente se enferman.

Interpretación de resultados:

Las porciones de alimentos que se sirven en el CDI son las necesarias para la mayoría de padres, sin embargo, nunca van a ser suficientes, debido a que no todos los niños

tienen el mismo apetito o la misma predisposición al momento de servirse los alimentos, sin embargo, la persona encargada maneja estándares de cantidad en las porciones que prepara.

Pregunta N°8: ¿Su niño/a se ha enfermado a causa de alimentos ingeridos en el CDI?

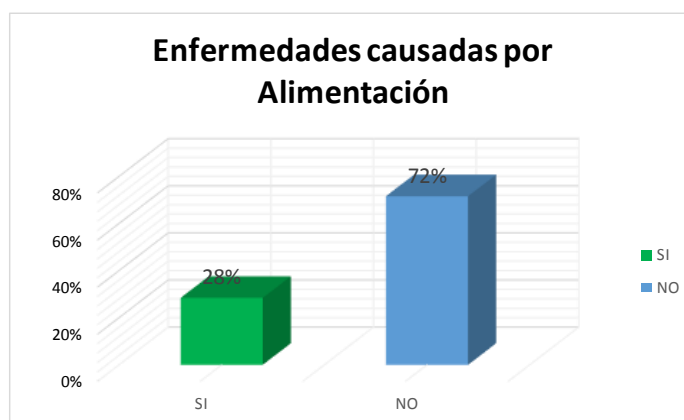
Tabla 20 Enfermedades causadas por Alimentación

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	27	28%
NO	68	72%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 15 Enfermedades causadas por la alimentación



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Respecto a si los niños se han enfermado por algún alimento ingerido en el Centro de Desarrollo Infantil, el 72% afirman que no les ha sucedido a sus hijos, mientras el 28% dice que sus hijos si se han enfermado a causa de la comida ingerida.

Interpretación de resultados:

Los niños son muy susceptibles a cualquier factor que afecte su salud, por ello la alimentación es un aspecto que no se debe pasar por alto, pues la existencia de niños que se hayan enfermado por alimentos ingeridos es preocupante y merece espacial

Pregunta N°9: ¿El niño/a se ha contagiado de alguna enfermedad en el CDI?

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	47	82%
NO	48	18%
Total	95	100%

Elaborado por: Evelyn Proaño

Contagio de enfermedades en el CDI

A 3D bar chart titled 'Contagio de enfermedades en el CDI'. The vertical axis represents percentages, ranging from 49% to 51% in 1% increments. The horizontal axis has two categories: 'SI' (Yes) and 'NO' (No). The 'SI' category is represented by a green bar with a value of 49% labeled on top. The 'NO' category is represented by a blue bar with a value of 51% labeled on top. A legend on the right side shows a green square for 'SI' and a blue square for 'NO'.

Categoría	Porcentaje
SI	49%
NO	51%

Elaborado por: Evelyn Proaño

El 49% de padres de familia encuestados afirman que sus hijos e hijas se han contagiado de alguna enfermedad en el CDI, mientras que el 51% dice que no ha existido contagio de ningún tipo en el caso individual de sus niños(as).

El contagio de enfermedades se puede presentar por una serie de factores por lo que es de vital importancia que el CDI, mantenga tanto las instalaciones, los juguetes y las áreas comunes limpias y desinfectadas de tal forma que se tomen medidas preventivas para el bienestar y salubridad del centro, sin embargo las defensas del organismo

también presentan un papel importante para el contagio de enfermedades ya que si el niño/a se encuentra con sus defensas bajas es más propenso a que contraiga cualquier infección.

Pregunta N°10: ¿Usted envía al CDI a su niño/a con ropa adecuada y para cambio?

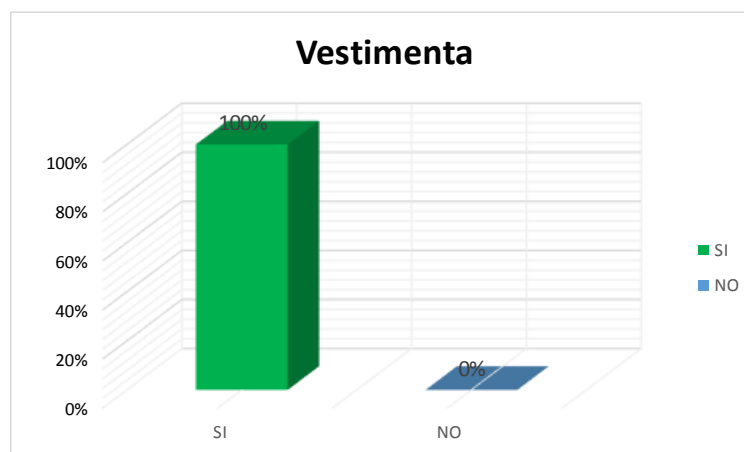
Tabla 22 Vestimenta

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	95	100%
NO	0	0%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 17 Vestimenta



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 100% de padres encuestados afirman que envían a sus hijos con ropa adecuada de acuerdo al clima y a las actividades que realizan los niños y niñas, y su respectivo uniforme.

Interpretación de resultados:

Los niños realizan actividades de movimiento y desplazamiento por lo cual es positivo que la mayoría de padres los envíen con ropa adecuada y que además se consideren el

clima y otros aspectos para precautelar la salud y el bienestar de los menores durante su permanencia en el CDI.

Pregunta N°11: ¿Con que frecuencia se enferma si niño/a?

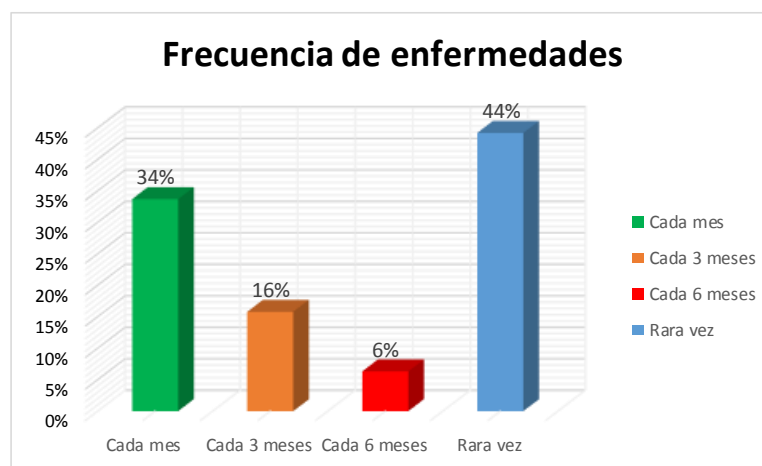
Tabla 23 Frecuencia de enfermedades

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Cada mes	32	34%
Cada 3 meses	15	16%
Cada 6 meses	6	6%
Rara vez	42	44%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 18 Frecuencia de enfermedades



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Respecto a la frecuencia con que se enferman los niños el 44% de padres indica que se enferman rara vez, mientras para el 34% cada mes se enferman, por otro lado el 16% afirma que se enferman cada 3 meses y el 6% cada 6 meses.

Interpretación de resultados:

Las enfermedades en los niños con tanta periodicidad es un inconveniente grave, porque se entiende que las personas responsables del cuidado no toman las

precauciones necesarias para evitar el contagio o a la vez los niños y niñas están demasiado expuestos a condiciones que pueden generar infecciones o enfermedades.

Pregunta N°12: ¿Cuál es el problema de salud que presenta con mayor frecuencia su niño/a en el CDI?

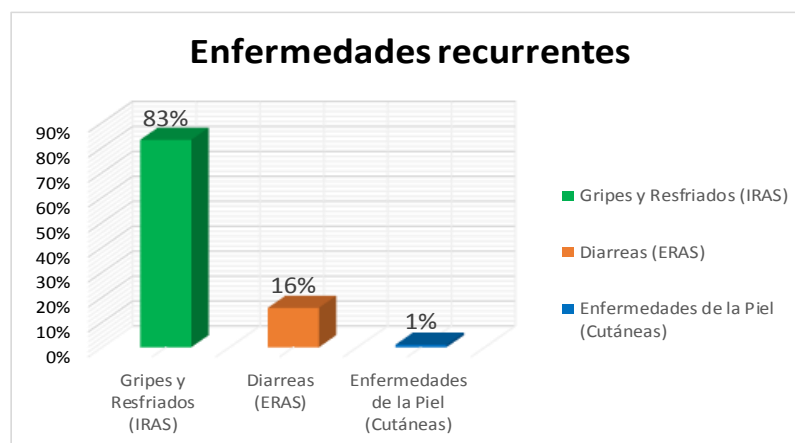
Tabla 24 Enfermedades recurrentes

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Gripes y Resfriados (IRAS)	79	83%
Diarreas (ERAS)	15	16%
Enfermedades de la Piel (Cutáneas)	1	1%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 19 Enfermedades recurrentes



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 83% de niños han padecido Gripes y resfriados, mientras el 16% han tenido problemas de diarreas, en tanto las enfermedades de la piel las han presentado solo el 1% de niños.

Interpretación de resultados:

Las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los niños y niñas que asisten al CDI, son las respiratorias y las estomacales, las cuales surgen principalmente

por falta de cuidados en el entorno físico, pues se presentan principalmente por la contaminación del ambiente y la falta de desinfección así mismo en el hogar.

Pregunta N°13: ¿Cuándo su niño/a esta enfermo lo envía al CDI?

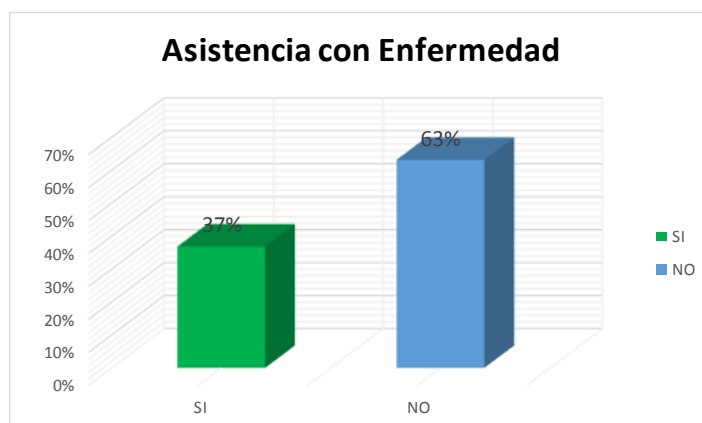
Tabla 25 Asistencia con enfermedad

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	35	37%
NO	60	63%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 20 Asistencia con enfermedad



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 63% de padres de familia encuestados cuando sus niños y niñas están enfermos no los envían al CIBV, sin embargo el 37% restante si los envían, debido a que no tienen con quién dejar a sus hijos en casa.

Interpretación de resultados:

Enviar a los niños y niñas enfermos al CIBV, no es una decisión adecuada tanto para los niños como para los padres de familia, debido a que pueden contagiar a los otros compañeros y generar una serie de malestar en el grupo; los padres en ocasiones se

ven obligados a dejarlos pero en medida de lo posible no se debería dar para garantizar el bienestar y el respeto a la salud de los otros niños.

Pregunta N°14: ¿Usted inculca en casa hábitos de higiene como lavarse las manos antes de comer y después de jugar?

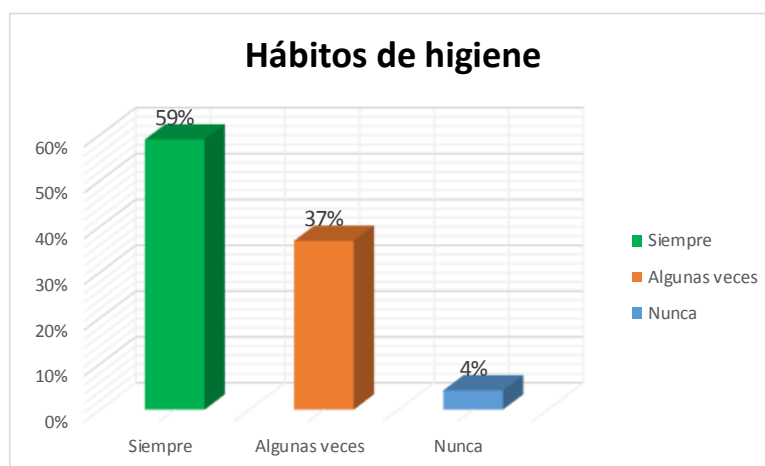
Tabla 26 Hábitos de higiene

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Siempre	56	31%
Algunas veces	35	69%
Nunca	4	0%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 21 Hábitos de higiene



Fuente: Encuesta dirigida a los Padres de Familia del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 59% de padres y madres de familia inculcan siempre a sus hijos pequeños hábitos de higiene en casa como una práctica habitual en la familia, mientras en el 37% lo realiza algunas veces y el 4% restante nunca lo practica por falta de tiempo

Interpretación de resultados:

Los hábitos de higiene y cuidado de la limpieza es importante introducirlos desde los primeros años de vida, para que los niños y niñas puedan cuidarse por sí mismos de

los ambientes contaminados y de superficies que pueden proliferar las bacterias responsables de las principales enfermedades infantiles e infecciones frecuentes.

4.1.2 Encuesta dirigida a los Educadores del CDI

Datos Generales

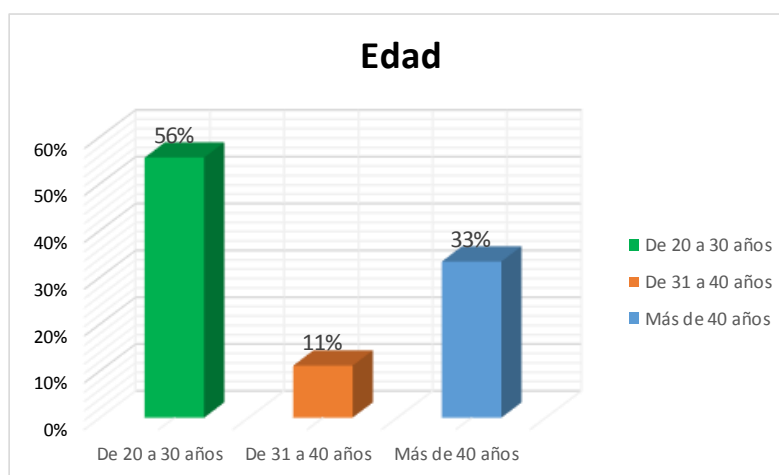
Tabla 27 Edad

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
De 20 a 30 años	5	56%
De 31 a 40 años	1	11%
Más de 40 años	3	33%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 22 Edad



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Las personas responsables del cuidado de los niños y niñas en el CDI “Blanca Martínez Mera” en un 56% tienen de 20 a 30 años, mientras el 33% tienen más de 40 años de edad y el 11% restante tienen edades comprendidas de 31 a 40 años de edad.

Interpretación de resultados:

La mayor parte del personal del Centro de Desarrollo Infantil es joven por lo cual se presta para cambios debido a que son personas dinámicas y adaptables a los diferentes

escenarios que se puedan presentar todos estos aspectos en beneficio de los niños y niñas que asisten al CDI, también existe un grupo con personal de mayor edad pero que cuenta con la experiencia suficiente en el desarrollo infantil integral.

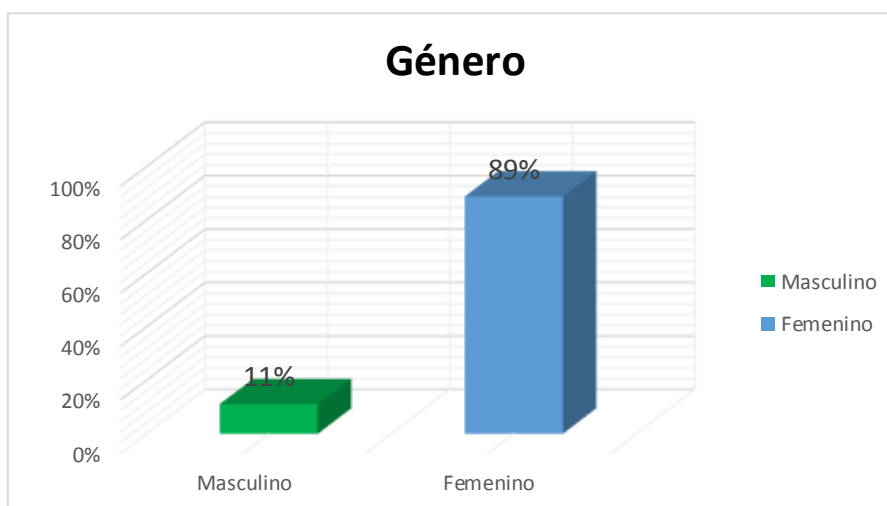
Tabla 28 Género

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Masculino	1	11%
Femenino	8	89%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 23 Género



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 89% del personal del Centro Infantil del Buen Vivir es femenino, mientras el 11% es masculino.

Interpretación de resultados:

Al ser la mayoría de cuidadoras mujeres, es más fácil llegar a los niños con criterios claros de limpieza e higiene, por su delicadeza en el trato, además el integrante masculino aporta autoridad para el cumplimiento de reglas y cambio de actitud todos los integrantes del centro infantil.

ENCUESTA B

Pregunta N°1: ¿Cuál es su grado de instrucción?

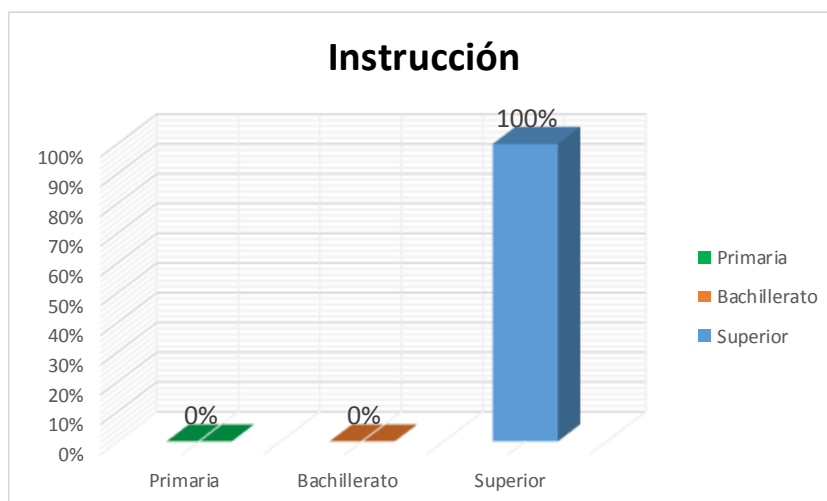
Tabla 29 Instrucción

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Primaria	0	0%
Bachillerato	0	0%
Superior	9	100%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 24 Instrucción



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 100% del personal que labora en el CDI, tienen formación superior, lo cual aporta experiencia en el cuidado de los niños.

Interpretación de resultados:

En el Centro de Desarrollo Infantil es importante que a cargo de los niños y niñas se encuentren personas capacitadas y con el conocimiento especializado, para que reciban la formación adecuada en las condiciones idóneas para su desarrollo integral.

Pregunta N°2: ¿Cuántos años de experiencia tiene?

Tabla 30 Años de experiencia

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
2 años	0	0%
3 años	0	0%
4 años	2	22%
5 años o más	7	78%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 25 Años de experiencia



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 78% de los cuidadores del CDI, tienen 5 años o más de experiencia, mientras el 22% tienen 4 años.

Interpretación de resultados:

El Centro de Desarrollo Infantil cuenta con la experiencia del personal que labora con los niños en su cuidado diario, ya que es muy importante pues de ello depende las medidas de precaución que se aplica o la forma de cuidar y educar a los niños en las diferentes actividades que realizan durante el día.

Pregunta N°3: ¿Se ha capacitado en los últimos dos años sobre salud infantil?

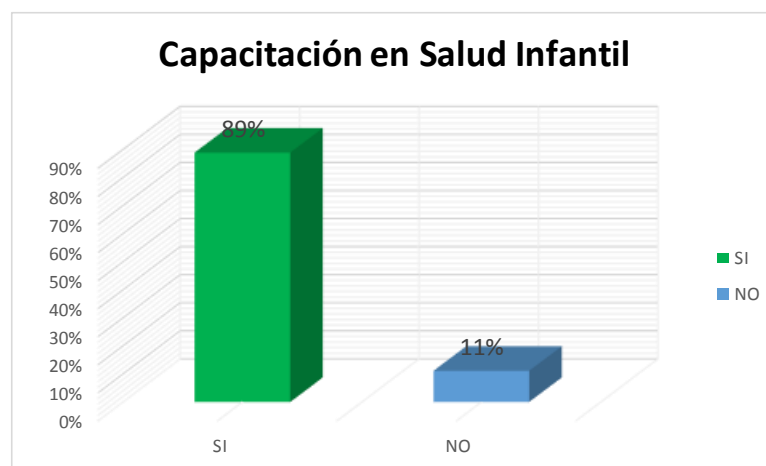
Tabla 31 Capacitación en Salud Infantil

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	8	80%
NO	1	20%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 26 Capacitación en Salud Infantil



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Del personal que labora en el CDI, el 89% ha recibido capacitación sobre salud infantil en los dos últimos años, mientras el 11% no ha recibido ningún aporte de este tipo a su formación profesional.

Interpretación de resultados:

Es importante que el personal que se encarga del cuidado de los niños en el CDI, se capacite en temas de salud infantil debido a que se encuentran todo el tiempo con los niños en condiciones de exposición a diversos factores ambientales y estructurales que pueden ocasionar un problema de salud para el cual deben estar preparados para solucionarlos de forma apropiada.

Pregunta N°4: ¿Con qué servicios básicos cuenta el CDI?

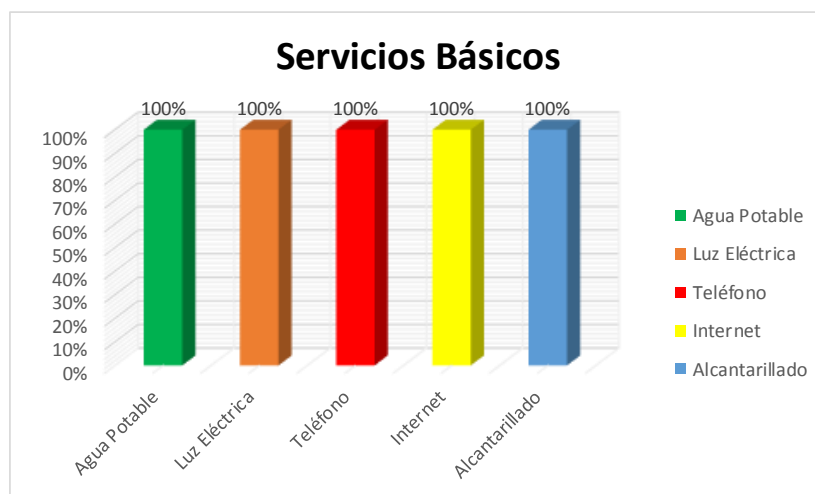
Tabla 32 Servicios Básicos

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Agua Potable	9	100%
Luz Eléctrica	9	100%
Teléfono	9	100%
Internet	9	100%
Alcantarillado	9	100%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 27 Servicios Básicos



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El Centro de Desarrollo Infantil dispone de los servicios básicos necesarios según el 100% del personal encuestado poseen agua potable, luz eléctrica, teléfono, internet y alcantarillado.

Interpretación de resultados:

Los servicios básicos en el CDI, garantizan la calidad de atención y el bienestar físico, psicológico y salubre de los niños y niñas que asisten a este centro, dando lugar además a una limpieza permanente y desinfección apropiada de los espacios brindando una calidad de atención a los niños.

Pregunta N°5: ¿Cómo califica la distribución del espacio físico del CDI?

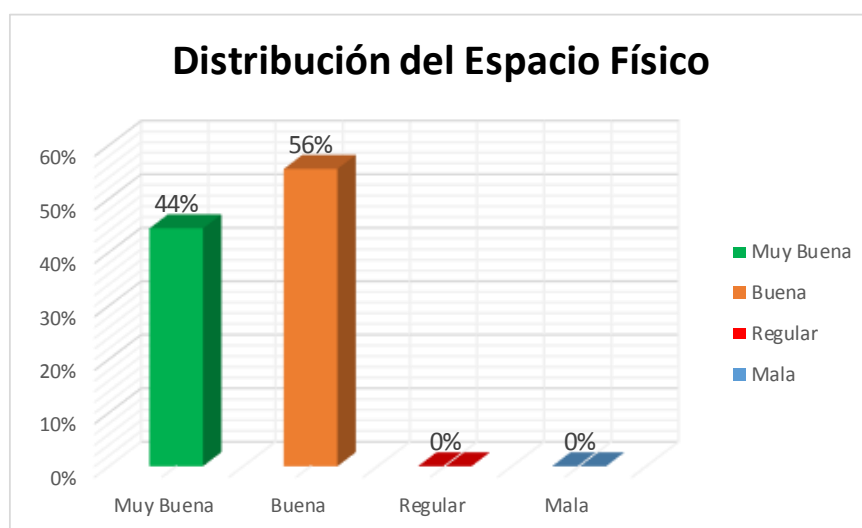
Tabla 33 Distribución del espacio físico

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Muy Buena	4	44%
Buena	5	56%
Regular	0	0%
Mala	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 28 Distribución del espacio físico



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Según el 56% del personal del CDI, califica la distribución del espacio físico como buena, mientras el 44% restante afirma que es una distribución muy buena, en ambos casos coincide una evaluación positiva.

Interpretación de resultados:

La distribución del espacio físico es apropiada de acuerdo al criterio del personal que labora en el centro infantil, criterio que difiere en comparación con el de los padres de familia y que se debe verificar de acuerdo a las condiciones de limpieza e higiene en que se presenten.

Pregunta N°6: ¿Cómo califica la limpieza y desinfección en las instalaciones del CIBV?

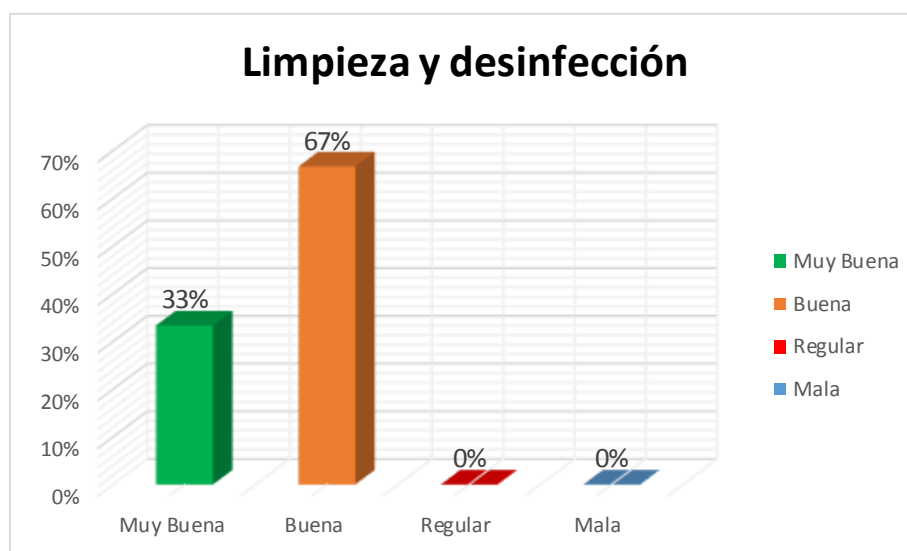
Tabla 34 Limpieza y desinfección

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Muy Buena	3	33%
Buena	6	67%
Regular	0	0%
Mala	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 29 Limpieza y desinfección



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Según el 67% del personal del centro infantil las condiciones de limpieza y desinfección de las instalaciones son buenas y el 33% restante las considera muy buenas.

Interpretación de resultados:

La limpieza y desinfección desde el punto de vista de la mayor parte de los cuidadores es buena, aspecto que garantiza la salud de los niños al asistir al centro infantil.

Pregunta N°7: ¿Cómo calificaría la ventilación en el CDI?

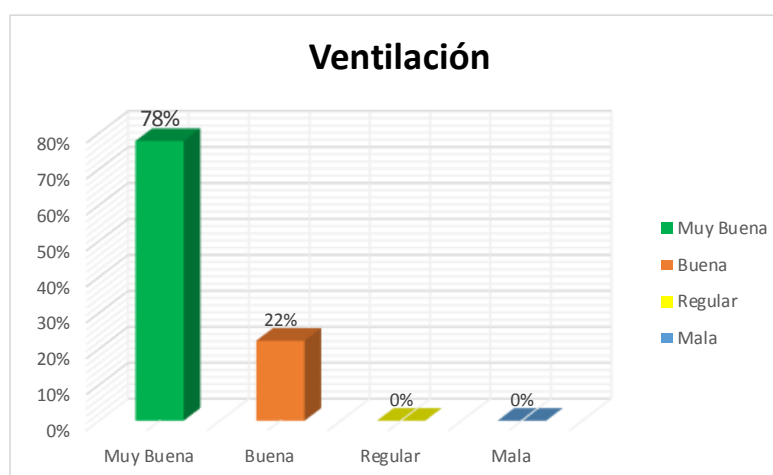
Tabla 35 Ventilación

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Muy Buena	7	78%
Buena	2	22%
Regular	0	0%
Mala	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 30 Ventilación



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Para el 78% del personal la ventilación en el CDI es muy buena, mientras para el 22% restante es solo buena.

Interpretación de resultados:

El Centro infantil se trata de un lugar con la suficiente ventilación para los espacios de tal modo que no existe humedad y oxidación temprana de los alimentos, lo que constituye un aspecto positivo para la salud de los niños y niñas.

Pregunta N°8: ¿Dónde está ubicada el área de Aseo?

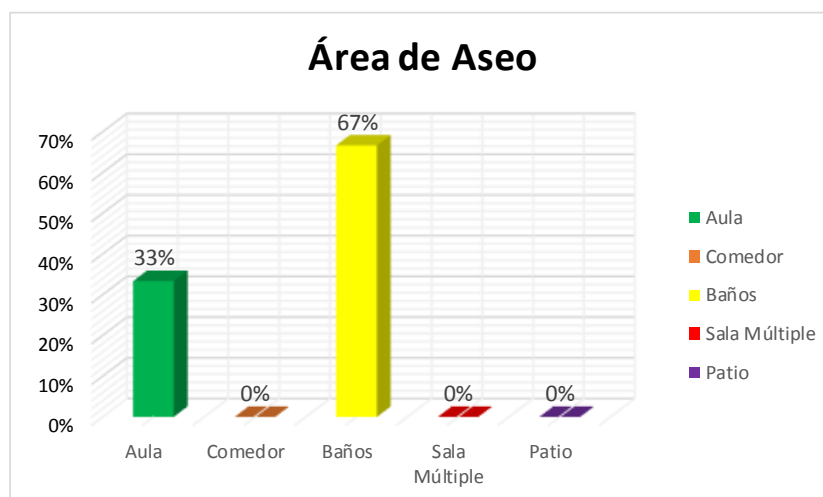
Tabla 36 Área de aseo

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Aula	3	33%
Comedor	0	0%
Baños	5	56%
Sala Múltiple	0	0%
Patio	0	0%
Otros	1	11%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 31 Área de aseo



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 67% del personal indica que el área de aseo se ubica en los baños, mientras el 33% señala que está en el aula.

Interpretación de resultados:

El área de aseo es una de las más importantes debido a que es donde se proliferan bacterias y existe el contagio del mayor número de infecciones, es positivo que se encuentre el área de aseo en las baterías sanitarias y los lavabos en el aula, puesto que es el lugar donde pasan mayor tiempo los niños y los cuidadores.

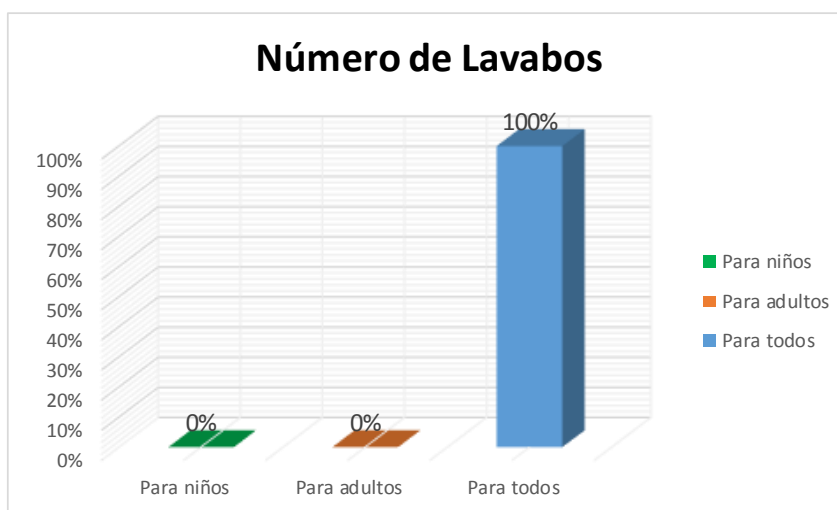
Pregunta N° 9: ¿Cuántos lavabos existen en el CDI?

Tabla 37 Número de lavabos

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Para niños	0	0%
Para adultos	0	0%
Para todos	9	100%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”
Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 32 Número de lavabos



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”
Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Según el 100% del personal encuestado señala que existe lavabos para todos, es decir para adultos y para niños.

Interpretación de resultados:

Los lavabos que cuenta el CDI son tanto para niños y para adultos, lo cual es un aspecto positivo ya que evita que aumenten los factores de riesgo de contagio de infecciones y de falta de limpieza, pues los niños mantienen sus espacios adecuados para las dimensiones de su estatura y uso específico

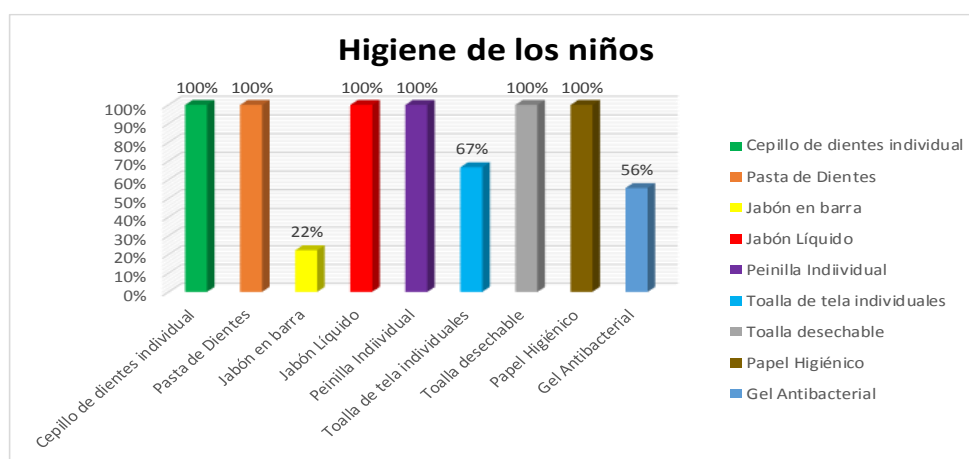
Pregunta N°10: ¿Qué materiales de aseo se utilizan para la higiene de los niños?

Tabla 38 Higiene de los niños

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Cepillo de dientes individual	9	100%
Pasta de Dientes	9	100%
Jabón en barra	2	22%
Jabón Líquido	9	100%
Peinilla Individual	9	100%
Toalla de tela individuales	6	67%
Toalla desechable	9	100%
Papel Higiénico	9	100%
Gel Antibacterial	5	56%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”
Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 33 Higiene de los niños



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”
Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

De acuerdo al 100% del personal que labora en el CDI, los niños disponen de todos sus materiales de aseo completos, mientras el 67% dicen que no se dispone toallas de tela individuales, así mismo el 56% no utiliza el gel antibacterial y el 22% restante no dispone de jabón en barra.

Interpretación de resultados

Es importante que los niños y niñas utilicen todos lo útiles de aseo, que ayudan a mantenerse limpios y en estado de desinfección, pues constituye además una de las

principales maneras de prevenir el contagio de infecciones, y proliferación de microorganismos en espacios cerrados como es el caso del CDI.

Pregunta N°11: ¿Durante la jornada cuántas veces se lavan las manos?

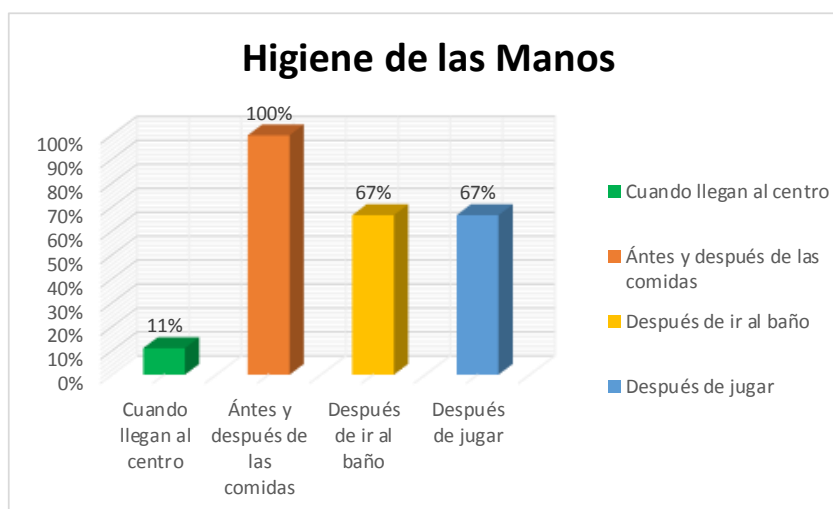
Tabla 39 Higiene de las manos

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Cuando llegan al centro	1	11%
Antes y después de las comidas	9	100%
Después de ir al baño	6	67%
Después de jugar	6	67%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 34 Higiene de las manos



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 100% del personal que labora en el CIBV, afirma que los niños se lavan las manos antes y después de las comidas, mientras el 67% dice que los niños se asean después de ir al baño, y de igual manera después de jugar y el 11% restante cuando llegan al CDI al empezar la jornada.

Interpretación de resultados:

La higiene de las manos es muy importante en los niños, debido a que acostumbran meter las manos contaminadas a la boca y tocar todas las superficies que están a su alcance, por ello se debe poner más atención en los momentos de lavado que mientras más frecuentes sean será un beneficio para la salud infantil

Pregunta N°12: ¿Los niños se llevan objetos del entorno a la boca?

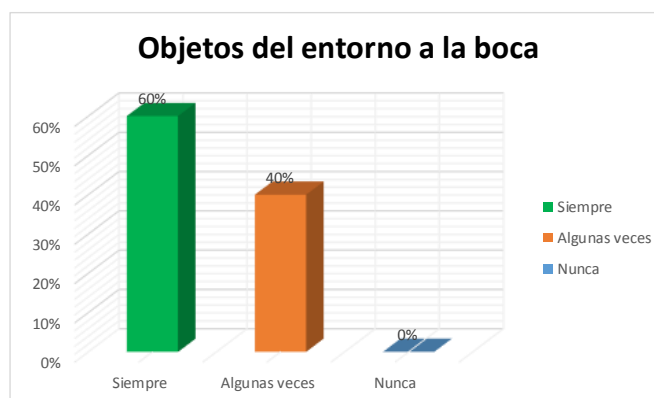
Tabla 40 Objetos del entorno a la boca

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Siempre	5	60%
Algunas veces	4	40%
Nunca	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 35 Objetos del entorno a la boca



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 60% del personal señala respecto al comportamiento de los niños que siempre llevan objetos del entorno a la boca, además el 40% indica que solo algunas veces tienen este comportamiento poco higiénico.

Interpretación de resultados:

La mayor parte de niños se llevan los objetos del entorno a la boca, razón que motiva a la limpieza permanente de todas las superficies y lugares que los niños frecuentan

para evitar que adquieran infecciones y enfermedades por motivo de la falta de limpieza y desinfección que es responsabilidad de los cuidadores del CDI.

Pregunta N°13: ¿Qué medidas aplica en caso de resfriado en los niños para prevenir contagio?

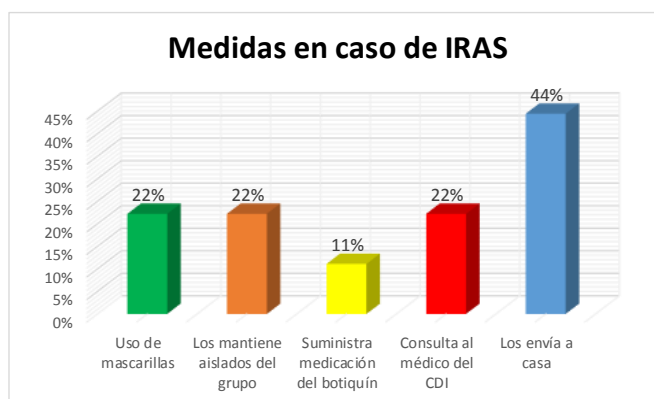
Tabla 41 Medidas en caso de IRAS

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Uso de mascarillas	2	22%
Los mantiene aislados del grupo	2	22%
Suministra medicación del botiquín	1	11%
Consulta la médico del CIBV	2	22%
Los envía a casa	4	44%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 36 Medidas en caso de IRAS



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 44% de los cuidadores en casos de resfriado en los niños los envían a casa para evitar contagios, mientras el 22 % les exigen el uso de mascarillas, los mantiene aislados del grupo y a su vez consultan al médico del CDI y el 11% restante suministra medicación del botiquín.

Interpretación de resultados:

La principal acción que realizan los cuidadores a cargo del CDI cuando un niño presenta una infección respiratoria, es enviarlos a casa para prevenir contagio con los

demás niños, así mismo brindan otros cuidados en caso de que los niños estén resfriados es el uso de mascarillas y la consulta al médico del CDI, estas son medidas que ayudan a la disminución de contagios y que se deben tomar en cuenta buscando el bienestar de todos los niños en su conjunto.

Pregunta N°14: ¿Qué medidas aplica en caso de diarreas en los niños para prevenir el contagio?

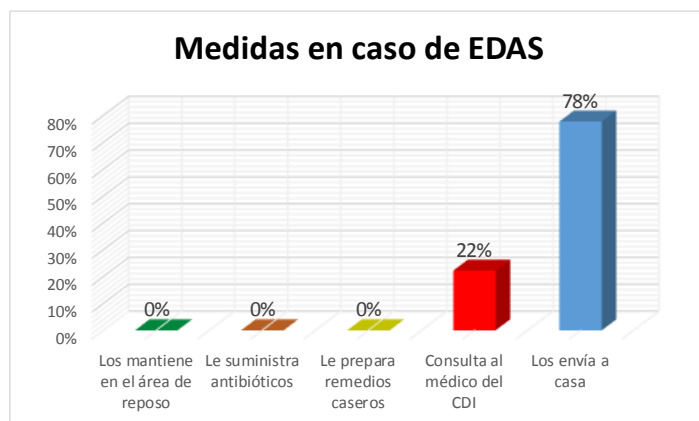
Tabla 42 Medidas en caso de EDAS

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Los mantiene en el área de reposo	0	20%
Le suministra antibióticos	0	40%
Le prepara remedios caseros	0	0%
Consulta al médico del CIBV	2	22%
Los envía a casa	7	78%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 37 Medidas en caso de EDAS



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

En caso de enfermedades diarreicas el personal del CDI, los envía a casa en un 78%, mientras que el 22% consultan al médico del CDI.

Interpretación de resultados:

Las enfermedades diarreicas son una de las más infecciones más frecuentes en los niños, por lo que los cuidadores deben tener el conocimiento apropiado para saber qué hacer en caso de que se presenten y tomar las decisiones adecuadas para considerar una mejoría en el niño y evitar contagio o contaminación en el CDI.

Pregunta N°15: ¿Son diferentes las actividades con los niños enfermos?

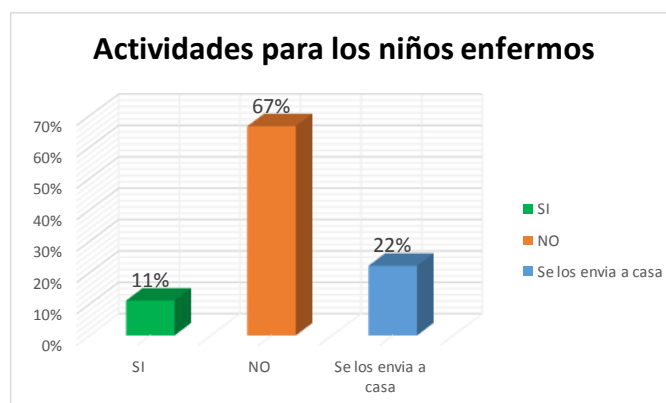
Tabla 43 Actividades para los niños enfermos

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
SI	1	80%
NO	6	20%
Se los envía a casa	2	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 38 Actividades para los niños enfermos



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Cuando acuden niños enfermos al CDI, el 67% de cuidadores realizan las mismas actividades que el resto de los niños, el 22% los envía a casa y el 11% restante del personal afirma que realizan actividades diferentes con estos niños.

Interpretación de resultados:

Lo ideal es que los niños y niñas no acudan al CDI cuando están enfermos, sin embargo, de presentarse estos casos, el personal realiza en la mayoría de veces

actividades diferentes con este grupo de niños, para que no mantengan contacto directo con el resto del grupo y evitar contagio de enfermedades.

Pregunta N°16: ¿Cuál es el problema de salud que se presenta con mayor frecuencia en los niños del CDI?

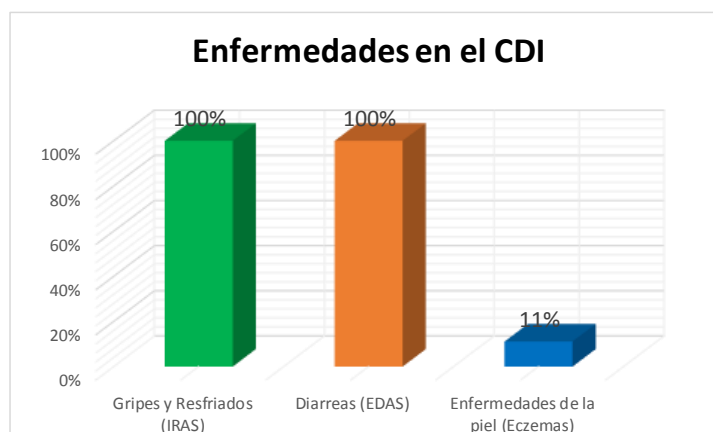
Tabla 44 Enfermedades en el CDI

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Gripes y Resfriados (IRAS)	9	100%
Diarreas (EDAS)	6	100%
Enfermedades de la piel (Eczemas)	1	20%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 39 Enfermedades en el CDI



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El personal opina que el 100% de las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en el CDI, son las respiratorias y las diarreicas, mientras el 11% sufre enfermedades de la piel.

Interpretación de resultados

Las infecciones que se presentan con mayor frecuencia en el CDI, son gripes, resfriados y las diarreicas, lo que involucra cuidados de la limpieza, en la alimentación y en la higiene tanto de los niños, como de los cuidadores y de la infraestructura física,

así mismo tomar atención en el sistema inmunológico de los niños para evitar la frecuencia de dichas infecciones.

Pregunta N°17: ¿Qué medidas aplica usted para prevenir el contagio de enfermedades en el CDI?

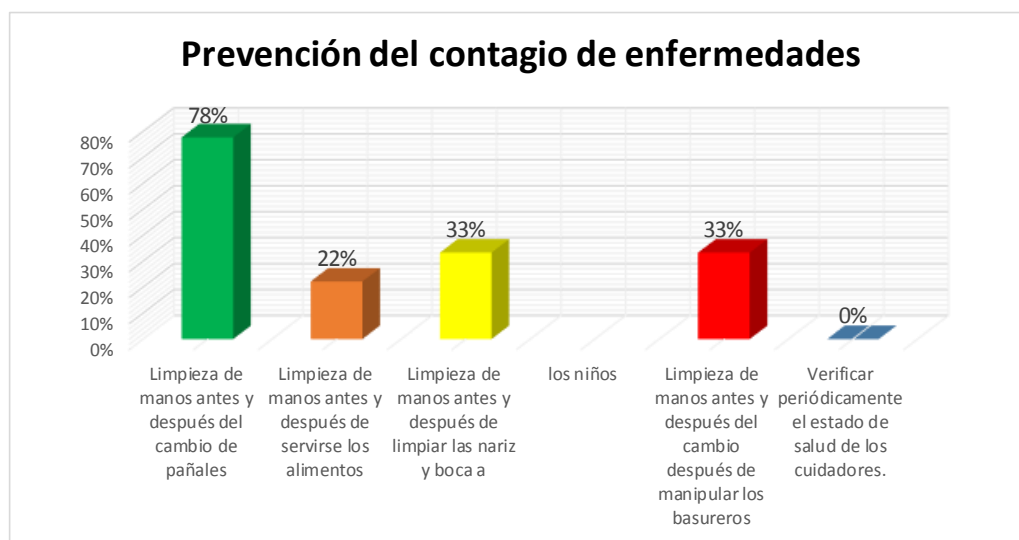
Tabla 45 Prevención del contagio de enfermedades

<i>Variab les</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Limpieza de manos antes y después del cambio de pañales	7	78%
Limpieza de manos antes y después de servirse los alimentos	2	22%
Limpieza de manos antes y después de limpiar las nariz y boca a los niños	3	33%
Limpieza de manos antes y después del cambio después de manipular los basureros	3	33%
Verificar periódicamente el estado de salud de los cuidadores.	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 40 Prevención del contagio de enfermedades



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

Para prevenir el contagio de enfermedades el personal en un 78% procura la limpieza de sus manos antes y después del cambio de pañales, mientras el 33% lo cree

conveniente al limpiar la nariz y boca los niños y de manipular los basureros, y el 22% restante antes y después de servirse los alimentos.

Interpretación de resultados:

La higiene en las manos de los niños es tan importante como en las cuidadoras, debido a que las manos son el medio más común de contagio de enfermedades, por ello se debe realizar el lavado de manos cuando se contaminen y en mayor número de veces al día, en este caso no se está cumpliendo con las reglas de aseo en un 100%.

Pregunta N°18: ¿El CDI cuenta con atención médica?

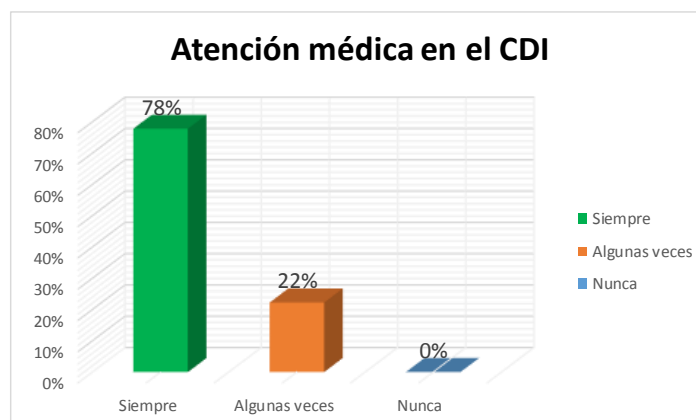
Tabla 46 Atención médica en el CDI

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Siempre	7	0%
Algunas veces	2	60%
Nunca	0	40%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 41 Atención médica en el CDI



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 78% del personal del CDI, siempre cuenta con atención médica, mientras el 22% afirma que se cuenta algunas veces con este servicio de vital importancia.

Interpretación de resultados:

El CDI, cuenta con atención médica directa del Centro de Salud, sin embargo, se trata de acudir a él algunas ocasiones, sin embargo la mayoría de veces se solucionan los problemas de salud sin su intervención directa.

Pregunta N°19: ¿Con qué frecuencia acude el médico al CDI?

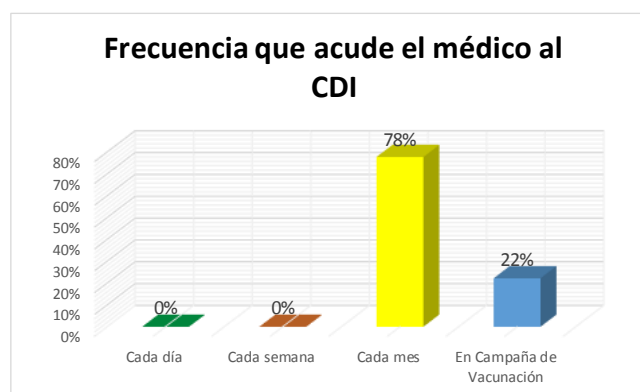
Tabla 47 Frecuencia que acude el médico al CDI

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Cada día	0	0%
Cada semana	0	0%
Cada mes	7	40%
En Campaña de Vacunación	2	60%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 42 Frecuencia que acude el médico al CDI



Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El médico acude al CDI cada mes en un 78% según el personal encuestado y en un 22% únicamente en campaña de vacunación.

Interpretación de resultados:

El servicio médico es de vital importancia para una evaluación permanente del estado de salud en el niño y del ambiente del CDI, sin embargo existe el apoyo del Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Ambato que acuden al CDI dos veces al año lo cual explica un déficit en el control médico. En caso de alguna emergencia los educadores del

Centro Infantil acuden inmediatamente al Centro de Salud 1 ya que con el médico por falta de tiempo trata de acudir cada mes y en las campañas de vacunación, lo cual constituye una falencia porque los niños se encuentran desatendidos en problemas de salud específicos.

Pregunta N°20: ¿Realiza actividades con los niños y niñas sobre prevención de enfermedades?

Tabla 48 Prevención de enfermedades

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>%</i>
Siempre	3	20%
Algunas veces	6	80%
Nunca	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Gráfico 43 Prevención de enfermedades

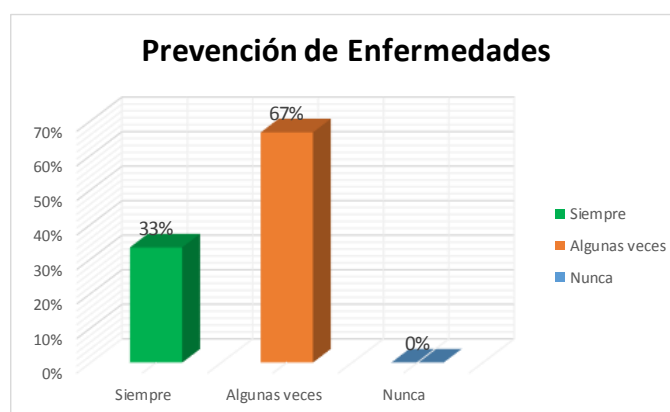


Gráfico N°

Fuente: Encuesta dirigida a los Educadores del CDI “Blanca Martínez Mera”

Elaborado por: Evelyn Proaño

Análisis de datos:

El 67% del personal del CDI, realiza algunas veces actividades de prevención de enfermedades con los niños, mientras el 33% siempre realiza dichas actividades de manera cotidiana.

Interpretación de resultados:

La prevención del contagio de enfermedades a través de actividades formativas a los niños es un aporte positivo que constituye parte del desarrollo infantil, para que cada niño sea responsable de su higiene personal y ayude al grupo a disminuir el contagio de infecciones por falta de higiene y desinfección.

4.2 Discusión

Según la Organización mundial de la Salud las 2 principales causas de muerte en los niños menores de 5 años son las infecciones respiratorias 570 000 niños menores de cinco años fallecen como consecuencia de estas (entre ellas las neumonías) causadas por la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior y la exposición al humo de tabaco ajeno, y 361 000 niños menores de cinco años fallecen a causa de enfermedades diarreicas debidas al acceso insuficiente a agua salubre, saneamiento e higiene. (25)

Siendo estas infecciones un tema de preocupación en los niños que asisten al Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de la Ciudad de Ambato ya que tenemos en un 90% la presencia de infecciones respiratorias y diarreicas con un mayor porcentaje y solo con el 10% enfermedades en la piel según educadores y padres de familia también manifestaron que sus hijos se han contagiado de alguna enfermedad en el centro infantil en un 49% siendo un porcentaje muy alto y que evidencia un factor de riesgo para la presencia de dichas infecciones, teniendo en cuenta que según los resultados de la encuesta los niños se enferman cada mes con un porcentaje del 32% siendo una frecuencia muy alta y que la posible causa de los niños es su sistema inmunológico susceptible, también cabe recalcar que el 37% de los padres envían a sus hijos al centro infantil aunque estén con alguna infección y por lo tanto como los niños comparten varias horas del día en espacios cerrados por ende son más propensos de contraer enfermedades.

Debemos conocer que el número de padres de familia encuestados fueron menor al número de niños asistentes al Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de la Ciudad de Ambato, aunque se encuentran inscritos 100 niños en el CDI hay padres que tienen 2 niños menores de 3 años que asisten por lo tanto el 100% de los encuestados por parte de los padres de familia fueron 95 personas. Por otro lado, en la

encuesta realizada a los 10 educadores solo participaron 9 siendo este el 100% ya que contaba con permiso médico.

La edad de los párvulos que asisten al CDI fueron con el 4% niños de 1 año, el 35% niños con la edad de 2 años y el 54% niños de 3 años, siendo muy importantes estas edades en problemas de salud como se muestra en un estudio realizado por los autores Dra. Anabella Santoro, Lic. Estela Ferreira, Dra. Ana María Ferrari con el tema Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de tres años que representaron el 79% comprendidos en esas edades de ingresos por enfermedades infecciosas como las respiratorias.(26)

Los Padres de familia encuestados se encuentran satisfechos con el cuidado brindado por parte del personal del Centro de Desarrollo Infantil Blanca Martínez Mera afirmando en un 100%, así mismo los educadores que brinda su cuidado en el mismo tienen su grado de instrucción superior en el 100% con Licenciatura en Parvularia y en Estimulación Temprana ya que por parte del MIES se encuentran debidamente capacitados 1205 educadoras y educadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y de la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), de la zona 6 (Tungurahua) del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES profesionaliza a educadoras de los Centros Infantiles de Tungurahua con el propósito de que las y los educadores responsables del desarrollo integral de las niñas y los niños que asisten a los CIBV, CDI y CNH fortalezcan sus competencias cognitivas, procedimentales, actitudinales y socio organizativas para un óptimo desarrollo de los infantes menores de 36 meses de edad en corresponsabilidad con la familia y comunidad.(27)

Los padres de familia manifestaron que el espacio físico es adecuado para que sus hijos tengan un desarrollo normal en un 86% y el 14% está en desacuerdo, así mismo, en una investigación realizada por Castro Pérez, M; Morales Ramírez, M con el Tema: Los ambientes de aula que promueven el aprendizaje, desde la perspectiva de los niños y niñas escolares septiembre-diciembre, 2015, pp. 1-32 Universidad Nacional Heredia, Costa Rica acerca del tamaño del aula, reflejan que la mayoría considera que estas son grandes, espaciales y amplias, pocos señalan que es pequeña (10%). Lo anterior hace suponer que las aulas tienen suficiente espacio y que los niños y niñas parecen no sentirse incómodos con este aspecto físico de los salones de clase, a pesar de que en

algunas ocasiones el espacio disponible parece insuficiente para el número de estudiantes.(28)

Considerando si existe la supervisión necesaria a los niños en todas sus actividades dentro del CDI los padres de familia encuestados manifestaron con el 95% que, si existe la debida supervisión y el 5% restante se encuentra en desacuerdo, así como indica el MIES quien se encuentra a cargo de estos centros infantiles por cada 10 niños hay un educador a su cargo así mismo el Centro Infantil cuenta con 10 profesionales idóneos que orientan y ejecutan procesos educativos integrales.

Las instalaciones físicas del CDI según los padres de familia evaluaron que se encuentra en buenas condiciones en un 98% y el 2% restante manifestaron que se halla en un estado regular eso indica que los niños permanecen en condiciones adecuadas para su desarrollo, así mismo los educadores con el 100% afirman que el Centro infantil cuenta con agua potable, luz, electica, teléfono, internet, alcantarillado y eso brinda un servicio de calidad para los niños/as. Podemos evidenciar que en la siguiente investigación realizada por Chicaiza M. 2015, con el tema “Factores que influyen en la morbilidad de los niños que acuden al CIBV la esperanza de los niños del Cantón Píllaro” se muestra que existen datos contrarios en donde el 62% de padres evalúan el estado de las instalaciones físicas del CIBV como Regular, mientras para el 33% el estado de estas es bueno y para el 4% restante es malo.(29)

La alimentación que se brinda en el Centro Infantil según la encuesta aplicada los padres están de acuerdo en un 100% que es nutritiva y saludable, así mismo los padres de familia en su mayoría consideran que los alimentos que se dan durante el día son porciones necesarias para el niño/a siendo un aporte muy importante para su desarrollo integral óptimo.

La higiene de los niños dentro del Centro Infantil se realiza con los materiales de aseo adecuados según el personal del CDI encuestados afirma que en un 100% los niños utilizan cepillo de dientes, pasta de dientes, jabón líquido, peinilla individual, toalla desechable, papel higiénico así desde su infancia se incentiva hábitos higiénicos. Durante el tiempo que comparten en el Centro Infantil los niños lavan sus manos antes y después de la comida en un 100%, después de jugar y después de ir al baño en un

67% y cuando llegan al centro infantil tenemos un porcentaje del 11% lo cual nos evidencia que si existe cuidado en su higiene y su salud dentro del centro infantil.

4.3 Conclusiones

- ✚ Se ha concluido que los factores de riesgo que influyen a la presencia de infecciones recurrentes en los niños que asisten a un Centro infantil son el espacio físico, la alimentación, el contacto directo con personas que se encuentren con alguna infección, tener el sistema inmunológico bajo y los malos hábitos higiénicos, siendo las infecciones más frecuentes que presentan los niños del CDI “Blanca Martínez Mera”, son las Infecciones Respiratorias y Enfermedades Diarreicas en un porcentaje del 90%, según las encuestas realizadas a los educadores y a los padres de familia.
- ✚ Resulta necesario destacar que la aplicación de la normativa de calidad otorgada por el MIES y el Ministerio de Salud se encuentra bien empleada en el CDI “Blanca Martínez Mera”, según la encuesta realizada a los padres de familia afirmando en un 100% ya que esto favorece y ayuda a disminuir la presencia de infecciones a través de estándares que determinan las prácticas correctas que se aplican dentro del CDI garantizando la salubridad e higiene tanto en las instalaciones como en los niños.
- ✚ También se concluye que el factor que destaca en la presencia de infecciones dentro del Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” es el contagio de niños con alguna infección a través de la encuesta realizada los padres de familia afirmaron en un 49% que sus hijos han contraído una infección dentro del CDI pero se concluye que por espacio físico, ventilación o alimentación no es un factor que predisponga a la presencia de dichas infecciones, más bien existe en los niños una disminución en su sistema inmunológico ya que existen niños en un 34% que se enferman cada mes por ende su sistema de protección se encuentra susceptible y con más posibilidades de contraer una infección más rápidamente.
- ✚ También se concluye que la educación temprana sobre hábitos higiénicos empieza desde el hogar y se fortalece al asistir a estos Centros Infantiles con la predisposición de los educadores que conviven día a día con los niños, por esta

razón se ha realizado una guía educativa dirigida a los padres y educadores como promoción y prevención de la salud en los infantes.

4.4 Referencias bibliográficas

BIBLIOGRAFÍA

10. Araujo MC, López-Boo F. Los servicios de cuidado infantil en América Latina y el Caribe. *El Trimest Económico*. 1 de abril de 2015;82(326):249.
1. Hermida P, Barragan S, Rodriguez JA. La educación inicial en el Ecuador: margen extensivo e intensivo. 2017;14:40.
12. Libro-de-Políticas-Públicas.pdf [Internet]. [citado 16 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf>
22. Martín Peinador Y, Jiménez Alés R, Suárez Rodríguez A, Berghezán Suárez A, Morillo Gutiérrez B, Morales Senosiáin D. Niño con infecciones de repetición. *AEPA*. noviembre de 2016;27.
26. Santoro A, Ferreira E, Ferrari AM. Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de tres años: Referencia a unidades de cuidado intensivo. *Arch Pediatría Urug*. diciembre de 2013;73(4):196-202
14. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades. Plan Nacional Buen Vivir.pdf. Senplades; 2013.
11. Souza JM de, Veríssimo M de LÓR. Child development: analysis of a new concept. *Rev Lat Am Enfermagem*. diciembre de 2015;23(6):1097-104.

LINKOGRAFÍA

8. Araujo MC. La calidad de los Centros Infantiles del Buen Vivir en Ecuador [Internet]. Inter-American Development Bank; 2015 oct [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/7251>

9. Araujo MC. La calidad de los Centros Infantiles del Buen Vivir en Ecuador [Internet]. Inter-American Development Bank; 2015 oct [citado 5 de junio de 2018]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/7251>
28. Castro-Pérez M, Morales-Ramírez ME. Los ambientes de aula que promueven el aprendizaje, desde la perspectiva de los niños y niñas escolares. Rev Electrónica Educ [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 20 de julio de 2018];19(3). Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/6874>
4. CIBV de Ambato acoge a hijos de comerciantes del centro urbano [Internet]. ElCiudadano.gob.ec. 2015 [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/cibv-de-ambato-acoge-a-hijos-de-comerciantes-del-centro-urbano/>
29. Chicaiza López, Mónica Gabriela. “Factores que influyen en la morbilidad de los niños que acuden al CIBV la esperanza de los niños del cantón Píllaro”. agosto de 2015;220.
17. La Convención sobre los Derechos del Niño - UNICEF [Internet]. [citado 16 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
3. Más de 10 mil niños y niñas atendidos en desarrollo infantil integral por el MIES en tungurahua – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/mas-de-10-mil-ninos-y-ninas-atendidos-en-desarrollo-infantil-integral-por-el-mies-en-tungurahua/>
13. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. Salud y Desarrollo Infantil | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 16 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=416

%3A2008-salud-desarrollo-infantil&catid=2553%3Aexpired-content&Itemid=820&lang=es

2. MIES, el 18 de marzo 11 000 centros de desarrollo infantil deberán actualizar sus registros – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/mies-el-18-de-marzo-11-000-centros-de-desarrollo-infantil-deberan-actualizar-sus-registros/>
27. MIES profesionaliza a educadoras de los Centros Infantiles – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. [citado 10 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/mies-profesionaliza-a-educadoras-de-los-centros-infantiles/>
25. Mosquera T, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Ecuador - 1,7 millones de niños menores de cinco años fallecen anualmente por contaminación ambiental, según la OMS | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 10 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1878:1-7-millones-de-ninos-menores-de-cinco-anos-fallecen-anualmente-por-contaminacion-ambiental-segun-la-oms&Itemid=360
5. Niños y niñas de los servicios de desarrollo infantil del MIES. INFA en Ambato terminan su ciclo escolar. – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/ninos-y-ninas-de-los-servicios-de-desarrollo-infantil-del-mies-infa-en-ambato-terminan-su-ciclo-escolar/>
6. Nuevos escenarios, los mismos problemas. Las infecciones en ámbitos de cuidado infantil. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 4 de junio de 2018];114(1). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n1a01.pdf>

24. OMS | El medio ambiente y la salud de los niños y sus madres [Internet]. WHO. [citado 18 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ceh/publications/factsheets/fs284/es/>
16. Primera Infancia – Secretaría Técnica Plan Toda una Vida [Internet]. [citado 16 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.todaunavida.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-para-la-primera-infancia-infancia-plena/>
19. Presentacion-CIBV-6.2.2014.pdf [Internet]. [citado 17 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Presentacion-CIBV-6.2.2014.pdf>
15. T2120-MGDE-Moreno-Analisis.pdf [Internet]. 2016. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5403/1/T2120-MGDE-Moreno-Analisis.pdf>
18. UDHR_booklet_SP_web.pdf [Internet]. [citado 17 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
23. Vacunación en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor | Comité Asesor de Vacunas de la AEP [Internet]. [citado 23 de julio de 2018]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-14>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

Proquest: Alvarado A. Proteja a sus hijos de vuelta al salón. Mural; Guadalajara, Mexico [Internet]. 2015 [citado 24 de julio de 2018]; Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1642638181/abstract/6700A954C86344BCPQ/10>

Proquest: Camargo Ramos CM, Villate GYP. La promocion de la salud en la primera infancia: evolucion del concepto y su aplicacion en el contexto internacional y nacional. Revista de la Facultad de Medicina; Bogota. 2012;60(1):S62-74. Disponible en :

<https://search.proquest.com/docview/1677565072/22A23264461448E6PQ/1?accountid=36765>

Proquest: Lozada MAR, Jaramillo MIM, Puerta BSR, Ramos CPA. Infección y colonización faríngea asintomática de niños por *Streptococcus pyogenes*. Iatreia; Medellín. 2013;25(3):203-9. Disponible en:
<https://search.proquest.com/docview/1268718485/8EC20E58E7384373PQ/14?accountid=36765>

Proquest: Llorent V. LA EDUCACIÓN INFANTIL EN ALEMANIA, ESPAÑA, FRANCIA E INGLATERRA. ESTUDIO COMPARADO/Pre-primary education in Germany, Spain, France and England. Comparative Study. Revista Española de Educación Comparada; Madrid. 2013;(21):29-58. Disponible en :
<https://search.proquest.com/docview/1759994050/E6B92E35D8C74E37PQ/7?accountid=36765>

Proquest: Panneflex PL, Salazar DA. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. Duazary; Santa Marta. 2014;11(1):36-40. Disponible en:
<https://search.proquest.com/docview/1835700418/E90F496B55F34984PQ/16?accountid=36765>

Proquest: Valdespino M. Promueven la prevencion. Reforma; Mexico City. 1999;11. Disponible en:
<https://search.proquest.com/docview/310312146/1556159272434252PQ/4?accountid=36765>

4.5 Anexos

4.5.1 Consentimiento Informado a padres de Familia y Educadores del CDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a los padres de Familia de los niños que asisten al Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de la Ciudad de Ambato

Por el presente instrumento, yo _____

Certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por la estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, la Srta. **Evelyn Paola Proaño Fiallos**, con ocasión del Proyecto de Investigación que se encuentra preparando para optar la Licenciatura en Enfermería con el Tema **“Factores que influyen en la presencia de infecciones recurrentes en niños de los Centros de Desarrollo Infantil de la Ciudad de Ambato**. Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionaré a través de un cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida.

.....

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a los Educadores del Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera” de la Ciudad de Ambato

Por el presente instrumento, yo _____

Certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por la estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, la Srta. **Evelyn Paola Proaño Fiallos**, con ocasión del Proyecto de Investigación que se encuentra preparando para optar la Licenciatura en Enfermería con el Tema **“Factores que influyen en la presencia de infecciones recurrentes en niños de los Centros de Desarrollo Infantil de la Ciudad de Ambato**. Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionaré a través de un cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida.

.....

Firma

4.5.2 Estructura de la encuesta realizada a los educadores y padres de familia del CDI



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
ENCUESTA



•**Dirigida a:** Educadores del Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera”

•**Objetivo:** Investigar qué factores influyen en la aparición de enfermedades infecciosas en los niños que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil de la Ciudad de Ambato.

Instrucciones:

Lea detenidamente antes de responder

Responda con sinceridad

CUESTIONARIO

Datos Generales: Edad:_____ Género:_____

1. ¿Cuál es su grado de Instrucción?

Primaria () Bachillerato () Superior ()

Lic. en Parvularia ()

Lic. en Estimulación Temprana ()

Psicóloga Educativa ()

Ninguno ()

2. ¿Cuántos años de Experiencia tiene?

1 año () 2 años () 3 años () 4 años () 5 o más ()

3. ¿Se ha capacitado en los últimos dos años sobre salud infantil?

SI () NO ()

4. ¿Con qué servicios básicos cuenta el CDI?

Servicios Básicos	SI	NO
Agua Potable		
Luz Eléctrica		
Teléfono		
Internet		
Alcantarillado		

5. ¿Cómo califica la distribución del espacio físico del CDI?

Muy Buena () Buena () Regular () Mala ()

6. ¿Cómo califica la limpieza y desinfección en las instalaciones del CDI?

Muy Buena () Buena () Regular () Mala ()

7. ¿Hay suficiente ventilación en el CDI?

SI () NO ()

8. ¿Dónde está ubicada el área de aseo?

Aula () Comedor () Baños ()

Sala Múltiple () Patio () Otro sitio ()

9. ¿Cuántos lavabos existen en el CDI?

Para niños () Para Adultos () Para todos ()

10. ¿Qué materiales de aseo se utilizan para la higiene de los niños?

Materiales de Aseo	SI	NO
Cepillo de diente individual		
Pasta de Dientes		
Jabón en barra		
Jabón líquido		
Peinilla individual		
Toalla de tela		
Toalla desechable		
Papel Higiénico		
Gel antibacterial		

12. ¿Durante la jornada cuántas veces se lavan las manos?

Cuando llegan al centro ()

Antes y después de las comidas ()

Después de ir al baño ()

Después de jugar ()

13. ¿Los niños frecuentemente se llevan objetos del entorno a la boca?

SI () NO ()

14. ¿Qué medidas aplica en caso de resfriado en los niños para prevenir contagios?

Uso de mascarillas ()

Los mantiene aislados del grupo ()

Suministra medicación del botiquín ()

Consulta al médico del CIBV ()

Les prepara limonadas calientes ()

Los envía a casa ()

15. ¿Qué medidas aplica en caso de diarreas en los niños?

Lo mantiene en el área de reposo ()

Le suministra antibióticos ()

Le prepara remedios caseros ()

Consulta al médico del CDI ()

Los envía a casa ()

16. ¿Qué medidas aplica en caso de golpes y caídas en los niños?

Humecta el área afectada ()

Frota pomadas antiinflamatorias ()

Cubre la herida en caso de haberla ()

Consulta al médico del CIBV ()

Los envía a casa ()

17. ¿Son diferentes las actividades con los niños enfermos?

Si () No () Se los envía a casa ()

18. ¿Cuál es el problema de salud que se presenta con mayor frecuencia en los niños del CDI?

Gripes y Resfriados ()

Diarreas ()

Infecciones ()

Inflamaciones ()

Otro, especifique ()

19. ¿Qué medidas aplica usted para prevenir el contagio de enfermedades en el CIBV?

Limpieza de manos antes y después del cambio de pañales ()

Limpieza de manos antes y después de preparar los alimentos ()

Limpieza de manos después de limpiar la nariz y boca de los niños ()

Limpieza de manos después de manipular los basureros ()

Verificar periódicamente el estado de salud de los cuidadores ()

20. ¿El CDI cuenta con atención médica?

SI () NO ()

21. ¿Con qué frecuencia acude el médico al CDI?

Cada día () Cada semana () Cada mes () Otro

22. ¿Realiza actividades con los niños y niñas sobre prevención de enfermedades?

Siempre () Algunas Veces () Nunca ()

¡GRACIAS POR SU AMABLE ATENCIÓN!



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**



ENCUESTA

Dirigida a: Padres y madres de Familia del Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera de la Ciudad de Ambato

Objetivo: Investigar qué factores influyen en la aparición de enfermedades infecciosas en los niños que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil de la Ciudad de Ambato.

Instrucciones:

- ✓ Lea detenidamente antes de responder
- ✓ Seleccione una opción por cada pregunta
- ✓ Si tienen dudas consulte a la encuestadora
- ✓ Responda con sinceridad

CUESTIONARIO

Parentesco:

Género del niño/a:

Edad del niño/a:

1. ¿Está satisfecho con el cuidado brindado por el personal del CDI a su niño/a?
SI () NO ()

2. ¿Considera que el espacio físico del CDI es suficiente para los niños?
SI () NO ()

3. ¿Considera que tiene ventilación e iluminación suficiente?
SI () NO ()

4. ¿Considera que existe la supervisión necesaria a los niños en todas sus actividades dentro del CDI?

SI () NO ()

5. ¿Cómo evaluaría las instalaciones físicas del CDI?
Buena () Regular() Mala ()

6. ¿Considera que la alimentación que recibe el niño/a es nutritiva?
SI () NO ()

7. ¿Considera que los alimentos se dan en las porciones necesarias al niño/a?
SI () NO ()

8. ¿Su niño/a se ha enfermado a causa de alimentos ingeridos en el CDI?
SI () NO ()
9. ¿El niño/a se ha contagiado de alguna enfermedad en el CDI?
SI () NO ()
10. ¿Usted envía al CDI a su niño/a con ropa adecuada y para cambio?
SI () NO ()
11. ¿Con qué frecuencia se enferma su niño/a?
Cada mes ()
Cada 3 meses ()
Cada 6 meses ()
Rara vez ()
12. ¿Cuál es el problema de salud que presenta con mayor frecuencia su niño/a en el CDI?
Gripes y Resfriados (IRAS) ()
Diarreas (EDAS) ()
Enfermedades en la piel (Cutáneas) ()
Otro, especifique ()
13. ¿Cuándo su niño/a está enfermo lo envía al CDI?
SI () NO ()
14. ¿Usted inculca en casa hábitos de higiene como lavarse las manos antes de comer y después de jugar?
Siempre () Algunas veces () Nunca ()

¡GRACIAS POR SU AMABLE ATENCIÓN!

4.5.3 Coordinadora y Educadores del Centro de Desarrollo Infantil “Blanca Martínez Mera”



4.5.4 Encuesta realizada a los padres de Familia del CDI



4.5.5 Socialización de la Guía educativa a los padres de familia

