



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

Conocimientos de los educadores sobre el accionar en casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Maltrato Infantil

Docentes Titular: Lic. Jorge MICHEL

Adjunto: Lic. Adriana CARRIÓN

J.T.P: Lic. Ana Inés FERNÁNDEZ

Autoras:

Ayelén SPITALIERE

Luciana VERGARA

MENDOZA, Diciembre 2023

Advertencia

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Incluirá una preforma a utilizar por el tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el :...../...../.....

Prefacio

La elaboración del presente trabajo de investigación surge por el interés de las autoras en la prevención de casos de maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en niños y niñas y, sus consecuencias para la salud, que son asistidas luego en las instituciones sanitarias.

Durante el transcurso del cursado de la Licenciatura en Enfermería, el ámbito de prácticas profesionales y las vivencias de algunas estudiantes que son también madres, se ha evidenciado que son muchos los alumnos y alumnas del nivel primario que sufren de trastornos de conducta alimentaria o son víctimas de maltrato. Por esta razón, las autoras buscan examinar los conocimientos que los educadores tienen sobre la parte teórica y el correcto accionar en estos casos, para actuar de forma rápida y adecuada y prevenir mayores consecuencias para la salud.

La idea principal es determinar el grado de atención y cuidado que brindan los educadores de las escuelas primarias a los alumnos y alumnas que padecen estas problemáticas en los colegios del ámbito público y privado, así como la importancia de que se manejen las herramientas y protocolos necesarios para tratarlas adecuadamente y la necesidad de un área de enfermería en las instituciones escolares que trabaje en conjunto con educadores y psicopedagogos para evaluar y tratar a los niños, niñas y adolescentes que lo precisan, tanto en estas situaciones como en otras que quedan fuera del estudio de la investigación.

Las autoras agradecen al personal de las instituciones primarias de la provincia de Mendoza con las que se trabajó, por la buena predisposición para colaborar en realización de la tesis y el entusiasmo y apoyo que mostraron ante los posibles alcances de ésta

Índice General

1. CAPÍTULO I	1
“PLANTEO DEL PROBLEMA”	1
1) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
2) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
3) OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	5
4) JUSTIFICACIÓN	6
MARCO TEÓRICO	9
APARTADO I	9
“TRASTORNOS ALIMENTICIOS”	9
ALIMENTACIÓN	10
FACTORES CONDICIONANTES DE LA ALIMENTACIÓN	15
SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL	18
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	20
HERRAMIENTAS ÚTILES EN LAS ESCUELAS	23
ABORDAJE PREVENTIVO DESDE ENFERMERÍA DE LOS TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN	26
MARCO LEGAL	30
APARTADO II	31
“MALTRATO INFANTIL”	31
CONSECUENCIAS	36
MARCO LEGAL	39
SISTEMA DE SALUD	40
ACTUACIÓN DE LAS ESCUELAS	43
EDUCACIÓN	45
CAPÍTULO II	48
DISEÑO METODOLÓGICO	48
1) TIPO DE ESTUDIO	49
2) ÁREA DE ESTUDIO	49
3) UNIVERSO Y MUESTRA	49
4) VARIABLES E HIPÓTESIS	50
5) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
6) ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	51
CAPÍTULO III	70
DISCUSIÓN, RESULTADOS Y PROPUESTAS	71
DISCUSIÓN	71
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	74
PROPUESTAS DE ACCIÓN	80
APÉNDICE Y ANEXOS	82

Índice de Tablas y Gráficos

1. Antigüedad en la profesión	52
Tabla N°1: Público	52
Gráfico N°1: Público	52
Tabla N°1: Privado	52
Gráfico N°1: Privado	52
2. Conocimientos sobre “Trastornos de Conducta Alimentaria”	53
Tabla N°2: Público	53
Gráfico N°2: Público	53
Tabla N°2: Privado	53
Gráfico N°2: Privado	53
3. Saber identificar casos de TCA en los alumnos	54
Tabla N°3: Público	54
Gráfico N°3: Público	54
Tabla N°3: Privado	54
Gráfico N°3: Privado	54
4. Asistencia a Capacitaciones sobre TCA	55
Tabla N°4: Público	55
Gráfico N°4: Público	55
Tabla N°4: Privado	55
Gráfico N°4: Privado	55
5. Presentación de casos de TCA en la Institución	56
Tabla N°5: Público	56
Gráfico N°5: Público	56
Tabla N°5: Privado	56
Gráfico N°5: Privado	56
6. En casos de TCA se llevó el procedimiento adecuado en la Institución	57
Tabla N°6: Público	57
Gráfico N°6: Público	57
Tabla N°6: Privado	57
Gráfico N°6: Privado	57
7. La institución capacita o informa de capacitaciones sobre TCA	58
Tabla N°7: Público	58
Gráfico N°7: Público	58
Tabla N°7: Privado	58
Gráfico N°7: Privado	58
8. ¿Qué sucede en los cuerpos de los niños/as en la edad escolar?	59
Tabla N°8: Público	59
Gráfico N°8: Público	59
Tabla N°8: Privado	59
Gráfico N°8: Privado	59
9. Principales problemas en la alimentación durante la niñez	60
Tabla N°9: Público	60
Gráfico N°9: Público	60
Tabla N°9: Privado	60

Gráfico N°9: Privado	60
10. Conocimientos sobre el tema Maltrato Infantil	61
Tabla N°10: Público	61
Gráfico N°10: Público	61
Tabla N°10: Privado	61
Gráfico N°10: Privado	61
11. Saber identificar un caso de Maltrato Infantil	62
Tabla N°11: Público	62
Gráfico N°11: Público	62
Tabla N°11: Privado	62
Gráfico N°11: Privado	62
12. Asistencia a Capacitaciones sobre Maltrato Infantil	63
Tabla N°12: Público	63
Gráfico N°12: Público	63
Tabla N°12: Privado	63
Gráfico N°12: Privado	63
13. Presentación de casos de maltrato infantil en la institución	64
Tabla N°13: Público	64
Gráfico N°13: Público	64
Tabla N°13: Privado	64
Gráfico N°13: Privado	64
14. Se llevó a cabo el procedimiento adecuado	65
Tabla N°14: Público	65
Gráfico N°14: Público	65
Tabla N°14: Privado	65
Gráfico N°14: Privado	65
15. La institución capacita o informa de capacitaciones sobre maltrato infantil	66
Tabla N°15: Público	66
Gráfico N°15: Público	66
Tabla N°15: Privado	66
Gráfico N°15: Privado	66
16. Conocimientos sobre el protocolo en casos de Maltrato Infantil	67
Tabla N°16: Público	67
Gráfico N°16: Público	67
Tabla N°16: Privado	67
Gráfico N°16: Privado	67
17. Conocimientos 5: El Maltrato Infantil es un problema que se presenta continuamente y que su etiología es multicausal, en el cual, intervienen las características del agredido y del agresor.	68
Tabla N°17: Público	68
Gráfico N°17: Público	68
Tabla N°17: Privado	68
Gráfico N°17: Privado	68
18. Conocimientos 6: Ley que hace referencia a la Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes	69
Tabla N°18: Público	69
Gráfico N°18: Público	69

Tabla N°18: Privado
Gráfico N°18: Privado
TABLA MATRIZ

69
69
93

Resumen

Tema: Eficacia, conocimientos y habilidades de los educadores en la detección y el accionar en problemas de trastornos alimentarios en niños y/o maltrato infantil.

Objetivo: Determinar qué grado de conocimientos poseen sobre detección y la forma de actuar en casos de trastornos de la conducta alimentaria y maltrato infantil los educadores.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. El instrumento para la recolección de datos fue una entrevista en forma de cuestionario.

Principales Resultados: De los 44 educadores encuestados se dio a conocer que estos no se encuentran preparados para detectar y accionar adecuadamente en casos de maltrato infantil y trastorno de la conducta alimentaria. Si bien, el ámbito privado demostró tener un nivel de conocimientos más apto que el ámbito público, los dos precisan de capacitaciones para poder realizar su trabajo eficientemente.

Palabras claves: Conocimientos, detectar, accionar, trastorno de la conducta alimentaria, maltrato infantil, educadores, niños, niñas, adolescentes, prevención, enfermería.

1. CAPÍTULO I

“PLANTEO DEL PROBLEMA”

Tema: Eficacia, conocimientos y habilidades de los educadores en la detección y el accionar en problemas de trastornos alimentarios en niños y/o maltrato infantil.

1) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A las escuelas primarias asisten más de 350 niños y niñas, cada educador tiene a su cuidado aproximadamente 25 menores todos los días. Como único adulto presente en el aula, el docente debe estar atento a todo lo que sucede, identificar y brindar herramientas para resolver algunos de los problemas que puedan presentarse.

El personal educativo tiene la responsabilidad de enseñar a los alumnos, evaluar su crecimiento físico, social e intelectual, además de contribuir en la formación moral, ética y ciudadana de los niños. De esta manera, educan, evalúan y ayudan a sus alumnos, los protegen y velan por su bienestar, en cuanto les es posible cuando se presentan situaciones complicadas, pues las familias atraviesan distintas realidades, que la mayoría de las veces repercuten en el desarrollo de los infantes. Es por ello que en los establecimientos educativos se busca resguardar a los pequeños, acompañarlos y ayudarlos en su aprendizaje y crecimiento físico y psíquico, ya que, al igual que en el área de salud, se aborda al individuo desde un aspecto integral biopsicosocial.

De acuerdo con Schaffer

...diversas situaciones de vida -hogar, escuela, grupos de compañeros, etc.- en las que los niños pasan su tiempo. Antes, también éstas eran consideradas en forma aislada, pero los niños no viven cada situación por separado: lo que sucede en una puede tener implicaciones considerables en lo que sucede en otra, como se ve con claridad en los efectos mutuos que tienen entre sí las experiencias escolar y familiar de los niños. Por consiguiente, debe investigarse la naturaleza de los lazos entre estas diversas situaciones y su efecto conjunto en el desarrollo del niño.¹

¹ Schaffler, Rudolph (2000). Desarrollo Social. Pág 16, 17.

Entonces, cuando un niño/a está sufriendo un problema quizás no lo transmite verbalmente pero, su conducta comienza a cambiar. Pueden surgir trastornos en la alimentación como modo de manifestar algún malestar, y un maestro/a debe saber reconocer estas situaciones para que el establecimiento pueda intervenir convenientemente y poder ayudar y proteger a sus alumnos.

En las escuelas de nivel primario de Mendoza existiría un gran porcentaje de niños y niñas con problemas alimenticios o que sufren de maltrato infantil. Estos, llegarían al servicio de salud, generalmente cuando ya es necesario tratar las complicaciones o consecuencias que derivan de estas situaciones, por lo que desde enfermería, sería muy necesario trabajar en la prevención de estos casos.

En los colegios Valle de Guantata, Sagrado Corazón y República del Perú se habrían presentado situaciones en las que niños y niñas padecen de trastornos conductuales en la alimentación y otros, que han sufrido de maltrato infantil intrafamiliar. Y, no todos los maestros y maestras supieron detectar estas problemáticas y actuar de la manera correspondiente.

Si los miembros de la comunidad educativa tuvieran dificultades para detectar y llevar a cabo su accionar frente a situaciones de trastornos alimenticios y/o maltrato infantil, la presente investigación abordaría también la relación entre estas limitaciones y la falta de capacitación e información sobre dichas situaciones, la burocratización de las intervenciones (que dificultaría la intervención de los miembros de las escuelas frente a dichas situaciones) y las habilidades que los docentes tengan para intervenir de manera independiente en las mencionadas problemáticas y la necesidad de contar con el servicio de enfermería en los centros educativos.

2) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se habría observado en las escuelas primarias el incremento en la incidencia de trastornos alimenticios como bulimia o anorexia. Además de la existencia de violencia intrafamiliar, como un rasgo que se ha presentado a lo largo de la historia y que decae indefectiblemente en el desarrollo de los niños que lo sufren. Es por ello, que el tema de la investigación abarca fundamentalmente la detección y abordaje de estas dos problemáticas por parte de los docentes de los colegios primarios, que son quienes más tiempo pasan con los infantes en el horario escolar, a fin de prevenirlos, reducir la incidencia, y en consecuencia las complicaciones de las mismas

Se eligieron las escuelas de las zonas cercanas, se pidieron las autorizaciones pertinentes y se planteó el problema con la siguiente pregunta:

¿Qué grado de conocimientos poseen sobre la detección y actuación en casos de trastornos de la conducta alimenticia y/o maltrato infantil los educadores de las escuelas primarias República del Perú, Valle de Huentata y Sagrado Corazón durante el 2023?

3) OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Determinar qué grado de conocimientos poseen sobre detección y la forma de actuar en casos de trastornos de la conducta alimentaria y maltrato infantil los educadores.

Objetivos Específicos:

- Definir la concurrencia a capacitaciones sobre las temáticas por parte de los educadores de las escuelas primarias.
- Analizar el conocimiento de los educadores sobre trastornos alimentarios y maltrato infantil en las escuelas primarias y el procedimiento a seguir ante la detección de casos.
- Analizar la capacidad de detección de casos de trastornos de la conducta alimentaria y maltrato infantil en las escuelas primarias por parte de los educadores.
- Comparar entre la escuela privada y las escuelas públicas los conocimientos de los educadores sobre trastornos alimentarios y maltrato infantil.
- Establecer estrategias y modelos de enseñanza aplicables desde enfermería para mejorar la eficacia, conocimientos y habilidades de los educadores en la detección de problemas de trastornos alimentarios en niños y/o maltrato infantil en las escuelas primarias.

4) JUSTIFICACIÓN

El propósito que impulsa esta investigación, surge desde la perspectiva enfermera de la prevención, intentando abordar dos grandes problemas que afectan a muchos niños en etapa escolar antes de que las consecuencias se visibilicen en el área asistencial de la salud, es decir, antes de que el menor llegue al hospital como desenlace de los trastornos alimentarios o víctimas del maltrato. Por ello, se plantea imperiosa la necesidad de que la enfermera como representante del sector salud, y las docentes por el sector educación, articulen y unifiquen criterios y responsabilidades, a fin de lograr mejores oportunidades para la población escolar y su futuro como jóvenes.

En Argentina, las escuelas carecen de la figura del enfermero dentro del establecimiento, más allá de la vacunación según calendario. La presencia de un área de enfermería en los colegios sería fundamental para el bienestar de los menores, llevando a cabo la promoción de la salud, desde la educación.

Los niños y niñas, en incontables circunstancias reflejarían sus preocupaciones y realidades emocionales y familiares en el ámbito escolar. De tal manera, que los establecimientos educativos se convertirían en lugares óptimos para participar activamente en la detección, prevención y abordaje de, por ejemplo, las problemáticas planteadas en el presente trabajo: trastornos alimenticios y maltrato infantil.

Que el maestro/a tenga conocimientos teóricos sobre dichas situaciones y sepa detectar y sobrellevarlos ayudaría en:

- Que el alumno/a no se sienta solo.

Esto es debido a que en las dos problemáticas planteadas el niño/a no solo está teniendo problemas físicos sino que también psicológicos y por sentimientos como, por ejemplo, el miedo y el desconocimiento, el niño/a se aparta de los demás. Por lo que, un buen trabajo del equipo educativo evitaría este dilema.

- En la rápida detección del problema y en encontrar una rápida solución.

Esto a causa de que es importante saber cómo accionar y proteger al niño/a para evitar futuros problemas que el alumno/a podría tener.

- En la contención del niño/a y seguridad.

A causa de que el establecimiento educativo es el segundo lugar en el que los chicos y chicas habitan continuamente generando en ellos un sentimiento de confianza, pertenencia y acompañamiento. Por lo que es relevante que el maestro/a no solo ejerza su profesión sino que también, ayude a sus alumnos/as.

- En sobrellevar de forma positiva el problema y/o vencer el trastorno.

Es importante porque los problemas que generan el trastorno de la conducta alimentaria y el maltrato infantil son difíciles de tratar y sobrepasar por lo que, un rápido y adecuado accionar ayudaría en ese procedimiento de superación.

- En evitar el bullying
- En que la escuela tome conciencia de las situaciones y su importancia.

Esto ayudaría a que el establecimiento se interese en saber sobre las problemáticas y cómo actuar al respecto para evitar represalias mayores y ayudar a los chicos/as, que es también uno de sus objetivos.

- En la importancia de la capacitación para conocer y saber cómo accionar.

Esto es relevante porque evitaría la confusión y desconocimiento de cómo se deberían tratar a los niños/as cada vez que se presentan algunas de estas problemáticas.

En la sociedad, en los próximos años, la intervención de los docentes en estos aspectos iría en crecimiento y, en primera instancia, serían ellos los encargados de detectar y corregir los malos hábitos alimentarios y actuar de forma especialmente responsable ante los casos de maltrato infantil. Esto implicaría la información a los padres, así como los mecanismos de acción óptimos con las autoridades en ambas situaciones problemáticas. Así, sería imprescindible la

capacitación de los profesionales de educación durante y después de su formación universitaria, con una base articulada con el ámbito de la salud, para enseñar, detectar e intervenir con una fundamentación homogénea.

Por tales motivos, investigar y trabajar sobre estas problemáticas sería muy provechoso, ya que se estarían brindando herramientas y estrategias para intervenir de manera preventiva, mejorando estadísticas y ahorrando complicaciones para la vida física y psicológica de los niños, que forman las futuras generaciones de nuestra comunidad. Además, con la prevención, se disminuye la llegada a los hospitales y en consecuencia, los costos para el sistema de salud también disminuyen.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

“TRASTORNOS ALIMENTICIOS”

En la revisión bibliográfica que apoya la presente investigación, se contemplaron libros, revistas científicas y trabajos realizados con anterioridad, en los cuales se observaron las situaciones planteadas sin un punto en común.

La problemática de los trastornos alimentarios, en la bibliografía consultada aborda el tema del sobrepeso y la obesidad infantil, como resultado del consumismo. En el caso de bulimia y anorexia como un dilema influenciado principalmente por los factores psicológicos que genera la sociedad. Ambos generan vulnerabilidad en la salud de los más jóvenes. En este documento se detalla la importancia de la alimentación, enfatizando en el indispensable menester de abordar desde la prevención.

La violencia intrafamiliar y maltrato infantil se evidencian como un fenómeno que atraviesa las barreras del tiempo y los estratos sociales, pero que actualmente se ha visibilizado con el surgir de los derechos de niños y niñas.

La obligatoriedad de la educación y el rol de la niñez en la actualidad, han revelado focos de atención interdisciplinaria sobre las situaciones de violencia y la educación alimentaria en los infantes y sus familias. Trabajar desde el ámbito de la salud en coordinación con las instituciones educativas sería primordial para lograrlo.

ALIMENTACIÓN

Se define la nutrición como *“la utilización que hace el organismo de los nutrientes para llevar a cabo las funciones de homeostasis, crecimiento y reproducción; en definitiva, de los procesos de ingestión, transformación y utilización de los alimentos”*.²

Valorar el estado de nutrición de los niños es analizar las condiciones reales en que se encuentran, y el efecto de esas condiciones en su organismo. El organismo depende de la energía que proveen los alimentos ingeridos para mantener sus procesos metabólicos. Las necesidades individuales de energía

² Henao Castaño, M., & Rueda Hernández, I. C. (2020). El aprendizaje del concepto de nutrición a través de una metodología basada en proyectos. Pág 31-32

dependen del metabolismo basal, de la actividad física y de factores como el clima y de la ingesta de alimentos. En los niños, las necesidades energéticas pueden ser divididas en dos grandes grupos:

1. Para el crecimiento: determinada por la velocidad de crecimiento, composición del tejido formado y eficiencia energética de la síntesis tisular.
2. Para el no crecimiento: determinada por el gasto energético basal, termogénesis alimentaria (gasto energético en reposo) y actividad física.

Requerimiento energético estimado para niños de 9 a 18 años:

$$\text{(Kcal/día)} = \text{gasto energético total} + \text{depósito de energía}$$

varones	$88,5 - 51,9 \times \text{edad} + \text{PA} \times (26,7 \times \text{peso (Kg)} + 903 \times \text{talla (m)}) + 25$ (Kcal por depósito de energía)
mujeres	$135,3 - 30,8 \times \text{edad} + \text{PA} \times (26,7 \times \text{peso (Kg)} + 934 \times \text{talla (m)}) + 25$ (Kcal por depósito de energía)

Fuente: Cuidado Nutricional Pediátrico. M.E. Torresani

Diariamente se deberían consumir 2 litros aproximadamente de agua potable. Los alimentos, ya sean de origen mineral, vegetal o animal, proporcionan al organismo sustancias y nutrientes necesarios para el crecimiento y para satisfacer la demanda energética del individuo. Se le llama aporte nutritivo:

- **Proteínas:** La función primordial de las proteínas es producir tejido corporal y sintetizar enzimas, hormonas como la insulina, y otras sustancias complejas que rigen los procesos corporales.

El exceso de las proteínas consumidas se excretan, se convierten en hidratos de carbono o se utilizan como productores de energía (produce 4 kcal /g). En cambio, la carencia proteínica provoca trastornos físicos e intelectuales.

- **Lípidos:** se clasifican en grasas neutras, esteroides y fosfolípidos. Las grasas neutras por lo general están formadas por ácidos grasos, que forman la

mayor parte de los alimentos y de los lípidos del organismo, que son fundamentales durante el crecimiento, y que además, proporcionan la máxima energía por unidad de peso (los hidratos de carbono y las proteínas, la menor). El cerebro tiene un 60% de lípidos, en condiciones normales el sistema nervioso central utiliza la glucosa como fuente de energía, pero si está en cantidades limitadas, el cerebro utiliza cetonas producidas por el catabolismo de ácidos grasos. Los esteroides están representados principalmente por el colesterol, cuya ingestión debe ser limitada ya que produce enfermedades como la aterosclerosis. Los fosfolípidos, que constituyen las membranas celulares, son emulsificantes e intervienen en la actividad nerviosa y coagulación sanguínea.

La Asociación Americana de Pediatría recomienda que el consumo de grasas sea un 30% del valor calórico total (VCT) y el colesterol no supere los 300 mg/día.

- *Carbohidratos*: azúcar, almidón, dextrina, celulosa y glucógeno. Constituyen el principal factor energético para el organismo. El consumo de azúcares diarios entre el 50 y 55% del VCT garantiza la prevención producción de cuerpos cetónicos la acumulación de glucógeno, triglicéridos o tejido adiposo por exceso.
- *Fibra dietética*: los carbohidratos presentes en los vegetales son importantes en la salud intestinal, ya que participan activamente en la fermentación y absorción de ácidos volátiles que dan energía al organismo.
- *Vitaminas*: Las vitaminas actúan como catalizadoras para metabolizar proteínas, son fundamentales para un crecimiento y desarrollo normales. Las vitaminas liposolubles, A, D, E y K, se consumen en alimentos que contienen grasa y se pueden almacenar en el cuerpo, pero las hidrosolubles (grupo B y vitamina C), no se almacenan y deben consumirse con frecuencia. Existen además la niacina, el ácido pantoténico, la biotina y el ácido fólico. La niacina y la vitamina A se producen en el cuerpo, pero deben proporcionarse los precursores, otras vitaminas, como la K y la B₁₂, las produce el intestino y la

vitamina D la elabora el organismo gracias a la luz solar . Para mantener el valor vitamínico de los alimentos se aconseja seleccionar alimentos frescos y maduros, conservarlos refrigerados y evitar largos almacenamientos y cocciones.

La deficiencia de vitaminas se relaciona con problemas de coagulación, incapacidad del organismo para resistir infecciones o recuperarse de cirugías, enfermedades o estrés. También con raquitismo, disfunción médulo-cerebelosa, anemia, etc.

- *iones minerales*: Los minerales son necesarios para la reconstrucción estructural de los tejidos corporales y participan en procesos homeostáticos como la coagulación de la sangre, el impulso nervioso o la contracción muscular. De la dieta se deben obtener Calcio, fósforo, Sodio, Magnesio, Hierro, Potasio, Yodo, etc.

La deficiencia de minerales provoca variados trastornos musculoesqueléticos: la carencia de Calcio y Fosfato en niños provoca raquitismo, deshidratación en el caso del Sodio, tetania o comportamiento psicótico si hay falta de Magnesio. El signo más relevante de la escasez orgánica de Hierro es la anemia. La insuficiencia alimentaria de Potasio se vincula a una desnutrición calórico proteica grave.

La mala nutrición es un estado anormal, capaz de producir enfermedades por deficiencia o exceso de nutrientes. Esta afección se ve plasmada en dos grandes y opuestos panoramas: **desnutrición y sobrepeso u obesidad**.

Para tener en cuenta esto, María Elena Torresani, explica: “Mientras menor sea la edad en que se establece una nutrición deficiente o subóptima, más negativo será su impacto”³. Pues es la etapa de la edad escolar en la que en los niños se completarían los cambios fisiológicos de la infancia y donde inicia la acumulación de reservas para el desarrollo y crecimiento durante la pubertad y adolescencia.

Los adolescentes tienen mayores demandas nutricionales debido al rápido

³ María Elena Torresani (2022). Cuidado Nutricional Pediátrico. Pág. 53

crecimiento, pero contrapuesto a ello, se presentan los cambios en la conducta alimentaria por factores condicionantes culturales y sociales y por los deseos de independencia propios de la etapa. El crecimiento y desarrollo en los adolescentes se determina principalmente por factores genéticos, sexuales y nutrimentales entre otros. En este sentido, los varones tienen cambios orgánicos entre los 11 y los 13 años y luego se presentan los cambios visibles, como el crecimiento y la maduración sexual; en cambio, en las mujeres, la maduración sexual se presenta desde el principio, y el peso y la actividad física determinan las necesidades nutricias requeridas.

Al igual que el acceso a la salud, tener una alimentación saludable es un derecho. Para hacer valer este derecho, los consumidores deberían poder elegir los alimentos según sus necesidades o preferencias. Desde las productoras, el etiquetado de los alimentos es la forma de comunicar al consumidor sobre las características nutrimentales de los mismos, lo que se convierte en una herramienta para influir en su selección o no. Actualmente en la República Argentina hay una ley de promoción de alimentación saludable, una medida de salud pública que mediante la obligatoriedad de etiquetado, permite a la población elegir sus compras y consumos y regular la publicidad dirigida a niños y adolescentes entre otras cosas. La página del Ministerio de Salud de la Nación expone esta y otras medidas, y además ofrece herramientas, como la gráfica de alimentación saludable (GAPA: Guías Alimentarias para la Población Argentina), con recomendaciones de consumo diario de alimentos, hidratación y actividad física.

GAPA:



Fuente: Página Ministerio de Salud de la Nación

FACTORES CONDICIONANTES DE LA ALIMENTACIÓN

La alimentación es un comportamiento en el que influirían la sociedad, sus cambios y estándares, los hábitos culturales de cada comunidad, la educación y la economía. Ejeda Manzanera (2008), sobre la importancia de este tema, expone diferentes aspectos:

- Alimentación y crecimiento. En la primera infancia son fundamentales la alimentación, la creación de buenos hábitos de consumo y la formación alimentaria básica de las madres.
- Alimentación y desarrollo mental. Los pequeños con déficit en la alimentación sufren cierto retraso en el desarrollo químico del sistema nervioso central, son alumnos distraídos, apáticos, el aprendizaje es lento y difícil.

- Alimentación y reproducción. Hay componentes y vitaminas de los alimentos que ejercen acción sobre los órganos reproductores.

- Alimentación y belleza. La sociedad actual exige una buena presencia física. La salud es uno de los más importantes, en la constitución y formación del organismo la buena alimentación es básica.

- Alimentación y salud. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de enfermedad y dolencia”⁴. Entonces, el estado nutricional de las personas es fundamental para promover la salud y prevenir enfermedades o rehabilitar enfermos. La educación en alimentación y nutrición, el conocimiento de cómo debemos alimentarnos en las distintas etapas etarias, es un pilar básico para tener un óptimo estado de salud.

Si se toma como punto de partida los determinantes de la salud propuestos por Marc Lalonde, las autoras identifican la alimentación tanto en los estilos de vida como así también un factor social y cultural. Pero además es fundamental el sistema sanitario, como un proveedor de educación, prevención y promoción de la salud.

Los determinantes son:

1. Medio Ambiente: que incluye factores que afectan al entorno y que influyen decisivamente en la salud, son los relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente al entorno social.
2. Los estilos y hábitos de vida: en el que se consideran los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud. Estas conductas se forman por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social.
3. El sistema sanitario: entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado

⁴ Ejeda Manzanera, J.M. (2008) Conocimiento sobre la alimentación en la formación inicial de los maestros. Pág. 24

por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, entre otros.

4. La biología humana: refiriéndose a los factores metabólicos, la carga genética y los factores hereditarios que definen los rasgos físicos y somáticos de las personas.

De esta manera, se visualiza que la alimentación es un proceso orgánico, pero también sociocultural. Durante los primeros años de vida, la alimentación depende principalmente de la madre o el cuidador, de forma empírica, instintiva y guiada por el pediatra. Pero, con el posterior desarrollo social propio de la edad escolar, el contacto con los pares y los estereotipos de belleza pueden marcar el comportamiento de los niños, preadolescentes y adolescentes. Es entonces cuando los patrones de alimentación familiares son acotados por los que impone la sociedad, la cultura, la tecnología y la globalización.

El mundo que rodea a los actuales estudiantes de las escuelas primarias pone a su disposición demasiada información en internet que expone a los niños a contenidos con rutinas peligrosas, hábitos o dietas poco saludables que no son avaladas por ningún profesional de la salud, y que pueden contribuir al inicio de un trastorno de la alimentación.

Según Lladó y cols.:

Las TIC (tecnologías de la información y las comunicaciones) se han convertido en un elemento importante en los procesos de socialización de las generaciones más jóvenes, dando lugar a dinámicas que se crean en los propios entornos on-line y anteponiéndose incluso a la familia y la escuela⁵.

Hay sitios que han experimentado un crecimiento de visitas, incluso han surgido blogs pro-Ana (proanorexia) y pro-Mía (probulimia). Se trata de grupos que promueven y apoyan este estilo de vida, difundiendo en la web aforismos y consejos para lograr objetivos muchas veces inalcanzables y nocivos. Es colosal el impacto e influencia del internet sobre las personas, y los menores de edad no están exentos. Esto se evidencia en estudios que indican que cerca del 60% de

⁵Lladó G, González Soltero R., Blanco M.J(2017). Anorexia y Bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida.

pacientes con desórdenes de alimentación. realizaron una primera búsqueda en internet sobre procedimientos para adelgazar rápidamente u otros comportamientos poco saludables.

Así, podemos ver el padecimiento de mala nutrición como los eslabones de la tríada epidemiológica:

-*Agente*: exceso o deficiencia de nutrientes. Lo que puede relacionarse con las necesidades energéticas del niño, la cantidad de alimentos que ingiere y el valor calórico de éstos.

-*Huésped*: el niño afectado por la desnutrición u obesidad.

-*Ambiente*: factores sanitarios, culturales, socioeconómicos, generacionales y psicológicos.

SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL

El sobrepeso y la obesidad son un trastorno de la alimentación determinado por el aumento del tejido adiposo. En estos casos el consumo de energía es mayor al requerido por el organismo, por lo que aumenta el peso corporal.

Sería un padecimiento de origen multifactorial, en el que además de los factores ambientales, influyen los biológicos.

Dentro de los factores ambientales, se destacaría el acelerado estilo de vida y el costo de los alimentos. Bajo esta perspectiva se puede señalar la importancia de los desayunos y almuerzos en familia, y las meriendas seleccionadas para los recreos. Si un niño no desayuna de manera adecuada, por ejemplo, se genera hipoglucemia, que afecta el rendimiento escolar. Esto fomenta el consumo de snacks, panificados, dulces y golosinas, habituales en las compras para las meriendas, y que son quizá menos regladas por los adultos. La preferencia por éstos, muchas veces sustituye algunas comidas o son añadidos a ellas, siendo de elección por sobre frutas, verduras o yogures. La orientación hacia una dieta saludable se ve sesgada por las publicidades de las redes o la televisión o por las

preferencias de los pequeños por comidas industrializadas: papas fritas, panchos, hamburguesas, pizzas, etc.. Esta inclinación, en la preadolescencia y adolescencia se ve con más frecuencia por la mayor autonomía que progresivamente se obtiene.

En este contexto se puede hacer foco en la vinculación que hacen los niños entre los alimentos y el aspecto físico, desde el desconocimiento del valor nutritivo de los alimentos.

Si bien la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) reconoce la obesidad como una enfermedad médica, en el DSM-IV no se la reconoce:

“ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico”⁶

Otro elemento importante es la actividad física, actualmente, el uso desproporcionado de las tecnologías hacen que los niños lleven estilos de vida más sedentarios, lo que inutiliza la grasa como principal fuente de energía. Durante los últimos años, el sedentarismo se ha constituido como el cuarto factor de riesgo más significativo de mortalidad, por su asociación con múltiples patologías.

Desde el punto de vista de los factores biológicos, puede apuntarse sobre la flora bacteriana intestinal, que interactúa constantemente y de una manera muy sensible con los impactos ambientales. Durante la etapa de la infancia esta relación flora/ambiente es dinámica, por eventos como la incorporación a la dieta de los adultos, cambios en la alimentación o administración de fármacos antibióticos. Así, la microbiota intestinal que lleva a cabo la fermentación de los alimentos puede modificar la detección cerebral de los mismos e influir en la sensación de saciedad, y por lo tanto en la obesidad, como también en la anorexia nerviosa.

La Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (EENyS 2), realizada en

⁶ DSM IV TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2002) American Psychiatric Association. Pág. 553

el año 2019 por la entonces Secretaría de Gobierno de la Salud, reveló que el 41,1% de los habitantes argentinos entre 5 y 17 años presentaba obesidad, sin distinciones socioeconómicas. En la región de Cuyo, se mostró un incremento del sobrepeso del 20% de niños y niñas entre 1° y 6° grado entre 2012 y 2017. Esta cifra muestra un crecimiento acelerado de sobrepeso en la población infantil, y la determina como la afección de malnutrición más significativa en este grupo etario.

El sitio web del actualmente Ministerio de Salud señala, referenciando a la OMS: *“la obesidad infantil es una ventana abierta a las consecuencias sanitarias en la edad adulta con la aparición y emergencia de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes y distintos tipos de cáncer”*⁷. Estas patologías son la causa del 73% de las muertes en nuestro país.

Se enfatiza entonces, la importancia de la prevención a temprana edad, que además contribuiría a evitar conflictos de auto-aceptación y autoestima.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones conductuales que generan alteraciones físicas y que generalmente van acompañados por la insatisfacción con la imagen corporal de la persona que lo padece. El temor a engordar llevaría a realizar cambios en la alimentación y en algunas acciones, tales como ayunos, actividad física excesiva, vómitos autoinducidos, consumo de laxantes y diuréticos.

Los conflictos con el componente biológico, por impulsos, deseos, emociones y estrés ante un ambiente familiar y social muchas veces hostil, dan origen a las perturbaciones en el desarrollo psíquico de la adolescencia que propician los trastornos de la conducta alimentaria.

Las entidades más reconocidas dentro de los trastornos de la conducta alimentaria son:

⁷ Ministerio de Salud. Resolución 564/2019

a) Anorexia nerviosa (AN), caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal dentro de los valores mínimos normales y la distorsión de la imagen corporal;

b) Bulimia nerviosa (BN), caracterizada por episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, como inducción al vómito. Esta es la entidad más frecuente y generalmente es autolimitada;

c) Trastornos alimentarios no especificados (TANE), que son aquellos que presentan síntomas pero no alcanzan a cumplir los criterios de algún trastorno específico.

Bay (2005), señala respecto a esto:

“Los trastornos de la alimentación en los adolescentes, son problemas frecuentes que pueden tener un alto impacto en la salud y calidad de vida, con riesgo de retardo del crecimiento, desnutrición e incluso la muerte y generalmente se acompañan de alteraciones emocionales que comprometen su normal desempeño en diferentes áreas.”⁸

El DSM IV (4° Manual Diagnóstico Estadístico de trastornos mentales) incluye dentro de los trastornos de inicio en la infancia, los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria como padecimientos caracterizados por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos; e incluye, además:

-Pica: ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante al menos 1 mes. Son muy escasos los datos epidemiológicos.

-Trastorno de la rumiación: La característica principal es la regurgitación y nueva masticación repetidas de alimento (tras un período de funcionamiento normal) con una duración de al menos 1 mes. No se asocia a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica.

Razonar esto, hace pensar a las autoras que una educación a temprana

⁸ Bay y col. (2005) Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Pág

edad, y una detección precoz de los trastornos en la alimentación influiría positivamente en la prevención y disminución de los efectos físicos y psicológicos que éstos generan, sobre todo por el agravamiento durante la adolescencia, así como en la prevalencia e incidencia de los trastornos y sus consecuencias a futuro en la salud del individuo, y los gastos generados en el ámbito de la atención de salud.

La OMS, en el informe sobre los principales problemas de salud física y mental en la adolescencia, publicado en el 2021, delinea los trastornos de la conducta alimentaria como un gran generador de dificultades en salud, llegando a un índice de 4,5% anual de muertes, siendo la bulimia y la anorexia nerviosa las más renombradas.

Portela y cols., señalan:

“...aunque los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) están bien definidos y ampliamente utilizados, no son plenamente aplicables a niños y adolescentes, lo que aumenta la dificultad de establecer las tasas de ocurrencia de TCA en esta población”⁹

Por ello, se podría enfatizar en los signos físicos que pueden alertar sobre la presencia de trastornos de la alimentación y ayudar en una temprana detección:

Piel	Xerosis, hiperqueratosis folicular, dermatitis pelagrosa, Petequias
Cabello	Falta de brillo, debilitado, escaso, despigmentado, seco y fino, fácilmente desprendible.
Cara	Despigmentación difusa, disminución de la tonalidad (anemia), “cara de luna”, disbácea nasolabial (secreción grisácea o amarillenta)

⁹ Portela de Santana y col. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Pág 393

Labios	estomatitis angular, queilosis, labios gruesos y agrietados
Ojos	Conjuntiva pálida, xerosis corneal, xeroftalmia, queratomalacia, manchas de Bitot
Lengua	Color rojo intenso, glositis, papilas atróficas, color magenta, hipertrofia de papilas, pigmentada, "lengua geográfica", sensible, pálida, lisa, edematosa
Encías	Inflamadas, sangrantes, hemorragias
Dientes	Esmalte manchado, caries, erosión de esmalte
Uñas	Oneiloncia (cóncavas), estrías transversales
Tej. subcutáneo	Edema, acumulación de grasa
Sist. Musculoesquelético	Desgaste muscular, ensanchamiento de la epífisis de los huesos, deformación del tórax, hemorragia en los músculos, deformación de las extremidades
Gl. tiroides	Bocio
Sist. Nervioso	Disminución o ausencia de reflejo patelar y aquileo, dolor en pantorrillas

Fuente: Martínez Correa, Nutrición y Salud (2018). Pág 94

HERRAMIENTAS ÚTILES EN LAS ESCUELAS

La escuela es uno de los lugares más importante en la vida de los niños, pues sería donde el alumnado desarrolla conjuntamente las funciones de aprendizaje, desarrollo y socialización. Es entonces el sitio óptimo para realizar prevención en cuanto a problemáticas de alimentación y la promoción de estilos de vida saludable.

La OMS, citada en la página del Ministerio de Salud de la República Argentina, define entornos saludables como aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”¹⁰. Para ésto, sería favorecedor utilizar los siguientes instrumentos:

-Escuelas Saludables: estrategia del Ministerio de Salud de la Nación. Hasta hace algunos años, gran porcentaje de los kioscos escolares ofrecían mucha cantidad de productos ricos en azúcar, sodio y grasas. Además se realizaban actividades físicas en tiempo insuficiente. Por estos motivos, se implementó un conjunto de intervenciones que integran la educación alimentaria y actividad física constante, además de mejorar la oferta de los expendios.

- Hay múltiples escalas diseñadas para medir en niños en edad escolar la imagen corporal y el perfeccionismo, asociados a los trastornos alimentarios. La Ch/ASRS (Child/adolescent Version of the Silhouette Rating Scale), es una opción práctica. Se trata de una escala gráfica de siluetas que evalúa la imagen corporal, contrastando la percepción del niño sobre el cuerpo que cree tener y el que desea tener. Presenta 7 figuras de niñas y 7 figuras de niños, representando desde una silueta muy delgada “N°1”, hasta una que tiene un marcado sobrepeso, “N°7”. El infante debe elegir las dos figuras, la que representa su imagen corporal actual y la que anhela. Esta herramienta permite evaluar el grado de insatisfacción con la imagen corporal en función de la diferencia que existe entre la figura que representa cómo le gustaría verse y la que representa como se ve.

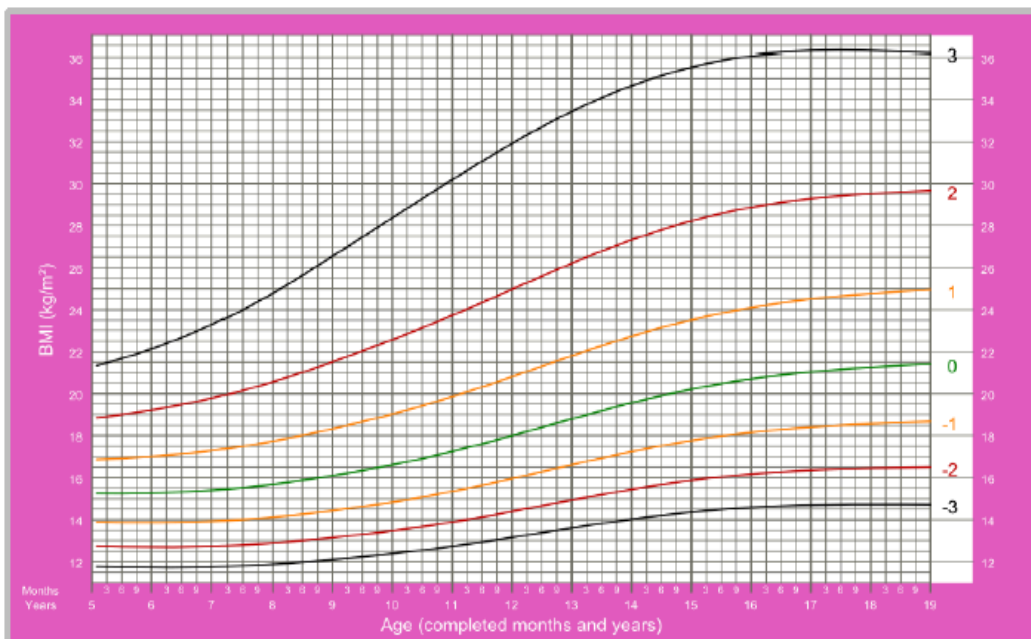
-IMC: se calcula dividiendo el peso por el cuadrado de la altura del paciente (kg/m^2). Es utilizado para valorar el sobrepeso u obesidad. Pero, se debe considerar que aproximadamente a los 12 años el IMC disminuye notoriamente en ambos sexos, vinculado al inicio del desarrollo y crecimiento determinado por la pubertad.

¹⁰ Ministerio de Salud. Entornos escolares saludables. Pág 11

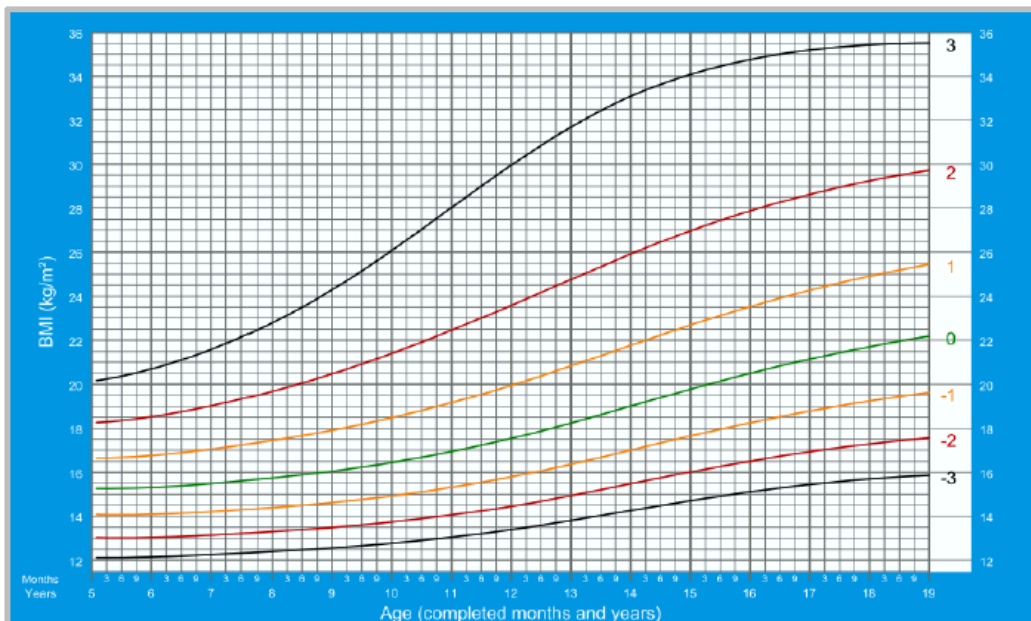
La OMS toma el IMC como punto de corte para definir el estado de riesgo:

- Sobrepeso: $>+1$ (equivalente a IMC 25 kg/m² a los 19 años)
- Obesidad: $>+2$ (equivalente a IMC 30 kg/m² a los 19 años)
- Delgadez: $<-2>$
- Delgadez severa: $<>$

Niñas



Niños



Fuente: OMS IMC 5-19 años. Recurso online

-Actividad física: al aumentar el metabolismo basal, es el factor que más influye en los requerimientos energéticos. Si las necesidades energéticas son superiores a los aportes, por un intenso entrenamiento, se debe aumentar la contribución proteica de la dieta para que el crecimiento del niño o el adolescente no se vea afectado

-Ciencias sociales, Formación ética y ciudadana y ESI: apuntando a las riquezas y características geográficas de la provincia, destacando la variedad de frutas, verduras y otros alimentos que se producen, hábitos de higiene, trabajar el concepto de nutrición y otros tópicos que se desprenden de allí, como el cuidado del propio cuerpo, la importancia de llevar una buena alimentación, actividad física, hidratación y otros hábitos saludables.

-Aprendizaje Basado en Proyectos: El aprendizaje de los niños depende de la interrelación entre la estructura cognitiva previa y la nueva información que se incorpora. No se trata sólo de asociación, sino que, los datos adquiridos recientemente se integran a los ya existentes favoreciendo la diferenciación y evolución de los conocimientos. Se denomina estructura cognitiva previa al “conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización. En el proceso de orientación del aprendizaje, es de vital importancia conocer la estructura cognitiva del alumno; no sólo se trata de saber la cantidad de información que posee, sino cuales son los conceptos y proposiciones que maneja así como de su grado de estabilidad”.¹¹

ABORDAJE PREVENTIVO DESDE ENFERMERÍA DE LOS TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN

La salud es un derecho humano que corresponde a todas las personas, sin distinción de ningún tipo, y de todas las edades.

¹¹ Ausubel, D. (1983). Teoría del aprendizaje significativo. *Fascículos de CEIF*. Pág 1

Como principal referente del sistema sanitario, la enfermería tiene la responsabilidad de fomentar conductas saludables en la comunidad. En los establecimientos educativos, el referente imprescindible es el docente. Para mejorar las acciones educativas en alimentación en el marco escolar, son necesarias intervenciones de ambos profesionales desde sus propios contextos, pero interrelacionando conocimientos. Generalmente, la escuela integra actividades que promueven la alimentación saludable durante los primeros años, incluso con la participación activa de la familia. Sin embargo, al avanzar de curso, el modelo educativo disciplinar se haría más predominante. La Educación Para la Salud en las escuelas, a través de la participación de enfermería, sería fundamental no sólo en temas de alimentación.

En el escenario de los trastornos alimenticios, es fundamental la detección precoz, la protección de los y las niñas, la concientización sobre las consecuencias negativas de la mala nutrición sobre el desarrollo y la salud, así como brindar mecanismos para la construcción de una cultura de salud.

Así, el abordaje por parte de enfermería en la promoción de la alimentación saludable, tomaría base en tres pilares:

1. Reflexionar sobre el actuar individual y sus consecuencias. Las dietas personales, la apariencia real de su cuerpo y la importancia de la alimentación adecuada.
2. Brindar motivación, para una actitud y autopercepción positiva.
3. Brindar conocimiento para la iniciativa de un cambio de conducta alimenticia y de salud.

Poner al alcance de los educadores herramientas para lograr estos tres objetivos sería dar una base sólida en materia de prevención, acceso a los servicios de salud para el control integral, la detección precoz, el tratamiento oportuno y la recuperación de la salud; así como acciones de promoción y educación para la salud y prevención de lesiones y enfermedades.

Para fortalecer la educación alimentaria y nutricional, se debería avanzar en

primera instancia sobre la percepción de los mensajes sobre la misma, favoreciendo la toma de conciencia sobre los malos hábitos. Esto, ya que existe cierta tendencia optimista que hace pensar que los mensajes y artículos sobre una alimentación sana van dirigidos a personas con problemas de salud, distorsionando la idea sobre el propio comportamiento, los malos hábitos alimenticios y los factores que lo determinan.

Los niños y niñas con obesidad no mejoran durante la primaria, y por el contrario, muchas veces aquellos que inician con un peso normal, finalizan la escuela primaria con sobrepeso y obesidad. Sería necesario presentar en los establecimientos educativos opciones saludables que logren posicionarse como alternativa frente a las golosinas o panificados, mediante actividades que fomenten el consumo de frutas o lácteos, como fiestas temáticas, talleres de cocina, charlas educativas, ferias saludables. Esto, a fin de trabajar habilidades como la creatividad, innovación, pensamiento crítico. Además, se pueden incluir cuestionarios para indagar sobre ideas previas de nutrición, qué órgano afectan o benefician el exceso o la ausencia de los nutrientes.

Una herramienta útil sería usar jardines y espacios similares de la escuela para formar huertas como instrumento para concientizar al alumnado sobre el origen de los alimentos.

Se debe garantizar el acceso a agua potable en las escuelas.

Además, considerar la comida como un acto social. No debería olvidarse el rol de la socialización y desarrollo afectivo de los niños, para evitar la inclinación por comidas solitarias u opciones poco saludables. Que todos los momentos de la alimentación compartidos en familia sean interceptados por la televisión o por el apremio de los niños o de los padres (por querer jugar, por trabajo, etc.), los desvincularía del afecto y de la importancia de comer “con otros” y no sólo “junto a otros”. La participación de la familia es imprescindible en la formación de hábitos saludables en la escuela. Desde las aulas puede ser difícil trabajar este aspecto, pero se podrían aplicar meriendas grupales, salidas o actividades lúdicas para favorecer la socialización.

La familia es el primer entorno social donde los chicos se desenvuelven y juega un papel fundamental en la prevención del desarrollo de TCA, sobrepeso u obesidad ya que los niños aprenden a través de la observación y adaptación. Por lo general, los padres subestiman el peso en los niños con sobrepeso y obesidad, imposibilitando u obstruyendo la adherencia al tratamiento para mejorar la calidad de vida de sus hijos.

Promover la higiene en el comensalismo sería un instrumento aparejado, enseñando sobre el correcto aseo de manos, cepillado dental y lavado de frutas y verduras a consumir . Si bien estos hábitos son gestados en el seno familiar, deberían ser llevados a las aulas con continuidad, para favorecer el uso y la valoración de las medidas higiénicas en la alimentación diaria.

Además, transversalizar con el área de educación física, ya que el ejercicio complementaría una nutrición saludable y equilibrada, y para contrarrestar la prevalencia de enfermedades no transmisibles. La actividad física sería un medio muy efectivo para dotar a los estudiantes de actitudes, valores, conocimientos y comprensión de los beneficios para su participación en la sociedad a lo largo de la vida adolescente y adulta. La OMS sugiere realizar como mínimo 60 minutos de actividad física moderada o vigorosa todos los días. Estimular el movimiento con actividades variadas adaptadas a las necesidades, intereses y capacidades del máximo número de estudiantes posible.

Trabajar en el reconocimiento de sí mismo sería benéfico, pues todos los preadolescentes (niños y niñas por igual), expresan el deseo por pesar menos de lo que realmente pesan. El antagonismo entre el peso deseado y el peso real, sumado a una baja autoestima y a la idea de que son vistos con más peso, podría determinar el desarrollo de TCA. La mayoría de los escolares con sobrepeso no desea tener la imagen corporal actual. Esto podría servir de motivación para concientizar sobre las consecuencias propicias de cambiar su estilo de vida, o para realizar consulta psicológica que ayude a evitar el desarrollo del TCA.

En Argentina, el PROSANE (programa nacional de salud escolar) desarrollado por el Estado en el 2019, propone la valoración antropométrica de los

educandos al iniciar y al finalizar la educación primaria. Esta sería una medida práctica para la identificación de casos puntuales. En los niños, según lineamientos de la OMS, se utilizan peso, talla, edad y sexo; y se calcula:

- Peso en relación con la edad: mediante gráficas de peso se pueden relacionar peso, edad y dieta.
- Talla en relación con la edad
- Peso en relación con la talla: junto a la anterior ponen en relieve insuficiencias alimentarias crónicas.
- Medición de: panículos adiposos, perímetro cefálico, circunferencia de brazo y pierna. Se usan tablas referenciales para determinar desnutrición, sobrepeso y obesidad
- IMC

MARCO LEGAL

La Ley N° 26.396 protege a las personas que padecen TCA, garantizando la cobertura de un tratamiento integral por parte de la obra social y ampara frente a la discriminación.

La ley especifica que los colegios deben contar con las comodidades y el equipamiento necesarios para las personas con obesidad, además de la oferta de alimentos saludables en los kioscos escolares.

APARTADO II

“MALTRATO INFANTIL”

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el maltrato infantil es “cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”¹²

Según Kempe, médico pediatra que fue uno de los primeros en la comunidad médica en identificar y reconocer el abuso infantil definió a este como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes”.¹³

Por su parte, La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) estableció que el maltrato infantil era “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.¹⁴

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: “**Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos**”.¹⁵

El maltrato a menores es un problema que se presenta continuamente, y no por una causa en particular, sino que es multicausal. Esta problemática está sesgada por las características de todos los intervinientes: el agredido, el medio ambiente, el agresor y el estímulo disparador de la agresión.

Entre las distintas figuras de Maltrato Infantil, puede destacarse:

¹² Organización Mundial de la Salud. Sitio web. 2023.

¹³ Matrángolo, G. (2016). Maltrato Infantil: Herramientas para su evaluación retrospectiva. Una revisión bibliográfica.

¹⁴ IMO. APADI. (2011). Modelo de Atención Integral para niños, niñas y mujeres víctimas de violencia externa y trata de personas.

¹⁵ Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R., & Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México*, 40, 58-65.

-*Maltrato infantil físico*: cuando un niño o niña es lastimado físicamente por una persona que tiene la intención de realizar el daño. Se utiliza la fuerza contra el menor ocasionado una lesión leve y/o grave en él.

-*Maltrato infantil sexual*: cuando un niño o niña es utilizado para provocar el placer de su agresor que incluye el hecho de contactos hasta el hecho del acto sexual, independientemente si el niño/a comprende o no el significado de lo que estaría ocurriendo.

-*Maltrato infantil psicológico o emocional*: cuando el agresor daña la autoestima y el bienestar emocional del infante con ataques emocionales y/o verbales. No se ocasiona físicamente, sino a través de la conducta y las palabras que provocan la humillación en el menor.

-*Maltrato negligente*: consiste en no satisfacer las necesidades de los niños y niñas o sea, en hacer algo que perjudique al menor o no hacer absolutamente nada por él.

Cada uno de los distintos tipos de maltrato cuentan con indicadores físicos y de comportamiento particulares que indispensablemente ayudan a identificarlos:

Indicadores Físicos

Maltrato infantil físico	Eritema, moretones, inflamación, quemaduras, lesiones abiertas, lesiones orales, fractura, ingresos frecuentes al hospital sin causa clara, traumatismos
Maltrato infantil sexual	En genitales presencia de eritemas, sangrado, dolor, dificultad para caminar, prurito, presencia de semen e himen perforado en niñas
Maltrato infantil psicológico	Retraso psicomotor
Maltrato negligente	Higiene deficiente, aspecto enfermizo, ropa inadecuada con respecto al clima, desnutrición

Indicadores de Comportamiento

Maltrato infantil físico	Actitudes agresivas, rebeldía, timidez, ansiedad, aislamiento, culpa, irritabilidad, llanto persistente, somnolencia. En los colegios, inasistencia y bajo rendimiento
Maltrato infantil sexual	Desconfianza, miedo, culpa, ansiedad, irritabilidad, hacerse pis o caca encima, juegos sexuales, vocabulario inadecuado, masturbación compulsiva
Maltrato infantil psicológico	Deterioro de facultades mentales, bajo rendimiento escolar, apatía, retraimiento, aislamiento, poco sociables, depresión, tímidos, bloqueo emocional, poco expresivos
Maltrato negligente	Apatía, retraimiento, timidez, represión, indiferencia, bajo rendimiento escolar e inasistencia

Fuente: Realizado por las autoras

Las causas que pueden provocar estas vejaciones son disímiles y entre ellas se pueden mencionar:

-Padres que en su niñez fueron maltratados por sus progenitores o por personas pertenecientes a su familia o cercanas a ella.

-Padres que en su familia el principal método de enseñanza era a través del castigo físico.

-Niños/a que tienen la característica de ser problemáticos, inquietos, con conductas impropias, entre otras, lo que se transformaría en causa aparente que provoca al maltratador.

-El medio ambiente como causante del maltrato. Se trata de situaciones como un nivel económico bajo, viviendas inadecuadas, problemas entre la pareja, dificultad para conseguir trabajo o perderlo, tener un nivel educativo bajo, hacinamiento, etc.

-Embarazo no deseado.

-Convivencia inadecuada, con falta de comunicación, desintegración familiar, peleas recurrentes.

-Poca capacidad e irresponsabilidad en el momento de asumir el rol materno y/o paterno.

-Problemas de salud en los primeros años de vida del menor.

-Consumo de alcohol y/o drogas y sus consecuencias.

-Adultos con pobreza emocional, con pocos recursos psicológicos que conlleva la falta de control en los impulsos y con sentimientos de culpa, de rechazo y baja autoestima.

-Familia disfuncional

Cabe aclarar, que aunque estas distintas situaciones pueden provocar un caso de maltrato, no siempre ocurre. Sin embargo, el maltrato es un problema que se presenta continuamente en Argentina y se manifiesta mayormente dentro del hogar donde habita el niño/a.

La Encuesta Nacional realizada por el Unicef en los años 2019-2020, reveló que el 59% de chicas y chicos entre 1 y 14 años experimentó prácticas violentas de crianza; el 42%, castigo físico (incluye formas severas, como palizas y golpes con

objetos), y el 51,7%, agresión psicológica (gritos, amenazas, humillaciones).

En el 2022, se reveló que 3 de cada 10 personas afectadas por situaciones de violencia doméstica eran niños, y, de esos niños, niñas y adolescentes, 8 de cada 10 sufrieron violencia por parte de sus progenitores. El 36,2% de los casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes sucedió en el hogar, y el 3,4% en la vivienda de un familiar. De los agresores, el 56,5% eran familiares y 17,7% conocidos no familiares. Estos datos fueron informados por la Oficina de Violencia Doméstica en la Ciudad de Buenos Aires.

Respecto a los casos de violencia sexual lo que más frecuentemente se ha presentado es tocamiento sexual o tentativa (27,9%), violaciones o tentativa (20,5%) y grooming (20%)¹⁶. Debido a que la ocurrencia se presenta mayormente en el ámbito familiar o cercano, es muy importante que las personas próximas al menor -o menores- puedan intervenir para prevenir, detener y denunciar estas acciones. Los niños, niñas y adolescentes que sufren los distintos tipos de maltrato necesitan de esa ayuda.

CONSECUENCIAS

El correcto crecimiento y desarrollo de los niños y niñas dependen no solo de la buena alimentación si no también, del cariño familiar. Para que un niño/a crezca adecuadamente necesita del acompañamiento de su familia, vínculos afectuosos con personas que los quieran y cuiden.

A temprana edad, los chicos/as son muy vulnerables. Es importante que reciban la atención apropiada de su familia ya que, desde la infancia acontecen aspectos fundamentales para el conveniente y satisfactorio desarrollo de la niñez y de la persona adulta.

Es en el hogar donde se establecen los primeros aprendizajes, formando el aspecto psicosocial y físico del niño/a. En las escuelas, estos aprendizajes positivos

¹⁶ Gardel, L. (2023, Febrero 2). Generador online. Abuso y Maltrato Infantil: que muestran los datos en la Argentina

se refuerzan por lo que, cualquier vulnerabilidad que se presente puede afectar negativamente en el desarrollo psicofísico del menor.

El maltrato y la violencia tiene múltiples consecuencias negativas en el bienestar y en el desarrollo de los infantes y adolescentes. Además del daño y del dolor que causa, afecta el desarrollo cognitivo, la autoestima, y debilita las relaciones interpersonales.

La exposición a distintas formas de violencia puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la vida de las niñas y niños. Afecta la salud física y mental; tiene impactos en la educación y a nivel social y vincular.¹⁷

El maltrato en los niños/as conllevan secuelas completamente perjudiciales llegando a provocar en ellos discapacidades, detención del desarrollo madurativo, problemas de conducta, trastornos psicológicos, psiquiátricos, orgánicos y hasta la muerte. Y, si esto no es detectado y tratado de forma rápida y eficaz repercute en toda la vida del chico/a.

Como se dijo, el peor desenlace es la muerte. En aquellos pequeños que sobreviven, las consecuencias repercuten a corto y a largo plazo tanto en la víctima como en su familia, debido a que los efectos de la violencia influyen notablemente en la vida del afectado y en todo el ambiente que lo rodea generando de esta forma, más costo para la sociedad.

Las secuelas para la vida de las personas que sufren profanación de su integridad se pueden presentar de la siguiente manera:

-Consecuencias Psicológicas:

Entre ellas encontraríamos la baja autoestima, la inseguridad, la depresión, dificultades en las relaciones, no poder confiar en miembros de su familia, imposibilidad de amar, impulsividad, desconfianza, miedo, aislamiento, hostilidad, ansiedad, incapacidad de sentir empatía, les es sumamente complejo expresar sentimientos, dificultad para entender qué es lo que sienten, en todo lo malo que les sucede culpan a agentes externos, presentan una vulnerabilidad en el estado de

¹⁷ Castro, C. & Del Bono, C. & Mouesca, J. Violencia familiar y sexual en la Primaria Infancia.

ánimo, etc.

Éstos, son efectos negativos que ocasionan psicopatologías y alteraciones neurobiológicas que podrían durar toda la vida, influyendo en su niñez, en su adolescencia y hasta en la edad adulta generando imposibilidad de la persona para valerse por sí misma ya que no confía en su alrededor y le es imposible controlar sus emociones.

-Consecuencias Sociales:

Entre ellas se presenta la incapacidad del afectado de confiar en sí mismo, presentan problemas con su identidad y armonía, queman etapas buscando ser adultos, participando en actividades perjudiciales para la salud y la vida, desarrollan adicciones, presentan conductas agresivas, tienen problemas interpersonales, se aíslan y les provoca ansiedad estar en sociedad por lo que buscan círculos sociales cerrados y tienen una insuficiente interacción social, falta de habilidades sociales y les es muy difícil criar hijos, entre otras.

Las personas que experimentaron un inadecuado e incorrecto trato en su infancia son adultos incapaces de permanecer en un mismo grupo social, alejándose continuamente y no pueden fiarse de sí mismos.

-Consecuencias físicas:

En este escenario se pueden destacar cicatrices, hematomas, lesiones, sangrado, daño funcional, daño cerebral (leve, moderado o grave), síntomas gastrointestinales, traumatismo craneoencefálico, disfunción motora y/o sensorial, retraso mental, e incluso puede llevar a la muerte de la víctima.

Se trata de cualquier amenaza a la integridad del cuerpo humano luego de haber sufrido cualquier tipo de maltrato, considerando que el niño/a perjudicado llevaría una marca proveniente de su sufrimiento.

Todas aquellas personas que en algún momento de su vida, principalmente desde temprana edad presenciaron o experimentaron agravios, no sólo padecen las consecuencias momentáneas, sino que además sufren daños emocionales, físicos

y psicológicos que pueden durar toda la vida, como una “mancha” que nunca se quita, y muchas veces no logran formar una vida propia a causa de ello.

Un niño/a que fue maltratado, en el futuro posiblemente no podrá desenvolverse personal ni socialmente. Por lo tanto, por ejemplo, se le dificulta encontrar trabajo o potencialmente podría convertirse en un maltratador.

MARCO LEGAL

La protección contra toda forma de violencia, maltrato y abuso constituye un derecho fundamental garantizado por la Convención sobre los Derechos del Niño. Es responsabilidad del Estado facilitar el acceso a servicios de justicia y organismos especializados de niñez y adolescencia que puedan acompañar a las las chicas y chicos que sufren situaciones de maltrato o violencia, y ofrecer herramientas a las familias para promover entornos protectores que las prevengan y protejan.

En Argentina, debido a la recurrencia de esta problemática, y la importancia de la prevención, existen leyes para la protección de los niños y niñas que sufren de violencia. Entre ellas se encuentran:

- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)
- Protocolo facultativo sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley 26.994 del Código Civil y Comercial de la Nación. ¹⁸

¹⁸ Castro, C. & Del Bono, C. & Mouesca, J. Violencia familiar y sexual en la Primaria Infancia

SISTEMA DE SALUD

El Sistema Sanitario, tiene entre sus funciones fundamentales la promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y otros daños. Uno de los espacios que conlleva esta tarea arduamente es la atención primaria de salud (APS).

Conjuntamente con los distintos programas creados para este tipo de situaciones, el personal de salud trabaja con sus conocimientos y su equipo interdisciplinario para tratar de forma eficaz a los niños/as que sufren de maltrato. Actúan para evitar la prevalencia de esta problemática brindando educación sobre la crianza de los pequeños/as, compartiendo conocimientos sobre cómo identificar las circunstancias de maltrato y proporcionar una solución rápida y eficaz para evitar sus arduas consecuencias.

Se requiere de un tratamiento integral, no sólo de la víctima sino también del agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta preocupante cuestión y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes. Por lo tanto, es menester la planeación y la coordinación de estos servicios y de personal profesional capacitado.

El proceso de atención desde enfermería enfoca una necesidad de formación en la promoción y prevención, así como en detección, notificación e intervención continua de manera autónoma, evaluando y realizando el seguimiento de los casos tal y como se haría para cualquier programa infanto-juvenil.

En los casos de Maltrato Infantil se precisa de manera indiscutible una actuación integral por parte de la institución, un equipo multidisciplinario formado por médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales, policías, educadores, jueces, fiscales, etc. Dentro del ámbito de la atención primaria (donde el objetivo es prevenir, promover y recuperar la salud), los enfermeros son el personal sanitario que más próximo está al paciente, al igual que en lugares de atención más especializada, como hospitales. De tal forma que se podría decir que el profesional de enfermería es la persona más directa y cercana al paciente, ya que es quien interviene en cada momento en los distintos ámbitos en temas de

salud. Cuando se presentan consultas de este hecho el primer paso que deben seguir los profesionales de enfermería es prevenir los casos de los diferentes tipos de maltrato (psicológico, físico, sexual, negligencia) promoviendo factores protectores.

Para prevenir este tipo de casos es necesaria la modificación de normas socioculturales, la reducción de las desigualdades económicas, se requiere de políticas enfocadas en reformas jurídicas, educación a la población, etc. Estos cambios no solo involucran al personal jurídico o sanitario, si no también a toda la población ya que es un problema de carácter social que se presenta continuamente y que debe ser resuelto para beneficiar y proteger a los niños y niñas lo cual, se puede lograr ya que el maltrato infantil es evitable pero, se necesita de la actuación conjunta del equipo multi e interdisciplinario.

En este contexto, hay que evitar que se presenten los determinantes, trabajando sobre:

- Salud mental de los progenitores: debido a que cualquier situación de personas con diferentes patologías mentales no tratadas puede desencadenar maltrato de los padres a su hijo/a por lo que el personal de salud debe tratar estos casos.

- Factores de riesgo económicos y socioeconómicos: una de las causas más frecuentes del maltrato infantil es el bajo nivel socioeconómico. Por ejemplo, la falta de trabajo, debido a que el ambiente impositivo en el que se encuentran pueden ser causantes de reacciones violentas.

- Violencia en la pareja: cuando ya existe violencia hacia una persona existen muchas probabilidades de que esa misma agresividad sea enfocada hacia otra persona. Es importante que estas situaciones sean detectadas y trabajar sobre ellas.

Según el Observatorio de la Infancia, detectar significa: “reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato Infantil”. Cuando enfermería detecta estos casos es obligación legal y moral del personal que se

encuentra capacitado y autorizado, activar el protocolo de actuación que da inicio a un trabajo autónomo dentro del equipo multidisciplinar con una valoración integral mediante DxE, con la evaluación y seguimiento propio de cualquier actividad. La Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor dicta que “todo profesional sanitario que detecte un supuesto caso de malos tratos tendrá la obligación moral, profesional y legal de notificar el hecho a la autoridad competente”. Por lo tanto, una vez detectada la sospecha, o la confirmación, de una situación de maltrato hacia el menor se debe notificar, es decir, transmitir la información sobre el menor, a los Servicios Sociales competentes.¹⁹

Cuando el personal de salud interviene hay unanimidad en la evaluación y tratamiento y, se aborda el problema centrandolo todos los cuidados en el niño/a, esforzándose en su recuperación y teniendo en cuenta su entorno, es decir, la familia, la vivienda, etc. Además, se trabaja en forma conjunta para detectar la causa que desencadena el hecho a fin de evitar futuros problemas.

Donde se interviene en primera instancia es en la relación entre padres e hijos. Ese es el círculo de relación del niño/a más inmediato y es donde mayormente se presenta el maltrato infantil.

Mientras se busca detectar el maltratador e identificar el factor desencadenante, se aleja a la víctima y se utilizan métodos que alcancen el máximo bienestar del menor, brindando apoyo y ayuda a las familias que lo necesiten.

En el tratamiento, es menester que el afectado y su familia no abandonen la terapia y que no se sientan solos. El personal de enfermería trabaja brindando su cuidado y apoyo, acompañando al paciente y junto al servicio de salud mental se proponen metas para reducir y tratar los trastornos que puedan presentar los niños y niñas como consecuencia de la injuria de la que fueron víctimas. El objetivo del tratamiento es mantener la familia unida y de forma segura, además de aumentar los apoyos sociales para que este niño/a no quede desamparado.

Además de tratar la parte psicológica del afectado, el personal de salud y de

¹⁹ Crespo Sáez, R. (2021). El papel de Enfermería ante el Maltrato Infantil.

enfermería debe asistir al paciente atendiendo sus lesiones físicas y problemas de salud, satisfaciendo las necesidades básicas del menor y proporcionando afectividad, acompañamiento, educación y buena nutrición. Sumado a ello, la realización de estudios complementarios que se requieran como muestra en caso de abuso sexual, así como la profilaxis ante ETS o la administración de anticonceptivos de urgencia cuando sea indicado.

Es importante resaltar que, lamentablemente aún con muy buenas intervenciones, no todas tienen el éxito esperado si no se hacen de manera correcta. Es indispensable contar con estrategias de prevención que incluyan personal bien entrenado, la supervisión adecuada, los recursos necesarios, y un tiempo mínimo óptimo en el accionar para enfrentar el problema con eficiencia y obtener los mejores resultados.

En otras palabras, el personal de salud y particularmente el de enfermería debe proporcionar todos los cuidados que la víctima necesite y velar por su recuperación.

Finalmente, la última fase es llevar a cabo el seguimiento del menor y su familia mediante el trabajo interdisciplinar coordinado entre los profesionales del ámbito sanitario, servicios sociales y los profesionales del centro educativo.

ACTUACIÓN DE LAS ESCUELAS

El profesorado se encuentra en una situación privilegiada para detectar el maltrato infantil. Sin embargo, estos profesionales muchas veces no tienen el conocimiento suficiente para saber identificar estos casos, pues solo un pequeño porcentaje de los casos conocidos son notificados por las escuelas.

Existen protocolos de detección y herramientas para facilitarles la incumbencia en la temática, pero aun así la detección por parte de los maestros es mínima.

El educador continuamente ve a sus alumnos y alumnas, los conoce y

generalmente desde un principio se crea una relación de confianza con ellos por lo que debería ser más sencillo poder detectar cuando algo no está bien.

Hay diferentes causas por las que un maestro/a no notifica una situación de maltrato, como la reticencia a inmiscuirse en la vida privada familiar o la desconfianza en la efectividad de las medidas de la administración. Pero el impedimento que se presenta con mayor frecuencia es el deficiente conocimiento sobre la detección en esta problemática.

En el momento en que uno niño o niña comienza a ser maltratado, presenta un cambio en su forma de ser y de actuar. En el contexto escolar, se manifiestan dificultades tanto cognitivas como en la interacción social. Los niños/as comienzan a bajar sus calificaciones, pueden retraerse de su grupo social o incluso, empiezan a ser agresivos con sus iguales y superiores.

Cuando estas exteriorizaciones suceden, se evidencia que algo negativo puede estar ocurriendo con el niño/a. Si el pequeño cuenta su relato, este cobra suma importancia, por tanto se le debe dar la oportunidad de que se exprese libremente sin atosigarlo si no simplemente ser una persona que lo escucha y acompaña.

No se le deberían hacer repetidas preguntas, pues el infante podría entender que lo que dice está mal y cambiaría la versión. Entonces, sólo debería contestar cosas como “cuéntame más de eso” para darle la oportunidad al niño y el espacio para que continúe expresando su dolencia y su realidad. Pero, no siempre las cosas suceden de esta forma, cuando un niño/a está sufriendo algún tipo de maltrato puede también estar o sentirse amenazado por su victimario, motivo que lo lleva a callar y/o intentar minimizar la situación.

Desde allí, la importancia de saber identificar los indicadores de violencia infantil para terminar con el caos en el que vive el niño/a. Es indispensable brindar herramientas para una correcta y meticulosa observación del menor de manera que el docente pueda ser capaz de reconocer dichos aspectos.

Cada escuela debe tener un protocolo a seguir en caso de que se detecte un

caso de maltrato y este, debe ser conocido por todas y todos los educadores que trabajan en ese colegio.

Los pasos a seguir en estas situaciones, por parte de los educadores serían los siguientes:

1. Realizar intervenciones preliminares –entrevistas, observaciones, etc. – para evaluar adecuadamente el problema. Operar de la siguiente manera:

-como una persona que escucha y acompaña

-No se deben realizar preguntas continuamente, ni llamar a muchas personas a escuchar el relato debido a que esto generaría miedo en el niño/a, se debe tener presente que si el alumno/a se acerca es porque confía rotundamente por lo que, tampoco, se deben realizar falsas promesas

-Observar y anotar lo que el niño/a dice y conseguir la mayor información sobre lo sucedido, sin importunar.

2. De ser necesario, derivar y/o denunciar a los organismos pertinentes. Se debe avisar siempre a un superior y mientras, se procede a llamar a la entidad correspondiente y a un familiar con el que haya un vínculo positivo, el alumno/a debe permanecer acompañado y de ninguna forma se debe permitir que se vaya con su maltratador.

3. Brindar contención al niño o adolescente damnificado directo y a los compañeros, durante el período que sea necesario, pidiendo para ello apoyo y orientación de un equipo técnico. Debe participar el personal de salud en el apoyo y ayuda del alumno/a y tener siempre presente que el educador tiene la responsabilidad de asumir un rol en la protección de los niños y adolescentes, estando obligados no sólo por razones éticas y sociales, sino también legales.

EDUCACIÓN

Los educadores deben estar informados sobre lo que es el maltrato infantil,

los tipos, sus características, las formas de detectarlo y cómo se debe abordar estas situaciones y prevenirlas debido a que es su trabajo educar, ayudar y proteger a su alumnado. De esta manera contribuyen a su integralidad y también, a la sociedad comprometiéndose con la tarea de saber accionar y prevenir los casos de maltrato infantil o detectarlo rápidamente.

En el país, hay muchos niños y niñas que sufren y son maltratados por diferentes causas como costumbres, condiciones de vida, comportamientos inadecuados por parte de un familiar u otros adultos, entre otras causas y una de las acciones de prevención que deben proporcionar las escuelas es la atención integral del niño/a y hacer cumplir con sus derechos para que el alumno/a tenga la oportunidad de alcanzar, de esta forma, un óptimo desarrollo evitando un crecimiento negativo.

El educador tiene la importante tarea de formarse y orientar y guiar no solo a los niños/as sino también a su familia buscando que su educando crezca en un ambiente de amor y compañía y no de agresividad y odio. Y, esto se logra trabajando arduamente con psicólogos, con personal jurídico, con pedagogía y con el personal de salud. Pero, para lograr esto el maestro/a que está continuamente con su alumnado, debe ser capaz de detectar los casos de maltrato infantil y actuar de forma eficaz y eficiente para luego, proporcionar todos los cuidados debidos a esa víctima.

Faraone (2014), propone una serie de pasos específicos para la mejora en la detección en la escuela:

1. *“Conocer el entorno familiar y social de alumno”.*

2. *“Desarrollar la capacidad de observación”.* El docente debe ser un observador permanente, no sólo hacerlo durante las horas lectivas de clase, sino que la observación debe extenderse a otros espacios y tiempo como el recreo, excursiones.

3. *“Trabajar en equipo con otros profesionales y servicios de la comunidad”.* Para abordar un tema tan complejo como el maltrato infantil, es necesario que

exista dentro del centro educativo un trabajo colaborativo entre todos sus miembros (equipo directivo, tutor, familias,) para que la tarea resulte más sencilla.

4. *“Tener capacidad para ordenar y sistematizar la información observada”*.²⁰

Un estudio realizado en el 2022 por la Facultad de Ciencias Humanas y Educación de la Universidad Peruana Unión, donde se encuestó a 33 docentes de preescolar y primaria, dio a conocer que la mitad de ellos no estaban preparados para actuar frente a un caso de maltrato infantil y que, a su vez, no conocían las leyes de su país para poder notificar el caso con una base legal. Por lo que, en este estudio, se termina concluyendo que se deberían impartir programas de educación docente para la identificación de los casos e intervenir en estos adecuadamente.

El maltrato infantil es un problema social que constituye consecuencias muy negativas para los niños y niñas que lo viven y lo sufren. Como mayormente, suele presentarse en el seno familiar es indiscutiblemente importante que un educador, que conoce a sus alumnos/as y a sus familias, sepa identificar y accionar eficazmente en estos casos para que, conjuntamente con el equipo de salud y de trabajo social se intervenga para cuidar la salud física y mental del afectado y de esta manera, cuidar su presente y también su futuro.

²⁰ Saldaña Dávila, L. C., & Hernandez Tocas, J. (2022). Maltrato infantil: análisis y prevención desde el ámbito educativo

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

1) TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal.

Es un estudio **descriptivo** ya que se pretende recolectar y plasmar la información sin influir en las variables y dar a conocer la realidad de la problemática planteada. Es decir, se buscaría establecer las características de la población estudiada.

Es un estudio **cuantitativo** debido a que se buscaría establecer el grado de conocimientos de los educadores o sea, que proporción de saberes tienen en cuanto al correcto accionar en casos de Maltrato Infantil y Trastorno Alimenticio. Es cuantitativa porque se recolecta información cuantificable para analizar los datos obtenidos de la población.

Es un estudio **transversal** ya que se estudiarían las variables en un tiempo determinado y no en un largo periodo de este.

2) ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio son tres escuelas primarias ubicadas en distintos lugares de la provincia. Una es Valle de Huentata de Las Heras, ubicado en la calle Democracia del Barrio UJENVI; la escuela Sagrado Corazón ubicada en la calle Salta de Ciudad y, la escuela República del Perú que se encuentra en Godoy Cruz.

3) UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está formado por 44 educadores de la escuela Valle de Huentata, Sagrado Corazón y escuela República del Perú. Son educadores de colegios primarios que enseñan entre primero y séptimo grado.

La escuela República del Perú, está formada por una nómina de 27 educadores, mientras que las escuelas Valle de Huentata y Sagrado Corazón, 12 y

36 respectivamente.

La muestra está formada por 14 educadores de la escuela República del Perú, 10 educadores de la escuela Valle de Huentata, 20 de la escuela ubicada en Ciudad.

4) VARIABLES E HIPÓTESIS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Antigüedad en la profesión	Tiempo que los educadores llevan enseñando	-Años de profesión	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-5 años ● 6-11 años ● Más de 12 años
Conocimientos	Conjunto de saberes de los educadores sobre las temáticas estudiadas	-Grado de conocimiento sobre TCA	<ul style="list-style-type: none"> ● Mucho ● Normal ● Poco ● Nulo
		-Grado de conocimiento sobre Maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> ● Mucho ● Normal ● Poco ● Nulo
Reconocimiento	Capacidad del educador de reconocer casos existentes sobre las temáticas estudiadas.	- Sabe identificar un caso de TCA	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí ● No ● No sabe
		-Sabe identificar un caso de Maltrato Infantil	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí ● No ● No sabe
Correcto Accionar	Saber llevar a cabo el correcto protocolo ante casos detectados.	-Aplica o conoce el protocolo ante un caso de TCA	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí ● No ● No sabe
		-Aplica o conoce el protocolo ante un caso de Maltrato Infantil	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí ● No ● No sabe
Capacitaciones	Asistencia a capacitaciones	-Capacitaciones independientes sobre TCA	<ul style="list-style-type: none"> ● 0 ● 1-2 ● 3-4

			<ul style="list-style-type: none"> • 5 o más
		-Capacitaciones independientes sobre Maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1-2 • 3-4 • 5 o más
		-Capacitaciones desde la institución o el sector educativo sobre TCA	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		-Capacitaciones desde la institución o el sector educativo sobre Maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Hipótesis:

Los educadores de las escuelas primarias República del Perú, Sagrado Corazón y Valle de Huentata no tienen un alto grado de conocimientos sobre cómo detectar y de cómo se debe actuar en situaciones de Trastorno de la Conducta Alimentaria y Maltrato Infantil debido a la poca asistencia a capacitaciones.

5) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se utilizará como instrumento la Entrevista, mediante un cuestionario de respuestas cerradas. Dicho interrogatorio, está dividido en tres partes: la primera, conformada por preguntas generales. La segunda y tercera partes constan, respectivamente, de preguntas relacionadas con los temas “Trastornos en la Conducta Alimentaria” y “Maltrato Infantil”. El mismo se encuentra a disposición en la sección anexos del presente documento.

6) ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

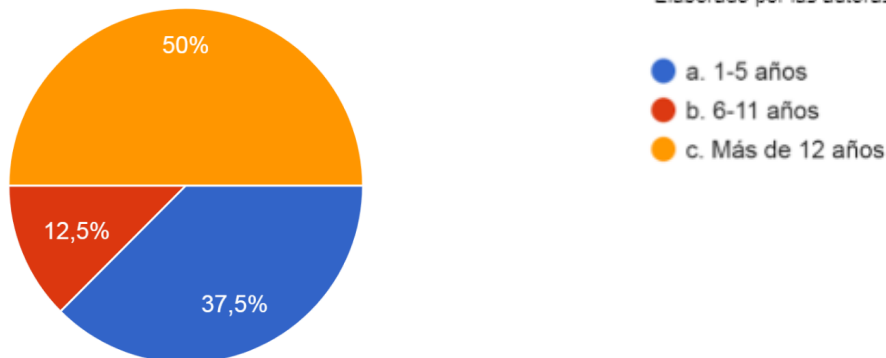
1. Antigüedad en la profesión

Tabla N°1: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
1-5 años	37,5%	9
6-11 años	12,5%	3
Más de 12 años	50%	12

Elaborado por las autoras

Gráfico N°1: Público



Elaborado por las autoras

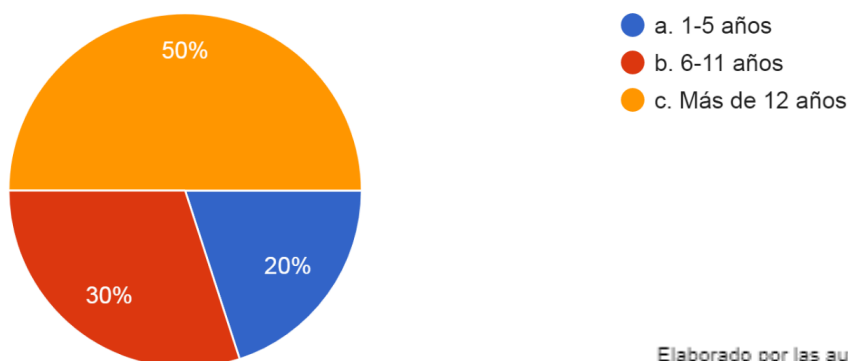
Comentario: De los encuestados, el 50% contestó “más de 12 años”, un 37,5% respondió que llevan entre 1-5 años enseñando y, un 12,5% 6-11 años.

Tabla N°1: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
1-5 años	20%	4
6-11 años	30%	6
Más de 12 años	50%	10

Elaborado por las autoras

Gráfico N°1: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: El 50% de los encuestados contestó “Más de 12 años”, un 30% respondió “6-11 años” y un 20% marcó “1-5 años”.

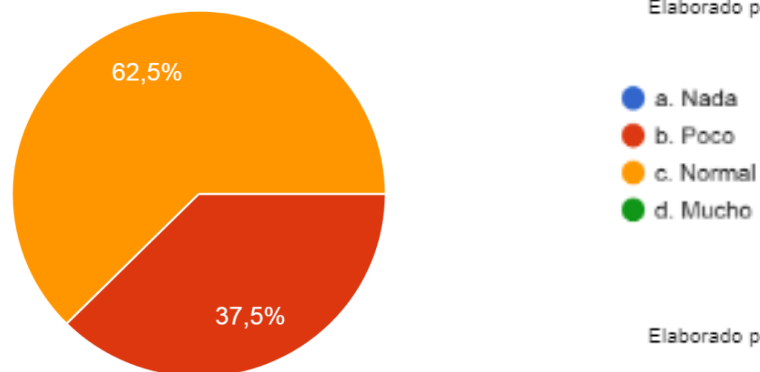
2. Conocimientos sobre “Trastornos de Conducta Alimentaria”

Tabla N°2: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Nada	0%	0
Poco	37,5%	9
Normal	62,5%	15
Mucho	0%	0

Elaborado por las autoras

Gráfico N°2: Público



Elaborado por las autoras

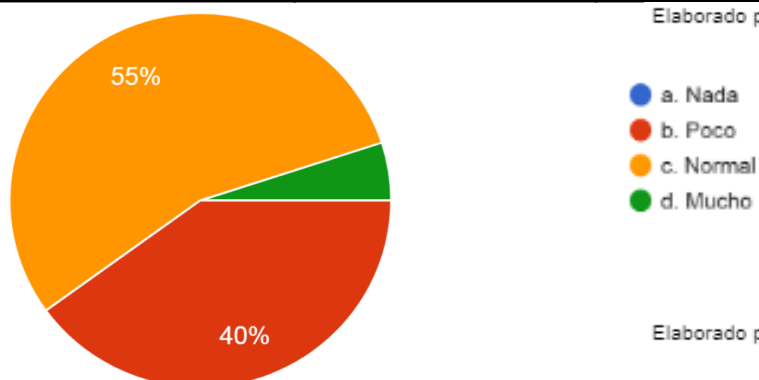
Comentario: El 62,5% de los educadores contestó “normal” y un 37,5% “poco”. El resto de las opciones no fueron elegidas por ningún encuestado.

Tabla N°2: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Nada	0%	0
Poco	40%	8
Normal	55%	11
Mucho	5%	1

Elaborado por las autoras

Gráfico N°2: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: El 55% de los encuestados respondió “normal”, el 40% contestó “poco” y solo un 5% eligió la opción “mucho”.

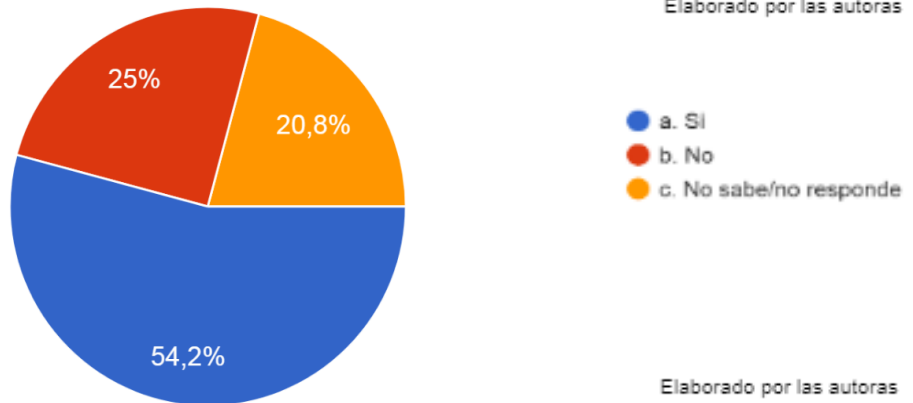
3. Saber identificar casos de TCA en los alumnos

Tabla N°3: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Sí	54,2%	13
No	25%	6
No sabe/no responde	20,8%	5

Elaborado por las autoras

Gráfico N°3: Público



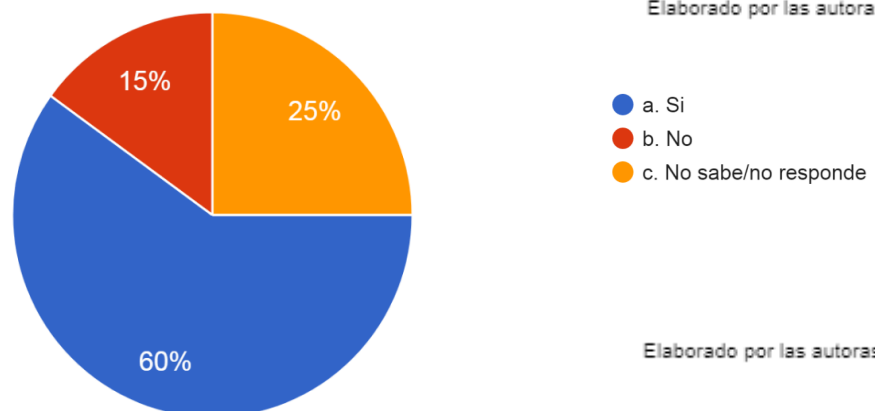
Comentario: El 54,2% de los educadores respondió “sí”, el 25% colocó “no”. Pero el 20,8% optó por la opción “no sabe/no responde”.

Tabla N°3: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Sí	60%	12
No	15%	3
No sabe/no responde	25%	5

Elaborado por las autoras

Gráfico N°3: Privado



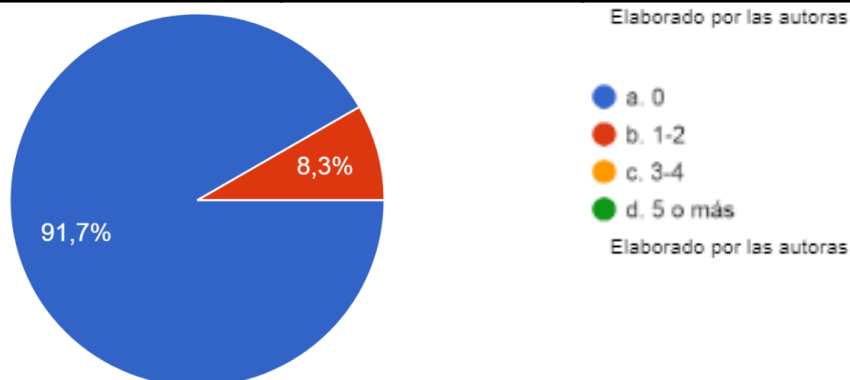
Comentario: El 60% de los encuestados contestaron “sí” y el 15% respondieron que “no”. El resto, el 25%, eligió la opción “no sabe/no responde”.

4. Asistencia a Capacitaciones sobre TCA

Tabla N°4 : Público

SECTOR PÚBLICO	Valorar Porcentual	Valor Absoluto
0	91,7%	22
1-2	8,3%	2
3-4	0%	0
Más de 5	0%	0

Gráfico N°4: Público

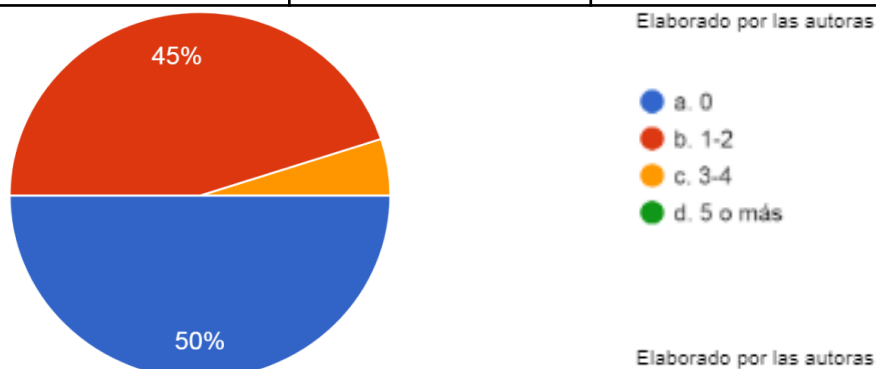


Comentario: El 91,7% de los educadores respondió “0” y un 8,3% contestó “1-5”. Las otras opciones no fueron elegidas por ningún encuestado.

Tabla N°4: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
0	50%	10
1-2	45%	9
3-4	5%	1
Más de 5	0%	0

Gráfico N°4: Privado



Comentario: El 50% de los profesionales contestó “0”, el 45% respondió “1-2” y solo un 5% eligió la opción “3-4” capacitaciones.

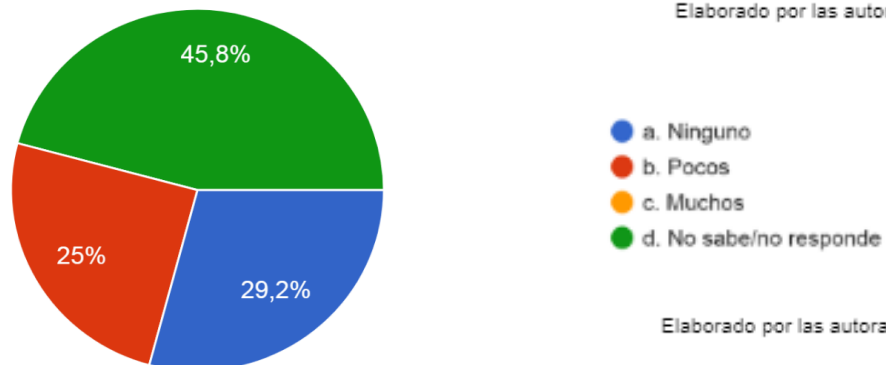
5. Presentación de casos de TCA en la Institución

Tabla N°5: Público

SECTOR PÚBLICO	Valorar Porcentual	Valor Absoluto
Ninguno	29,2%	7
Pocos	25%	6
Muchos	0%	0
No sabe/no responde	45,8%	11

Gráfico N°5: Público

Elaborado por las autoras



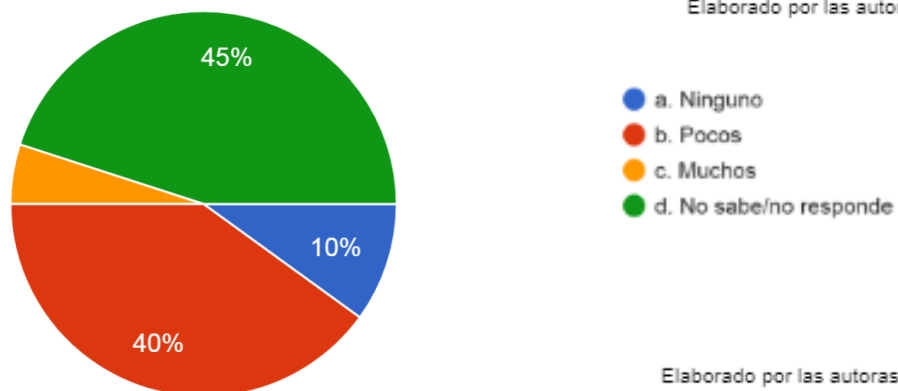
Comentario: El 45,8% de los encuestados optó por “no sabe/no responde”, mientras que el 29,2% respondió “ninguno” y un 25% contestó “pocos”.

Tabla N°5: Privado

SECTOR PRIVADO	Valorar Porcentual	Valor Absoluto
Ninguno	10%	2
Pocos	40%	8
Muchos	5%	1
No sabe/no responde	45%	9

Elaborado por las autoras

Gráfico N°5: Privado



Comentario: El 45% de los educadores contestó “no sabe/no responde”, el 40% “pocos”, el 10% colocó la opción “ninguno” y solo un 5% eligió la opción “muchos”.

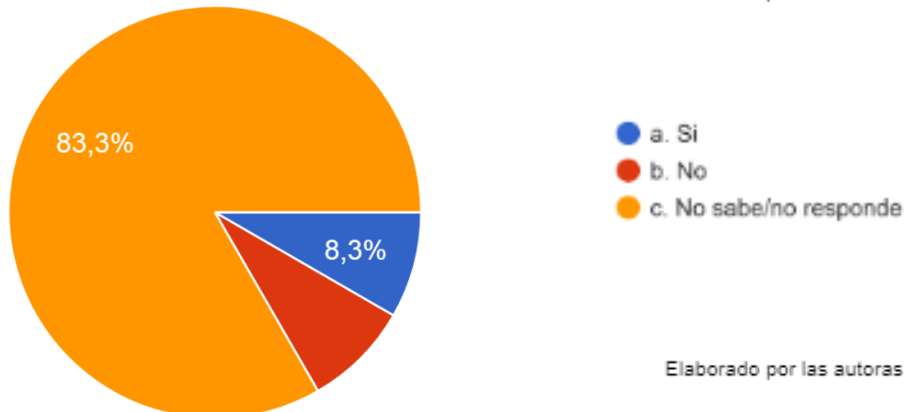
6. En casos de TCA se llevó el procedimiento adecuado en la Institución

Tabla N°6: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	8,3%	2
No	8,4%	2
No sabe/no responde	83,3%	20

Elaborado por las autoras

Gráfico N°6: Público



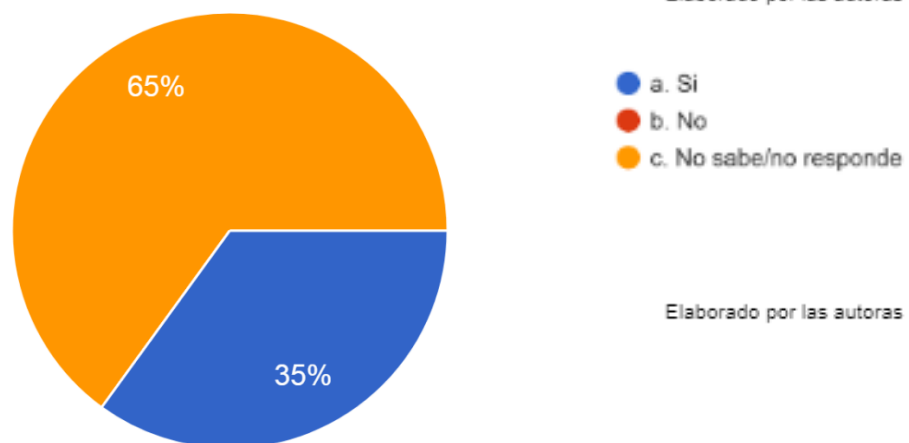
Comentario: De los encuestados, un 83,3% contestó "si", el 8,4% respondió "no". El resto se abstuvo de responder.

Tabla N°6: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	35%	7
No	0%	0
No sabe/no responde	65%	13

Elaborado por las autoras

Gráfico N°6: Privado



Comentario: El 65% de los profesionales de la educación se abstuvo con la opción "no sabe/no responde" mientras un 35% contestó "si".

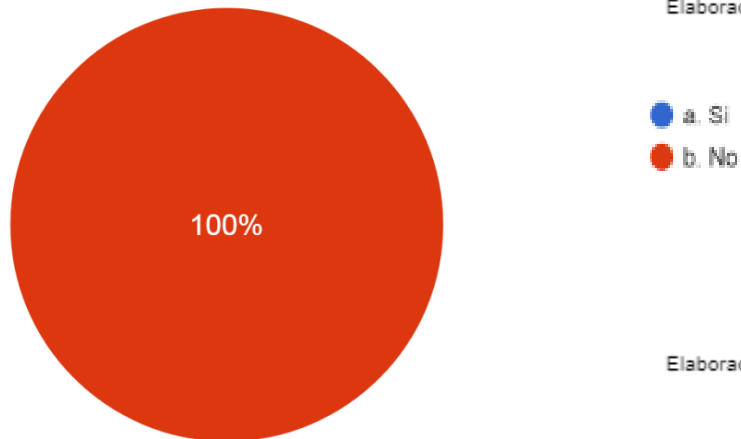
7. La institución capacita o informa de capacitaciones sobre TCA

Tabla N°7: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Sí	0%	0
No	100%	24

Elaborado por las autoras

Gráfico N°7: Público



Elaborado por las autoras

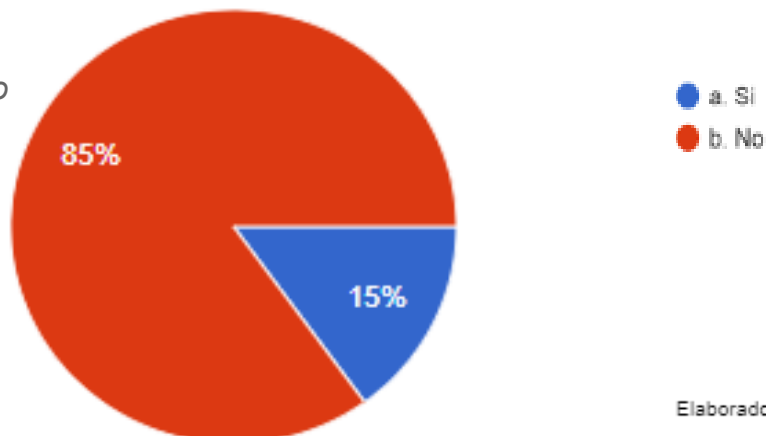
Comentario: De forma unánime, el 100% de los encuestados respondió no haber recibido capacitación.

Tabla N°7: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	15%	3
No	85%	17

Elaborado por las autoras

Gráfico N°7: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: El 85% respondió "no". El resto, que corresponde al 15% confirmó haber recibido capacitación.

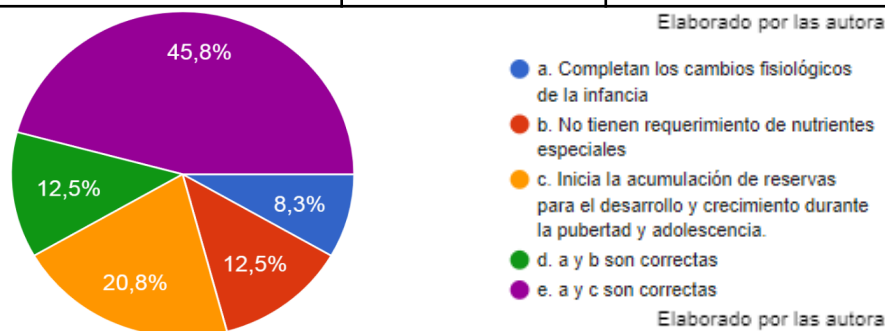
8. ¿Qué sucede en los cuerpos de los niños/as en la edad escolar?

Tabla N°8: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Completan los cambios fisiológicos de la infancia	8,3%	2
No tiene requerimiento de nutrientes especiales	12,5%	3
Inicia la acumulación de reservas para el desarrollo y crecimiento durante la pubertad y adolescencia	20,8%	5
a y b son correctas	12,5%	3
a y c son correctas	45,8%	11

Elaborado por las autoras

Gráfico N°8: Público



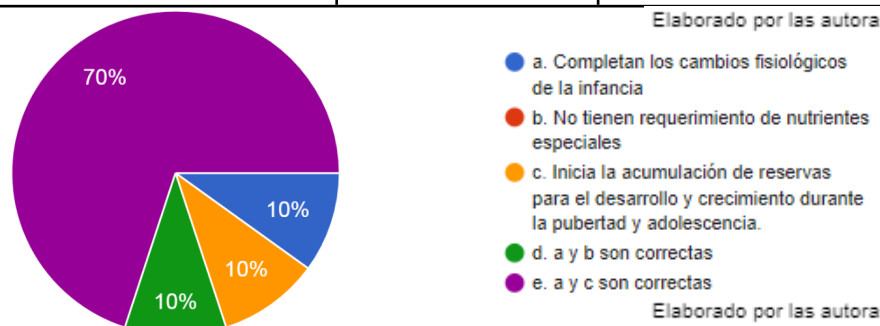
Comentario: Solo el 45,8% sabe, es decir, contestó “a y c son correctas”.

Tabla N°8: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Completan los cambios fisiológicos de la infancia	10%	2
No tienen requerimiento de nutrientes especiales	0%	
Inicia la acumulación de reservas para el desarrollo y crecimiento durante la pubertad y adolescencia	10%	2
a y b son correctas	10%	2
a y c son correctas	70%	14

Elaborado por las autoras

Gráfico N°8: Privado



Comentario: El 70% de los encuestados respondió correctamente.

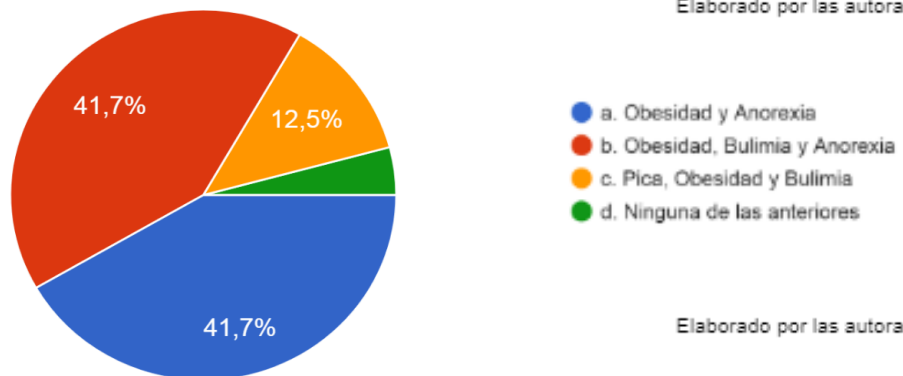
9. Principales problemas en la alimentación durante la niñez

Tabla N°9: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Obesidad y Anorexia	41,7%	10
Obesidad, Bulimia y Anorexia	41,7%	10
Pica, Obesidad y Bulimia	12,5%	3
Ninguna de las anteriores	4,1%	1

Elaborado por las autoras

Gráfico N°9: Público



Elaborado por las autoras

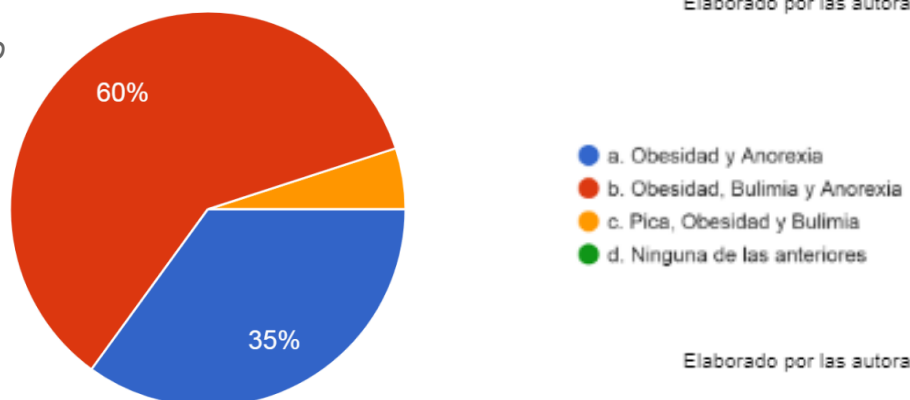
Comentario: El 41,7% respondió la opción correcta: “obesidad, bulimia y anorexia”. El resto de los educadores respondieron equivocadamente.

Tabla N°9: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Obesidad y anorexia	35%	7
Obesidad, Bulimia y Anorexia	60%	12
Pica, Obesidad y Bulimia	5%	1
Ninguna de las anteriores	0%	0

Elaborado por las autoras

Gráfico N°9: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: El 60% respondió correctamente la opción “b”.

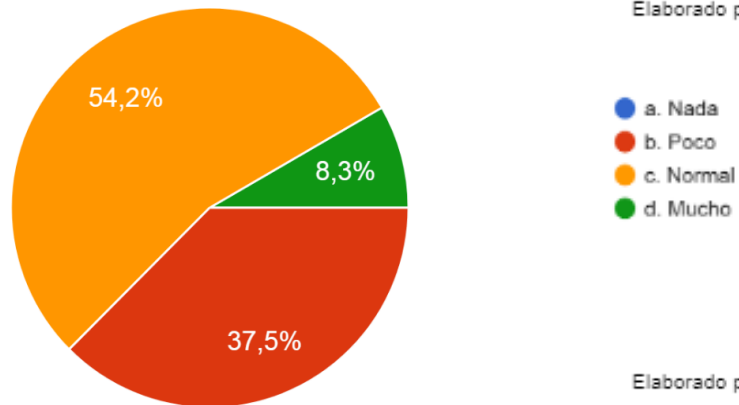
10. Conocimientos sobre el tema Maltrato Infantil

Tabla N°10: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Nada	0%	0
Poco	37,5%	9
Normal	54,2%	13
Mucho	8,3%	2

Elaborado por las autoras

Gráfico N°10: Público



Elaborado por las autoras

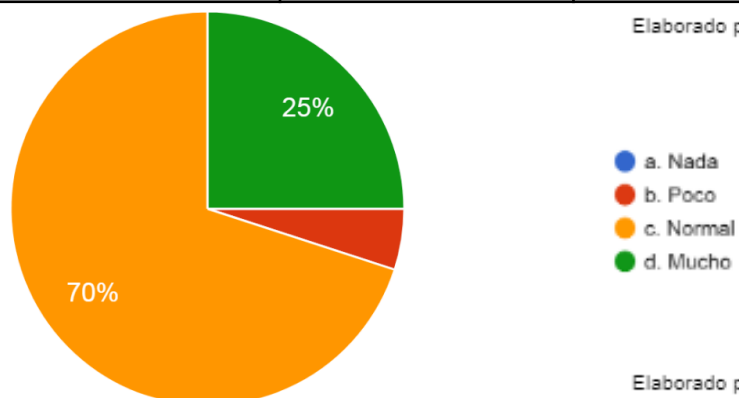
Comentario: El 54,2% de los encuestados respondió “normal”, 37,5% “poco” y sólo un 8,3% colocó “mucho”.

Tabla N°10: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Nada	0%	0
Poco	5%	1
Normal	70%	14
Mucho	25%	5

Elaborado por las autoras

Gráfico N°10: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: El 70% de los profesionales contestó “normal”, el 25% “mucho” y un 5% “nada”.

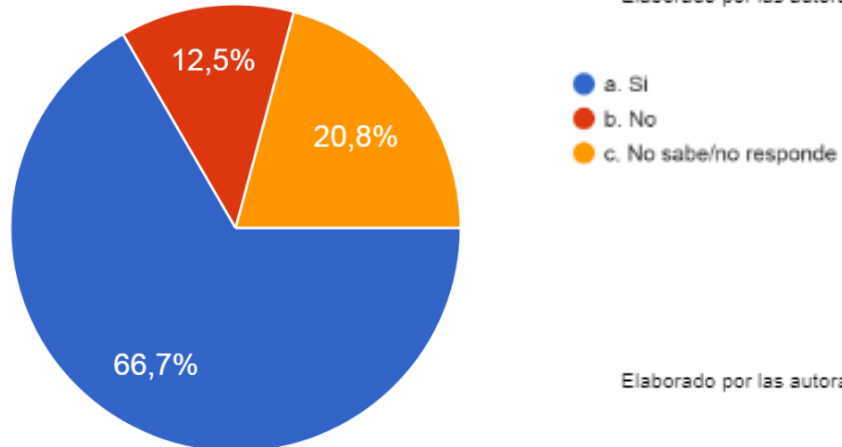
11. Saber identificar un caso de Maltrato Infantil

Tabla N°11: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	66,7%	16
No	12,5%	3
No sabe/no responde	20,8%	5

Elaborado por las autoras

Gráfico N°11: Público



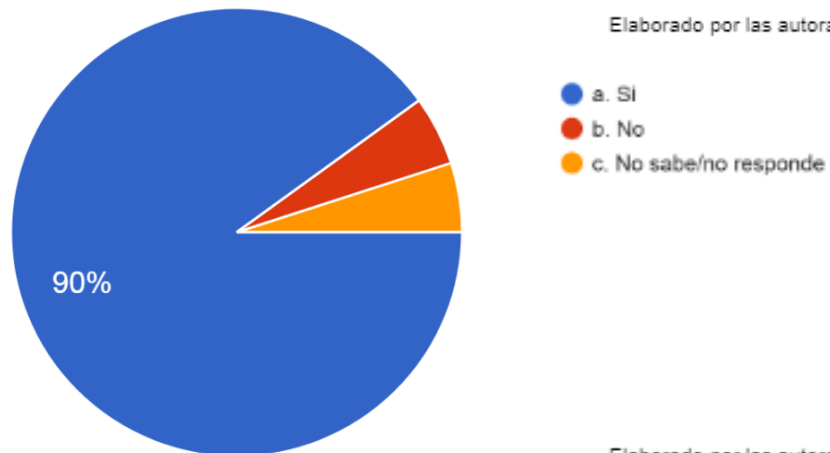
Comentario: El 66,7% de los educadores contestó “si”, el 12,5% “no”. El resto se abstuvo.

Tabla N°11: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	90%	18
No	5%	1
No sabe/no responde	5%	1

Elaborado por las autoras

Gráfico N°11: Privado



Comentario: El 90% de los encuestados respondió “si”, un 5% contestó “no” y un 5% se abstuvo optando por colocar “no sabe/no responde”.

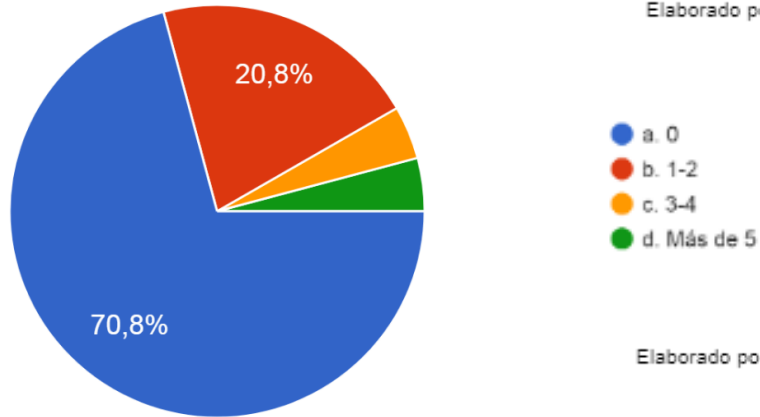
12. Asistencia a Capacitaciones sobre Maltrato Infantil

Tabla N°12: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
0	70,8%	17
1-2	20,8%	5
3-4	4,2%	1
Más de 5	4,2%	1

Elaborado por las autoras

Gráfico N°12: Público



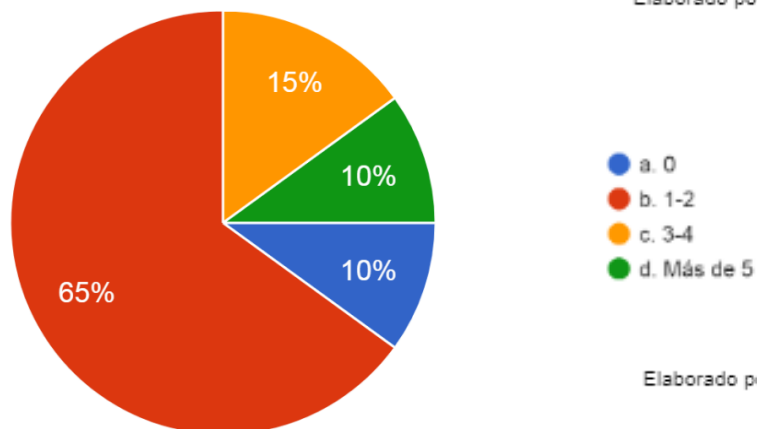
Comentario: El 70,8% de los educadores contestó "0", el 20,8% respondió "1-2" y un 4,2% "3-4" mientras otro 4,2% colocó "más de 5".

Tabla N°12: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
0	10%	2
1-2	65%	13
3-4	15%	3
Más de 5	10%	2

Elaborado por las autoras

Gráfico N°12: Privado



Comentario: El 65% de los profesionales en educación contestó "1-2", el 15% eligió la opción "3-4" y un 10% respondió "0" y otro 10% "más de 5".

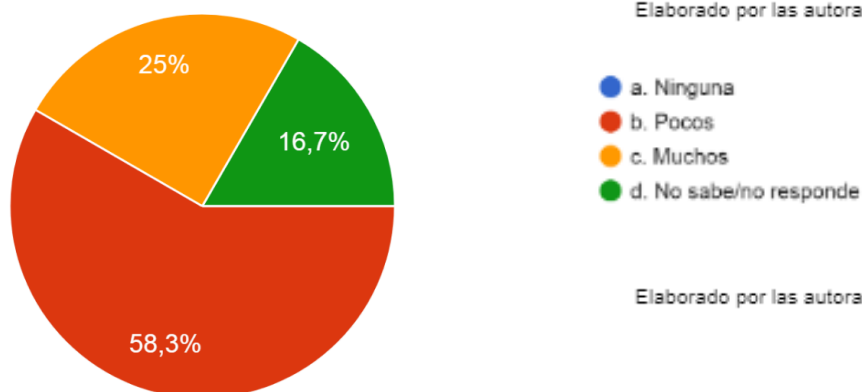
13. Presentación de casos de maltrato infantil en la institución

Tabla N°13: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Ninguno	0%	0
Pocos	58,3%	14
Muchos	25%	6
No sabe/no responde	16,7%	4

Elaborado por las autoras

Gráfico N°13: Público



Elaborado por las autoras

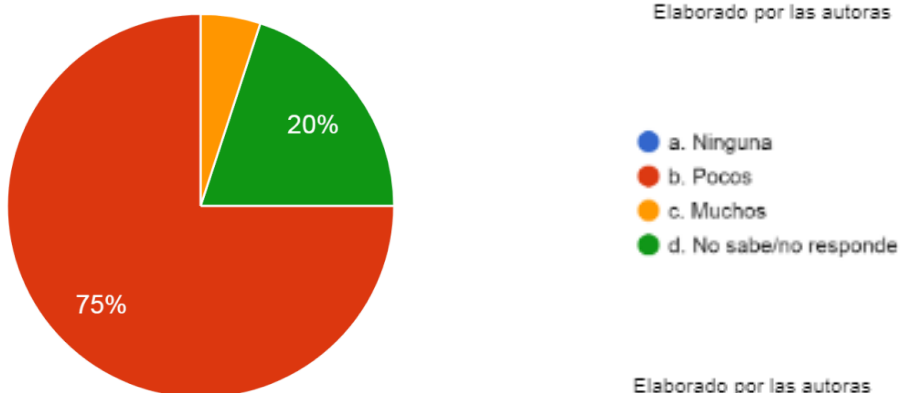
Comentario: El 58,3% de educadores contestó la opción “pocos”, mientras un 25% colocó “muchos” y un 16,7% optó por la opción “no sabe/no responde”.

Tabla N°13: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Ninguno	0%	0
Pocos	75%	15
Muchos	5%	1
No sabe/no responde	20%	4

Elaborado por las autoras

Gráfico N°13: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: Un 75% de los encuestados contestó “pocos”. Solo un 5% colocó “muchos”.

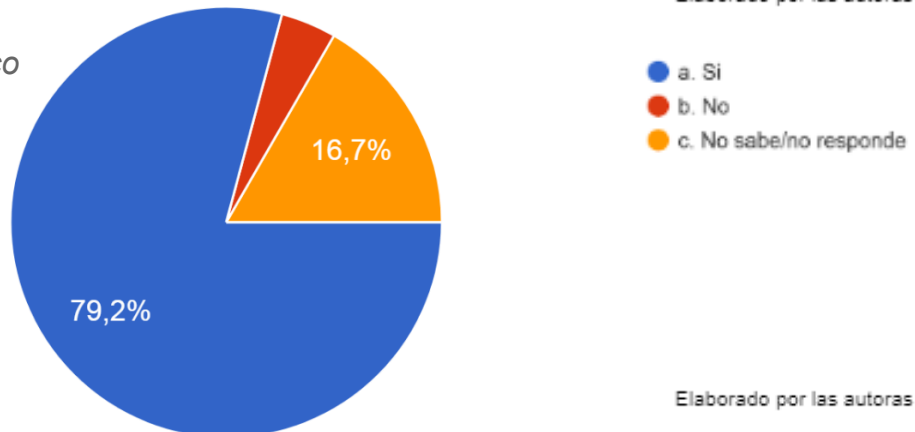
14. Se llevó a cabo el procedimiento adecuado

Tabla N°14: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	79,2%	19
No	4,1%	1
No sabe/no responde	16,7%	4

Elaborado por las autoras

Gráfico N°14: Público



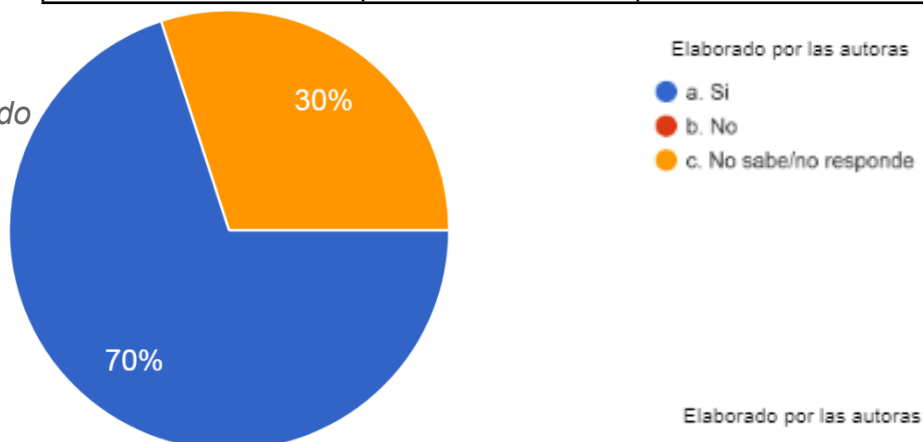
Comentario: Un 79,2% de los educadores respondió “si”, un 16,7% eligió la opción “no sabe/no responde” y un 4,1% colocó “no”.

Tabla N°14: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	70%	14
No	0%	0
No sabe/no responde	30%	6

Elaborado por las autoras

Gráfico N°14: Privado



Comentario: Un 70% de los encuestados respondió “si”, un 30% colocó “no sabe/no responde”. La segunda opción no fue elegida por ningún profesional.

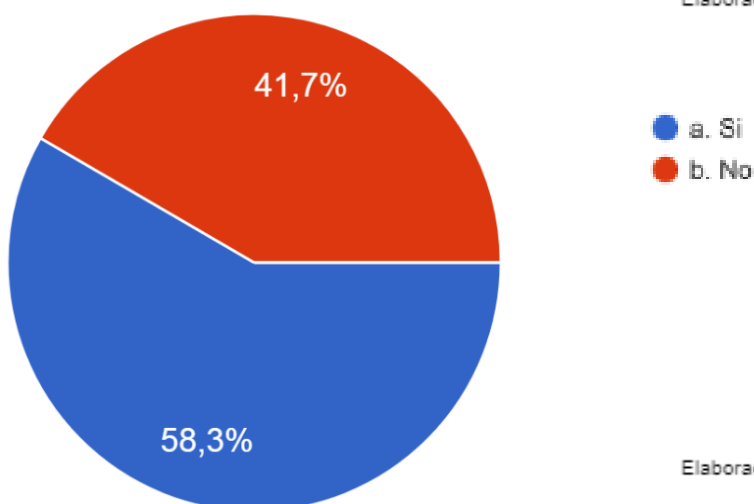
15. La institución capacita o informa de capacitaciones sobre maltrato infantil

Tabla N°15: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	58,3%	14
No	41,7%	10

Elaborado por las autoras

Gráfico N°15: Público



Elaborado por las autoras

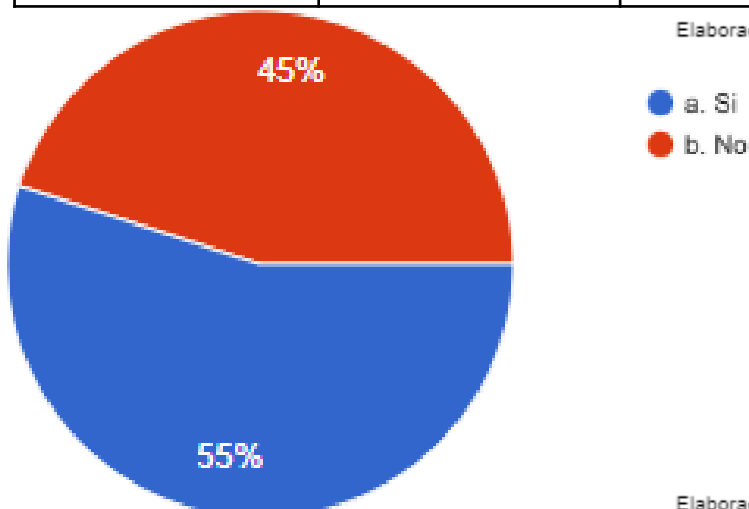
Comentario: El 58,3% de los profesionales de la educación respondió “si” y el 41,7% “no”.

Tabla N°15: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	55%	11
No	45%	9

Elaborado por las autoras

Gráfico N°15: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: El 55% de los educadores respondió “si” y el 45% contestó “no”.

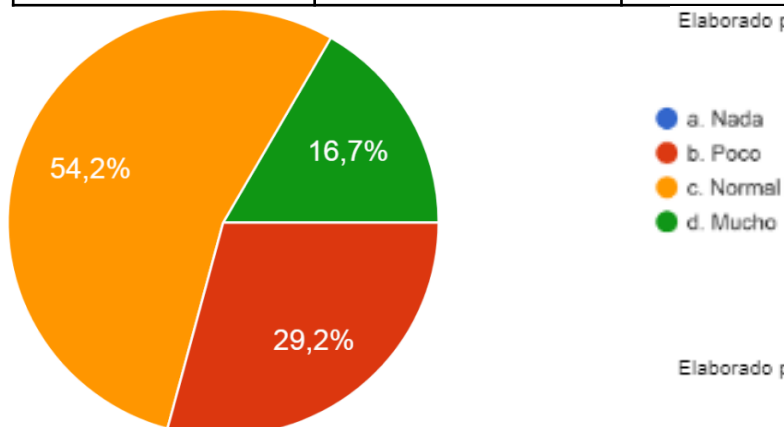
16. Conocimientos sobre el protocolo a seguir en casos de Maltrato Infantil

Tabla N°16: Público

SECTOR PÚBLICO	Porcentaje	Personas
Nada	0%	0
Poco	29,2%	7
Normal	54,2%	13
Mucho	16,7%	4

Elaborado por las autoras

Gráfico N°16: Público



Elaborado por las autoras

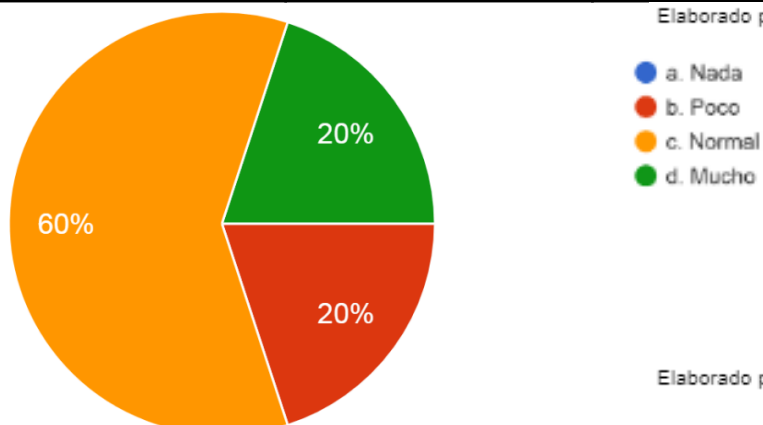
Comentario: Un 54,2% de los profesionales respondió “normal”, el 29,2% “poco” y un 16,7% “mucho”. La primera opción no fue escogida por ningún encuestado.

Tabla N°16: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Nada	0%	0
Poco	20%	4
Normal	60%	12
Mucho	20%	4

Elaborado por las autoras

Gráfico N°16: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: De los encuestados, un 60% colocó “normal”, 20% contestó “poco” y 20% “mucho”.

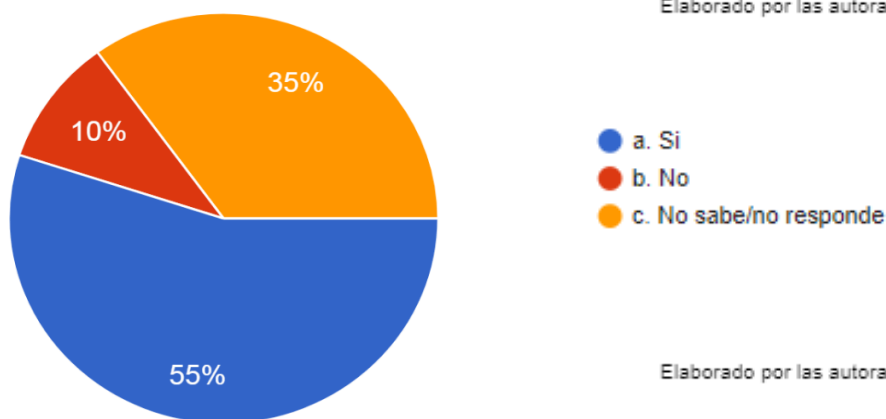
17. Conocimientos 5: El Maltrato Infantil es un problema que se presenta continuamente y que su etiología es multicausal, en el cual, intervienen las características del agredido y del agresor.

Tabla N°17: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	58,3%	14
No	12,5%	3
No sabe/no responde	29,2%	7

Elaborado por las autoras

Gráfico N°17: Público



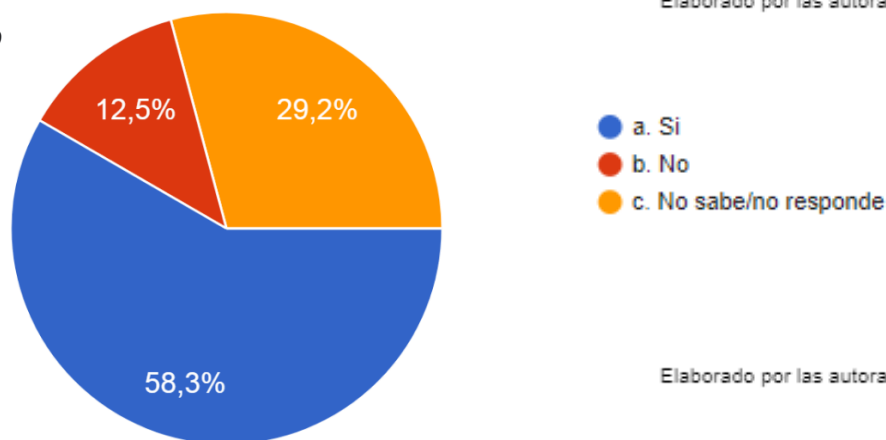
Comentario: Respondió correctamente sólo el 12,5% de los encuestados, optando por “no”.

Tabla N°17: Privado

SECTOR PRIVADO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Si	55%	11
No	10%	2
No sabe/no responde	35%	7

Elaborado por las autoras

Gráfico N°17: Privado



Comentario: El 55% de los educadores colocó “si”, un 35% optó por “no sabe/no responde” y solo el 10% respondió “no”, siendo esta la correcta.

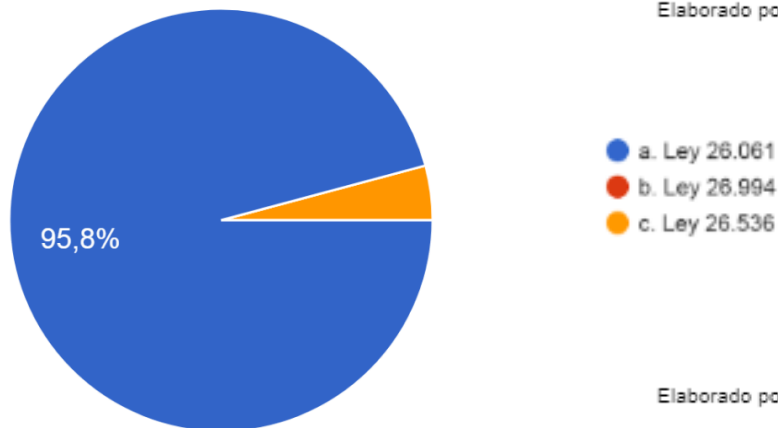
18. Conocimientos 6: Ley que hace referencia a la Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Tabla N°18: Público

SECTOR PÚBLICO	Valor Porcentual	Valor Absoluto
Ley 26061	95,8%	23
Ley 26994	0%	0
Ley 26536	4,2%	1

Elaborado por las autoras

Gráfico N°18: Público



Elaborado por las autoras

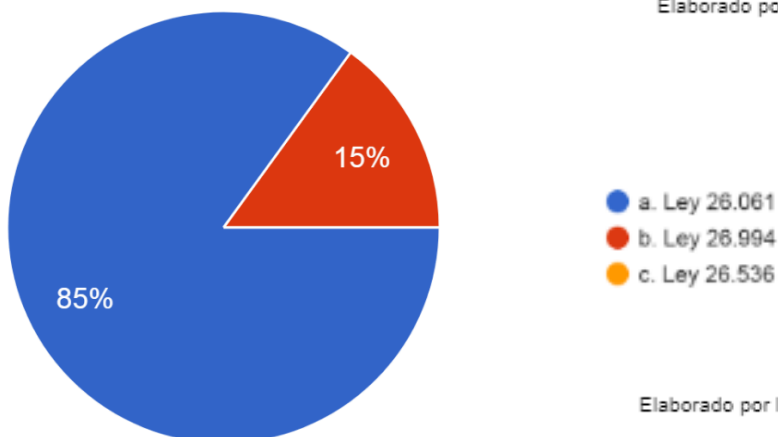
Comentario: De los encuestados el 95,8% respondió correctamente al poner la opción a que es “Ley 26061”.

Tabla N°18: Privado

SECTOR PRIVADO	Porcentaje	Personas
Ley 26061	85%	17
Ley 26994	15%	3
Ley 26536	0%	0

Elaborado por las autoras

Gráfico N°18: Privado



Elaborado por las autoras

Comentario: El 85% de los profesionales respondió correctamente colocando “Ley 26061” .

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN, RESULTADOS Y PROPUESTAS

DISCUSIÓN

Tras el análisis de los datos, las autoras presumen que en las escuelas primarias del sector privado es mayor la tendencia a ocupar profesionales con más experiencia en la educación. Pero, aún así, la capacitación de los educadores en las temáticas propuestas es insuficiente en ambos sectores educativos, dado el importante rol que representa en la vida de los niños la vida escolar, un docente no debería conocer “lo mismo que el común de las personas” sobre cuestiones tan significativas e influyentes para sus alumnos. Tras las consultas de cuánto conocimiento percibían tener en trastornos de la conducta alimentaria y en maltrato infantil, y las preguntas puntuales sobre conocimiento de ello, las autoras coinciden en que se refleja la falta de instrucción en la temática, sobre todo en trastornos de alimentación.

Ante el interrogante si desde el establecimiento informan en cuanto a capacitaciones 3 educadores respondieron afirmativamente en cuanto a trastornos de la conducta alimentaria, y 15 en cuanto a maltrato infantil, claramente la mayoría de la muestra de educadores desconocía sobre las mismas, por lo que se encuentra menester la mayor difusión cuando éstas se realicen. Son necesarias más y mejor calidad de capacitaciones para los docentes para el abordaje integral del educando.

Se detectó además, una divergencia en la percepción de los educadores sobre la existencia de las problemáticas de alimentación y maltrato entre los alumnos, por lo que las autoras razonan que no es una temática muy abordada en las instituciones. Pese a ello, la mayoría de los encuestados confía en su capacidad para reconocer un caso entre el alumnado.

La mayoría de los educadores que formaron parte de la muestra tenían conocimiento de la existencia de la Ley N° 26.061, incluso había quienes tenían una calcomanía con el número de la ley pegada en el registro diario de maestros.

Los protocolos que los docentes detallaron, es el mismo en ambos sectores: luego de dar aviso al directivo, se comunica a DOAITE. No se especificó más desde los educadores, pero las autoras continuaron la investigación en la página

oficial del organismo “Dirección de Orientación y Apoyo a las Trayectorias Escolares”, donde se especifica el procedimiento a realizar en caso de detección de abuso o violencia intrafamiliar: se contacta al sistema de emergencias médicas para saber si el alumno requiere asistencia; se realiza un Acta, donde queda constancia de lo sucedido y se la envía al Asesor de Personas Menores e Incapaces, quien realiza la denuncia en la Unidad Fiscal correspondiente para dar intervención al O.A.L.. Finalmente se contacta a los profesionales de la DOAITE o al equipo técnico de educación especial. En el mencionado Acta, figuran acciones sugeridas, donde se hace hincapié en privilegiar el relato del menor. Estas acciones, no siempre son suficientes o apropiadas, pues una de las maestras relató que los niños víctima de maltrato, continuaron viviendo en la casa contigua a la del agresor durante unos meses, para luego retornar al hogar donde se los vulneró.

De la problemática de trastornos de la conducta alimentaria, no se hace referencia a ningún protocolo o actuación en la web del organismo interventor.

La mayor proporción de los encuestados coincide en la escasa existencia de casos de trastornos de la conducta alimentaria en las escuelas, pues resulta lógico que ante el bajo conocimiento que poseen, no sepan identificar el problema en todos los educandos que lo padecen.

La burocratización de los protocolos, con la intervención de otros organismos hace muchas veces muy difícil la inmiscusión de los docentes en los casos de trastornos de la conducta alimentaria, y sobre todo en aquellos niños que sufren maltrato. Las autoras coinciden en que aunque en el acta se determina un seguimiento, en la práctica, al detectar tales problemáticas y activar los protocolos, se deslinda al centro educativo del seguimiento de caso, para pasar al sector salud o al marco legal, dejando a las maestras y directivos sin información o herramientas que permitan ayudar al niño, más aún si éste deja de asistir temporalmente al establecimiento.

Se debe también obligadamente, pensar en la posibilidad de que intencionalmente por cuestiones de tiempo, muchas veces los educadores hagan

caso omiso o recurran a prácticas no protocolares menos “invasivas” para afrontar las situaciones que se presentan. En este contexto, además se puede hacer foco en las realidades sociales de cada familia y de cada niño, puesto que, sobre todo, en el colegio público, los niños que concurren son de estratos sociales más carenciados, por lo que muchas veces los docentes de forma inconsciente e involuntaria dejan de prestar atención a ciertos detalles que pueden permitirles identificar el padecimiento del alumno en cuestión, por temor además a la represalia posterior por parte de los implicados en un caso de maltrato, o por la falta de compromiso de la familia en casos de trastornos de la conducta en la alimentación (que a su vez puede deberse a bajo poder adquisitivo).

Según refirieron los directivos, los gabinetes psicopedagógicos están desbordados por la demanda principalmente por problemas de conducta y/o convivencia intraescolar, lo que hace más complicada la intervención para el apoyo psicológico en los niños que son derivados.

Cuando se abordó por primera vez a los educadores y directivos para informar sobre la investigación y los fines de la misma, se notó de forma unánime el entusiasmo y la necesidad expresa de contar con el área sanitaria de forma presencial y continúa en las escuelas, incluso pusieron a disposición de las autoras la voluntad de continuar informados y participar en una propuesta formal para establecer un área de enfermería en las escuelas ante los organismos gubernamentales correspondientes.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De los 44 educadores que respondieron el cuestionario, se consultaron las edades, la antigüedad en la profesión y la antigüedad en la institución.

Al analizar el orden de antigüedad en la profesión, se reveló que los maestros y maestras que menos veteranía tienen, llevan entre 1 y 5 años educando. En el sector público simbolizan el 37,5% (9 docentes), y el 20% en el privado (4 docentes). El 12,5% de los encuestados del sector público tiene entre 6 y

11 años de antigüedad, mientras que en el sector privado, representan el 30% (un equivalente a 3 y 6 educadores respectivamente).

En ambas áreas, más del 50% de los profesionales declararon tener más de 46 años de edad, por lo que se entiende que la representación de la mayor antigüedad en la docencia (más de 12 años) sea del 50% tanto para el sector público como para el privado. De aquí se comprende, que en las escuelas primarias del sector privado es mayor la tendencia a ocupar profesionales con más experiencia en la educación.

En la indagación sobre cuánto perciben los educadores que conocen respecto a Trastornos de la Conducta Alimentaria en niños, los educadores del sector público manifestaron, en su mayoría (62,5%, 15 personas), tener el conocimiento del común de la sociedad. Mientras que el 37,5%, admitieron tener poco conocimiento de la temática. Los trabajadores del área privada, por su parte, también declararon en su mayoría tener un conocimiento “normal” (55%, representado por 11 maestros), mientras que el 40% dijo tener poco saber. Sólo 1 persona de las 20 que representaron el sector privado dijo tener mucho conocimiento sobre TCA, representando un 5% del total. En este contexto, al analizar las respuestas de los educadores, resalta la necesidad de capacitación sobre el tema dada la importancia que representa el docente en el día a día de los alumnos y la aceptada falta de conocimientos que expresan los mismos.

Se indagó sobre la capacidad de detección de casos de trastornos de la conducta alimentaria por parte de los educadores. El 54,2% de los encuestados del sector público (13 docentes, de 24), afirmó que podría reconocer un caso entre sus alumnos. En el sector privado, este porcentaje fue mayor, pero la cantidad de individuos fue similar, debido a que la cantidad de encuestados es menor en este sector (20 personas), mostrando un 60% representado por 12 educadores. Sin embargo, 6 maestros (25%) del área pública, admitieron no tener la capacidad de detectar a un alumno con TCA. En el privado, se observó que 3 docentes respondieron de igual manera (15%).

Hubo una proporción importante de encuestados que no supieron responder

a la consigna, impugnando un “no sabe/no responde”, representado por 5 individuos en ambos sectores (20,8% del público y 25% del privado).

Las autoras también preguntaron si alguna de las maestras encuestadas asistió alguna vez a un encuentro sobre TCA. En ambos sectores la mayoría de los educadores no había asistido nunca, un 91,7% del colegio público, y 50% del privado. Mientras que 2 docentes de los representantes del sector público (8,3%) declararon haber asistido a 1 o 2 encuentros, del sector privado este número fue claramente superado, con 9 individuos (45%). Sólo 1 educador del sector privado respondió haber asistido a 3 o 4 capacitaciones (5%). En ninguna de las dos áreas educativas, los docentes habían asistido a más de 5 charlas sobre la temática.

Se indagó sobre la existencia en las instituciones de casos de TCA. Esto a fin de conocer si llegaba a conocimiento de todos los docentes. El 45% en ambos sectores respondió desconocer la situación. Declararon “ninguno” el 29,2% (7 personas) de la escuela pública y 10% (2 personas) de la privada. Otra respuesta muy utilizada fue “pocos”, contestaron así 6 individuos del área pública (25%) y 8 docentes respondieron así (40%) del sector privado, en el cual además, 1 docente declaró que se habían presentado muchos casos (5%). Hay una clara divergencia en la percepción de los educadores sobre la existencia de este trastorno entre los alumnos, por lo que se puede razonar que no es una temática muy abordada en las instituciones.

Se buscó saber si en los casos que se presentaron, el procedimiento llevado a cabo fue el correcto, si conocen sobre la existencia de un protocolo y cómo funciona. Ante estas incógnitas, algunos docentes contaron en qué consiste el protocolo. Pero, frente a la pregunta “En esos casos, ¿cree que se llevó a cabo el procedimiento adecuado?”, la respuesta de ambos sectores fue tajante en la abstención, con un 83,3% (20 individuos de 24) del sector público, y 65% del privado (13 de 20). Igual número de entrevistados del sector público contestaron “Sí” y “No”, representando el 8,3% para cada caso. En cambio en el colegio privado, no hubo respuestas negativas, y el 35% de los docentes contestaron “Sí”, una proporción de 13 personas de las 20 indagadas.

Los docentes asisten con frecuencia a jornadas de capacitación, por ello, las autoras intentaron saber si desde los colegios donde se desempeñan, imparten o avisan sobre capacitaciones en la temática. Unánimemente, el 100% de los educadores entrevistados en el colegio público refirieron no tener instrucción impartida por parte del establecimiento sobre TCA. Por su parte, los trabajadores de la escuela privada contestaron, también en su mayoría en forma negativa (85%, 17 docentes). Hubo sólo 3 educadores que refirieron sí haber recibido información por parte de la institución en este sector (15%). Esta postura de los entrevistados deja clara la necesidad de Educación Para la Salud sobre la temática en el contexto educacional.

Al indagar sobre aspectos puntuales de TCA en niños, la consulta apuntó sobre la relación entre nutrición y el crecimiento fisiológico en esta etapa. Sólo 25 encuestados de 44 contestaron correctamente, dando lugar a la interpretación de las autoras como “sabe”. El resto de las respuestas, se consideran de forma negativa.

Otra consulta sobre aspectos puntuales referidos a TCA en niños apuntó en los problemas principales que presentan los infantes. La respuesta correcta es “Obesidad, bulimia y anorexia”, esta respuesta fue elegida por el 41,7%, 10 de los 24 docentes del colegio público y el 60% de los de la institución privada (12 de 20), dando lugar a la interpretación de las autoras como “sabe”. El resto de las opciones se consideran de forma negativa, “no sabe”.

En la indagación sobre cuánto perciben los educadores que conocen respecto a maltrato infantil, y poniendo opciones de respuestas concisas como “nada”, “poco”, “normal” o “mucho”, los educadores del sector público manifestaron, en su mayoría (54,2%, 13 personas), tener el conocimiento del común de la sociedad. Mientras que el 37,5%, 9 docentes, admitieron tener poco conocimiento de la temática, y 2 maestros aseguraron tener mucho dominio sobre el tema (8,3%). Los trabajadores del área privada, por su parte, también declararon en su mayoría tener un conocimiento “normal” (70%, representado por 14 maestros), mientras que el 25%, 5 docentes, dijeron tener mucho conocimiento sobre maltrato infantil. Sólo 1 persona de las 20 que representaron el sector privado dijo tener poco conocimiento del tema, representando un 5% del total. En este contexto, al analizar las respuestas

de los educadores, resalta la necesidad de capacitación sobre el tema en ambos sectores.

Teniendo en cuenta la percepción de los maestros sobre el conocimiento en la temática, y a fin de cumplir con los objetivos planteados en la presente investigación, se indagó sobre la capacidad de detección de casos de maltrato infantil entre sus alumnos. Respondieron en su mayoría “sí” el 66,7% de los trabajadores del sector público (16 docentes) y 90% de los del área privada, representado por 18 maestros de los 20 entrevistados en este sector. Admitieron no saber detectarlo 3 personas de la escuela pública (12,5%) y 1 de la privada (5%). Se abstuvieron de responder 5 individuos de los 24 encuestados del sector público (20,8%) y 1 del sector privado (5%).

Como se dijo anteriormente, muchas veces, los ciudadanos tienen a su alcance, desde el área sanitaria, charlas informativas sobre diferentes temas de salud, ya sea en el Centro de Salud cercano a su domicilio, o en cualquier punto de encuentro de su comunidad. El objetivo de las autoras fue indagar si alguna de las maestras encuestadas asistió a capacitaciones sobre maltrato infantil. El sector donde menos capacitación hay es en el público, donde un 70,8% de los encuestados (17 docentes) admitieron no haberse capacitado en el tema. En el sector privado, sólo 2 individuos están en igual situación (10%). El 20,8% de los educadores del colegio privado declararon haber asistido a 1-2 capacitaciones (5 personas). Este número es visiblemente mayor en el público (13 maestros, 65%). A 3-4 charlas, asistió 1 docente del sector popular (4,2%) y 3 del privado (15%). Sólo 1 docente de los 24 entrevistados de la escuela pública asistió a 5 o más capacitaciones (4,2%), y 2 de los 20 de la escuela privada (10%).

Se indagó sobre la existencia en las instituciones de casos de maltrato infantil. Esto a fin de conocer si llegaba a conocimiento de todos los docentes. Ningún educador respondió “ninguno”. En ambos sectores la respuesta predominante fue “pocos”, 58,3% (14 personas) del público y 75% (15 personas) del privado. La opción “muchos” fue notablemente mayor en el sector público (25%, 6 individuos), mientras que en el privado sólo 1 educador respondió así (5%). Se abstuvieron de responder, probablemente por desconocimiento, 4 docentes en

ambos sectores (16,7% público y 20% del privado).

Se buscó saber si en los casos que se presentaron, el procedimiento llevado a cabo fue el correcto, si conocen sobre la existencia de un protocolo y cómo funciona. La mayoría de los docentes respondió afirmativamente, 19 de los 24 educadores públicos (79,2%) y 14 de los 20 trabajadores del sector privado (70%). Algunos docentes contaron en qué consiste el protocolo. Sólo hubo 1 respuesta negativa en el sector público (4,1%), mientras que el resto optó por responder “no sabe/no contesta”.

Los docentes asisten con frecuencia a jornadas de capacitación, por ello, las autoras intentaron saber si desde los colegios donde desempeñan funciones imparten o avisan sobre capacitaciones en la temática “maltrato infantil”. La cantidad de respuestas positivas fue similar en ambos sectores, representados por 58,3% del sector público y 55,5% del privado. El resto de los encuestados respondió no recibir capacitaciones o avisos (10 docentes de la escuela pública y 9 de la privada). Estos números confirman que las notificaciones no llegan a la totalidad de los educadores, o quizá no son debidamente recibidas por los destinatarios.

Se buscó saber si en los casos que se presentaron, el procedimiento llevado a cabo fue el correcto, si conocen sobre la existencia de un protocolo y cómo funciona. Ante la consulta sobre cuánto saben del protocolo a seguir cuando se presentan estos casos en ambos sectores la mayoría respondió “normal”, 13 personas del sector público y 12 del privado. “Poco” fue la segunda respuesta más elegida por el sector público (7 educadores, 23,2%) y 4 docentes del sector privado. La misma cantidad de individuos en ambos sectores respondieron “mucho” (4 maestros), representando el 16,7% de los educadores públicos y 20% de los privados. Ningún profesional respondió “nada”.

Al indagar sobre aspectos puntuales del maltrato infantil, se indagó sobre la etiología de la problemática. Se pidió a los docentes que respondieran de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente frase: “El Maltrato Infantil es un problema que se presenta continuamente y que su etiología es multicausal, en el cual, intervienen las características del agredido y del agresor” La mayoría de los educadores

respondió acertadamente un “sí”, 58,3% para el sector público y 55% para el privado. La respuesta equivocada “no” fue la menos elegida, por 3 docentes del colegio estatal (12,5%) y 2 del privado (10%). Se abstuvieron o no sabían la respuesta 7 personas en ambos sectores.

Otra consulta sobre aspectos puntuales referidos a maltrato infantil, fue puntualmente sobre la Ley de Protección integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Se consultó a qué ley se hace referencia, la respuesta correcta es “Ley N° 26061”. En todos los colegios la respuesta fue en su mayoría la correcta, 95,8% de la escuela pública y 85% de la privada, representados por 23 y 17 docentes respectivamente, interpretándose como “sabe”. Sólo 1 docente de los 24 encuestados de la escuela estatal respondió incorrectamente (4,2%), mientras que de la escuela privada fueron 3, una proporción del 15%, interpretados de forma negativa, “no sabe”.

PROPUESTAS DE ACCIÓN

-Capacitación anual sobre Maltrato Infantil:

Debería ser obligatoria para los educadores, con los siguientes ítems:

- Qué es y sus tipos
- Causas y consecuencias
- Cómo prevenir, detectar y accionar
- Protocolo a seguir

La capacitación podría ser organizada por las escuelas, y encabezada por un profesional competente o invitando a la DOAITE a intervenir para realizar la capacitación. Se propone que sean obligatorias para todos los educadores. Con una repetición para aquellos casos de inasistencia justificada. En caso de no asistir a ningún encuentro, se podría realizar un trabajo virtual abordando la temática propuesta.

-Capacitación anual obligatoria sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Qué es y sus tipos
- Causas y consecuencias
- Cómo prevenir, detectar y accionar
- Protocolo a seguir

La capacitación debería ser organizada en conjunto por las escuelas y el área sanitaria, con la intervención de un enfermero idóneo. Se propone que sean obligatorias para todos los educadores. Con una repetición para aquellos casos de inasistencia justificada. En caso de no asistir a ningún encuentro, se podría realizar un trabajo virtual sobre la temática abordada.

-Establecer una metodología de enseñanza alimentaria alternativa

Se sugiere la alianza entre el sector salud y el sector educativo, contemplando la interpretación e intervención de los educadores, incorporando estrategias de enseñanza cualitativas con intervención interpretativa, como el Aprendizaje Basado en Proyectos.

-Enfermeros en las escuelas

Se propone la presencia en las escuelas de un área de enfermería, para cumplir con el horario escolar y la cantidad de educandos que esta tenga. Así desde el área sanitaria es posible mejorar en los colegios la prevención y promoción de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

El profesional, con ayuda de los educadores, sería el encargado de observar, revisar y accionar en los casos de Maltrato Infantil y en los casos de Trastornos de Conducta Alimentaria, así como otras problemáticas que puedan afectar a los niños que concurren al establecimiento.

De concretarse, el enfermero responsable del área sería el encargado de seguir indagando en los casos que se presenten para evaluar la evolución del educando, realizar las acciones pertinentes, comprobar si las medidas aplicadas

son apropiadas o si es necesario implementar un cambio en la intervención.

Un área de enfermería en los colegios es necesario ya que, sumado a las afecciones agudas que puedan presentarse, la perspectiva integral de un enfermero tiene competencia y facultad en la detección precoz de los padecimientos planteados, como también otras afecciones o vulneraciones que el niño, como individuo biopsicosocial, puede adolecer.

El enfermero debería trabajar en conjunto con los educadores y el gabinete psicopedagógico por el bien del niño, niña y adolescente proporcionando apoyo y trabajando junto a la familia y el menor.

APÉNDICE Y ANEXOS

Bibliografía

- (1) Schaffer, R. (2000). Desarrollo Social. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xduCpqqPKBgC&oi=fnd&pg=PA16&dq=piaget+desarrollo+socioemocional+%2B+alimentacion&ots=gYRP8EI-rY&sig=oUQzdBDvwoijT0krpHlp-iwkQ-8#v=onepage&q&f=false>
- (2) Henao Castaño, M., & Rueda Hernández, I. C. (2020). El aprendizaje del concepto de nutrición a través de una metodología basada en proyectos. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10495/18512>
- (3). Torresani, M. CUIDADO NUTRICIONAL PEDIATRICO. Recuperado de <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-lanus/nutricion-iii-nutricion-infanto-juvenil/cuidado-nutricional-pediatrico-maria-elena-torresani/54252906>
- (4) Martínez Correa, J. L. Esquivel Hernández, R. I. & Martínez Correa, S. M. (2018). *Nutrición y salud (4a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/siduncu/39782?>
- (5) Ministerio de salud. GAPA. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/alimentacion-saludable/grafico>
- (6) Ejeda Manzanera, J.M., (2008). Conocimiento sobre la alimentación en la formación inicial de los maestros. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/8375/>
- (7) Gutiérrez, M. Ledezma, J. (2020). Determinantes de salud de Lalonde. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081
- (8) Lladó, Gina, González-Soltero, Rocío, & Blanco, María José. (2017). Anorexia y bulimia nerviosa: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34 (3), 693-701. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017000300693&script=sci_arttext
- (9) Pozuelos Estrada, F. J., & Travé González, G. (2021). Algunas ideas, hábitos y conductas de los alumnos y alumnas de Educación Primaria sobre alimentos y alimentación. *Investigación En La Escuela*, (21), 107–121. Recuperado de <https://revistascientificas.us.es/index.php/IE/article/view/8537>
- (10) Boletín Oficial. Ministerio de Salud. Sitio web <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/203917/20190322>
- (11) DSM IV https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/42944155/DSM_IV_en_espanol-libre.pdf?1456164497=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDSM_IV_en_espanol.pdf&Expires=1687386927&Signature=X1iDUNikYDDLcvH0UK9hccjX0URtP-cz-8M~TSCVXT6f0OHTZeyKEgMZdTva0b2lwi4Mjpte-gqCpX7WSjw2nnps2a1JGeM5HVqrVR60QLiHt6bStCvVvq1ilR2Um2yYVgzZ5-euPdtObT2cohFaJ4BXavgBto47c5yTHOHJV21GMF1mPwQnGIIIFg2ZZNiOtKZZfEXJSmjxNBkcgSAI3KiyOTx0cFLpPwsfpXsvbxRxn-7auSbOdgbGkAfkJXic9nREm2hYTBOV23wvl6QsjNb-O180mE4DBrk86cEM4ZD0ZXrKWJCNhpMLnZ~cR3byNc5oDrIM85xJiXpC~cJNy3g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- (12) Ministerio de Salud. (2019). El 41,1 por ciento de los chicos y adolescentes tiene sobrepeso y obesidad en la Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-411-por-ciento-de-los-chicos-y-adolescentes-tiene-sobrepeso-y-obesidad-en-la-argentina>
- (13) PROSANE. Ministerio de Salud de la Nación <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/valoracion-antropometrica-al-inicio-y-al-finalizar-el-ciclo-de-educacion-primaria-en>
- (14) Elizathe, L. Arana, F. Murawski, B. Rutzstein, G. (2009). Trastornos alimentarios en niños y su relación con insatisfacción con la imagen corporal y perfeccionismo: estado del arte. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-020/160>
- (15) Bay, L. Herscovici, C. Kovalskys, I. Berner, E. Orellana, L. Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Recuperado de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2005/Bay.pdf>
- (16) Fuentes Rodríguez, S. M. (2022). *Autoestima y su relación con los desórdenes alimenticios en adolescentes* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Psicología Clínica). Recuperado de <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/36728>
- (17) Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401. Recuperado de https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revisi0n_07.pdf
- (18) Ministerio de Salud. Recurso Entornos escolares saludables. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/entornos-escolares-saludables.pdf>
- (19) Demarchi, M. A. (2018). *Satisfacción y percepción de la imagen corporal vinculado al riesgo de trastornos alimentarios en niños de 8 a 10 años* (Doctoral dissertation, Universidad ISALUD). Recuperado de <http://repositorio.isalud.edu.ar/jspui/handle/1/299>
- (20) OMS IMC5-19 años <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>
- (21) Ausubel, D. (1983). Teoría del aprendizaje significativo. *Fascículos de CEIF*, 1(1-10), 1-10. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36648472/Aprendizaje_significativo-libre.pdf?1424109393=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTEORIA_DEL_APRENDIZJE_SIGNIFICATIVO_TEOR.pdf&Expires=1693316232&Signature=EbKnHFeEsaNTqaa6mjlOyqvJkVn0MT80VY6NZJWSZGK-s7-ilXnmevZH0Or3~xV0LJjwBW~C9Nj2Gq5JZSaUpdxewD0JI-bsfREIZQ2ehjFMyJwOtfHbf8i0eHpoCIXZdYI96B~VICwN06s6JSt80XCNDhA1iYTzw1zH0yN6IOGsZq3V0jBvyvgcqH8HvpwOEaGL2nL~Mito8HNJ9YeBjBwtN1AMHSe9QF1-3wlk-9ZYuzrywaANhgZ8Gdl50BaPIVN9po0DQES31QX-Oa8x-xG5IUz2HO5pwQf3W0znTrJUUnqubhuREnzfnyXOL9UjUTwAQHoQHw1qc5D-gKtvKg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- (22) González Rodríguez, A. (2009). Concepciones y práctica reflexionada de docentes y

- enfermeras-os sobre la promoción de la alimentación saludable en la escuela. *Investigación En La Escuela*, (69), 87–98. Recuperado de <https://revistascientificas.us.es/index.php/IE/article/view/7103>
- (23) Ley 26.396 <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/trastornos-alimentarios>
- (24) Organización Mundial de la Salud. Sitio Web. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- (25) Matrángolo, G. (2016). Maltrato Infantil: Herramientas para su evaluación retrospectiva. Una revisión bibliográfica. file:///D:/Mis%20Cosas/Descargas/2145-6203-1-PB.pdf
- (26) IMO. APADI. (2011). Modelo de Atención Integral para niños, niñas y mujeres víctimas de violencia externa y trata de personas. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Oaxaca/oax_metaA7_1_modelo_2011.pdf
- (27) Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R., & Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México*, 40, 58-65.
- (28) Gardel, L. (2023, Febrero 2). Generador online. Abuso y Maltrato Infantil: que muestran los datos en la Argentina de <https://chequeado.com/el-explicador/abuso-y-maltrato-infantil-que-muestran-los-datos-en-la-argentina/>
- (29) Forero, L. C. A., Reyes, A. P. A., Díaz, A. P. G., & Rueda, M. E. V. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115.
- (30) Vásquez Delgado, M. G. (2019). Consecuencias del maltrato infantil.
- (31) Castro, C. & Del Bono, C. & Mouesca, J. Violencia familiar y sexual en la Primaria Infancia. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/12836/file/Violencia%20familiar%20y%20sexual%20en%20la%20primera%20infancia.pdf>
- (32) Cabrera, C. L. P., Cruz, G. P., & Reyes, L. D. L. C. C. (2017). Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. *Humanidades médicas*, 17(2), 415-435.
- (33) Crespo Sáez, R. (2021). El papel de Enfermería ante el Maltrato Infantil.
- (34) DEL CARMEN, M. A. R. Í. A. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO INFANTIL.
- (35) JI, P. C. (2021). Prevención y tratamiento del maltrato infantil. *Prevención*, 14(4).
- (36) Saldaña Dávila, L. C., & Hernández Tocas, J. (2022). Maltrato infantil: análisis y prevención desde el ámbito educativo.
- (37) Vila, R., Greco, A. M., Loinaz, I., & Pereda, N. (2019). El profesorado español ante el maltrato infantil. Estudio piloto sobre variables que influyen en la detección de menores en riesgo. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 17, 1-25.
- (38) Averbuj, G., Bozzalla, L., Marina, M., Tarantino, G., Zaritzky, G. (2010) Maltrato infantil: orientaciones para actuar desde las escuelas. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL003091.pdf>
- (39) García, A. A., & Pupo, M. R. P. (2018). La formación del educador preescolar para la prevención del maltrato infantil. *Órbita Científica*.
- (40) Procedimientos ante situaciones emergentes en las escuelas.

Autorización

Mendoza, 12 de junio 2023

A quien corresponda:

Por medio de la presente, requerimos autorización para realizar entrevistas a docentes y directivos de la institución N°1-408 República del Perú.

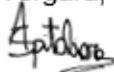
Brindamos los datos que consideramos necesarios, además de la presentación del proyecto de investigación a realizar.

Solicitamos pronta respuesta, pues los tiempos con los que contamos son bastante acotados.

Sin otro particular, saludan cordialmente.



Vergara, Luciana. Enfermera Universitaria. Mat 13624



Spitaliere, Ayelén Celina. Enfermera Universitaria Mat 13719

PEDIDO DE AUTORIZACION PARA ENTREVISTAS A DOCENTES Y DIRECTIVOS DE LA ESCUELA N°1-408 "REPÚBLICA DEL PERÚ"

Finalidad: Trabajo de investigación para Tesis de Licenciatura en Enfermería.

Institución: Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Solicitantes: Vergara, Luciana Patricia.
Enfermera Universitaria. Mat. 13624
DNI 32665229
Tel 2612158023

Spitaliere, Ayelén Celina.
Enfermera Universitaria. Mat. 13719
DNI 43353950
Tel 2615382071

Tema: Eficacia, conocimientos y habilidades de los docentes en la detección de problemas de trastornos alimenticios en niños y/o maltrato infantil.

Tiempo: una entrevista a cada docente y una o dos entrevistas a un directivo. Se realizarían durante el segundo semestre del 2023 en horarios de materias especiales.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A las escuelas primarias asisten más de 350 niños y niñas, cada maestro/a tiene a su cuidado más de 25 menores todos los días. Como único adulto presente en el aula, el docente debe estar atento a todo lo que sucede, identificar y brindar herramientas para resolver algunos de los problemas que puedan presentarse.

El personal educativo tiene la responsabilidad de enseñar a los alumnos, evaluar su crecimiento físico, social e intelectual, además de contribuir en la formación moral,

ética y ciudadana de los niños. De esta manera, educan, evalúan y ayudan a sus alumnos, los protegen y velan por su bienestar, en cuanto les es posible cuando se presentan situaciones complicadas.

Para contribuir a la formación de una sociedad con andamiaje en la inclusión y la igualdad de derechos, a las escuelas primarias estatales y privadas asisten chicos y chicas con y sin discapacidades, con y sin trastornos alimenticios y niños/as cuyas familias atraviesan distintas realidades, que la mayoría de las veces repercuten en el desarrollo de los infantes. Es por ello que en los establecimientos educativos se busca resguardar a los pequeños, acompañarlos y ayudarlos en su aprendizaje y crecimiento físico y psíquico, ya que, al igual que en el área de salud, se aborda al individuo desde un aspecto integral biopsicosocial.

En las escuelas de nivel primario existe un 45% de docentes que tienen a cargo alumnos con alguna discapacidad. También, existe más del 30% de niños y niñas con problemas alimenticios y un "30% de niños y niñas que sufren de maltrato infantil".

Cuando un niño/a está sufriendo un problema quizás no lo transmite verbalmente, pero su conducta comienza a cambiar. Así, pueden surgir trastornos en la alimentación como modo de manifestar algún malestar. Un maestro/a debe saber reconocer estas situaciones para que el establecimiento pueda intervenir convenientemente y poder ayudar y proteger a sus alumnos.

Si los miembros de la comunidad educativa tuvieran dificultades para detectar y llevar a cabo su accionar frente a situaciones de trastornos alimenticios y/o maltrato infantil, la presente investigación abordaría la relación entre estas limitaciones y la falta de capacitación e información sobre dichas situaciones, la burocratización de las intervenciones (que dificultaría la intervención de los miembros de las escuelas frente a dichas situaciones) y las habilidades que los docentes tengan para intervenir de manera independiente en las mencionadas problemáticas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Determinar qué grado de conocimientos poseen sobre detección y la forma de actuar en casos de trastornos de la conducta alimentaria y maltrato infantil los educadores.

Objetivos Específicos:

- Definir la concurrencia a capacitaciones sobre las temáticas por parte de los educadores de las escuelas primarias.
- Analizar el procedimiento a realizar por parte del establecimiento, ante la detección de casos de trastornos de la conducta alimentaria y maltrato infantil en las escuelas primarias.
- Analizar el conocimiento de los educadores sobre el procedimiento a seguir ante la detección de casos de trastornos alimentarios y maltrato infantil en las escuelas primarias.
- Comparar entre la escuela privada Sagrado Corazón y la escuela pública República del Perú los conocimientos de los educadores sobre trastornos alimentarios y maltrato infantil.
- Establecer estrategias y modelos de enseñanza aplicables desde enfermería para mejorar la eficacia, conocimientos y habilidades de los educadores en la detección de problemas de trastornos alimentarios en niños y/o maltrato infantil en las escuelas primarias.

Final del documento ■

CUESTIONARIO

Preguntas generales:

1. Edad

- a. 18-34
- b. 35-45
- c. Más de 46

2. ¿Cuántos años lleva de docencia?

- a. 1-5 años

- b. 6-11 años
- c. Más de 12 años

3. ¿Cuántos años lleva trabajando en la institución Valle de Huentata / Sagrado Corazón/ República del Perú?

- a. 1-5 años
- b. 6-11 años
- c. Más de 12 años

Segunda parte. Trastornos de la Conducta Alimentaria

4. ¿Cuánto conoce sobre el tema "Trastornos de Conducta Alimentaria"?

- a. Nada
- b. Poco
- c. Normal
- d. Mucho

5. ¿Sabría usted identificar un caso de "Trastornos de Conducta Alimentaria" entre sus alumnos?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

6. ¿A cuántas capacitaciones ha asistido sobre este tema?

- a. 0
- b. 1-2
- c. 3-4
- d. 5 o más

7. En la institución, se han presentado casos de alumnos/as con trastornos de conducta alimentaria?

- a. Ninguno
- b. Pocos
- c. Muchos
- d. No sabe

8. En caso de que se hayan presentado situaciones, ¿se han tomado medidas?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe no responde

9. En esos casos, ¿cree que se llevó a cabo el procedimiento adecuado?

- a. Si

- b. No
- c. No sabe

10. Conocimientos 1: ¿Cómo se procedió?

11. Desde la institución, ¿capacitan a los docentes o informan sobre capacitaciones en la temática?

- a. Si
- b. No

12. Conocimientos 2: ¿Qué cree usted que sucede en la etapa de la edad escolar en el cuerpo de los niños?

- a. Completan los cambios fisiológicos de la infancia
- b. No tienen requerimiento de nutrientes especiales
- c. Inicia la acumulación de reservas para el desarrollo y crecimiento durante la pubertad y adolescencia.
- d. a y b son correctas
- e. a y c son correctas

13. Conocimientos 3: ¿Cuáles cree usted que son los principales problemas en la alimentación durante la escolarización primaria?

- a. Obesidad y Anorexia
- b. Obesidad, Bulimia y Anorexia
- c. Pica, Obesidad y Bulimia
- d. Ninguna de las anteriores

Tercera parte. Maltrato Infantil

14. Con respecto al tema "Maltrato Infantil", ¿cuánto conoce sobre este?

- a. Nada
- b. Poco
- c. Normal
- d. Mucho

15. ¿Sabría usted identificar un caso de maltrato infantil entre sus alumnos?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

16. ¿A cuántas capacitaciones ha asistido sobre este tema?

- a. 0
- b. 1-2

- c. 3-4
- d. 5 o más

17. En la institución, se han presentado casos de alumnos/as que fueron víctimas de maltrato?

- a. Ninguno
- b. Pocos
- c. Muchos
- d. No sabe

18. En caso de que se hayan presentado situaciones, ¿se han tomado las medidas correspondientes?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe no responde

19. En esos casos, ¿cree que se llevó a cabo el procedimiento adecuado?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

20. Conocimientos 4: ¿Cómo se procedió?

21. ¿Desde la institución, capacitan a los docentes o informan sobre capacitaciones en la temática?

- a. Si
- b. No

22. Existe un protocolo a seguir para cuando se presentan estos casos ¿Cuánto sabe sobre este?

- a. Nada
- b. Poco
- c. Normal
- d. Mucho

23. Conocimientos 5: Con respecto a los casos de maltrato infantil, ¿usted cree que es un problema que se presenta continuamente y que su etiología es multicausal, en el cual, intervienen las características del agredido y del agresor?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe/No responde

24. Conocimientos 6: ¿Cuál es la Ley que hace referencia a la Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes?

- a. Ley 26.061
- b. Ley 26.994
- c. Ley 26.536

IMÁGENES

-Escuelas Primarias



Escuela Valle de Huentata



Escuela República del Perú

-Escuela Privada



Escuela Sagrado Corazón

TABLA MATRIZ

sector	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24			
publico	18-34	6 a 11	1 a 5	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Ns/Nr	Sabe	No	sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Normal	Si	Sabe		
publico	46+	12+	1 a 5	Normal	No	0	Pocos	Si	Si	Sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Mucho	Si	Sabe		
publico	46+	1 a 5	1 a 5	Poco	Ns/Nr	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Poco	Ns/Nr	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Poco	Ns/Nr	No	sabe
publico	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	Si	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Si	Sabe	
publico	46+	12+	12+	Normal	Si	0	Pocos	Si	Ns/Nr	Sabe	No	No	sabe	No	sabe	Mucho	Si	3-4	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Normal	No	Sabe	
publico	35-45	1 a 5	1 a 5	Poco	Ns/Nr	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Poco	Ns/Nr	0	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Normal	Si	Sabe		
publico	46+	12+	12+	Normal	Si	1-2	Pocos	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	No	sabe	Mucho	Si	5+	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Mucho	Ns/Nr	Sabe	
publico	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	Si	0	Ninguno	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	No	sabe	Normal	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Si	Sabe	
publico	46+	6 a 11	6 a 11	Poco	Si	0	Ninguno	No	Si	Sabe	No	No	sabe	No	sabe	Normal	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Si	Sabe	
publico	46+	12+	6 a 11	Poco	No	0	Pocos	Si	Ns/Nr	Sabe	No	Sabe	No	sabe	Poco	Ns/Nr	0	Pocos	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	Normal	Ns/Nr	Sabe		
publico	35-45	12+	1 a 5	Normal	Ns/Nr	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	No	sabe	No	sabe	Normal	Si	1-2	Ns/Nr	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Ns/Nr	Sabe	
publico	46+	12+	6 a 11	Poco	Ns/Nr	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	No	sabe	Sabe	Poco	Si	0	Pocos	No	No	Sabe	Si	Poco	Si	Sabe		
publico	35-45	1 a 5	1 a 5	Normal	Si	0	Ninguno	No	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Mucho	Si	Sabe	
publico	35-45	6 a 11	6 a 11	Normal	Si	0	Ninguno	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Muchos	Si	Si	Sabe	Si	Mucho	Ns/Nr	Sabe	
publico	18-34	1 a 5	1 a 5	Poco	No	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Si	Sabe		
publico	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	Si	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	Sabe	Poco	No	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Poco	Ns/Nr	Sabe	
publico	46+	12+	12+	Poco	No	0	Ninguno	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Poco	No	0	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Poco	No	Sabe		
publico	46+	12+	6 a 11	Poco	Ns/Nr	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	No	sabe	Poco	Ns/Nr	0	Muchos	Si	Si	Sabe	No	Poco	Si	Sabe			
publico	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	No	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	No	sabe	Normal	Ns/Nr	0	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Ns/Nr	Sabe	
publico	46+	12+	12+	Normal	Si	0	Ninguno	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	Sabe	Sabe	Normal	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Normal	Si	Sabe			
publico	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	No	0	Ninguno	Si	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Muchos	Si	Si	No	sabe	Si	Normal	Si	Sabe
publico	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	No	0	Ninguno	Si	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Muchos	Si	Si	No	sabe	Si	Normal	Si	Sabe
publico	46+	12+	6 a 11	Poco	Si	0	Pocos	No	No	Sabe	No	No	sabe	No	sabe	Poco	Si	0	Muchos	Si	Si	Sabe	Si	Poco	Si	Sabe	
publico	46+	12+	12+	Normal	Si	0	Ns/Nr	No	No	Sabe	No	Sabe	No	sabe	Poco	Si	0	Muchos	Si	Si	Sabe	Si	Poco	Si	Sabe		
publico	46+	12+	12+	Normal	Si	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	Sabe	No	sabe	Normal	No	0	Muchos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	No	Sabe		
privado	35-45	6 a 11	6 a 11	Poco	Ns/Nr	0	Pocos	Si	Ns/Nr	Sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Ns/Nr	1-2	Pocos	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Poco	Si	Sabe	
privado	46+	12+	12+	Poco	Si	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Poco	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Ns/Nr	Sabe		
privado	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	Si	1-2	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Normal	Ns/Nr	No	sabe
privado	46+	6 a 11	6 a 11	Normal	Ns/Nr	1-2	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	No	sabe	No	sabe	Normal	No	1-2	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	Si	Poco	Ns/Nr	Sabe	
privado	35-45	12+	6 a 11	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Sabe	No	sabe	Mucho	Si	5+	Muchos	Si	Si	Sabe	Si	Mucho	Si	Sabe		
privado	46+	1 a 5	1 a 5	Poco	No	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Normal	Si	Sabe
privado	46+	12+	12+	Mucho	Si	1-2	Muchos	No	Si	Sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Si	No	sabe	
privado	18-34	6 a 11	6 a 11	Normal	Ns/Nr	1-2	Pocos	Si	Ns/Nr	Sabe	No	Sabe	No	sabe	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Si	Sabe		
privado	35-45	12+	6 a 11	Normal	Si	1-2	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	Si	Sabe	Sabe	Mucho	Si	3-4	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Ns/Nr	Sabe		
privado	46+	6 a 11	1 a 5	Normal	No	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	No	sabe	Normal	Si	1-2	Ns/Nr	Ns/Nr	Si	Sabe	No	Normal	No	Sabe	
privado	46+	12+	6 a 11	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Sabe	Sabe	Normal	Si	3-4	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Mucho	Si	Sabe			
privado	46+	12+	12+	Poco	Si	0	Ninguno	Ns/Nr	Ns/Nr	Sabe	No	Sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Normal	Ns/Nr	Sabe			
privado	18-34	6 a 11	6 a 11	Poco	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Sabe	Sabe	Mucho	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Poco	Si	Sabe			
privado	46+	12+	12+	Normal	Si	3-4	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Sabe	No	sabe	Normal	Si	3-4	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Mucho	Si	Sabe		
privado	46+	12+	12+	Normal	Si	1-2	Ninguno	Si	Si	Sabe	No	Sabe	Sabe	Mucho	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	Ns/Nr	Sabe			
privado	46+	12+	12+	Poco	No	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	No	sabe	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Poco	Ns/Nr	No	sabe
privado	35-45	6 a 11	6 a 11	Poco	Ns/Nr	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	No	sabe	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Normal	No	Sabe	
privado	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	Si	0	Ns/Nr	Ns/Nr	Ns/Nr	No	sabe	No	Sabe	Sabe	Mucho	Si	1-2	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Normal	Si	Sabe		
privado	46+	12+	6 a 11	Poco	Ns/Nr	0	Pocos	No	Ns/Nr	Sabe	No	No	sabe	Sabe	Normal	Si	5+	Pocos	Si	Si	Sabe	Si	Mucho	Si	Sabe		
privado	18-34	1 a 5	1 a 5	Normal	Si	0	Pocos	Si	Si	Sabe	No	Sabe	Sabe	Normal	Si	1-2	Pocos	Si	Ns/Nr	Sabe	No	Normal	Si	Sabe			

Referencias tabla matriz

P1: Edad

P2: ¿Cuántos años lleva de docencia?

P3: ¿Cuántos años lleva trabajando en la institución Valle de Huentata / Sagrado Corazón/ República del Perú?

P4: ¿Cuánto conoce sobre el tema "Trastornos de Conducta Alimentaria"?

P5: ¿Sabría usted identificar un caso de "Trastornos de Conducta Alimentaria" entre sus alumnos?

P6: ¿A cuántas capacitaciones ha asistido sobre este tema?

P7: En la institución, se han presentado casos de alumnos/as con trastornos de conducta alimentaria?

P8: En caso de que se hayan presentado situaciones, ¿se han tomado medidas?

P9: En esos casos, ¿cree que se llevó a cabo el procedimiento adecuado?

P10: Conocimientos 1: ¿Cómo se procedió?: Se interpreta la respuesta abierta, considerándose "sabe" a las respuestas donde se describe un aproximado del

protocolo, y “no sabe” a las respuestas equivocadas o vacías.

P11: Desde la institución, ¿capacitan a los docentes o informan sobre capacitaciones en la temática?

P12: Conocimientos 2: ¿Qué cree usted que sucede en la etapa de la edad escolar en el cuerpo de los niños?: Se interpretan las respuestas correctas como “sabe” y las incorrectas como “no sabe”.

P13: Conocimientos 3: ¿Cuáles cree usted que son los principales problemas en la alimentación durante la escolarización primaria?: Se interpretan las respuestas correctas como “sabe” y las incorrectas como “no sabe”.

P14: Con respecto al tema "Maltrato Infantil", ¿cuánto conoce sobre este?

P15: ¿Sabría usted identificar un caso de maltrato infantil entre sus alumnos?

P16: ¿A cuántas capacitaciones ha asistido sobre este tema?

P17: En la institución, se han presentado casos de alumnos/as que fueron víctimas de maltrato?

P18: En caso de que se hayan presentado situaciones, ¿se han tomado las medidas correspondientes?

P19: En esos casos, ¿cree que se llevó a cabo el procedimiento adecuado?

P20: Conocimientos 4: ¿Cómo se procedió?: Se interpreta la respuesta abierta, considerándose “sabe” a las respuestas donde se describe un aproximado del protocolo, y “no sabe”

P21: ¿Desde la institución, capacitan a los docentes o informan sobre capacitaciones en la temática?

P22: Existe un protocolo a seguir para cuando se presentan estos casos ¿Cuánto sabe sobre este?

P23: Conocimientos 5: Con respecto a los casos de maltrato infantil, ¿usted cree que es un problema que se presenta continuamente y que su etiología es multicausal, en el cual, intervienen las características del agredido y del agresor?

P24: Conocimientos 6: ¿Cuál es la Ley que hace referencia a la Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes?: Se interpretan las respuestas correctas como “sabe” y las incorrectas como “no sabe”.

Ns/Nr: No sabe/ No responde