



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1
A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS.
CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA.**

FEBRERO-AGOSTO 2013

Tesis previa a obtención de título de Médica

Autoras:

Priscila Victoria Reinoso Murillo

Julieta Estefanía Siguencia San Martín

Daniela Soledad Tigre Cuenca

Directora: Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén

Asesora: Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén

Cuenca – Ecuador

Marzo 2014

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de los centros de salud del ministerio de salud pública de febrero a agosto de 2013, en la ciudad de Cuenca y su relación con factores asociados como familia, cuidador, sexo, migración y nivel de instrucción del cuidador.

Metodología: Se realizó un estudio analítico transversal en los centros de salud del ministerio de salud pública de la ciudad de Cuenca en 228 niños y niñas de 1 a 5 años, los datos fueron recolectados mediante formularios (general y CEBQ). Se ingresaron los datos a software SPSS versión 18 para Windows y se presentan los resultados en tablas de frecuencia.

Resultados: La media de edad de la población se ubicó entre 30,23 meses y una desviación estándar de 13,71 meses, la mayoría fue de sexo femenino (52,6%), cuidador materno (82,9%), familia nuclear (61,4%) y el nivel de instrucción del cuidador fue básica (36,8%). Sobre la conducta alimentaria el 89% es inadecuada; el 11% se colocó en conducta alimentaria adecuada. La mayoría fue de sexo femenino (90%), cuidadores no maternos (92,3%); familia no nuclear (89,8%), migración (100%), nivel de instrucción inadecuado (91,7%). Ningún factor de riesgo se asoció con conducta alimentaria inadecuada ($p > 0,05$) y valores de chi cuadrado no significativos.

Conclusiones: Existe alta prevalencia de conducta alimentaria inadecuada, importante factor de riesgo para desarrollo de enfermedades crónicas.

Palabras claves: CONDUCTA ALIMENTARIA, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, ESTUDIOS TRANSVERSALES, DISTRIBUCION POR SEXO, FAMILIA, MIGRACION.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of inadequate dietary behavior in children of 1-5 years of health centers of the Ministry of Public Health from February to August 2013, in the city of Cuenca and its relation to associated factors such as family, caregivers, sex migration and level of caregiver.

Methodology: A cross-sectional study was conducted in health centers of the Ministry of Public Health of the city of Cuenca in 228 children aged 1-5 years, data were collected through (general and CEBQ) forms. Data to SPSS software version 18 for Windows was entered and the results are presented in frequency tables.

Results: The mean age of the population was between 30.23 months and a standard deviation of 13.71 months, most were female (52.6%), maternal caregiver (82.9%), nuclear family (61.4%) and the level of education was primary caregiver (36.8%). On feeding behavior 89% own misconduct, 11% was placed in normal feeding behavior. Most were female (90%), no maternal (92.3%) caregivers; nuclear family (89.8%), migration (100%), inadequate level of instruction (91.7%). No risk factor was associated with inadequate dietary behavior ($p > 0.05$) and no significant values of chi square.

Conclusions: The high prevalence of inadequate dietary behavior, an important factor for causing health problems in the future.

Keywords: FEEDING BEHAVIOR, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, CROSS-STUDIES, SEX DISTRIBUTION, FAMILY, MIGRATION.

INDICE

Resumen	2
AGRADECIMIENTO	11
DEDICATORIA	12
A. INTRODUCCION.....	15
B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
C. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	17
D.FUNDAMENTO TEÓRICO	19
E. HIPOTESIS	29
F. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
F.1 Objetivo general.....	29
F.2 Objetivos específicos.....	29
G.MÉTODOS Y TÉCNICAS	30
G.1 Tipo de estudio: analítico-transversal.....	30
G.2. Variables (Ver anexo No.1 la operacionalización de las variables).....	30
G.3 Universo: finito, heterogéneo, constituido por 2382 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asistieron a los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública, en el período de febrero-agosto 2013.....	31
G.4 Muestra: probabilística aleatoria simple cuya fórmula para una variable dependiente cualitativa y para un universo finito es: Usando la fórmula:	31
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	34
H. RESULTADOS	35
COMPROMISO	47
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
RECURSOS.....	58
MATERIALES:	59
COSTOS:	59
ANEXOS.....	62
ANEXO 1	62



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Daniela Soledad Tigre Cuenca*, autora de la tesis "PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio de 2014



Daniela Soledad Tigre Cuenca

C.I: 0104019492



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, *Daniela Soledad Tigre Cuenca*, autora de la tesis "PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio de 2014



Daniela Soledad Tigre Cuenca

C.I: 0104019492



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Priscila Victoria Reinoso Murillo*, autora de la tesis "PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio de 2014



Priscila Victoria Reinoso Murillo

C.I: 0104644810



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, *Priscila Victoria Reinoso Murillo*, autora de la tesis "PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio de 2014



Priscila Victoria Reinoso Murillo

C.I: 0104644810



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Julieta Estefanía Siguencia San Martín*, autora de la tesis "PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio de 2014



Julieta Estefanía Siguencia San Martín

C.I: 0302539416



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, *Julieta Estefanía Siguencia San Martín*, autora de la tesis "PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio de 2014



Julieta Estefanía Siguencia San Martín

C.I: 0302539416

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, nuestro más profundo agradecimiento a Dios, nuestras familias y seres queridos por su apoyo constante, amor y comprensión que nos motivaron a seguir en adelante a pesar de las dificultades e inconvenientes que se pudieron presentar durante el desarrollo de esta tesis, pero que gracias a ellos fue posible.

Gracias a nuestra asesora y directora de tesis, quien con su disciplina, tiempo, colaboración y orientación ha sido posible ésta investigación.

Y finalmente nuestra gratitud a la Universidad de Cuenca, a nuestros profesores de la escuela de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas por habernos formado de una manera integral, de tal manera que nos sentimos seguras de responder eficazmente ante cualquier circunstancia de la vida.

Las autoras.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con cariño a: Dios por darme la vida, por amarme tal como soy y por estar conmigo en toda adversidad.

A mis padres Rolando y Lucía, mis hermanos Edgar y Ana por su apoyo incondicional, por su amor, comprensión, enseñanzas y sobre todo por darme la fuerza para lograr mis metas.

A mi compañero de muchos años, gracias por motivarme cada día a seguir en adelante, por no dejar que me rinda ante los problemas y las circunstancias gracias por enseñarme la sencillez de la vida.

A mis amigos Julia, Karla, Marcos, Xavier, Julieta, Silvana, Silvia, por compartir conmigo toda una carrera, por sus ocurrencias y locuras y hacer de mi vida divertida. Por caminar junto a mí en la lucha por alcanzar nuestros sueños.

A mis angelitos Lucas, Matías, Ednice y Camila, gracias por su ternura cada día.

Finalmente, quiero agradecer a nuestra asesora y directora de tesis, quien con su rectitud y exigencia ha logrado que esta tesis se cumpla a cabalidad, sobre todo gracias por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional.

Daniela Tigre Cuenca.

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo lo dedico a:

A Dios, mi padre, mi amigo, por el regalo de la vida, y amor eterno a través de su hijo Jesucristo, gracias Señor, todo viene de ti y todo vuelve a ti.

A mis padres Wilson y Mercy, la bendición más tocante del amor de Dios en mi vida, sin ellos este trabajo y todo lo logrado hoy no fuera una realidad, los amo. A mis hermanos Otto, Sixto, Ariel, gracias por ser la inspiración para llegar a casa, cuanto disfruto su compañía.

A Andrés mi novio, regalo del Señor, gracias por amarme.

A mis compañeras tesisistas Daniela y Victoria, gracias por creer en mí, e incluirme no solo en este trabajo, si no en sus vidas. Dios las bendiga.

A Jenny, la flor que el Señor en su infinita sabiduría, arranco de nuestro jardín tempranamente, gracias por todo lo vivido.

Julieta Estefanía Siguencia Sanmartín.

DEDICATORIA

A mis padres que han sido los
maestros e impulsadores más
importantes en el camino de la vida.

PRISCILA VICTORIA REINOSO MURILLO

A. INTRODUCCION

Durante los primeros años de vida el niño debe pasar de una alimentación láctea a una gran variedad de dietas determinadas por la cultura, a la que pertenece el grupo familiar. Todos estos cambios ocurren en los primeros 5 años de vida. El tema relacionado con la formación de hábitos alimentarios y conducta alimentaria tiene gran trascendencia, especialmente si tenemos en cuenta que sus desviaciones pueden ocasionar dos situaciones extremas: por un lado, déficit nutricional, preocupación clásica de las madres, y por el otro, de más reciente aparición, el sobrepeso y la obesidad, nuevos motivos de preocupación. (1) La Organización Mundial de la Salud plantea que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, rescatando el papel de la familia y de los responsables del cuidado de los niños (2). En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios, ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños mediante el aprendizaje (3). La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables.

Son muy pocos los estudios en nuestra ciudad sobre como la conducta alimentaria está vinculada con factores familiares y sociales y como éstos a la inversa determinan patrones anormales a la hora de alimentarse y éstos a su vez enfermedades crónicas en un futuro, por ello consideramos importante éste estudio en niños y niñas de 1 a 5 años que acuden a los centros de salud del ministerio de salud pública de Cuenca – Ecuador, con el objeto de elaborar estrategias y materiales educativos que permitan desarrollar hábitos alimentarios saludables en los niños, que los involucren, y así mismo a sus padres y cuidadores. Esto se conseguirá mediante el llenado de los cuestionarios: CEBQ (Childrens Eating Behaviour Questionnaire) también llamado cuestionario del comportamiento en la alimentación infantil, según sus siglas en inglés, que nos permite evaluar la conducta alimentaria y establecer su relación con factores asociados, además se aplicará el formulario básico de la investigación. El estudio va dirigido para niños de 1 a 5 años de edad y sus padres, de manera especial para la madre, en señal de prevención y/o detección temprana ante cualquier conducta alimentaria inadecuada

en relación con factores asociados como el sexo, cuidador, nivel de instrucción del cuidador, familia, migración, y si llega a presentarse dar una solución a tiempo que permita un restablecimiento del buen vivir.

B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS un 45% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición.(3) La conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años es un problema social que afecta a toda la población, un estudio profundo de esta realidad puede no solo develar el proceso problemático complejo que está por detrás, sino que ayuda a tomar decisiones importantes en salud y en educación, para evitar las consecuencias: retraso del crecimiento, desnutrición, enfermedades crónicas infantiles (sobrepeso, obesidad y Diabetes) y modificar aquellas conductas inadecuadas y reforzar las adecuadas (1).

En la adquisición de la conducta alimentaria sea ésta adecuada o inadecuada, cumple un rol fundamental la familia, en especial la madre o el cuidador del niño o niña, cuya familia a su vez está influenciada por un contexto sociocultural, nivel económico y nivel de instrucción educativa (4). En el Ecuador la población infantil menor de 5 años representa el 11% y corresponde aproximadamente a 1.500.000 niños, proyección basada en el último censo de población del 2010(5). Casi 299.000 niños menores de cinco años en el Ecuador presentan un déficit de talla para la edad; y de ellos, unos 77 mil tienen un déficit severo. El 71 % de los niños con desnutrición crónica provienen de hogares clasificados como pobres. En nuestro país la mayor cantidad de la población rural vive en extrema pobreza, no tienen acceso a los alimentos, por tanto es susceptible presentar problemas por deficiencias nutricionales, situación que se ve agravada por nivel de instrucción inadecuado. A la vez una conducta alimentaria inadecuada puede llevar al otro extremo, sobrepeso y obesidad que sigue incrementándose en toda la población, incluyendo a los niños menores de 5 años (5). Algunos investigadores argumentan que cada individuo presenta una conducta alimentaria, asociada a factores familiares, económicos, políticos, creencias, género, edad, que ocupan en la estructura social (2). Se han realizado programas de prevención de conducta alimentaria inadecuada, dirigida a los individuos para alcanzar los llamados estilos

de vida saludables, los cuales continúan centrados en modificar las conductas personales, mejorar los conocimientos nutricionales o aumentar la actividad física. Sobre estos ámbitos se trabaja desde hace tiempo y, aun así, el éxito ha sido más bien modesto. Se puede acusar a que no se proponen medidas eficaces para cambiar el sistema social y cultural que es el que, al fin y al cabo, el que favorece una conducta alimentaria inadecuada y a la producción ciertas enfermedades en determinados grupos sociales (3).

La investigación pretende dar respuesta a las preguntas siguientes ¿Cuál es la prevalencia de la conducta inadecuada en los Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública en niños de 1 a 5 años? ¿Cómo la conducta alimentaria inadecuada se relaciona con la familia, sexo, migración, cuidadores del niño o niña y nivel de instrucción del cuidador.

C. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Con el paso del tiempo las sociedades han ido evolucionando de acuerdo a las exigencias del medio: el trabajo, la salud, las costumbres, se han ido acoplando a una sociedad que cada vez enfoca al ser humano dentro de un marco productivo, las buenas prácticas han ido desapareciendo no solo porque cada vez son desconocidas sino porque dentro de este marco de productividad no existe el espacio, ya que demandan de tiempo, convivencia familiar, social, práctica y repetición. Lo que en el nuevo sistema de ordenamiento mundial no tiene cabida. Por lo que no es sorprendente que cada vez sea más frecuente encontrar problemáticas como la ahora abordada en esta investigación, los buenos tiempos de alimentación familiar han sido reemplazados por el ahorro de tiempo- energía, cada vez es menor la educación alimentaria en los hogares, y mayor el número de conductas alimentarias inadecuadas, solo si podemos identificar los detonantes y factores asociados podremos dar un giro a esta realidad y cambiar la línea que conduce cada vez a un desenlace lleno de disfunciones dentro del estado de salud, social, económico y político.

Al igual que es importante prevenir sobre temas como sexualidad o drogodependencias, es conveniente que las nuevas generaciones conozcan estos problemas, tanto sus características como sus consecuencias. Sobre todo, entender que son reversibles y que hay un punto de corte que se debe identificar y tratar a tiempo.

Al ser uno de los primeros estudios en este campo, de esta ciudad, realizado durante los últimos años, creemos que los resultados de esta investigación, sentarán la base para la implementación de nuevas estrategias y soluciones a este problema en crecimiento. Además estamos confiados que servirán de punto de partida para nuevos estudios con los niños y niñas de nuestra ciudad.

Sabemos que el conocimiento es la herramienta más poderosa para vencer la problemática que nace en el desconocimiento y el error, así en un futuro mientras más se conozca sobre la conducta alimentaria y sus factores asociados, se tomarán medidas eficaces que beneficien directa y sustancialmente a la población en estudio, de forma paralela sabemos que al lograrlo también estamos beneficiando al sector político, social, familiar y al mismo gobierno. Niños bien alimentados, son niños sanos y una niñez sana es lo que asegura el bienestar de la sociedad de un país.

D.FUNDAMENTO TEÓRICO

La conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. (7)

TIPOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Según la International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity (Revista Internacional de Comportamiento, Nutrición y Actividad Física), publicada en el año 2008 y según el CEBQ, (Children's Eating Behaviour Questionnaire) cuestionario del comportamiento en la alimentación Infantil, clasifican la conducta alimentaria en ocho tipos basado en la evaluación de su comportamiento frente a los alimentos, siendo los siguientes: (9)

1. RAN: Rechazo a alimentos nuevos: el rechazo es un tipo de respuesta frente a los alimentos que son desconocidos, o en su defecto, con presencia de una mayor susceptibilidad para preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas, en contextos habituales o ya conocidos; lo que conduce al consumo de una inadecuada variedad de alimentos. Se caracteriza por la falta de interés en los alimentos y la lentitud en el comer. En cuanto a la falta de exposición a una amplia variedad de alimentos y texturas, que presentan los niños ante los alimentos por parte de sus padres, es cuando se predispone más al rechazo de los alimentos según Birch y Carruthet al; (8) y que en contraste a una adecuada exposición a los alimentos puede ser una práctica alimentaria eficaz, la cual fomenta el aumento del gusto y un mayor consumo y exposición a los alimentos.
2. SCE Come demasiado por causa emocional: este tipo de alimentación se podría denominar emocional ya que está ligada a las emociones, que son

capaces de influir en el acto de la alimentación, de una manera positiva o negativa, siendo un estímulo externo el que interviene en la alimentación, ya sea en exceso o en déficit de la ingesta. Por ejemplo de manera negativa como la ira y la ansiedad producen una incapacidad para controlar la ingesta de comida o por el contrario un desinterés por la misma.

3. CPE: Come poco por causa emocional: al igual que el caso anterior esta alimentación se rige por el estado emocional del niño o niña, desembocando en un déficit en la ingesta de alimentos.

En un estudio en el Reino Unido de Haycraft y colaboradores en el 2011, acerca de la relación entre el temperamento y la conducta alimentaria en niños pequeños, señala que: el temperamento y la parte emocional del niño asociado a la restricción dietética por falta de exposición a una amplia variedad de alimentos, están asociados a la conducta alimentaria, siendo momentos en los cuales los padres o persona a cargo del cuidado y alimentación pueden presionar para que el niño coma, del mismo modo cabe la posibilidad de haber una restricción de la ingesta de alimentos por razones de salud, perdiendo el equilibrio en el consumo de alimentos. Entonces tenemos que el temperamento, que no es más que las características biológicas evidentes desde el nacimiento y que son consistentes a través de situaciones con algún grado de estabilidad juega un papel fundamental en cuanto a la conducta frente a los alimentos. (10)

4. DC: Disfrute comer: se refiere al placer que se asocia con la ingesta de alimentos, esta condición está asociada positivamente con la sensación de hambre, el deseo de comer y el gusto por el alimento.
5. RS: respuesta a la saciedad: disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos. Los recién nacidos, tienden a ser muy sensible al hambre y las señales internas de saciedad, perdiendo este nivel de capacidad de respuesta con la edad. Así, durante la infancia, los niños poco a poco pierden la capacidad ante la respuesta a la saciedad y capacidad de autorregulación de ingesta, lo que puede desembocar en episodios de consumo excesivo y, posteriormente el aumento excesivo de peso.

6. DB: deseo de beber: como su nombre lo indica es el deseo de ingesta de líquidos y la tendencia a llevar las bebidas en la mano generalmente que son azucaradas.
7. CD: Come despacio: lentitud para comer, o reducción en la velocidad de ingesta, se dice que es cuando existe la tendencia a prolongar la duración de los tiempos de comida, como consecuencia de la falta de disfrute e interés en los alimentos.
8. RC: Respuesta a la comida: se refiere al resultado que se obtiene de las señales frente a los alimentos que se encuentran a disposición. (10)

RELACION DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON FACTORES ASOCIADOS

El comportamiento humano frente a la alimentación se adquiere a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Por lo tanto en estos parámetros intervienen los siguientes factores:

1. Familia
2. Migración
3. Sexo
4. Cuidador
5. Nivel de Instrucción del cuidador

1. Familia

La familia es el grupo donde se nace y donde se asumen las necesidades fundamentales de un niño. Es un grupo en el cual los miembros cohesionan, se quieren, se vinculan y así ayudan recíprocamente a crecer vitalmente, a vivir como personas en todas sus dimensiones: cognitiva, afectiva, relacional, etc. (11) De tal manera que la familia tiene que cubrir las necesidades de un niño que son: vestido, higiene, cuidados médicos, supervisión y vigilancia y sobre todo la alimentación, la cual es motivo de enfoque de ésta investigación.

La familia es un factor determinante de la conducta del ser humano, la cual depende de la relación e interacción de la misma que con la madre y con el padre son

fundamentales para un buen crecimiento y comportamiento, así como pueden ser destructivas si ésta interacción queda afectada por alguna causa intrínseca o extrínseca. (11)

Desde el principio de los tiempos, sentarse a la mesa a comer ha sido un motivo de interacción familiar. El mero hecho de compartir la comida fortalece la identidad y los vínculos familiares a través de la transmisión de una serie de patrones de conducta. (12) El contexto social en el que funciona la familia moderna, ha hecho que en la actualidad las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación. (41)

En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación y es así que la familia interviene en:

- a) Los modelos de alimentación
- b) Preferencias de ciertos alimentos
- c) Rechazos hacia determinados alimentos
- d) Estrategias usadas durante la alimentación

a) Modelos de alimentación

Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.

Dichos modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación, status social y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario.

b) Preferencias de ciertos alimentos

Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta, derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas y alimentos que repetirán en el futuro.

c) Rechazo a ciertos alimentos

El rechazo a nuevos alimentos es un comportamiento característico de los niños(as) pequeños, aunque el rechazo inicial no debe tomarse como una respuesta definitiva. La exposición reiterada al alimento puede terminar cambiando el rechazo inicial por aceptación y en definitiva constituye una manera de establecer una dieta variada. De lo contrario, el retiro del alimento por parte de los padres, conduce rápidamente a dietas muy limitadas en su variedad. (13) La insistencia y manipulación de alimentar al niño puede crear hostigamiento y rechazo a determinado alimento. A muchos de los padres les preocupa que sus hijos se resisten o eviten comer, o que presente comportamientos que muestran rechazo a la comida, selectividad, exigencia o quisquilloso al comer. (14)

d) Estrategias usadas durante la alimentación

Estrategias usadas por los padres para controlar lo que come el niño, a las que el niño responde usando diferentes mecanismos de adaptación y que finalmente se reflejarán en indicadores de salud tangibles como el peso y la talla. Los estudios sobre la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil indican que éstos usan variadas estrategias a la hora de la comida: actitud neutral, presión-exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, que están íntimamente relacionadas con el grado de responsabilidad de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos.(13)(14) Estrategias coercitivas, tales como presionar al niño para comer son comúnmente en las madres y se han asociado con un menor estatus de peso, tanto en estudios transversales y prospectivos de niños durante la primera infancia y los años preescolares, se ha encontrado que la presión de los padres para comer y la ingesta de alimentos puede ser importante en el riesgo de obesidad. Debido a que promueven un menor consumo de frutas y vegetales y aumento en el consumo de "alimentos problemáticos" (por ejemplo, bocadillos, comida rápida, etc.).

En síntesis, la literatura actualmente existente lleva a pensar en la conducta alimentaria como un ciclo interactivo, en el que la conducta alimentaria de los progenitores hacia sus hijos los lleva a adoptar estrategias específicas de alimentación infantil, provocando en los niños conductas alimentarias propias, que finalmente se reflejan en indicadores de nutrición del niño. (13)(14) (15)

Tipos de familia

Existen 2 tipos de familia que consideraremos para esta investigación:

- Familia nuclear: es la familia biparental, los dos padres biológicos o sustitutos y los hijos.
- Familia no nuclear: dentro de esta con fines investigativos incluimos a la familia mono parenteral, conformada por uno de los padres (jefatura masculina o femenina) y los hijos. Y la familia expandida, integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar.(16)(17)(18)

Cualquiera que sea el tipo de familia debe existir un equilibrio funcional en la convivencia e interacción familiar, situación que en los niños y niñas se refleja en conductas apropiadas para la edad. (19)

2. Migración

La migración está definida como el desplazamiento de uno o ambos padres a una distancia (fuera o dentro del país) que genera dificultades en la comunicación y en el cuidado de los hijos; la migración de los padres ocasiona fragmentación familiar, cambio de roles, delegación a terceras personas (abuelos, tíos, vecinos, otros) de la responsabilidad de los hijos e hijas. (20)(21)(22)

El estudio descriptivo de Aguilar y colaboradores, realizado en la ciudad de México en el año 2008 a través de encuestas, indica que la migración produce dificultades de pareja, problemas académicos y de problemas de conducta en toda su extensión e inclusive la alimentaria. (23) Debido a que los cuidadores no están claros en los objetivos de crianza y formación de la conducta alimentaria.

Bowlby considera esencial para la salud mental del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce. (24)

La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Cuando el niño sufre la fragmentación familiar se expone a situaciones como el rechazo por parte del cuidador, abandono y deserción de la familia. El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia, la cólera y la depresión generando problemas de conducta alimentaria. (25) Según la intensidad de su situación familiar el niño puede presentar temor a la alimentación, apatía, rechazo a los alimentos, disminución del apetito, etc.

3. Sexo

El sexo se ha asociado frecuentemente a la presencia de conducta alimentaria inadecuada, algunos estudios indican que es más frecuente en hombres que en mujeres (26) (27). Sin embargo el estudio de Montiel Nava (Maracaibo Venezuela en el 2009) demuestra que no existen diferencias porque la conducta alimentaria está relacionada más con el género (conductas expresadas por sexo de acuerdo al patrón cultural del medio) que con el sexo. (28)

Otras investigaciones indican el papel del medio ambiente en la prestación de cuidados en alimentación de los niños también ha señalado la importancia de una alimentación materna, comportamientos y actitudes sobre alimentación interacciones con los niños, pero no nos indican que el sexo se haya relacionado con la conducta alimentaria. (14)

4. CUIDADOR

El cuidador es la persona que principalmente suministra al niño o niña el cuidado, la satisfacción de las necesidades de alimentación, vestuario, educación, recreación, participación, afecto. El cuidador influencia en la formación de la personalidad, identidad, autoestima del niño o niña (29) y la conducta alimentaria.

Algunas investigaciones afirman la contribución del cuidador en la evolución de los problemas de alimentación y el desarrollo de los comportamientos alimentarios en los niños. (14)

Los niños y sus cuidadores establecen una relación en que reconocen, interpretan y responden a las señales de comunicación verbal y no verbal. Alimentar al niño adoptando una conducta “responsiva” en la que los cuidadores proveen la dirección y estructura, y responden a los señales de hambre y saciedad de los niños, promueve la autorregulación y la responsabilidad de los niños para una alimentación sana. (30) En gran medida son establecidos por un amplio rango de determinantes y procesos familiares que se extienden desde las creencias y patrones culturales sobre la comida para los niños; a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos; al tiempo necesario para preparar y servir la comida; a las preferencias del gusto y

contexto de los cuidadores y, finalmente, a las percepciones y preocupaciones con respecto al tamaño de los niños, su salud, preferencias, y destrezas de alimentación. (31)(41)

Cuando los abuelos son los cuidadores no cumplen con la función de educar sino de consentir. Los tíos, hermanos u otros no imparten similares normas de convivencia como lo hacen sus padres, creando confusión en los niños, niñas en el entendimiento entre lo que se desea, se piensa, se enseña y se hace. (32)

5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR

La alimentación adecuada, equilibrada, completa y suficiente es necesaria para presentar un buen estado nutricional; dada las condiciones diversas en nuestro medio hay ciertas dificultades para acceder a cantidades suficientes mientras que en otros casos si tienen dicho acceso pero la falta de conocimiento es el limitante para adquirir una dieta para el cuidado de la salud.

Las posibilidades alimentarias de una población, familia o de una comunidad se relacionan con el modo en que se aprovechan o utilizan los propios recursos y capacidades, es por ello que la falta de información y la información errónea o confusa influyen notablemente sobre los hábitos dietéticos de una población. Todo esto demuestra que el grado de instrucción de los padres, de manera especial quien dedica más tiempo al cuidado del niño, puede tener un rol como causa indirecta en la existencia de los problemas alimentarios.

El nivel de instrucción de los padres o cuidadores (ninguno, básica, media, superior) puede estar relacionado con la forma como se educa a los niños y niñas, un mejor nivel podría indicar que los padres tienen mayores elementos y estrategias para guiar la adquisición de conducta alimentaria. En nuestro estudio con enfoque investigativo se considera a ningún nivel de instrucción como inadecuado y básico, media, superior como adecuado. El estudio realizado por Rodríguez en el 2008, en el centro de salud Eva Perón de Argentina; encontró que los niños(as), cuyas madres tienen estudios secundarios o terciarios, tienden a un mejor desarrollo (35) por ende una mejor conducta alimentaria.

En otro estudio realizado por el Dr. Guirado en Argentina en el 2005 (34), demuestra que el nivel de instrucción paterno parece no influir en el estado nutricional de sus hijos, mientras que por el contrario se observó que de la mujer sí. Por lo tanto dicho estudio mostró una mayor tasa de mal nutrición en aquellos niños que tienen madres con bajo nivel de instrucción. He aquí la necesidad de llegar al cuidador del niño (por lo general de la madre) con la información adecuada.

Evaluación de la conducta alimentaria.

El Cuestionario de Conducta en la Alimentación Infantil, CEBQ por sus siglas en inglés, tiene el objetivo de determinar el comportamiento del niño al alimentarse (13). La aplicación de este cuestionario, permite medir la conducta del niño en adecuada e inadecuada mediante el informe de los progenitores o persona encargada del cuidado y alimentación (Wardle et al, 2001).(13) El CEBQ fue diseñado para evaluar con escalas los 8 tipos de conducta alimentaria emitidos por los padres o cuidadores del niño, consta de 35 ítems cada uno valorado en una escala Likert de cinco puntos que va desde: nunca, rara vez, a veces, a menudo y siempre. Los 8 tipos de conducta alimentaria que constituyen el cuestionario CEBQ son : RAN: rechazo a alimentos nuevos, SCE: come demasiado por causa emocional, CPE: come poco por causa emocional, DC: Disfruta de comer, RS: respuesta a la saciedad, DB: deseo de beber, CD: come despacio, RC: respuesta a la comida. (35)

El CEBQ se considera generalmente como uno de los instrumentos más completos en la evaluación del comportamiento del niño al alimentarse. El instrumento fue desarrollado y validado en el Reino Unido, y recientemente el instrumento ha sido validado en portugués. (36) En vista de que la conducta alimentaria inadecuada es un problema de salud importante, con consecuencias negativas para los niños y sus cuidadores. Como el aumento de peso, o peso bajo con nutrientes deficientes y dieta poco variada, pueden dar lugar a trastornos del crecimiento y retrasos cognitivos y de desarrollo.

Por eso es importante evaluar a los niños mediante el CEBQ, ya que la conducta alimentaria ha demostrado tener un rol esencial y un factor susceptible de ser modificado para prevención de cualquier alteración del estado de integridad de

salud de los niños, como la obesidad infantil, obviamente no se puede dejar de lado a otros factores que conforman parte del individuo que es un ser bio-psico-social.
(13)

E. HIPOTESIS

La prevalencia de la conducta alimentaria inadecuada de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad en los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública están asociados con el tipo de familia, cuidador, sexo, migración y nivel de instrucción del cuidador.

F. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

F.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de la conducta alimentaria inadecuada en niños y niñas de 1 a 5 años de edad de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de Febrero a Agosto de 2013, en la ciudad de Cuenca y su relación con los factores asociados como familia, cuidador, sexo, migración y nivel de instrucción del cuidador.

F.2 Objetivos específicos

1. Clasificar a los niños y niñas del estudio según edad, sexo, familia, cuidador, migración y nivel de instrucción del cuidador
2. Evaluar a los niños y niñas la conducta alimentaria mediante el cuestionario de conducta alimentaria, CEBQ.
3. Relacionar la conducta alimentaria inadecuada con los factores asociados: familia, sexo, cuidador, migración y nivel de instrucción del cuidador
4. Estimar la prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en relación con la familia, cuidador, sexo, migración y nivel de instrucción del cuidador.

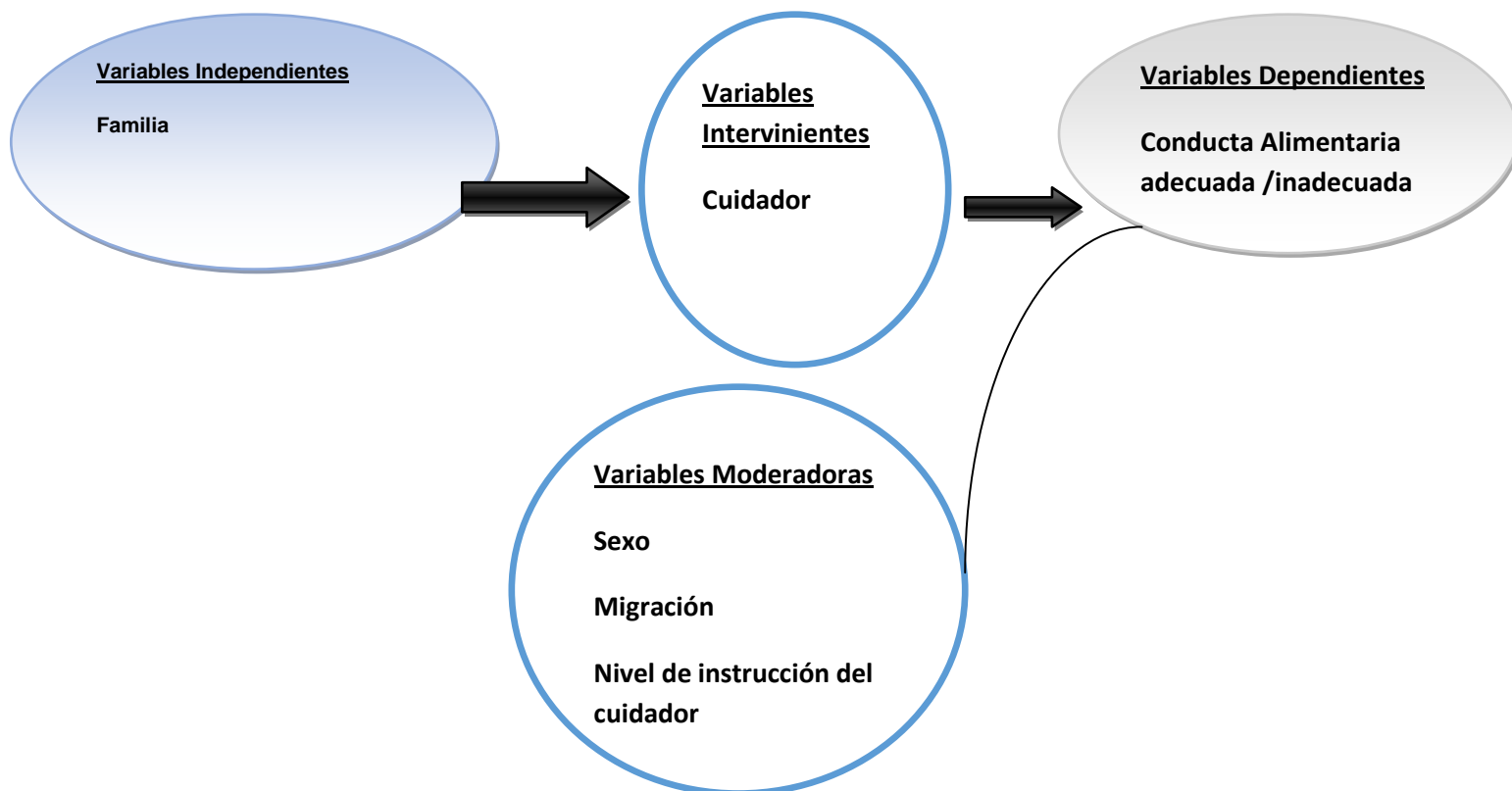
G.MÉTODOS Y TÉCNICAS

G.1 Tipo de estudio: analítico-transversal.

G.2. Variables (Ver anexo No.1 la operacionalización de las variables)

- Variable dependiente: conducta alimentaria
- Variables independientes: familia
- Variables intervinientes: cuidador
- Variables moderadoras: sexo, migración, nivel de instrucción del cuidador

GRÁFICO No. 1.
JERARQUIZACIÓN DE LAS VARIABLES



Fuente: Protocolo de investigación

Elaboración: Priscila Reinoso M- Julieta Siguencia S.- Daniela Tigre C.

G.3 Universo: finito, heterogéneo, constituido por 2382 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asistieron a los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública, en el período de febrero-agosto 2013.

G.4 Muestra: probabilística aleatoria simple cuya fórmula para una variable dependiente cualitativa y para un universo finito es: Usando la fórmula:

$$n = \frac{Npqz^2}{(N-1)e^2 + pqz^2}$$

N= universo
p=probabilidad de ocurrencia del evento
q= probabilidad de no ocurrencia= (1-p)
z= nivel de confianza: 95%= 1,96
e= precisión, error de inferencia= 3%.

$$n = \frac{(2382) (0,06) (1-0,06) (1,96)^2}{(2382)(0,03)^2 + ((0,06) (1-0,06) (1,96)^2)}$$

Cálculo del tamaño de la muestra: para el cálculo se considera una frecuencia de 6% de conducta alimentaria inadecuada, error de inferencia del 3%, el 95% de confianza. Se realiza el cálculo y se obtuvo una muestra de 219 niños y niñas de 1 a 5 años de edad. Se añade el 10% de pérdidas y se obtiene un total de 237. De los cuales, con fines más objetivos, se tomó la media entre los dos rangos, correspondiendo a 228 casos, valor que se encuentra dentro del rango de confianza, por lo que se procede a la tabulación de datos con una muestra de 228 niños y niñas.

Se ratifica el cálculo realizando en el Sistema estadístico Epi- Info versión 6, Statcalc, population survey con los siguientes datos: frecuencia 6%, error aceptable del 3%, nivel de confianza del 95%.

G.5 Unidad de análisis y observación: niño o niña de 1 a 5 años de edad.

G.6 Criterios de inclusión: niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asistieron a los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Cuenca.

G.7 Criterios de exclusión: los niños y niñas cuyos familiares no aceptaron la participación en el estudio y que han sido diagnosticados de discapacidad, síndrome neurológico (epilepsia, convulsiones).

G.8 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados, métodos para el control y calidad de los datos, y tiempo asignado para recolectar la información

G.9 Instrumento de recolección de datos: formulario general, previamente diseñado y probado: contiene datos de filiación, información general y de la investigación (*Anexo 3*). Y el formulario CBQ, cuestionario del comportamiento en la alimentación Infantil, por sus siglas en inglés, clasifican la conducta alimentaria en ocho tipos basado en la evaluación de su comportamiento al alimentarse.

G.10 Descripción del proceso de valoración:

- Preparación del equipo de recolección de datos para la investigación: conformado por 3 estudiantes tesistas, médicos, enfermeras e internas de los centros de salud pública.
- Gestión ante las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MPS) para el desarrollo del estudio.
- Mapeo y registro de los centros y subcentros de Salud.
- Pilotaje en 30 niños y niñas sorteadas pero que no formarán parte de la muestra.
- Ajustes al proceso de recolección y al formulario.
- Verificación del número de niños, elaboración de la base de datos.
- Cálculo de la muestra.
- Firma de consentimientos informados, luego de informar a los padres (*Anexo 5*).
- Pilotaje en 30 niños y niñas sorteadas pero que no formarán parte de la muestra.
- Talleres de repaso, ajuste teórico y de experiencia práctica entre los tesistas.
- Realización de cronograma de recolección, coordinación con los centros y subcentros de salud.
- Comunicación continua y asertiva con los directores, médicos, enfermeras, internas de nutrición y con los padres de los niños y niñas.
- Recolección de la información:
 - ✓ Se realizó durante las mañanas en el horario de 8h00 a 12h00.
 - ✓ Un miembro del equipo, (nutricionista), llenó con la madre, al momento de la evaluación, los datos de cada niño: fecha de nacimiento, edad en meses, sexo del niño o niña, migración, familia, cuidador y el nivel de instrucción del cuidador.

- ✓ Luego cada uno de los estudiantes tesistas interrogó al cuidador el cuestionario CEBQ (*Anexo 2*) interrogando a la madre. Tiempo por cada niño o niña 30 minutos.
- ✓ Los datos se colocaron en el formulario diseñado para la investigación.
- ✓ Los datos de cada formulario fueron revisados diariamente por los estudiantes tesistas, cuidando la calidad de la información.
- ✓ Los resultados inmediatos tras la aplicación de los formularios se comunicaron por a los padres o cuidadores sobre la conducta alimentaria de su hijo o hija. Esto por parte de médicos y nutricionistas.
- ✓ El proceso de evaluación se desarrolló durante 6 meses.

G.11 Aspectos Éticos:

- Antes de iniciar la investigación los padres firmaron los consentimientos informados de cada niño o niña que participó en la investigación, los familiares recibieron una copia del mismo (*Anexo 5*).
- Los niños y niñas que participaron en el estudio no fueron sometidos a riesgo ya que es un estudio observacional.
- Los niños y niñas se beneficiaron de una valoración de conducta alimentaria que les permitió determinar si es adecuada o no e iniciar un plan de intervención.
- La aceptación a participar fue voluntaria y se les indicó que pueden retirarse el momento que deseen.
- Se explicó el proceso de recolección de datos.
- El personal que participó en el estudio demostró calidad humana, solvencia ética, técnica y científica.
- Se garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.
- La investigación se desarrolló de acuerdo al diseño establecido en el protocolo.
- Los informes de las evaluaciones de los niños y niñas, aún más en el caso de los niños o niñas con conducta alimentaria inadecuada, se entregaron al a madre o cuidador utilizando una comunicación asertiva.
- Las responsables de la investigación y el equipo realizaron el trabajo de

campo evitando comentarios no pertinentes frente a los padres u otras personas; no se hicieron comparaciones con respecto a otros niños o niñas; se mantuvo la confidencialidad de la información de cada niño o niña.

- No se presentaron acontecimientos adversos durante la investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Manejo de los datos: los datos pre codificados fueron introducidos en formatos desarrollados en el sistema SPSS versión 18. Los pasos y las decisiones de análisis estadístico se narran a continuación:

1. Revisión de la calidad de la base de datos.
2. Identificación y solución de datos perdidos
3. Análisis descriptivo: medidas de frecuencia, de tendencia central y de distribución de acuerdo al tipo de variables.

Se caracterizó a la población infantil de la muestra en tablas con frecuencias y porcentajes por sexo, migración, familia, cuidador y nivel de instrucción del cuidador.

Se obtuvo la prevalencia de conducta alimentaria inadecuada con los Intervalos de Confianza del 95%.

4. Relación de Conducta Alimentaria Inadecuada y Factores Asociados con RP (Razón de probabilidad) y IC (Intervalo de confianza), Chi cuadrado $p < 0.05$. el valor del Chi cuadrado, no se incluyó en las tablas, pero se tomaron los resultados para la interpretación de las mismas.

H. RESULTADOS

Tabla 1.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según características demográficas. Cuenca 2013.

Característica	n=228	%=100
Edad		
1 a 2 años	92	40,4
2 años 1 mes a 5 años	136	59,6
Sexo		
Femenino	120	52,6
Masculino	108	47,4

—
X= 30,23 meses DE= 13,71 meses

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

El grupo de niños(as) entre los 2 años 1 mes y los 5 años de edad fueron los de mayor frecuencia con el 59,6%; la media de edad se ubicó en 30,23 meses siendo el sexo femenino el más numeroso con un 52,6%.

Tabla 2.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según características de la familia Cuenca 2013.

Característica	n=228	%=100
Tipo de familia		
Nuclear	140	61,4
No nuclear	88	38,6
Migración de padres		
Si	10	4,4
No	218	95,6

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La mayoría de los niños (61,4%) posee familia nuclear, mientras que el 38,6% familia no nuclear (monoparental, expandida). La prevalencia de migración de padres fue del 4,4%.

Tabla 3.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según características del cuidador. Cuenca 2013.

Característica	n=228	%=100
Tipo de cuidador		
Materno	189	82,9
No materno	39	17,1
Nivel de instrucción del cuidador		
Básica	84	36,8
Media	71	31,1
Ninguna	48	21,1
Superior	25	11

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

En el 82,9% de los casos el cuidador de los niños(as) fue la madre; mientras que el nivel de instrucción de mayor presentación en los cuidadores fue la instrucción básica con el 36,8%.

Tabla 4.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según resultado del cuestionario de conducta alimentaria, CEBQ. Cuenca 2013.

Resultado	n=228	%=100
Inadecuado	203	89
Adecuada	25	11%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Tras la evaluación de la conducta alimentaria de los niños(as) se estableció que el 89% de esta población posee un tipo de conducta inadecuada; el 11%% de esta población presentó conducta alimentaria adecuada.

Tabla 5.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según comportamientos que constituyen el cuestionario de conducta alimentaria, CEBQ. Cuenca 2013.

Componente	n=228	%=100
Respuesta a la saciedad		
Inadecuada	187	82
Adecuada	41	18
Respuesta a la comida		
Inadecuada	111	48,7
Adecuada	117	51,3
Sobre comer emocional		
Inadecuada	59	25,9
Adecuada	169	74,1
Comer poco emocional		
Inadecuada	5	2,2
Adecuada	223	97,8
Disfruta comer		
Inadecuada	113	49,6
Adecuada	115	50,4
Comer despacio		
Inadecuada	156	68,4
Adecuada	72	32,6
Rechazo a alimentos nuevos		
Inadecuada	1	0,4
Adecuada	227	99,6
Deseo de beber		
Inadecuada	151	66,2
Adecuada	77	33,8

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Los componentes evaluados por el cuestionario CEBQ tuvieron diferente comportamiento, la conducta alimentaria que presentó mayor puntaje inadecuado fue el de la respuesta a la saciedad con el 82% de niños; mientras que el componente rechazo a los alimentos nuevos resultó ser el menor porcentaje de conducta alimentaria inadecuada con un 0,4%.

Tabla 6.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo de conducta alimentaria inadecuada. Cuenca 2013.

Factor asociado	Conducta alimentaria					
	Inadecuado		Adecuado		RP (IC 95%)	P
	N	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	79	89,8	9	10,2	1,01 (0,9-1,1)	0,77
Nuclear	124	88,6	16	11,4		
Sexo						
Femenino	108	90	12	10	1,02 (0,9-1,1)	0,62
Masculino	95	88	13	12		
Cuidador						
No materno	36	92,3	3	7,7	1,04 (0,9-1,1)	0,47
Materno	167	88,4	22	11,6		
Migración						
Presente	10	100	0	0	1,1(1,07-1,18)	0,25
Ausente	193	88,5	25	11,5		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	44	91,7	4	8,3	1,03 (0,9-1,14)	0,51
Adecuado	159	88,3	21	11,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

En los niños y niñas que conviven en familias no nucleares la prevalencia de conducta alimentaria inadecuada fue del 89,8% en comparación del 88,6% en familias nucleares; la diferencia porcentual es mínima; y no fue estadísticamente significativa; p de 0,77. El sexo femenino fue el de mayor afectación con conductas alimentarias inadecuadas; en éste se presentó una prevalencia del 90% sin embargo el sexo masculino también presentó prevalencia elevada de este tipo de trastorno con un 88%; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas; p de 0.62. La prevalencia de conducta alimentaria inadecuada fue mayor en niños y niñas con cuidadores no maternos con el 92,3%; el 100% de los menores con migración familiar presentaron conducta alimentaria inadecuada. Colocando como factor de riesgo a los cuidadores con un ningún nivel de instrucción Inadecuado se encontró que la prevalencia de conducta alimentaria inadecuada es mayor en esta población.

Tabla 7.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo de respuesta a la saciedad inadecuada. Cuenca 2013.

Factor asociado	Respuesta a la saciedad					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	N	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	68	77,3	20	22,7	0,9 (0,7-1,03)	0,13
Nuclear	119	85	21	15		
Sexo						
Femenino	100	83,3	20	16,7	1, 03 (0,7-1,5)	0,58
Masculino	87	80,6	21	19,4		
Cuidador						
No materno	31	79,5	8	20,5	0,9 (0,8-1,1)	0,65
Materno	156	82,5	33	17,5		
Migración						
Presente	8	80	2	20	0,9 (0,7-1,3)	0,86
Ausente	179	82,1	39	17,9		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	37	77,1	11	22,9	0,9 (0,7-1,09)	0,31
Adecuado	150	83,3	30	16,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La conducta alimentaria inadecuada con respecto a la respuesta a la saciedad fueron mayores en los siguientes grupos: familia nuclear 85%; sexo femenino 83,3%; cuidador materno 82,5%, sin migración familiar 82,1% y en niños con cuidadores adecuados 83,3%.

Sin embargo en ninguna de las variables las diferencias fueron estadísticamente significativas; con valor de p para tipo de familia 0,13; sexo 0,58; cuidador 0,65; migración 0,86 y nivel de instrucción del cuidador 0.31.

Tabla 8.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo de respuesta inadecuada a la comida. Cuenca 2013.

Factor asociado	Respuesta a la comida					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	n	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	49	55,7	39	44,3	1,2 (0,9-1,6)	0,09
Nuclear	62	44,3	78	55,7		
Sexo						
Femenino	65	54,2	55	45,8	1,2 (0,9-1,6)	0,08
Masculino	46	42,6	62	57,4		
Cuidador						
No materno	21	53,8	18	46,2	1,1 (0,8-1,5)	0,47
Materno	90	47,6	99	52,4		
Migración						
Presente	5	50	5	50	1,02 (0,5-1,9)	0,93
Ausente	106	48,6	112	51,4		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	24	50	24	50	1,03 (0,7-1,4)	0,83
Adecuado	87	48,3	93	51,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La prevalencia de respuesta inadecuada a la comida fue mayor en los considerados factores de riesgo es decir familia no nuclear (55,7%; valor de p 0,09), sexo femenino (54,2%; valor de p 0,08); cuidador no materno (53,8% valor de p 0,47; migración 50% valor de p 0,93 y con cuidador de nivel de instrucción inadecuado 50% chi cuadrado 0,83).

Ninguna razón de prevalencia fu estadísticamente significativa.

Tabla 9.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo para conducta alimentaria comer demasiado por causa emocional. Cuenca 2013.

Factor asociado	Sobre comer emocional					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	n	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	30	34,1	58	65,9	1,6 (1,06-2,5)	0,02
Nuclear	29	20,7	111	79,3		
Sexo						
Femenino	35	29,2	85	70,8	1,3 (0,8-2)	0,23
Masculino	24	22,2	84	77,8		
Cuidador						
No materno	14	35,9	25	64,1	1,5 (0,9-2,4)	0,11
Materno	45	23,8	144	76,2		
Migración						
Presente	1	10	9	90	0,3 (0,05-2,4)	0,24
Ausente	58	26,6	160	73,4		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	15	31,3	33	68,8	1,2 (0,7-2)	0,33
Adecuado	44	24,4	136	75,6		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Los niños que pertenecen a familias no nucleares tienen 1,6 veces más riesgo de conducta alimentaria inadecuada en lo referente a sobre comer demasiado por causa emocional en comparación con los niños de familias nucleares (p significativa)

Los demás factores de riesgo no se asociaron con conducta inadecuada.

Tabla 10.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo para conducta alimentaria comer poco por causa emocional. Cuenca 2014.

Factor asociado	Comer poco emocional					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	n	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	3	3,4	85	96,6	2,3 (0,4-13,9)	0,32
Nuclear	2	1,4	138	98,6		
Sexo						
Femenino	3	2,5	117	97,5	1,3 (0,2-7,9)	0,73
Masculino	2	1,9	106	98,1		
Cuidador						
No materno	2	5,1	37	94,9	3,2 (0,5-18,6)	0,16
Materno	3	1,6	186	98,4		
Migración						
Presente	1	10	9	90	5,4 (0,6-44,4)	0,08
Ausente	4	1,8	214	98,2		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	2	4,2	46	95,8	2,5 (0,4-14,5)	0,29
Adecuado	3	1,7	177	98,3		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Ninguno de los factores de riesgo se comportó estadísticamente significativo en relación a la conducta alimentaria al comer poco por causa emocional. Con valores de por debajo de 0,05. Lo que implica que no hay relación significativa para desarrollar una conducta alimentaria inadecuada en la población.

Tabla 11.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo para conducta alimentaria al disfrutar de comer. Cuenca 2013.

Factor asociado	Disfruta de comer					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	n	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	44	50	44	50	1,01 (0,7-1,3)	0,91
Nuclear	69	49,3	71	50,7		
Sexo						
Femenino	57	47,5	63	52,5	0,9 (0,7.1,1)	0,51
Masculino	56	51,9	52	48,1		
Cuidador						
No materno	15	38,5	24	61,5	0,7 (0,4-1,1)	0,12
Materno	98	51,9	91	48,1		
Migración						
Presente	5	50	5	50	1 (0,3-3,4)	0,97
Ausente	108	49,5	110	50,5		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	23	47,9	25	52,1	0,9 (0,5-1,5)	0,79
Adecuado	90	50	90	50		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Las conductas alimentarias inadecuadas en el componente del test referente al disfrutar al comer observamos que la prevalencia de este comportamiento inadecuado fue mayor en los niños con familia nuclear y que presentaron migración.

Ningún factor de riesgo fue estadísticamente significativo (valor de p no significativo).

Tabla 12.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo para la conducta alimentaria de comer despacio. Cuenca 2013.

Factor asociado	Comer despacio					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	n	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	55	62,5	33	37,5	0,8 (0,7-1,04)	0,127
Nuclear	101	72,1	39	27,9		
Sexo						
Femenino	79	65,8	41	34,2	0,9 (0,7-1,1)	0,37
Masculino	77	71,3	31	28,7		
Cuidador						
No materno	26	66,7	13	33,3	0,9 (0,7-1,2)	0,79
Materno	130	68,8	59	31,2		
Migración						
Presente	7	70	3	30	1 (0,6-1,5)	0,91
Ausente	149	68,3	69	31,7		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	33	68,8	15	31,3	1 (0,8-1,2)	0,95
Adecuado	123	68,3	57	31,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Para el componente del test que hace referencia a comer despacio, encontramos que las conductas inadecuadas sobre este tema son más prevalente en niños con familia nuclear, de sexo femenino, con cuidador materno, con migración familiar y con un cuidador cuyo nivel de instrucción fue inadecuado.

Ningún factor de riesgo presento significancia estadística y los valores de chi cuadrado calculados fueron los siguientes: tipo de familia 2,32; sexo: 0,78; cuidador 0,06; migración 0,012 y nivel de instrucción del cuidador 0,003.

Tabla 13.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo para conducta alimentaria de rechazo a alimentos nuevos. Cuenca 2013.

Factor asociado	Comer despacio					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	n	%	n	%		
Tipo de familia						
No nuclear	0	0	88	100	ND	0,42
Nuclear	1	0,7	139	99,3		
Sexo						
Femenino	1	0,8	119	99,2	ND	0,34
Masculino	0	0	108	100		
Cuidador						
No materno	0	0	39	100	ND	0,64
Materno	1	0,5	188	99,5		
Migración						
Presente	0	0	10	100	ND	0,83
Ausente	1	0,5	217	99,5		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	0	0	48	100	ND	0.60
Adecuado	1	0,6	179	99,4		

ND= No determinada

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La prevalencia de conducta inadecuada sobre el rechazo a alimentos nuevos es baja (1 caso) lo que condiciona la obtención de la Razón de Prevalencia (RP) por presencia de celdas con frecuencia cero.

El único caso de esta conducta se presentó en niños con familia nuclear, sexo femenino, con cuidador materno, sin migración familiar y con cuidador con un nivel de instrucción adecuado. Ningún factor de riesgo se asoció con la presentación de esta conducta con valores de chi cuadrado: tipo de familia 0,63; sexo: 0,904; cuidador 0,2; migración 0,04 y nivel de instrucción del cuidador 0,26.

Tabla 14.

Distribución de 228 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública según factores de riesgo para conducta alimentaria de deseo de beber. Cuenca 2014.

Factor asociado	Deseo de beber					
	Inadecuada		Adecuada		RP (IC 95%)	P
	n	%	N	%		
Tipo de familia						
No nuclear	62	70,5	26	29,5	1,1(0,9-1,3)	0,28
Nuclear	89	63,6	51	36,4		
Sexo						
Femenino	78	65	42	35	0,9 (0,7-1,1)	0,67
Masculino	73	67,6	35	32,4		
Cuidador						
No materno	29	74,4	10	25,6	1,1 (0,9-1,4)	0,23
Materno	122	64,6	67	35,4		
Migración						
Presente	7	70	3	30	1 (0,6-1,6)	0,79
Ausente	144	66,1	74	33,9		
Nivel de instrucción del cuidador						
Inadecuado	36	75	12	25	1,1 (0,9-1,4)	0,14
Adecuado	115	63,9	65	36,1		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La conducta inadecuada del deseo de beber fue mayor en niños de familia nucleares, varones, con cuidadores no maternos, que presentaron migración familiar y cuyo cuidador presento un nivel de educación inadecuado; ninguno de los factores de riesgo fue estadísticamente significativo.

Los valores de chi cuadrado calculados fueron: tipo de familia 1,14; sexo: 0,17; cuidador 1,39; migración 0,06 y nivel de instrucción del cuidador 2,09.

COMPROMISO

Al final de la valoración nutricional de cada niño y niña, como un compromiso hacia los padres y cuidadores que participaron en nuestra investigación, se dio una explicación completa sobre el estado nutricional de los niños y niñas encuestados, y recomendaciones de cómo mejorar las conductas inadecuadas y en riesgo, además se dio a conocer el valor nutricional de los alimentos y la dieta adecuada para cada niño/niña, según su edad y requerimientos nutricionales, esto por parte de las nutricionistas y médicos que formaron parte de los equipos de investigación.

DISCUSIÓN

Los múltiples aspectos relacionados con el desarrollo de la conducta alimentaria están fuertemente moldeados por el aprendizaje y las experiencias tempranas del niño. Durante los primeros años de vida, padres e hijos comparten el control de la alimentación y es el único período en el desarrollo del niño en que la ingestión de alimentos responde a un estado fisiológico de depleción: el hambre (37).

Con el uso del cuestionario de conducta alimentaria, CEBQ; se estableció en una población de 228 niños y niñas de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública una prevalencia de conducta alimentaria inadecuada del 89%; al respecto son variadas las prevalencias de este tipo de trastornos.

Osorio y colaboradores (4) mencionan que “en los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conducta alimentaria inadecuada (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa)”. Bajo esta premisa, observamos que en nuestra población la conducta alimentaria inadecuada prevalecen; colocando a los niños y niñas de nuestro Cantón en riesgo potencial de malos hábitos alimenticios con los perjuicios en la vida adulta.

Sánchez (37) menciona que los múltiples aspectos relacionados con el desarrollo de la conducta alimentaria están fuertemente moldeados por el aprendizaje y las experiencias tempranas del niño; reforzando lo mencionado anteriormente la población en estudio es una población que refleja grandes falencias y conducta alimentaria inadecuada, aumentando el riesgo de patologías presentes y futuras.

En lo referente a los factores de riesgo; el tipo de estructura familiar no nuclear presentó mayor prevalencia de conducta alimentaria inadecuada encontramos que

el tipo familiar no influye en la aparición de conducta alimentaria inadecuada RP 1,01 (IC 95% 0,9-1,1); porcentualmente las familias no nucleares presentaron mayor prevalencia de conducta alimentaria inadecuada (89,8%) en comparación con las familias nucleares. Gómez (38) menciona que “el contexto familiar, según el estrato socioeconómico, también juega un papel importante en este asunto, pues las experiencias tempranas con la comida, y en especial las prácticas alimentarias de los padres, tienen fundamental valor en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos”.

En nuestra población, las diferencias porcentuales entre los distintos tipos de familia no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$) sin embargo coloca en alerta sobre los posibles riesgos para los niños de conducta alimentaria inadecuada en familias no nucleares.

Por último, Domínguez y colaboradores (13) exponen que “los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos”.

Tomando en consideración lo mencionado por estos autores, el tipo de cuidador parece también jugar un papel preponderante en este tema; en nuestro estudio los niños que presentaron un cuidador no materno presentaron mayor prevalencia de conducta alimentaria inadecuada; 92,3% en comparación con niños cuidados por sus madres; Johannsen y colaboradores (39) estudiaron la influencia de los progenitores sobre la conducta alimentaria y el peso de sus hijos usando los cuestionarios TFEQ y CFQ, y encontraron que las madres ejercen una fuerte influencia sobre el peso de sus hijos y son más conscientes respecto de su conducta alimentaria. Por el contrario, los padres ejercieron principalmente un rol

impositivo sobre las prácticas alimentarias de sus hijos. La influencia de los progenitores sobre sus hijos mostró importantes diferencias según el género del hijo, por lo que los autores sugieren que tanto los padres como las madres deben ser incluidos en futuros estudios sobre las prácticas de alimentación y peso infantil.

Aunque en nuestro estudio no se demostró estadísticamente la influencia negativa de los cuidadores no maternos en la conducta alimentaria inadecuada de los niños; es evidente que en la práctica diaria esta relación es cierta; y lo refuerza el estudio mencionado.

El nivel de instrucción del cuidador tampoco se asoció con conducta alimentaria inadecuada; sin embargo porcentualmente éstas son mayores en niños con cuidadores de un nivel de instrucción inadecuado (ninguno); un estudio realizado por el Dr. Guirado, demuestra que el nivel de instrucción paterno parece no influir en el estado nutricional de sus hijos, mientras que por el contrario se observó que de la mujer sí. Por lo tanto dicho estudio mostró una mayor tasa de mal nutrición en aquellos niños que tienen madres con bajo nivel de instrucción. He aquí la necesidad de llegar al cuidador del niño (por lo general de la madre) con la información adecuada (34).

Otro estudio, realizado por Rodríguez en el 2008 en el centro de salud Eva Perón de Argentina encontró que los niños cuyas madres tienen estudios secundarios o terciarios tienden a un mejor desarrollo (35) por ende una mejor conducta alimentaria; es evidente que un nivel de instrucción superior de los cuidadores podría traer beneficios a los niños; pues estos poseerían mayores elementos de juicio para guiar y/o corregir las conductas alimentarias de la población infantil.

Aunque la prevalencia de migración en nuestra población fue baja (10 casos) el 100% de los niños con familia migrante presentó alteraciones de la conducta alimentaria; Mora y colaboradores (40) mencionan que los procesos migratorios se asocian a modificaciones en los hábitos alimentarios que influyen en el estado nutricional de los individuos. Estos cambios pueden tener diferentes consecuencias en función de las circunstancias y los condicionantes socioculturales sobre todo en el caso de niños que aún no han concluido su etapa de crecimiento y desarrollo.

En nuestra población, la conducta alimentaria inadecuada al parecer hacen referencias más que a la adquisición de nuevos hábitos a la falta de los progenitores y la adquisición de esta responsabilidad hacia terceros como tíos, abuelos, etc. lo que como hemos visto recaen en la categoría de cuidadores no maternos con los riesgos que hemos revisado.

Un estudio descriptivo de Aguilar y colaboradores, realizado en la ciudad de México en el año 2008 a través de encuestas, indica que la migración produce dificultades de pareja, problemas académicos y de conducta alimentaria en los niños. (23) Debido a que los cuidadores no están claros en los objetivos de crianza y formación de la conducta alimentaria.

El sexo femenino fue el más afectado por conducta alimentaria inadecuada con el 90%; el sexo masculino presentó un 88%; no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo de los niños y la presentación de conducta alimentaria inadecuada; el sexo ha estado asociado a la frecuencia de problemas de conducta alimentaria, algunos estudios indican que es más frecuente en hombre que en mujeres (26) (27). Sin embargo el estudio de Montiel Nava (Maracaibo Venezuela en el 2007) demuestra que no existen diferencias porque la conducta alimentaria está relacionada más con el género (conductas expresadas por sexo de acuerdo al patrón cultural del medio) con el sexo (28).

El desarrollo de la conducta alimentaria, de sus trastornos y del estado nutricional no puede ser entendido en forma aislada del entorno sociocultural y económico, ni enfrentarse de la misma forma en las distintas sociedades y culturas, pues existen grandes particularidades derivadas de cada uno de estos factores. Dado que el medio ambiente, los padres y los niños están en interacción recíproca y permanente, la alteración de una de las partes afecta a las otras, explicando así la adquisición de trastornos en el desarrollo.

CONCLUSIONES

- Se estudiaron 228 niños de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública con una media de edad de 30,23 meses y un DE= 13,71 meses, en el 52,6% de la población fue de sexo femenino.
- La mayoría de los niños (61,4%) posee familia nuclear, mientras que el 38,6% familia no nuclear (monoparental, expandida). La prevalencia de migración de padres fue del 4,4%.
- Tras la evaluación de la conducta alimentaria de los niños se estableció que el 89% de esta población posee un tipo de conducta inadecuada; el 11% de esta población presentó conducta alimentaria adecuada.
- Los componentes evaluados por el cuestionario CEBQ tuvieron diferente comportamiento, el componente que más puntajes inadecuados presentó fue el de la respuesta a la saciedad con el 82% de niños con respuesta inadecuada; mientras que el componente de rechazo a los alimentos nuevos resultó con el menor porcentaje de comportamientos inadecuados con un 0,4%. Además los niños que pertenecen a familias no nucleares tienen 1,6 veces más riesgo de conducta alimentaria inadecuada en lo referente a sobre comer demasiado en comparación con los niños de familias nucleares (p significativa).
- Los factores de riesgo en estudio presentaron los siguientes estadísticos en relación a una conducta alimentaria inadecuada; tipo de familia no nuclear RP 1,01 (IC 95% 0,9-1,1); sexo femenino RP 1,02 (IC 95% 0,9-1,1); cuidador no materno RP 1,04 (IC 95% 0,9-1,1); niños con migración 1,1(IC 95% 1,07-1,18) y niños con cuidador con un nivel inadecuado de instrucción 1,03 (IC 95% 0,9-1,14).
- Ninguno de los factores de riesgo se asoció con conducta alimentaria inadecuada ($p>0,05$) y valores de chi cuadrado no significativos.

RECOMENDACIONES

- La conducta alimentara inadecuada juegan un papel importante en el desarrollo de los niños y niñas; en este estudio se demuestra que su prevalencia es mayor y se asocia a ciertos factores por lo que la población afectada con estos factores debe ser considerada en riesgo.
- La prevalencia de conducta alimentaria inadecuada es elevada; se recomienda difundir los resultados a las instituciones participantes para plantear soluciones intervencionistas.
- Continuar con nuevos estudios sobre la temática.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gómez L. Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación.CCAP.Volumen7.Número4.Disponible en:http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_7_vin_4/PrecopVol7N4_5.pdf
2. Arce León A., Claramunt M., Educación para la salud como tema transversal en el sistema educativo costarricense. Costa Rica 2009. pp: 14. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/mep.pdf>
3. Camacho R E., Gordillo S L., Macias M A., Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2013 Feb 11] ; 39(3): 40-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07177518201200030006&lng=e
4. Ministerio de salud Pública, FUNBBASIC/IBFAN, Informe Nacional. Quito, Mayo.2009. Disponible en: <http://www.worldbreastfeedingtrends.org/report/WBTi-Ecuador-2008.pdf>
5. Plan Nacional para el Buen Vivir: Derechos a la Supervivencia (Derechos Sociales),pp:20092013.[Acceso:20/07/13]Disponible en:<http://plan.senplades.gob.ec/web/guest/resumen17>
6. Arnaz Mabel G., Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública Méx.* 2007, vol.49, n.3, pp. 236-

242. Disponible en
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342007000300009&script=sci_arttext
7. Claire V., Farrow, Faye Powel., C., Meyer C., Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices y behaviours. 2011. pp 683-692.
8. Santos et al., Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children, Nutrition, Journal, Chile 2011. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-2891-10-108.pdf>
9. Carnell, S., & Wardle, J., Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. (2009) *Appetite*, 48, 104-113
10. Blissett J., Farrow C, Haycraf E, Meyer C, Powell F, Relationships between temperament and eating behaviours in young childrens a Loughborough, United King, disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666311000560>
11. Quintero A. Diccionario Especializado en familia y género. Buenos Aires: Lumen, 2009.
12. Galiano S., Moreno J., La comida en familia: algo más que comer juntos. Madrid.2008; 64(11):554-558 pp: 554-558. Disponible en
<http://www.gastroinf.com/SecciNutri/NUTRICI%C3%93N%20INFANTIL%2064%2811%29.pdf>
13. Domínguez Vásquez P., Olivares S., Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Chile Disponible en:
http://www.captura.uchile.cl/jspui/bitstream/2250/6966/1/Dominquez_p.pdf
14. Farré R. Alimentación y nutrición contemporáneas: realidad y futuro. En: Salas-Salvadó J. La alimentación y la nutrición a través de la historia. Barcelona: Glosa,2010. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/index.html
15. Health care for children of farmworker families. American Academy of Pediatrics 2009; 95: 952-953. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/77612323#>
16. Faye C. Powell, Claire V. Farrow, Caroline Meyer, Food avoidance in children.

- The influence of maternal feeding practices and behaviours Lough borough, UK 2011. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666311005551>
17. Murillo A, Rodríguez S, Conocimientos, Actitudes y Prácticas de madres de escolares con respecto a los frijoles, *Agronomía mesoamericana* 15(3): pp: 277-289. 2010. Disponible en http://redsicta.org/PCCMCA/Frijol/Nutricion/v15n3_p277%20%28Murillo%29.pdf
18. Pérez Testor C. Definición de familia: Una Visión del Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. *La Revue du REDIF*, 2008, Vol 1, pp 9-13. Disponible en <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Barcelona.pdf>
19. Carro, C, Donos, I y Muela, A. *Sistemas Familiares: centros de protección de derechos*. Quito Ecuador: MIES INFA, 2010.
20. Gordon, I y Feldema R. Synchrony in the triad: a microlevel process model of coparenting and parent-child interactions. *Fam, Proc*, 2008; pp: 465- 479.
21. Plan Nacional para el Buen Vivir: Derechos a la Supervivencia (Derechos Sociales), pp: 2009-2013. [Acceso:20/07/13] Disponible en: <http://plan.senplades.gob.ec/web/guest/resumen17>
22. Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes del Ecuador. Percepciones de niños, niñas y adolescentes sobre el hecho migratorio en el Sistema Educativo Formal. Quito: SJRM, 2009. Disponible en: <http://www.sjrmecuador.org.ec/portal/files/Estudio%20Percepciones%20de%20ONNA%20y%20migraci%C3%B3n.pdf>.
23. Ministerio de salud Pública, FUNBBASIC/IBFAN, Informe Nacional. Quito, Mayo. 2009. Disponible en <http://www.worldbreastfeedingtrends.org/report/WBTi-Ecuador-2008.pdf>
24. Organización de Naciones Unidas (ONU). Reporte de Migración Internacional (documento ESA/P/WP.178) de la división de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU. Las migraciones en el contexto actual. Disponible en: <http://www.unpopulation.org>

- 25.CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros. CEPAL. Chile. 2011.
- 26.Aguilar J, Peralta E, Romero E, Vargas J,. Migración, Salud Mental y disfunción familiar III. Centro Regional de Investigación en Psicología (México), 2008; 2: 67-70. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/33_migracion_salud_mental_disfuncion_familiar.pdf
- 27.Bowlby J. Los cuidados maternos y salud mental, OMS, Washington 2012.
- 28.Bentacourt M, Rodríguez G. Rueda G. Interacción Madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos de comportamiento. Redalyc. Colombia, 2007; vol 48,(3): pp 261-276. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231018668007>
- 29.Anzid K., López N., Mora A., et al. Influencia de la migración en el estado nutricional y comportamiento alimentario de adolescentes marroquíes residentes en Madrid (España). Disponible en: <https://medes.com/publication/78018>
- 30.Galiano M.J., Moreno J.M. El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Rev Pediatric Aten Primaria. Madrid 2006; 8 Supl:SII-25. Disponible en <http://www.pap.es/files/1116-525-pdf/550.pdf>
- 31.Pineda, D., Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. REV NEUROL (Colombia) 2012; 32:1-6. Disponible en: http://neurociencias.udea.edu.co/es/research/cognitive/publications/download_pdf/14
- 32.Wessterlund, J. The Conners 10 item scale: finding in total a population of Swedish 10- 11 year old children.: Acta Pediátrica (Sweden) 2008; págs. 828-833.
- 33.Montiel B, Montiel N, Peña J. Presentación clínica del trastorno por déficit atencional-hiperactividad como función de género.Invest.clin (Venezuela), 2009, Vol. 48.

34. Algunas definiciones de cuidador. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador_conceptos.htm
35. Rodriguez G. Tipo de vínculo madre/hijo y desarrollo intelectual sensoriomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. Interdisciplinaria 2008; 23 (2): 175- 201. Disponible en: http://www.scielo.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-7027200003&lng=es&nrm=iso>
36. Kremers S PJ, Sleddens E FC, Thijs C. The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2008. Disponible en: <http://www.ijbnpa.org/content/5/1/>
37. Black M, Hurley K. Infant nutrition. In: Wachs T (ed.). Handbook on Infant Development. Volume 2: Applied and Policy Issues. 2nd ed. NY: Wiley-Blackwell; 2011. p. 33-61.
38. Kremers S PJ., Sleddens E FC, Thijs C. The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2008. Disponible en: <http://www.ijbnpa.org/content/5/1/>
39. Castillo C., Sánchez S, Alteraciones de la conducta alimentaria en lactantes chilenos, de acuerdo a estrato socioeconómico. Chile. Dic [citado 2014 Ene 06] 2008; 58(4): 357-362. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000400006&lng=es.
40. Johannsen D, Johannsen N, Specker B. Influence of parents eating behaviors and child feeding practices on childrens weight status. Obesity 2009; 14: 431-439.
41. Huiracocha, Lourdes, Factores asociados a problemas de conducta en preescolares. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2011; vol 31(°2):36.

CRONOGRAMA.

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES						RESPONSABLES
	1	2	3	4	5	6	
Presentación y aprobación del protocolo	✓						Priscila Victoria Reinoso Murillo
Elaboración del marco teórico		✓					
Revisión de los instrumentos de recolección de datos		✓					
Plan piloto		✓					Julieta Estefanía Siguencia San Martín
Recolección de los datos			✓	✓	✓		
Análisis e interpretación de los datos						✓	Daniela Soledad Tigre Cuenca
Elaboración y presentación de la información						✓	
Conclusiones y recomendaciones						✓	
Elaboración del informe						✓	

RECURSOS

Recursos Humanos directos:

Autores: Priscila Victoria Reinoso Murillo- Julieta Estefanía Siguencia San Martín- Daniela Soledad Tigre Cuenca

Directora: Dra. Lourdes Huiracocha Tutivén

Asesor: Designado por la Comisión de Asesoría de Trabajos de Investigación

Recursos Humanos Indirectos:

Médicos, enfermeras e internas de los centros de salud pública de Cuenca, colaborarán en la recolección de datos, valoración e interpretación de la conducta alimentaria y factores asociados.

MATERIALES:

Descripción	Número
Computador	2
Servicio de Internet	1
Software Nutricional	2
Software Estadísticos	2
Insumos de oficina	
• Copias (pongan según el número de su muestra)	250
• Hojas de papel blancas formato A4	250
• Carpetas	250
• Impresora	1

COSTOS:

Descripción	Valor
Servicio de Internet	180
Insumos de oficina	
• Copias del formulario de recolección de datos	30
• Hojas de papel blancas formato A4	20
• Carpetas	70
• Cartuchos de tinta para impresora	100
Transporte	200
Recolección de datos y logística	200
Total:	800

- Costos que las estudiantes tesistas de la escuela de Medicina cubrirán en tres partes iguales en efectivo, según los gastos así lo requieran.

ANEXOS

ANEXO 1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Características fenotípicas	Fenotipo	Fenotipo	Cualitativa nominal 1. Masculino 2. Femenino
Edad	Años o meses cumplidos desde el nacimiento.	Lactante Preescolar	Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. La etapa preescolar, es un período que se inicia alrededor de los 2 años y se prolonga hasta los 5 años, constituyendo el final de la primera infancia.	Cualitativa ordinal: 1 a 2 años de edad 2 años 1 mes a 5 años.
Migración	Cuando la madre, el padre o los dos se alejan del niño y no pueden brindar el cuidado familiar		Madre o padre o los dos ausentes por vivir en otra área	Cualitativa nominal 0. Si 1. No
Tipo de familia	Estructura familiar dada por el tipo de miembros que la conforman		Los miembros de la familia 1. Nuclear: padre, madre e hijos 2. Monoparental: el padre o la madre y los hijos 3. Expandida: miembros de más de dos generaciones	Cualitativa nominal: 1. Nuclear 2. Monoparental 3. Expandida
Familia no nuclear	Estructura familiar no típica		La familia tiene una estructura diferente a la constituida por los dos padres y los	Cualitativa nominal: 0. No nuclear 1. Nuclear

			hijos	
Nivel de Instrucción del cuidador.	Persona que cuida al niño que cumple con educación básica,		Ultimo año de educación culminado	Cualitativo ordinal <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Básica 2. Media 3. Superior
Tipo de cuidador familiar	Persona que vive con el niño, satisface las necesidades de atención, afecto y otros en el hogar.		Persona que suministra la atención en las necesidades básicas, afecto y otros.	Cualitativa nominal: <ol style="list-style-type: none"> 1. Madre 2. Padre 3. Abuela/o 4. Tía/o 5. Otros
Cuidador no materno	Cuidado en la familia no propiciado por la madre sino por otro miembro de la familia		Persona que cuida al niño en la familia.	Cualitativa ordinal <ol style="list-style-type: none"> 0. Cuidador no materno 1. Cuidador materno
Conducta Alimentaria	Comportamiento adecuada relacionado con: hábitos de alimentación, selección de alimentos que se ingieren, preparaciones culinarias y cantidades ingeridas.	Nutricional Psicológica	Cuestionario CEBQ: Cuando la puntuación aplicada de las respuestas es > a 2DS: Tres subes calas tienen un enfoque positivo: SCE, DC,DB Cuatro sub escalas tiene un enfoque negativo: RAN, CEP, CD, RS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. RAN: rechazo a alimentos nuevos: (FF) 2. SCE: Come demasiado por causa emocional: (EOE) 3. CPE: come poco por causa emocional: (EUE) 4. DC: Disfruta de comer: (EF) 5. RS: respuesta a la saciedad: (SR) 6. DB: deseo de beber: (DD) 7. CD: Come despacio: (SE) 8. RC: Respuesta a la comida: (FR)

Anexo 2

Formulario No:

Nombre del Niño: Centro de Salud:

Cuestionario para padres o madres de niños de 1 a 5 años de edad que evalúa el comportamiento al comer (CEBQ)

Por favor lea las siguientes oraciones y marque en el casillero más apropiado de acuerdo al comportamiento de su hijo al comer.

	Nunca 1	Rara vez 2	A veces 3	A Menudo o 4	Siempre 5
1.Mi hijo ama la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Mi hijo come más cuando está preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Mi hijo tiene un gran apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Mi hijo termina su comida rapidísimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Mi hijo tiene interés en comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Mi hijo todo el tiempo quiere tomar líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Mi hijo inicialmente se niega a alimentos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Mi hijo come despacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Mi hijo come menos cuando está enojado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Mi hijo disfruta con las nuevas comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Mi hijo come menos cuando está cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Mi hijo siempre está preguntando por comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Mi hijo come más cuando está enojado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Si lo permito mi hijo comería demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Mi hijo come más cuando está ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Mi hijo disfruta de una gran variedad de comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Mi hijo deja comida en su plato al final de una comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.Mi hijo se toma más de 30 minutos para finalizar una comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca 1	Rara vez 2	A veces 3	A menudo 4	Siempre 5
19.Cuando le dejo elegir mi hijo come la mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Mi hijo espera la hora de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Mi hijo se siente lleno antes de finalizar la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Mi hijo disfruta de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Mi hijo come más cuando está feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Es difícil complacer a mi hijo con las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Mi hijo come menos cuando está alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Mi hijo se llena con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.Mi hijo come más cuando no tiene nada que hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Incluso si mi hijo está lleno busca un espacio para comer su comida favorita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.Si le doy la oportunidad mi hijo bebe continuamente durante todo el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.Mi hijo no puede comer una comida si no ha comido antes un refrigerio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Si le doy la oportunidad mi hijo siempre puede estar tomando líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.Mi hijo se interesa en probar comidas que antes no probó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.Mi hijo decide si no le gusta un alimento incluso sin probarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.Si le doy la oportunidad mi hijo siempre tiene comida en su boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.Mi hijo durante el transcurso de la comida come más y más lentamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	Abuela/o	<input type="text"/>
3	Tía/o	<input type="text"/>
4	Otros	<input type="text"/>

2	Media	<input type="text"/>
3	Superior	<input type="text"/>

7. Tipo de familia:

1.Nuclear ☐ 2.Monparental ☐ 3.Expandida ☐

8. Familia no nuclear:

0.No Nuclear ☐ 1. Nuclear ☐

9. Migración:

1. Si
2. No

C. DATOS DEL CUESTIONARIO CEBQ

1. Conducta alimentaria:

Respuesta a la saciedad (RS):

- 0 Se llena con muy poco y come menos: definitivo (+2DS: 4,22)
1 Se llena con muy poco y come menos: riesgo (+1DS: 3,58)
2 No se llena con lo que necesita su cuerpo y come más: definitivo (-2DS: 1,66)
3 No se llena con lo que necesita su cuerpo y come más: riesgo (-1DS: 2,3)
4 Respuesta a la saciedad adecuada (promedio: 2,94)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Respuesta a la comida (RC):

- 0 Come mucho: definitivo (+2DS: 3,48)
1 Comer mucho: riesgo (+1DS: 2,84)
2 Come poco y no responde a las señales externas de comida: definitivo (-2DS: 0,92)
3 Come poco y no responde a las señales externas de comida: riesgo (-1DS:1,56)
4 Respuesta a la comida (señales externas) adecuada (promedio: 2,20)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Sobre comer emocional (SCE):

- 0 Come mucho cuando tiene un estado emocional negativo: definitivo (+2DS: 2,9)
1 Come mucho cuando tiene un estado emocional negativo: riesgo (+1DS: 2,31)
2 Conducta adecuada para comer (promedio: 1,72)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Comer poco emocional (CPE):

- 0 Come menos cuando tiene un estado emocional negativo: definitivo (+2DS: 4,56)
1 Come menos cuando tiene un estado emocional negativo: riesgo (+1DS: 3,66)
2 Conducta adecuada para comer (promedio: 2,76)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Disfruta de comer (DC):

- 0 Le encanta comer: definitivo (+2DS: 5,22)
1 Le encanta comer: riesgo (+1DS: 4,54)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

- 2 Tiene poco apetito y no le gusta comer: definitivo (-2DS: 2,5)
- 3 Tiene poco apetito y no le gusta comer: riesgo (-1DS: 3,18)
- 4 Disfruta adecuada de comer (promedio: 3,86)

Comer despacio (CD):

- 0 Come muy despacio: definitivo (+2DS: 4,58)
- 1 Come muy despacio: riesgo (+1DS: 3,75)
- 2 Come muy rápido: definitivo (-2DS: 1,26)
- 3 Come muy rápido: riesgo (-1DS: 2,09)
- 4 Come a un ritmo adecuada (promedio: 2,92)

Rechazo a alimentos Nuevos (RAN):

- 0 Es selectivo: definitivo (+2DS: 4,32)
- 1 Es selectivo: riesgo (+1DS: 3,51)
- 2 No rechaza a alimentos nuevos (promedio: 2,70)

Deseo de beber:

- 0 Toma muchos líquidos: definitivo (+2DS: 4,44)
- 1 Toma muchos líquidos: riesgo (+1DS: 3,48)
- 2 Tiene un deseo adecuada de beber (promedio: 2,52)

2. Desarrollo psicomotriz (con AIEPE):

- 0 Retraso del
DPS
- 1 Sospecha
- 2 Adecuada

Anexo 4

INTERPRETACION DEL CEBQ

	Puntajes Obtenidos	Sumatoria	Puntaje/# Ítems	Interpretación
RS: respuesta a la saciedad (/5)				
RC: respuesta a comida(señales externas) (/5)				
SCE: come demasiado por causa emocional (/8)				
CPE: come poco por causa emocional (/4)				
DC: disfruta de comer (/5)				
CD: come despacio (/4)				
RAN: rechazo a alimentos nuevos(/6)				
DB: deseo de beber (/3)				

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DE CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD Y SU RELACION CON FACTORES ASOCIADOS. CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUENCA- ECUADOR ENERO A JUNIO DE 2013.

Estimado padre/madre de familia.

Nosotras, Priscila Reinoso Murillo, Julieta Siguencia San Martín y Daniela Tigre Cuenca, estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando nuestro trabajo de tesis sobre el tema *“Prevalencia de Conducta Alimentaria Inadecuada en niños de 1 A 5 años de edad y su relación con Factores Asociados. Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuenca-Ecuador. Febrero a Junio de 2013”*, como requisito para obtener el título de médicas. El objetivo del estudio es investigar si la conducta alimentaria es adecuada o no en la población infantil de 1 a 5 años de edad e identificar si factores como la migración, sexo, cuidador, familia y nivel de instrucción del cuidador intervienen en el mismo.

El estudio consiste en evaluar la conducta alimentaria del niño(a) y sus factores asociados mediante el llenado de dos cuestionarios: el primero es formulario básico de la Investigación que nos permite recoger datos de filiación e identificar sus factores asociados y el segundo es el cuestionario CEBQ, el cual evalúa la conducta alimentaria del niño(a) a través de 35 ítems, los cuales serán llenados en un tiempo de 20 minutos.

Además, se darán pautas de cómo mejorar la conducta alimentaria de su hijo o hija y cómo incorporar una nutrición adecuada y variada para su edad.

La participación es voluntaria. El procedimiento no tiene costo, no implica ningún daño y se guardará la confidencialidad de la información.

La responsable de la supervisión, la Dra. Lourdes Huiracocha, directora de nuestro trabajo de tesis, se ha comprometido a responder las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de su hijo(a); para lo cual, pone a su disposición su dirección y teléfonos: Juan Bautista Vásquez 1-64. Teléfonos: 2810-204, celular 0999987321.

Luego de analizar las condiciones he decidido participar en forma libre y voluntaria, y puedo abandonar el mismo cuando consideremos conveniente, por _____ consiguiente, yo

_____ padre y/o madre de _____ autorizo nuestra participación en el estudio en el estudio.

Firma del padre, madre o cuidador

Cl _____

Cuenca, _____ de 2013.