



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL
CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4
AÑOS EN CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS
URBANOS DE CUENCA. 2015**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: ANDREA BELÉN ARTEAGA HUIRACOA.
 ANA GABRIELA FERNÁNDEZ DE CÓRDOVA VIVANCO**

DIRECTORA: DRA. MARIA DE LOURDES HUIRACOA TUTIVEN

CUENCA – ECUADOR

2015

RESUMEN

Antecedentes: Las dificultades alimentarias son problemas de los niños para comer con efectos en su crecimiento y desarrollo. La prevalencia de dificultades alimentarias está entre 25-45% en niños con desarrollo normal y hasta 80% en niños con retraso del desarrollo. La conducta alimentaria del niño depende de las prácticas del cuidador.

Objetivo: Determinar la relación entre dificultades alimentarias de niños de 2 a 4 años de dos Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos de Cuenca y los factores de riesgo: estrategias del cuidador para la alimentación de los niños y niñas, el tipo y nivel de instrucción del cuidador.

Método: Estudio cuantitativo transversal realizado en 228 niños de 2 a 4 años de los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos de Cuenca: CEIAP de la Universidad del Azuay y los Angelitos de la FEUE, aplicando a los cuidadores dos cuestionarios CCDA-N1-APS y el FSQ.

Resultados: La cuidadora principal es la madre (79,4%), el nivel de instrucción del cuidador fue el superior (51,3%). La prevalencia de dificultades alimentarias fue del 28%. No existe relación estadística entre dificultades alimentarias ($p>0,05$), y el tipo y nivel de instrucción del cuidador. Las estrategias del cuidador que demostraron relación con dificultades alimentarias y factores de riesgo son: estructura a la hora de comer, permitirle tener juguetes durante comidas, puede elegir la cantidad de alimento que quiere, presionarle a comer mas de lo que debe, permitirle comer y beber durante todo el día ($p<0,05$); el tener un esquema de alimentación es factor protector. Los datos concuerdan con la literatura.

Conclusiones: Es necesario evaluar las estrategias del cuidador para la alimentación y dificultades alimentarias.

Palabras clave: DIFICULTADES ALIMENTARIAS, ESTRATEGIAS ALIMENTARIAS, CUIDADOR, MADRE, INSTRUCCIÓN.

ABSTRACT

Background: The feeding difficulties are problems of eating and which may have consequences in children's growth and development. The prevalence of food difficulties is between 25-45 % in young children with normal development and up to 80 % of children with developmental delay. Child eating behavior among others depends on the practices of the caregiver with the child.

Objective: To determine the relationship between feeding difficulties in children aged 2-4 years old of two Urbans Privates Centers of Child Development of Cuenca and the risk factors: Caregiver strategies for feeding children, type of caregiver and caregiver educational level.

Method: The cross quantitative study of 228 children aged 2-4 years old of two Urbans Centers of Child Development of Cuenca: CEIAP University of Azuay and the Angels FEUE, applying two questionnaires to the caregivers: CCDA -N1 -APS and for caregiver strategies, the FSQ.

Results: The primary caregiver is still the mother (79.4 %), the level of education of caregivers was the higher education (51.3 %). The prevalence of feeding difficulties was 28%. No statistical relationship between feeding difficulties ($p > 0.05$) and type of caregiver and caregiver educational level was found. Strategies of the caregiver who demonstrated relationship with feeding difficulties and risk factors are structure mealtime, they are allowed to have toys on the table during meals, they can choose the amount of food they want, I press my child to eat more than he should, I allow him eat and drink all day ($p < 0.05$); as a protective factor was found that there must be a power scheme. The data are consistent with the literature.

Conclusions: It is necessary to evaluate caregiver for feeding and feeding difficulties.

Keywords: FEEDING DIFFICULTIES, FEEDING STRATEGIES, CAREGIVER , MOTHER, INSTRUCTION.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
CAPITULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN.....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPITULO II	17
FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 CONCEPTO DE DIFICULTAD ALIMENTARIA:.....	17
2.2 TIPOS DE DIFICULTADES ALIMENTARIAS:.....	17
2.2.1 Apetito Limitado	17
2.2.2 Ingesta altamente selectiva.....	17
2.2.3 El llanto interfiere con la alimentación (cólico)	18
2.2.4 El miedo excesivo o irracional a la alimentación.....	18
2.2.5 Neofobia alimentaria	18
2.3 EL “CUIDADOR”.....	18
2.4 ESTILOS DE CUIDADOR	18
2.4.1 Autoritario:.....	18
2.4.2 Permisivo:	19
2.4.3 Responsable:	19
2.4.4 Indulgente:	20
2.5 ESTRATEGIAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES	21
2.6 EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN.....	22
2.7 EVALUACIÓN DE LAS DIFICULTADES ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.....	25
2.8 HIPÓTESIS.....	26
CAPITULO III	27
OBJETIVOS	27



3.1	OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
CAPITULO IV		28
DISEÑO METODOLOGICO		28
4.1	TIPO DE ESTUDIO	28
4.2	ÁREA DE ESTUDIO	28
4.3	UNIVERSO Y MUESTRA	28
4.4	VARIABLES DE ESTUDIO	29
4.5	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	33
4.6	PROCEDIMIENTOS	33
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.8	PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
CAPITULO V		35
RESULTADOS		35
CAPITULO V		56
5.1.	DISCUSIÓN.....	56
5.2.	CONCLUSIONES	62
5.3.	RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		64
ANEXOS.....		68
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS PARA LA ALIMENTACIÓN (FSQ).....		68
ANEXO 2. EVALUACION DE LAS DIFICULTADES ALIMENTARIAS (CCDA-N1-APS).....		71
ANEXO 3. FORMULARIO		72
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....		74



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Andrea Belén Arteaga Huiracocha autora de la tesis "DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS EN CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS URBANOS DE CUENCA. 2015", 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, 20 de octubre del 2015

Andrea Belén Arteaga Huiracocha

C.I: 010590103-7



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Ana Gabriela Fernández de Córdova Vivanco autora de la tesis "DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS EN CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS URBANOS DE CUENCA. 2015", 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, 20 de octubre del 2015

Ana Gabriela Fernández de Córdova Vivanco

C.I: 010463207-0



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Andrea Belén Arteaga Huiracocha autora de la tesis "DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS EN CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS URBANOS DE CUENCA. 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de octubre del 2015

Andrea Belén Arteaga Huiracocha

C.I: 010590103-7



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Ana Gabriela Fernández de Córdova Vivanco autora de la tesis "DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS EN CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS URBANOS DE CUENCA. 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de octubre del 2015

Ana Gabriela Fernández de Córdova Vivanco

C.I: 010463207-0



AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios y a nuestros padres, que con gran paciencia y dedicación nos han formado como personas.

A nuestra directora y asesora de Tesis la Dra. Lourdes Huiracocha quien supo apoyar y guiar la idea de este proyecto desde sus inicios y que por su voluntad, tiempo y esfuerzo, ha sido fundamental para alcanzar los objetivos de este proyecto.

A todo el personal de Los centros de desarrollo infantil CEIAP y ANGELITOS FEUE, por abrirnos gentilmente las puertas de sus nobles instituciones, sin su ayuda no hubiera sido posible la realización de este proyecto

**Andrea Arteaga
Gabriela Fernández de Córdova**



DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras familias quienes nos inspiran a seguir adelante cada día y han sido el principal apoyo durante nuestra carrera.

**Andrea
Gabriela**

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria es el comportamiento relacionado con los hábitos alimenticios que establecen una relación del ser humano con los alimentos que se ingieren, y se seleccionan, las cantidades, preferencias, rechazos hacia determinados alimentos; los hábitos que están condicionados por el aprendizaje y experiencias vividas en los primeros años de vida del niño o niña; siendo la madre, padre o cuidador responsable de la transmisión de los mismos; existiendo también vínculos fundamentales fisiológicos, psicológicos, socio-culturales (1).

La adecuación de la conducta alimentaria depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar sino de las prácticas dentro del ambiente familiar, el comportamiento del cuidador en interacción con el niño o niña, las demandas del niño y las características afectivas y emocionales como apego, técnicas de enseñanza y alimentación, varían según las formas del ejercicio de autoridad por parte del cuidador (2)(3).

Diferentes investigaciones como las de la Universidad de Loughborough para la búsqueda de problemas en la alimentación en el año 2012 señalan que en general los padres tienden a controlar en sus hijos el tipo de alimentos, la cantidad, el tiempo de comida. Prácticas comunes son usar la presión, la restricción de alimentos variados, la recompensa, y el uso de alimentos para calmar dando como conclusión que muchos problemas de alimentación pueden ser evitados con la educación oportuna a los padres (4). Conductas inadecuadas de los padres en el momento de comer de los hijos conducen a que la relación cuidador-niño se rompa y se producen las dificultades alimentarias.

La dificultad alimentaria se puede definir como los problemas que tienen los niños y niñas al alimentarse: comer escasas cantidades de alimentos,

comidas chatarras, rechazo a comidas completas o selectividad; lo que lleva a que los padres o cuidadores utilicen medidas no aptas para que los niños y niñas ingieran los alimentos adecuados. Las dificultades se manifiestan indistintamente con llanto, vómito, miedo a la comida, y resististencia. Repetidas ocasiones el médico no familiarizado en el tema puede no percibir cuando hay una dificultad alimentaria, un buen signo de alarma pudiera ser el deterioro físico o mal estado nutricional (aunque no siempre los niños con dificultades alimentarias lo tienen) por lo tanto se recomienda que a todo niño que tenga un mal estado nutricional se averigüe sobre “dificultad alimentaria” (4).

El estado nutricional de un niño o niña es el balance entre la ingesta y necesidades o requerimientos fisiológicos de los nutrientes del individuo, siendo un indicador de bienestar físico, acceso a los alimentos, cultura y tradiciones de los cuidadores. Cualquier factor que afecte este balance tiene consecuencias en el crecimiento y desarrollo infantil por lo cual es necesario realizar controles periódicos de la antropometría así como también una revisión de la alimentación de los niños para una detección temprana de problemas (5) (6).

La malnutrición que resulta del consumo deficiente de alimentos y o enfermedades infecciosas resulta en desnutrición la misma que durante los primeros años de vida tiene efectos graves en el desarrollo integral del individuo tanto físico y cognitivo como social. (ENSANUT ECU 2011-2013) (2). La malnutrición que resulta del consumo excesivo de alimentos conduce al sobrepeso y a la obesidad siendo actualmente a nivel mundial la obesidad infantil un problema de salud pública que ha ido aumentando significativamente desde el siglo XXI, afectando cada vez más a los países de escasos recursos en el sector urbano. La prevalencia aumenta alarmantemente, pues se calcula que en el 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los cuales 35 millones viven en países en vías de desarrollo. (Organización Mundial de la Salud, OMS)(6)(7).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2011-2013 (ENSANUT) determinó que el 6,4% de los niños menores de 5 años tuvo bajo peso, el 25,3% talla baja, el 2,4% riesgo de sobrepeso y el 8,6% sobrepeso, el alto consumo de hidratos de carbono y grasas, el bajo de proteínas, de hierro, de zinc, de fibra (2) pero no menciona sobre las dificultades alimentarias.

Las dificultades alimentarias en diferentes investigaciones realizadas en el Reino Unido en el año 2012 señalan que la prevalencia de las mismas en lactantes y niños pequeños, se encuentra entre 25% y el 40% según lo informado por sus cuidadores (4), así también en otros estudios realizados en el en el mismo año, indica que los problemas de alimentación afectan a alrededor de 25-45% de los niño s con un desarrollo normal y hasta el 80% de los niños con retraso del desarrollo. Otras investigaciones muestran que la prevalencia se encontraría entre el 40% y 60% (8)(9).

En un estudio realizado para evaluar las estrategias de alimentación de la familia, señala que en el ámbito de la alimentación del niño, el ambiente familiar, las estrategias que utiliza el cuidador para que el niño coma, los horarios de comida, el estar picoteando entre comidas, las predilecciones por los sabores, afectan en la forma como los niños se alimentan (9). Estudios demuestran como los diferentes estilos del cuidador (responsables, autoritarios, negligentes) en el momento de alimentar a sus hijos, influyen sobre la forma como ellos y ellas se alimentan y que pueden causar dificultades alimentarias (4)(10). En un estudio de padres latinos de bajos ingresos, realizada en Estados Unidos en el año 1999 se observó que los padres o cuidadores creen que el uso de sobornos en las comidas era una estrategia eficaz. Sin embargo, tras estudios la alimentación autoritaria parece promover patrones alimenticios menos saludables en los niños, a pesar de las buenas intenciones de los padres (10).



Es decir cuando se habla de salud infantil no solo se debe considerar el estado nutricional sino la conducta alimentaria porque las dificultades están relacionadas estrechamente con mal estado nutricional y mal estado psicológico del niño, niña y cuidador.

En el Ecuador existen pocos trabajos sobre dificultades alimentarias y ninguno de ellos ha indagado sobre la relación que existe con el estilo de cuidador durante la alimentación, por estas razones esta investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre dificultades alimentarias de los niños y niñas de 2 a 4 años de edad y los factores de riesgo como: inadecuadas estrategias del cuidador para la alimentación de los niños y niñas, tipo de cuidador y nivel de instrucción del cuidador.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El estudio se acopla bien al trabajo que viene haciendo el Ministerio de Inclusión Económica y Social con la agenda para la igualdad de niños, niñas, y adolescentes con la política número 1.1 que habla de atención integral para los niños y niñas en desarrollo, así como a sus madres y cuidadores, de esta manera el Ministerio de Salud Pública y el de Educación también participan dentro de estas políticas, en el eje de supervivencia y desarrollo, en el cual 5 lineamientos hablan de nutrición del niño o niña, mujer embarazada y lactante para prevenir discapacidad y trastornos en el desarrollo. Se adscribe al proyecto de investigación de la DIUC (Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca) denominado “Dificultades Alimentarias de los niños de 1 a 5 años de edad y sus factores asociados, Cuenca 2008- 2015”, estudio de casos y controles que indaga como factores de riesgo a los siguientes: retraso del desarrollo psicomotor y problemas de conducta de los niños, ansiedad del cuidador, por lo tanto los factores de riesgo que considera este trabajo son diferentes (2).

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE DIFICULTAD ALIMENTARIA:

La "Dificultad alimentaria" hace referencia a los problemas que tienen los niños y niñas al momento de comer por ejemplo se niegan a abrir la boca, lloran, tienen miedo a la comida, seleccionan los alimentos, se resisten a comer, lo que causa conflictos al cuidador y a la familia. Las dificultades alimentarias se diferencian de los trastornos de la alimentación porque mientras en las dificultades no siempre hay compromiso del crecimiento ni evidencia de signos clínicos, en los trastornos si los hay (11).

2.2 TIPOS DE DIFICULTADES ALIMENTARIAS:

2.2.1 Apetito Limitado

El apetito limitado puede estar asociada a varios problemas, por lo que no es una dificultad alimentaria muy específica. Se describen 4 tipos diferentes de niños cuya principal dificultad alimentaria es el apetito limitado: (12)

- Niño normal con apetito limitado mal interpretado
- Niño vigoroso con poco interés en la alimentación: le interesa todo menos comer
- Niño deprimido con poco interés en la alimentación: está muy triste y por eso no come
- Niño con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica

2.2.2 Ingesta altamente selectiva

Los niños con una ingesta alimentaria selectiva se caracterizan por rechazar sistemáticamente alimentos de un determinado sabor, textura, olor o apariencia. Este comportamiento va más allá de la neofobia, es una resistencia más profunda y persistente (12).



2.2.3 El llanto interfiere con la alimentación (cólico)

Una vez que comienzan a llorar, independientemente de cuál sea la razón, estos niños son aparentemente incapaces de calmarse. El llanto excesivo interrumpe la alimentación e irónicamente la madre piensa que el llanto es debido al hambre por lo que alimenta con mayor frecuencia a su hijo (12).

2.2.4 El miedo excesivo o irracional a la alimentación

Estos niños lloran o se niegan a abrir la boca para comer. Por lo general, esto se debe a que pudo haber sufrido una experiencia atemorizante, por ejemplo, la sofocación o la intubación oral. Chatoor refiere a estos niños como tener un "trastorno de la alimentación post-traumático." Sin embargo, pueden ser más propensos a aceptar el biberón cuando están casi dormidos (12).

2.2.5 Neofobia alimentaria: se caracteriza por el rechazo de los alimentos que son nuevos o desconocidos, lo cual limita la variedad de la dieta del niño. Generalmente se presenta con mayor frecuencia hacia frutas y verduras (21).

2.3 EL “CUIDADOR”

El termino cuidador hace referencia a la persona que responde a las necesidades del niño y que facilita la formación tanto de la conducta como la personalidad, asumiendo la función de guía y orientador de dicho proceso. Clasificando al cuidador en dos tipos: materno y no materno (padre, tíos, abuelos, niñera, etc) (13).

2.4 ESTILOS DE CUIDADOR

Según la taxonomía de Baumrid, existen 3 tipos de cuidadores: autoritario, permisivo o negligente, y autoritativo, otros autores agregan el tipo indulgente (4)(14)(15).

2.4.1 Autoritario:

El padre autoritario ejerce una disciplina basada en la afirmación de su poder, establece reglas o normas con poca participación del niño, las cuales deben ser obedecidas caso contrario se aplican castigos que a menudo son severos. La comunicación con su hijo es pobre y las reglas son inflexibles. Es por eso que el menor tiende a ser retraído, temeroso, irritable y con poca interacción social (15). En el ámbito de la alimentación, se caracteriza por comportamientos tales como la restricción al niño de comer ciertos alimentos y forzar a comer otros alimentos. Por lo tanto, la alimentación autoritaria se caracteriza por los intentos de controlar su alimentación con poco respeto por las opciones y sus preferencias (14).

2.4.2 Permisivo:

El estilo permisivo se caracteriza por ser lo opuesto al estilo autoritario, los cuidadores son afectuosos y el control que tienen sobre los infantes es escaso, es decir no les imponen normas o tareas acordes con su edad de las que puedan ir asumiendo la responsabilidad. Los niños criados por este tipo de cuidadores presentan muchos problemas para las interacciones sociales, ya que no respetan las normas establecidas (16). En cuanto al estilo alimentación, se caracteriza por lo que podría denominarse 'negligencia nutricional', por el que se permite comer lo que él o ella quiere en cualquier cantidad que él o ella quiere. Con la alimentación permisiva, se proporciona poca o ninguna estructura, y las opciones son limitadas solamente por lo que está disponible (14).

2.4.3 Responsable:

Se caracteriza por ser un cuidador exigente y al mismo tiempo sensible, que acepta y alienta autonomía de los niños. Ejerce un control firme y cuando impone castigos, estos son razonables, es decir aplica una disciplina inductiva, ya que le explica el propósito de las reglas y está abierto a las argumentaciones sobre las mismas. Son afectuosos y mantienen una comunicación abierta (15). La alimentación responsable representa un equilibrio entre autoritaria y permisiva de tal manera que se anima al infante

a comer alimentos saludables, pero también se da algunas opciones sobre opciones para comer (14).

2.4.4 Indulgente:

También conocido como comprensivo, se caracteriza por razonar las normas establecidas con los menores. La exigencia es baja, llegan acuerdos y consiguen que cumplan las reglas u obligaciones a través del dialogo, y no utilizan medidas represivas o imposición cuando los niños se portan mal, por lo contrario estos cuidadores son afectivos y tienen una buena comunicación con los niños (16).

Los estilos de Cuidadores al momento de la alimentación son un mecanismo a través del cual se van formando las preferencias así como los patrones de consumo de alimentos de los niños y niñas.

Visiblemente, los estilos de alimentación que usa el cuidador tienen importantes implicaciones para el desarrollo de los patrones alimentarios de los niños y niñas, en particular aquellos estilos que facilitan la ingesta de alimentos saludables como los lácteos, frutas y verduras, que en un futuro prevendrán dificultades en el desarrollo o discapacidad.

La mayoría de investigaciones sobre los estilos de alimentación y los tipos de cuidadores se han realizado en las poblaciones blancas no hispanas (10). Pocos estudios han examinado las interacciones de alimentación infantil entre los diversos grupos étnicos y de estos la mayoría se han centrado principalmente en las prácticas autoritarias y no han abordado ¿cómo las estrategias de alimentación que utilizan los cuidadores están asociados con los patrones de consumo de alimentos en particular (por ejemplo, lácteos, frutas y verduras) del niño o niña?

2.5 ESTRATEGIAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES

En la actualidad, existen dos modelos de prevención y tratamiento para los problemas de alimentación en la niñez, basados en la familia: la Dinámica de alimentación (Satter, 1995) y los enfoques del Comportamiento. Ambos modelos reconocen que la capacidad de un niño para regular su ingesta de calorías y sus problemas de alimentación dependen del nivel de la estructura de la hora de comer proporcionado por los cuidadores. Ambos están de acuerdo en que para promover la alimentación, un peso saludable y una buena conducta alimentaria, las comidas deben ocurrir en un ambiente positivo es decir tener expectativas claras de comportamiento y en un entorno libre de distracciones el cual debe suceder en un horario previamente programado y ser la principal oportunidad para comer sin "pastoreo". Estos enfoques, sin embargo, se diferencian en cómo y si los cuidadores deben influir en la ingesta de los niños (11)(17)(18).

El enfoque de la dinámica de alimentación, sostiene que " el control de los padres " de la alimentación de un niño (a través de recompensas externas, los castigos, las interacciones positivas contingentes, restricción y presión) lo hará indirectamente conducir a problemas de nutrición y de peso, al afectar la capacidad del infante para regular su ingesta de alimentos de acuerdo a las sensaciones de hambre y saciedad. Mientras que el enfoque del comportamiento, basado en los principios del aprendizaje, plantea que los problemas de peso y alimentación resultan en parte de una interacción del ambiente a la hora de comer (horario, pastoreo, etc) y deficientes señales de hambre / saciedad. Por lo tanto, el control externo y límites (por lo general de los padres) son componentes necesarios en un entorno de la hora de comer estructurado (19)(20).

2.6 EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN

Existen numerosos cuestionarios que averiguan sobre la conducta alimentaria de los niños y niñas, el que se empleará en esta investigación es el llamado “Feeding Strategies Questionnaire”- FSQ que en español sería Cuestionario de Estrategias Alimentarias, este fue elaborado por investigadores de la Universidad de Wisconsin bajo la dirección de Kristoffer S. Berlin, fue validado en el año 2009 encuestando a 702 cuidadores de la comunidad, la validación se realizó por análisis factorial exploratorio-confirmatorio y determinó seis escalas: (1) estructura del tiempo de comida, (2) consistencia del horario de las comidas, (3) control del niño en la ingesta, (4) control del padre en la ingesta, (5) picoteo entre comidas, (6) dejar el plato limpio. El objetivo de esta validación fue evaluar las estrategias de comida para la prevención o tratamiento de las dificultades alimentarias en pediatría. (Anexo 1).

(1) Estructura a la hora de comer: Es inadecuado: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas más de 14 puntos entre las preguntas califica como: inadecuada.

14) A mí hijo se le permite levantarse de la mesa y volver durante las comidas. Un puntaje de cuatro o más es inadecuado.

18) Mi hijo come con frecuencia sus comidas y refrigerios en frente de la TV. Un puntaje de cuatro o más es inadecuado

22) Mi hijo suele tener los juguetes en la mesa durante las comidas. Un puntaje de cuatro o más es inadecuado.

26) Mi hijo come con frecuencia comidas y aperitivos en la sala de estar o sala familiar. Un puntaje de cuatro o más es inadecuado.

30) La hora de las comidas están llenas de distracciones en nuestra casa. Un puntaje de cuatro o más es inadecuado.

(2) Consistencia del horario de las comidas. Es inadecuado: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas menos de 16 puntos.

- 13) Un esquema de alimentación consistente es importante para mí, en casa. Un puntaje de tres o menos es calificado como: inadecuado.
- 17) Comemos a la misma hora todos los días. Un puntaje de tres o menos es calificado como: inadecuado.
- 25) Las comidas y refrigerios de mi hijo están programadas cada día. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.
- 29) La hora de las comidas se producen al mismo tiempo cada día. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.
- 33) Los refrigerios se ofrecen al mismo tiempo todos los días. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.

(3) Control del niño en la ingesta. Es inadecuado: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas menos de 23 puntos.

- 7) Mi hijo sabe instintivamente cuánto comer. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.
- 31) Mi hijo sabe cuándo es el momento de dejar de comer, prestando atención a su cuerpo. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.
- 11) Mi hijo puede elegir la cantidad de cada alimento que él / ella quiere comer en una comida. Si contestan uno es calificado como inadecuado.
- 15) Mi hijo sabe cuándo ella o él está lleno. Un puntaje de tres o menos es calificado como: inadecuado.
- 19) Cuando mi hijo dice que está lleno, no le pido comer más. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.
- 23) Nunca presiono a mi hijo a comer más de lo que él o ella pide o quiere. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.
- 35) Mi hijo es impulsado a comer por su hambre. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.
- 39) Mi hijo sabe cuándo tiene hambre. Un puntaje de dos o menos es calificado como: inadecuado.

(4) Control del padre en la ingesta. Es inadecuado: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas más 12 puntos

- 20) Cuando mi hijo no ha comido lo suficiente, me aseguro de que coma más. Si contestan 5 es calificaa como inadecuada.
- 24) Yo tengo el control de la alimentación de mi hijo. Si contestan 5 es calificaa como inadecuada.
- 32) Yo no permito que mi hijo coma más de lo que pienso que él debe. Si contestan 5 es calificaa como inadecuada.

(5) Picoteo entre comidas. Es inadecuado: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas más 8 puntos

- 6) Yo permito que mi hijo coma cuando él o ella tiene hambre. Un puntaje de cuatro o más es calificado como: inadecuado.
- 10) Mi hijo está permitido comer y beber durante todo el día, cada vez que él o ella pide. Un puntaje de cuatro o más es calificado como: inadecuado.

(6) Dejar el plato limpio. Es inadecuado: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas más de 9 puntos

- 4) Mi hijo tiene que comer toda la comida que se le pone en su plato. Un puntaje de cuatro o más es calificado como: inadecuado.
- 8) Mi hijo tiene que terminar todo su plato. Un puntaje de cuatro o más es calificado como: inadecuado.

(7) Ítems excluidos.

- 1) Tenemos reglas claras sobre el comportamiento a la hora de comer
- 2) Le doy de comer a mi hijo cada vez que él o ella pide comida.
- 3) La cantidad de comida que mi hijo come depende de cuan hambriento este.
- 5) Mi hijo sabe cuáles son las reglas de comportamiento durante las comidas.
- 9) Mi hijo debe permanecer en la mesa hasta que todos hayan terminado de comer.
- 16) Es responsabilidad de los padres asegurarse de que su hijo coma suficientes alimentos en cada comida
- 21) A mi hijo se le ofrece el mismo número de comidas todos los días.
- 27) Mi hijo decide si va a comer los alimentos que se le ofrecen en cada comida.

40) Mi hijo no sabe cuándo dejar de comer a menos que yo se lo diga.

2.7 EVALUACIÓN DE LAS DIFICULTADES ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Otro cuestionario que será utilizado para detectar dificultades alimentarias en niños y niñas es el Cuestionario simplificado para la detección de dificultades alimentarias en el primer nivel de atención- CCDA-N1-APS (ANEXO 2), la validación del mismo utilizó una muestra de 580 niños, que varían en edad entre 1 y 5 años, en los Centros urbanos de Salud Pública - Ministerio de Salud Pública (PHC-MSP). La metodología de investigación aplicada consistió en los siguientes pasos: (1) El desarrollo y la validación del cuestionario simplificado con la asistencia de los pediatras y el grupo focal de los cuidadores para comprobar la comprensión de las preguntas; (2) Las pruebas preliminares del cuestionario simplificado sobre una muestra piloto de niños y cuidadores para controlar el orden correcto y la lógica de las preguntas y verificar si existen alguna resistencia psicológica y / o la negativa a responder a las preguntas; (3) la validación del cuestionario simplificado aplicado por los pediatras en las consultas de la APS (Atención Primaria en Salud) - MSP (Ministerio de Salud Pública) frente a la aplicación de la prueba de oro (Gold Standard). Este último se llevó a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por un pediatra, dos nutricionistas y dos psicólogos, utilizando los siguientes criterios: (a) Detección de una conducta alimentaria inadecuada mediante el “Children's Eating Behavior Questionnaire” (CEBQ) que en español es Cuestionario del Comportamiento alimentario de niños ; (b) Detección de conflictos con el médico durante la entrevista; (c) Detección de la ingesta diaria insuficiente de nutrientes mediante el cuestionario de frecuencia alimentaria y recordatorio de las 24 horas de alimentos. De la muestra de 580 niños, seleccionados al azar, 234 niños fueron detectados con dificultad los alimentos; 346 niños sin dificultad. El breve cuestionario para la detección de dificultades de alimentación (SQFD,) tiene una sensibilidad del 84%, una especificidad del 58%, un valor



predictivo positivo del 62% (VPP), y un valor predictivo negativo del 67% (VPN).

2.8 HIPÓTESIS

Existe relación entre dificultades alimentarias del niño o niñas de 2 a 4 años de edad con los factores de riesgo de: inadecuadas estrategias del cuidador para la alimentación de los niños y niñas, tipo del cuidador, nivel de instrucción del cuidador.

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre dificultades alimentarias de los niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos de Cuenca y los factores de riesgo: inadecuadas estrategias del cuidador para la alimentación de los niños y niñas, tipo de cuidador y nivel de instrucción del cuidador.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Caracterizar a los niños y niñas según edad, sexo y a los cuidadores según tipo de de cuidador, nivel de instrucción, estrategias para la alimentación de los niños y niñas.
- b. Determinar la prevalencia de dificultades alimentarias en los niños del estudio.
- c. Determinar la relación entre dificultades alimentarias y los los factores asociados de estrategias del cuidador para la alimentación de los niños y niñas, tipo de cuidador y nivel de instrucción del cuidador.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Centros de desarrollo infantil urbanos de la ciudad de Cuenca.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Los niños y niñas de 2 a 4 años que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos de la Ciudad de Cuenca: Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico de la Universidad del Azuay (CEIAP) y del Centro los Angelitos de la FEUE (Federación de Estudiantes Universitarios del Ecuador) de la Universidad de Cuenca.

Muestra: para el cálculo se considerará una frecuencia de 40% de dificultades alimentarias, error del 3%, el 95% de confianza, se utilizó la siguiente fórmula:

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

N= universo

P=probabilidad

q=probabilidad de no ocurrencia= (1-p)

z= nivel de confianza: 95%=1.96

e= precisión, error de inferencia=3%

$$N = 230 \cdot 0,40 \cdot 0,6 \cdot 3,8416 / 229 \cdot 0,0009 + (0,40 \cdot 0,60 \cdot 3,8416)$$

$$N = 212 / 0,0009 + (0,92)$$

$$N = 212 / 0,929$$

$$N = 228.$$

Criterios de inclusión: niños y niñas que con asistencia regular y que sus padres firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: niño o niña de 2 a 4 años de edad con enfermedad catastrófica que lleve a hospitalizaciones frecuentes.

4.4 VARIABLES DE ESTUDIO

a. Variable dependiente: Dificultades alimentarias

b. Variables Independientes:

- Estrategias del cuidador para la alimentación de los niños y niñas
- Estructura de la hora de comer
- Consistencia del horario de las comidas
- Control del niño en la ingesta
- Control del padre en la ingesta
- Picoteo entre las comidas
- Dejar el plato limpio.

c. Variables Contextuales:

- Edad del niño.
- Sexo del niño
- Nivel de instrucción del cuidador
- Tipo de Cuidador familiar

d.Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala
Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo en que se realiza la evaluación del niño/a	Tiempo de vida	Meses	Cuantitativa continua Meses
Sexo	Diferencia biológica que distingue a los organismos individuales	Biológica	Fenotipo	Cualitativa nominal 0. Masculino 1. Femenino
Dificultad Alimentaria	Los problemas que tienen los niños al comer y que causan conflicto al cuidador	Psicobiológica	Cuestionario: CCDA-N1-APS	Cualitativa nominal 0. Si 1. No
Cuidador familiar	Familiar o persona que vive con el niño/a y es quien satisface las necesidades de cuidados en higiene, alimentación, salud, afecto, participación y otras más dentro del hogar	Social	Persona que satisface necesidades del niño/a en el hogar	Cualitativa nominal 1. Padre 2. Madre 3. Abuelos 4. Tíos 5. HermanosOtros
Nivel de instrucción del cuidador principal	Grado de escolaridad alcanzado	Educativa	Años de estudio concluidos	Cualitativa nominal 0. Ninguno: < 7 años educación básica 1. Básica: estudios aprobados hasta el 7 año. 2. Media: estudios aprobados hasta terminar el colegio 3. Universitaria: egresado o profesional
Tipo de cuidador familiar	Persona que vive con el niño, satisface las	Social	Persona que suministra la atención en las	Cualitativa nominal: 0. No materna 1. Materna

	necesidades de atención, afecto y otros en el hogar.		necesidades básicas, afecto y otros.	
Estrategias del cuidador familiar para la alimentación del niño o niña	Prácticas que el cuidador familiar aplica cotidianamente para que el niño se alimente y están condicionadas por los significados culturales, experiencias vividas y que ocasionan en el niño o niña un estilo de alimentación	Psicosocial	Cuestionario de estrategias alimentarias	Cualitativa nominal: 0. Inadecuadas. 1. Adecuadas
Estructura de la hora de comer	Reglas y organización en el momento que el niño va a comer	Social y conductual	Cuestionario de estrategias alimentarias, las preguntas que corresponden a:	Cualitativa nominal: 0. Inadecuado: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas(14, 18, 22, 26, 30) más de 14 puntos 1. Adecuada: menos de 14 puntos a las mismas preguntas.
Consistencia del horario de las comidas	Estabilidad y permanencia en la hora que se dan las comidas al niño o niña diariamente.	Social y conductual	Cuestionario de estrategias alimentarias, las preguntas que corresponden a:	Cualitativa nominal: 0. Inadecuada: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas (13, 17, 25, 29, 33) menos de 16 puntos 1. Adecuada: Cuando se contetsta con mas de 16 puntos.
Control del niño en la ingesta	Si el niño tiene o no autonomía en el momento de las comidas	Social y conductual	Cuestionario de estrategias alimentarias, las preguntas que	Cualitativa nominal: 0. Inadecuada: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes

			corresponden a:	preguntas(7,31,11,15, 19, 23, 35, 39) menos de 23 puntos. 1. Adecuada: Cuando se contetsta con mas de 23 puntos.
Control del padre en la ingesta	intervención que tiene el padre o cuidador durante la alimentación del niño o niña.	Social y conductual	Cuestionario de estrategias alimentarias, las preguntas que corresponden a:	Cualitativa nominal: 0. Inadecuada: si se obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas (20, 24, 32) mas de 12 puntos 1. Adecuada: Cuando se contetsta con un puntaje con menos de 12 puntos.
Picoteo entre comidas	El niño come cuando él o ella quieren sin respetar los horarios de comida	Social y conductual	Cuestionario de estrategias alimentarias, las preguntas que corresponden a:	Cualitativa nominal: 0. Inadecuado: si obtiene en la sumatoria de las siguientes preguntas (6,10) mas de 8 puntos. 1. Adecuado: si se obtiene en la sumatoria menos de 8 puntos.
Dejar el plato limpio	si el niño o niña termina de comer todos los alimentos que se le sirven.	Social y conductual	Cuestionario de estrategias alimentarias, las preguntas que corresponden a:	Cualitativa nominal: 0. Inadecuado si se obtiene en la sumatoria de las siguientes (4, 8) mas de 9 puntos. 1. Adecudo: Cuando se obtiene en la sumatoria menos de 8 puntos.

4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Instrumento de recolección de datos: Fórmulario elaborado para el estudio (anexo 1).

4.6 PROCEDIMIENTOS

Descripción de la valoración

- Se coordinó con el equipo de investigadoras del proyecto: “Dificultades Alimentarias de los niños de 1 a 5 años de edad y sus factores asociados, Cuenca 2012- 2014”, para la recolección de los datos.
- Se informó a los padres de familia sobre el proceso de la investigación y se firmaron los consentimientos informados.
- Los datos de filiación (edad, sexo del niño), tipo de cuidador , nivel de instrucción del cuidador, se tomaron de la ficha del niño del centro y en algunos casos por interrogatorio directo a los padres.
- Recolección de la información: los dos cuestionarios tanto el CCDA-N1-APS (anexo 2) como el FSQ se entregaron a los padres para que lo llenen.
- Los datos fueron revisados constantando que no haya datos perdidos y se pasaron al software SPSS.Vs. 21.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se socializó el proyecto con las maestras, con los padres de familia previo a la aplicación de los cuestionarios y se solicitó que firmen el consentimiento informado (Anexo 4). Se respetó la confidencialidad, se aplicó la beneficencia, la justicia. El proyecto no utilizó procedimientos que causen al niño o niña daño. Se entregaron los resultados a los padres de los niños y niñas evaluados.

4.8 PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La tabulación y el análisis se realizó en SPSS.vs.21 verificando la calidad de los datos, realizando primero el análisis descriptivo: media y desviación estándar para la variable cuantitativa de edad en meses y para diferencia de medias T de student para dos muestras independientes (niños y niñas), porcentajes para las variables cualitativas de: sexo del niño, nivel de instrucción del cuidador, tipo de Cuidador familiar, estructura a la hora de comer, consistencia del horario de las comidas, control del niño en la ingesta, control del padre en la ingesta, picoteo entre comidas, dejar el plato limpio.

En el análisis de la relación de la variable dependiente “dificultad alimentaria” y las variables independientes de tipo de cuidador, nivel de instrucción, estrategias del cuidador para la alimentación se calculó para tablas de dos por dos el chi cuadrado en el SPSS y la razón de prevalencia e intervalos de confianza del 95% en epi data.

CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla No. 1

**Edad de 228 niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil
Privados Urbanos. Cuenca. 2015**

	SEXO			p
	Niños (media±DS)	Niñas (media±DS)	Total (media±DS)	
Número	113	115	228	
Porcentaje	49,6	50,4	100	
Edad(meses)	43,23 ±10,28	43,17±10.76	43,20 ±10,50	0.89

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

La media de la edad tanto en niños como en niñas no son diferentes significativamente ($p > 0,05$).

Tabla 2.
Características de los cuidadores de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

CARACTERÍSTICAS	Total	
	No.	%
Tipo de cuidador		
Madre	181	79,4
Padre	32	14,0
Abuela/o	13	5,7
Tío/a	1	0,4
Otros	1	0,4
Total	228	100,00
Nivel de instrucción del cuidador		
Ninguna	1	0,4
Básica	7	3,1
Media	103	45,2
Superior	117	51,3
Total	228	100,0
Tipo de instrucción del cuidador		
Inadecuado	8	3,5
Adecuado	220	96,5
Total	228	100,0

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

En los 228 niños y niñas del estudio, la madre 79,4% (181 madres) es el cuidador principal, el nivel de instrucción más frecuente es el superior con 51,3% y cuando se suman el nivel de instrucción medio y superior (adecuado) el porcentaje alcanza al 96,5%.

Tabla 3.
Estrategias para la alimentación de los cuidadores de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

ESTRATEGIAS PARA LA ALIMENTACIÓN DEL CUIDADOR	Total	
	No.	%
Estructura a la hora de comer		
Inadecuado	55	24,1
Adecuado	173	75,9
Total	228	100,0
Consistencia del horario de las comidas.		
Inadecuado	38	16,7
Adecuado	190	83,3
Total	228	100,0
Control del niño en la ingesta		
Inadecuado	39	17,1
Adecuado	189	82,9
Total	228	100,0
Control del padre en la ingesta		
Inadecuado	71	31,1
Adecuado	157	68,9
Total	228	100,0
Picoteo entre comidas		
Inadecuado	71	31,1
Adecuado	157	68,9
Total	228	100,0
Dejar el plato limpio		
Inadecuado	55	24,1
Adecuado	173	75,9
Total	228	100,0

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Las dimensiones de las estrategias para la alimentación que mayores porcentajes de inadecuados presentan son: control del padre en la ingesta (31,1%) y picoteo entre comidas (31,1%); les siguen, estructura a la hora de comer (24,1%) y dejar el plato limpio (24,1%), mientras las que tienen menor porcentaje son control del niño en la ingesta (17,1%) y consistencia del horario de las comidas (16,7%).

Tabla 4.

Distribución según preguntas del FSQ en relación a la Estructura a la Hora de Comer de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

ESTRUCTURA A LA HORA DE COMER	Total	
	No.	%
Se le permite levantarse y volver durante las comidas		
Si: inadecuado	46	20,2
No: adecuado	182	79,8
Total	228	100,0
Come frente a la televisión		
Si: inadecuado	38	16,7
No: adecuado	190	83,3
Total	228	100,0
Se le permite tener juguetes en la mesa durante las comidas		
Si: inadecuado	21	9,2
No: adecuado	207	90,8
Total	228	100,0
Come con frecuencia en la sala o dormitorios.		
Si: inadecuado	44	19,3
No: adecuado	184	80,7
Total	228	100,0
Hora de la comida llena de distracciones		
Si: inadecuado	46	20,2
No: adecuado	182	79,8
Total	228	100,0

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Los ítems con mayor porcentaje de inadecuados son: “permitirle levantarse y volver durante las comidas” (20,2%) y “la hora de la comida llena de distracciones” (20,2%), seguidas por: “comer con frecuencia en la sala o dormitorios” (19,3%) y “comer frente a la televisión” (16,7%) mientras la que presenta menor porcentaje es “permitirle tener juguetes en la mesa durante las comidas” (9,2%).

Tabla 5.
Distribución según preguntas del FSQ en relación a la Consistencia del Horario de las Comidas de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

CONSISTENCIA DEL HORARIO DE LAS COMIDAS.	Total	
	No.	%
La hora de comida es siempre al mismo tiempo cada día		
No: inadecuado	23	10,1
Si: adecuado	205	89,9
Total	228	100,0
Comemos a la misma hora todos los días		
No: inadecuado	47	20,6
Si: adecuado	181	79,4
Total	228	100,0
Las comidas y refrigerios están programados cada día		
No: inadecuado	23	10,1
Si: adecuado	205	89,9
Total	228	100,0
Los refrigerios se ofrecen al mismo tiempo todos los días		
No: inadecuado	38	16,7
Si: adecuado	190	83,3
Total	228	100,0
Se piensa que debe existir un esquema de alimentación		
No: inadecuado	28	12,3
Si: adecuado	200	87,7
Total	228	100,0

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández

Los ítems con mayor porcentaje de inadecuados son: “comer a la misma hora todos los días” (20,6%) y “los refrigerios se ofrecen al mismo tiempo todos los días” (16,7%), seguido por “se piensa que debe existir un esquema de alimentación” (12,3%), y los que presentan menores porcentajes son: “la

hora de la comida siempre es al mismo tiempo cada día” (10,1%) y “las comidas y refrigerios están programados cada día” (10,1%).

Tabla 6.

Distribución según preguntas del FSQ en relación al Control del niño en la Ingesta de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

CONTROL DEL NIÑO EN LA INGESTA	Total	
	No.	%
El niño deja de comer cuando su cuerpo ya no necesita		
No: inadecuado	60	26,3
Si: adecuado	168	73,7
Total	228	100,0
El niño sabe cuándo está lleno		
No: inadecuado	25	11,0
Si: adecuado	203	89,0
Total	228	100,0
El niño sabe instintivamente cuanto comer		
No: inadecuado	56	24,6
Si: adecuado	172	75,4
Total	228	100,0
Se le pide al niño parar de comer cuando él manifiesta que está lleno.		
No: inadecuado	46	20,2
Si: adecuado	182	79,8
Total	228	100,0
El niño sabe cuándo tiene hambre		
No: inadecuado	10	4,4
Si: adecuado	218	95,6
Total	228	100,0
Le presiono a comer más de lo que quiere		
Si: Inadecuado	68	29,8
No: Adecuado	160	70,2
Total	228	100,0
Es impulsado a comer por su hambre		
No: Inadecuado	52	22,8
Si: Adecuado	176	77,2
Total	228	100,0
Puede elegir la cantidad de cada alimento que quiere		
No: Inadecuado	17	7,5
Si: Adecuado	211	92,5
Total	228	100,0

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

El niño si sabe cuándo tiene hambre en un 95,6%, siendo la conducta adecuada con mayor frecuencia; a diferencia del no presionarle a comer con un 70,2% que corresponde a la menor frecuencia dentro de las conductas adecuadas.

Tabla 7.

Distribución según preguntas del FSQ en relación al Control del Padre en la Ingesta de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

CONTROL DEL PADRE EN LA INGESTA	Total	
	No.	%
Cuando no come lo suficiente, me aseguro que coma más		
Si: inadecuado	53	23,2
No: adecuado	175	76,8
Total	228	100,0
Yo tengo el control de la alimentación de mi hijo		
Si: inadecuado	57	25,0
No: adecuado	171	75,0
Total	228	100,0
Presiono para que mi hijo coma más de lo q pienso que él debe		
Si: inadecuado	17	7,5
No: adecuado	211	92,5
Total	228	100,0

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández

Según la distribución de las preguntas del FSQ en relación a Control del Padre en la Ingesta de 228 niños, el ítem que presenta mayor porcentaje de inadecuado es: “yo tengo el control de la alimentación de mi hijo (25%).

Tabla 8.
Distribución según preguntas del FSQ en relación al Picoteo entre Comidas de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

PICOTEO ENTRE COMIDAS	Total	
	No.	%
Le permito comer y beber durante todo el día		
Si: inadecuado	78	34,2
No: adecuado	150	65,8
Total	228	100,0
Permito que mi hijo coma cuando él o ella tiene hambre		
Si: inadecuado	143	62,7
No: adecuado	85	37,3
Total	228	100,0

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Según la distribución de las preguntas del FSQ en relación al Picoteo entre Comidas de 228 niños, el ítem que presenta mayor porcentaje de inadecuado es: “permiso que mi hijo coma cuando él o ella tiene hambre” (62,7%).

Tabla 9.

Distribución según preguntas del FSQ en relación a Dejar el Plato Limpio de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

DEJAR EL PLATO LIMPIO	Total	
	No.	%
Tiene que comer toda la comida que se le pone en el plato		
Si: inadecuado	140	61,4
No: adecuado	88	38,6
Total	228	100,0
Tiene que terminar todo su plato		
Si: inadecuado	134	58,8
No: adecuado	94	41,2
Total	228	100,0

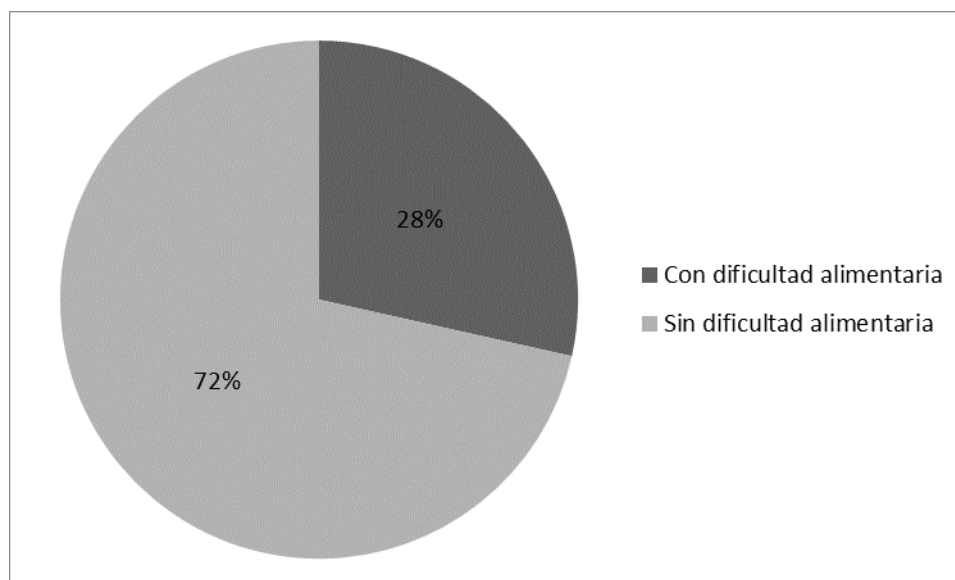
Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández

Según la distribución de las preguntas del FSQ en relación a Dejar el Plato Limpio de 228 niños, el ítem que presenta mayor porcentaje de inadecuado es: “tiene que comer toda la comida que se le ponga en el plato” (61,4%)

Gráfico No.1

Prevalencia de las dificultades alimentarias en 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015



Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

La prevalencia de dificultades alimentarias en 228 niños y niñas es del 28% (64 niños y niñas) que corresponde a niño con dificultad alimentaria y el 72% (164 niños y niñas) corresponde a niños sin dificultad alimentaria.

Tabla 10.
Relación de datos demográficos y dificultades alimentarias de 228
niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo
Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Factores asociados	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
Sexo							0,31	1,4	0,8-2,5
Masculino	36	55,4	77	47,2	113	49,6			
Femenino	29	46,6	86	52,8	115	50,4			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Tipo de instrucción							0,69	1,5	0,3-6,6
Inadecuado	3	4,6	5	3,1	8	3,5			
Adecuado	62	95,4	158	96,9	220	96,5			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Tipo de cuidador							0,59	1,2	0.6-2,45
No materno	15	23,1	32	19,6	47	20,6			
Materno	50	76,9	131	80,4	181	79,4			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Los datos evidencian que no existe relación entre dificultades alimentarias y sexo, tipo de instrucción y tipo de cuidador ($p>0,05$).

Tabla 11.

Relación de las Estrategias para la alimentación del cuidador y dificultades alimentarias de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Estrategias	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
Estructura a la hora de comer							0,03	2,1	1,1-4,1
Inadecuado	20	30,8	28	17,2	48	21,1			
Adecuado	45	69,2	135	82,8	180	78,9			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Consistencia del horario de las comidas.							0,56	0,7	0,3-1,6
Inadecuado	9	13,8	29	17,8	38	16,7			
Adecuado	56	86,2	134	82,2	190	83,3			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Control del niño en la ingesta							0,98	0,98	0,45-2,1
Inadecuado	11	16,9	28	17,2	39	17,1			
Adecuado	54	83,1	135	82,8	189	82,9			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Control del padre en la ingesta							0,87	1,06	0,6-2
Inadecuado	20	30,8	48	29,4	68	29,8			
Adecuado	45	69,2	115	70,6	160	70,2			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Picoteo entre comidas							0,42	1,31	0,71-2,4
Inadecuado	23	35,4	48	29,4	71	31,1			
Adecuado	42	64,6	115	70,6	157	68,9			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Dejar el plato limpio							0,30	1,46	0,8-2,8
Inadecuado	19	29,2	36	22,1	55	24,1			
Adecuado	46	70,8	127	77,9	173	75,9			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Los datos evidencian que existe relación únicamente entre dificultades alimentarias y la estructura a la hora de comer ($p < 0,05$), la razón de prevalencia y los intervalos de confianza (RP: 2,1; IC95%: 1,1-4.1) indican



que es un riesgo, es así que los niños al no tener una buena estructura a la hora de comer tienen mayor probabilidad de tener una dificultad alimentaria. Las demás dimensiones de estrategias para la alimentación no muestran relación significativa ($p > 0,05$).

Tabla 12.

Relación entre las preguntas del FSQ de la Estructura a la Hora de Comer y dificultad alimentaria de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Estructura a la hora de comer	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
Se le permite levantarse y volver durante las comidas							0,20	1,63	0,82-2,24
Si: inadecuado	17	26,2	29	17,8	46	20,2			
No: adecuado	48	73,8	134	82,2	182	78,8			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Come Frente a la Televisión							0,43	0,74	0,33-1,66
Si: inadecuado	9	13,8	29	17,8	38	16,7			
No: adecuado	56	86,2	134	82,2	190	83,3			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Se le permite tener juguetes en la mesa durante las comidas							0,02	2,74	1,2- 6,1
Si: inadecuado	11	20	10	15,3	38	16,7			
No: adecuado	54	80	153	84,7	190	83,3			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Come con frecuencia en la sala o dormitorios.							0,5	1,03	0,50-2,11
Si: inadecuado	14	21,5	30	18,4	44	19,3			
No: adecuado	51	78,5	113	81,6	184	80,7			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Hora de la comida llena de distracciones							0,3	1,53	0,70-3,32
Si: inadecuado	12	18,5	21	12,9	33	14,5			
No: adecuado	53	81,5	142	87,1	195	85,5			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.



Respecto a las preguntas del FSQ correspondientes a la hora de comer y dificultades alimentarias demuestra que, tener juguetes en la mesa de comer es un factor de riesgo para que un niño tenga una dificultad alimentaria ($p < 0,05$; RP: 2,74; IC95%: 1,2- 6,1).

Tabla 13.

Relación entre las preguntas del FSQ de la Consistencia en el horario de las comidas y dificultad alimentaria de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Consistencia en el horario de las comidas	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
La hora de comida es siempre al mismo tiempo cada día							0,14	2,09	0,86- 5,05
No: inadecuado	10	15,4	13	8	23	10,1			
Si: adecuado	55	84,6	150	92	205	89,9			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Comemos a la misma hora todos los días							1,0	0,94	0,46- 1,94
No: inadecuado	13	20	34	20,9	47	20,6			
Si: adecuado	52	80	129	79,1	181	69,4			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Las comidas y refrigerios están programadas cada día							0,6	0,67	0,23- 1,89
No: inadecuado	5	7,7	18	11	23	10,1			
Si: adecuado	60	92,3	145	89	205	89,9			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Los Refrigerios se ofrecen al mismo tiempo todos los días							0,3	0,62	0,26-1,44
No: inadecuado	8	12,3	30	18,4	38	16,7			
Si: adecuado	57	87,7	133	81,6	190	83,3			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Se piensa que debe existir un esquema de alimentación							0,00	0,16	0,03-0,07
No: inadecuado	2	3,1	26	16	28	12,3			
Si: adecuado	63	96,9	137	84	200	87,7			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.



En la relación entre las preguntas del FSQ de la dimensión Consistencia del Horario de Comidas se evidencia que tener un adecuado esquema de alimentación protege a los niños de una dificultad alimentaria ($p < 0,05$; RP: 0,16; IC95%: 0,03- 0,07).

Tabla 14.

Relación entre las preguntas del FSQ del Control del niño en la ingesta y dificultad alimentaria de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Control del niño en la ingesta	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
El niño deja de comer cuando su cuerpo ya no necesita							0,13	1,68	0,89- 3,15
No: inadecuado	22	33,8	38	23,3	60	26,3			
Si: adecuado	43	66,2	125	76,7	168	73,7			
Total	65	100,0	163	100,	228	100			
El niño sabe cuándo está lleno							0,5	1,47	0,61-3,53
No: inadecuado	9	13,8	16	9,8	25	11			
Si: adecuado	56	86,2	147	90,2	203	89			
Total	65	100,0	163	100,	228	100			
El niño sabe instintivamente cuanto comer							0,5	1,25	0,65-2,42
No: inadecuado	18	27,7	38	23,3	56	24,6			
Si: adecuado	47	72,3	125	76,7	172	75,4			
Total	65	100,0	163	100,	228	100			
Se le pide al niño parar de comer cuando él manifiesta que está lleno							1,00	0,98	0,48- 2,01
No: inadecuado	13	20	33	20,2	46	20,2			
Si: adecuado	52	80	130	79,8	182	78,8			
Total	65	100,0	163	100,	228	100			
El niño sabe cuándo tiene hambre							0,72	0,61	0,12-2,97
No: inadecuado	2	3,1	8	4,9	10	4,4			
Si: adecuado	63	96,9	155	95,1	218	95,6			
Total	65	100,0	163	100,	228	100			
Nunca le presiono a comer más de lo que quiere							1,00	0,96	0,5-1,80
Si: Inadecuado	19	29,2	49	30,1	68	29,2			
No: Adecuado	46	60,8	114	69,9	160	70,2			
Total	65	100	163	100	228	100			
Es impulsado a comer por su hambre							0,72	1,15	0,58- 2,26
No: Inadecuado	16	24,6	36	22,1	52	22,8			
Si: Adecuado	49	75,4	127	77,9	176	77,2			
Total	65	100,0	163	100	228	100			
Puede elegir la cantidad de cada alimento que quiere.							0,00	4,05	1,45- 11,16
No: Inadecuado	10	15,4	7	4,3	17	7,5			
Si: Adecuado	55	84,6	156	95,7	211	92,5			
Total	65	100,0	163	100	228	100			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Los datos de la dimensión Control del niño en la ingesta y su ítem “Puede elegir la cantidad de alimento que quiere” con relación a dificultades alimentarias evidencian que el hecho de que los niños no puedan elegir la cantidad de alimento que quieren es un factor de riesgo para una dificultad alimentaria ($p < 0,05$; RP: 4,05; IC95%: 1,45-11,16).

Tabla 15.

Relación entre las preguntas del FSQ del Control del padre en la ingesta y dificultad alimentaria de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Control del padre en la ingesta	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
Cuando no come lo suficiente, me aseguro que coma más							0,11	1,75	0,91-3,35
Si: inadecuado	20	30,8	33	20,2	53	23,2			
No: adecuado	45	69,2	130	79,8	175	76,8			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Yo tengo el control de la alimentación de mi hijo							0,61	1,21	0,63- 2,33
Si: inadecuado	18	27,7	39	23,9	57	25			
No: adecuado	47	72,3	124	76,1	171	75			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Presiono para que mi hijo coma más de lo que él debe							0,02	3,11	1,14- 8,46
Si: inadecuado	9	13,8	8	4,8	17	7,5			
No: adecuado	56	86,2	155	95,1	211	92,5			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Los datos de la dimensión Control del padre en la ingesta y su ítem “Presiono para que mi hijo coma más de lo que pienso que él debe”; muestran que la presión ejercida por los padres al momento de la alimentación es un factor de riesgo para que tenga una dificultad alimentaria ($p < 0,05$; RP: 3,11; IC95%: 1,1- 8,46)

Tabla 16.

Relación entre las preguntas del FSQ del Picoteo entre comidas y dificultad alimentaria de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Picoteo entre comidas	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
Le permito comer y beber durante todo el día							0,04	1,87	1,03 -3,39
Si: inadecuado	29	44,6	49	30,1	78	34,2			
No: adecuado	36	55,4	114	69,9	150	65,8			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Permito que mi hijo coma cuando él o ella tiene hambre							0,54	1,23	0,67- 2,24
Si: inadecuado	43	66,2	100	61,3	143	62,7			
No: adecuado	22	33,8	63	38,7	85	37,3			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Respecto a lo datos de la dimensión Picoteo entre comidas en el que se encontró relación con dificultades alimentarias es Cuando los padres permiten que el hijo coma y beba durante todo el día siendo un factor de riesgo para que tenga una dificultad alimentaria ($p < 0,05$; RP: 1,87; IC95%: 1,03- 3,39).

Tabla 17.

Relación entre las preguntas del FSQ respecto a Dejar el plato limpio y dificultad alimentaria de 228 niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los Centros de Desarrollo Infantil Privados Urbanos. Cuenca. 2015

Dejar el plato limpio	Dificultad alimentaria		Normal		Total		p	RP	IC 95%
	No.	%	No.	%	No.	%			
Tiene que comer toda la comida que se le pone en el plato							0,37	1,32	0,72-2,42
Si: inadecuado	43	66,2	97	59,5	140	61,4			
No: adecuado	22	33,8	66	40,5	88	38,6			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			
Tiene que terminar todo su plato							0,88	1,07	0,59-1,92
Si: inadecuado	39	60	95	58,3	134	58,8			
No: adecuado	26	40	68	41,7	94	41,2			
Total	65	100,0	163	100,0	228	100,0			

Fuente: Formularios de investigación

Elaborado por: A. Arteaga, G. Fernández.

Los resultados muestran que no existe relación entre dificultades alimentarias y las preguntas del FSQ correspondientes a la dimensión picoteo entre comidas ($p>0,05$).

CAPITULO V

5.1. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre dificultades alimentarias y estrategias inadecuadas del cuidador durante la alimentación en los niños y niñas de 2 a 4 años de edad de los centros de desarrollo infantil privados urbanos de Cuenca: Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico de la Universidad del Azuay (CEIAP) y del Centro “Angelitos” de la FEUE (Federación de Estudiantes Universitarios del Ecuador) de la Universidad de Cuenca, para destacar la importancia de abordar temas relacionados con la conducta alimentaria de los niños y el cuidado que brindan sus familias pues la temprana identificación de los problemas permiten una oportuna intervención previniendo en el futuro trastornos de la alimentación (22). La investigación contribuye a orientar en política pública cuales deben ser los temas que se deben anexar en los procedimientos de atención a niños y niñas menores de 5 años de edad.

Las características de la población infantil de los dos Centros de Desarrollo Infantil anexos a las Universidades son las siguientes: la edad media fue de 43,20 meses (10,5 DS)(tabla No. 1); en cuanto al tipo de cuidador, la madre sigue siendo la cuidadora principal en el 79,4% de los casos, similar al estudio realizado por Berlín K, et al, sobre el desarrollo de un cuestionario para evaluar las estrategias de alimentación (FSQ) en el cual se encuestó a 702 cuidadores de niños de 2 a 6 años, en el cual el principal tipo de cuidador fue la madre con un 64% (9), pero diferente a los porcentajes entregados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL y de la Encuesta Nacional de la Niñez y Adolescencia – ENNA.2010 con el 90% y 94% de cuidadoras maternas respectivamente (30)(31). El nivel de instrucción del cuidador más frecuente que se presentó es el “Nivel Superior” con un 51,3%, seguido del “Nivel Medio” con 45,2%, los cuales son catalogados como adecuados dentro del estudio, esto se debe al tipo de centros infantiles.

La prevalencia de dificultades alimentarias es del 28% (gráfico No. 1), resultados similares a los encontrados en diferentes investigaciones realizadas en el Reino Unido en el año 2012 los cuales señalan que la prevalencia de las mismas en lactantes y niños pequeños se encuentra entre 25% y el 40% según lo informado por sus cuidadores (4), así también en otros estudios realizados en el mismo año, indica que los problemas de alimentación afectan a alrededor de 25-45% de los niños con un desarrollo normal (8)(9).

De las dimensiones de las estrategias para la alimentación que mayores porcentajes de inadecuados presentan son: control del padre en la ingesta y picoteo entre comidas, las dos con 31,1%; en general los padres tienden a controlar qué y cuándo comen sus hijos pequeños, además si el niño ha comido o no lo suficiente; en el presente estudio el 25% de padres consideran que tienen el control de la alimentación de su hijo, siendo su influencia importante incluso mucho antes de que el niño pueda caminar o hablar, la que se ve reflejada en una variedad de estrategias, incluyendo el uso de la presión o la fuerza para tratar de mejorar la situación haciendo que el niño consuma cantidades de alimentos preestablecidas por el adulto, haciendo que el niño pierda la sensación de saciedad, generando consecuencias negativas que pueden cambiar el comportamiento de alimentación, y comprometer ampliamente las interacciones entre padres e hijos (9)(28).

Es por esto importante tener estrategias claras durante la alimentación, la misma que debe suceder en un horario previamente programado y ser la principal oportunidad para comer sin picoteo entre comidas (17) (18), lo cual no sucede en nuestro grupo de estudio ya que los padres permiten comer y beber a sus hijos durante todo el día en un 62,7%.

La dimensión Estructura a la hora de comer presenta un porcentaje de estrategia inadecuada de 24.1% siendo esto negativo para promover la alimentación sana y una buena conducta alimentaria (26); en los ítems

correspondientes a ésta dimensión constan, con mayor porcentaje de inadecuados: “permitirle levantarse y volver durante las comidas” con 20,2% y “la hora de la comida llena de distracciones” con 20,2%, seguidas por: “comer con frecuencia en la sala o dormitorios” (19,3%) y “comer frente a la televisión” (16,7%) mientras que la que presenta menor porcentaje es “permitirle tener juguetes en la mesa durante las comidas” (9,2%).

Con respecto a la dimensión dejar el plato limpio la que presenta un 24,1% de estrategias inadecuadas, algunos estudios en Chile evidencian que aún se percibe como sanos a los niños con tendencia a la obesidad siendo la madre más valorada si cría un hijo con sobrepeso (1). Es así que las madres ven como adecuado que las porciones y tipos de alimentos deben ser abundantes y que el plato debe ser vaciado antes de completar el horario de alimentación; siendo la prevalencia en el presente estudio de 61,4%.

En las dimensiones con menor porcentaje de estrategia inadecuada, se encuentran, control del niño en la ingesta con 17,1% de esto habla Chatoor indicando que es sustancial que en los primeros años de vida se dé el desarrollo de la regulación interna autónoma de alimentación, siendo el niño capaz de reconocer su hambre lo cual en el presente estudio tiene una prevalencia de 95,6% es importante también que el niño sea capaz de reconocer las señales de saciedad y responder adecuadamente, que en esta investigación obtiene una prevalencia de 73,7 %, y que si no se valora adecuadamente estas señales se puede precipitar las estrategias de alimentación inadecuadas en los padres por sentirse confundidos y así anular estas señales (25). Se ha encontrado que aunque los padres parecen ser conscientes de la capacidad de autorregulación de la ingesta de los niños desde los primeros meses, en la práctica no parecen confiar en sus hijos cuando muestran señales de saciedad (Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen, & Nicklaus, 2011) (27).

Y respecto a la dimensión consistencia del horario de las comidas con 16,7% de estrategia inadecuada, es importante indicar que establecer rutinas en

torno a la hora de comer (por ejemplo, comer en el mismo lugar y al mismo tiempo) minimiza los problemas de alimentación según un estudio realizado en Perú el 2012.

En la búsqueda de la relación entre dificultades alimentarias y factores asociados: inadecuadas estrategias del cuidador para la alimentación de niños y niñas, tipo de cuidador y el nivel de instrucción del cuidador se encontró: (i) que no existe relación significativamente estadística ni con sexo, ni con tipo de cuidador, ni con el nivel de instrucción del cuidador ($p > 0,005$); con respecto a este último un estudio realizado en estados unidos publicado en el 2009 evidencia que a pesar de que los cuidadores de la muestra de estudio habían recibido más años de educación que la población en general, no se encontró relación significativa con el nivel de educación y dificultad alimentaria (9); (ii) que existió relación con la dimensión “estructura a la hora de comer” porque $p < 0,05$; $RP 2,1$ $IC95\%: 1,1- 4,1$. Los resultados confirman los modelos expuestos por Satter (1995) de prevención y tratamiento para los problemas de alimentación en la niñez, que reconoce que la capacidad de un niño para regular su ingesta de calorías dependen del nivel de la estructura de la hora de comer proporcionado por los cuidadores (17)(18).

De igual manera es necesario indicar que de los ítems correspondientes a la “estructura a la hora de comer” se encontró únicamente relación con dificultades alimentarias a “se le permite tener juguetes en la mesa durante las comidas” porque $p < 0,05$; $RP 2,74$ $IC95\%: 1,2- 6,1$; indicando así que tener juguetes en la mesa durante las comidas es un factor de riesgo para que el niño tenga una dificultad alimentaria como lo dice un estudio realizado en Perú en el año 2012 de estrategias basadas en la familia mostrando que es importante un entorno libre de distracciones (juguetes o televisión) corroborando que estas influyen negativamente en las prácticas de alimentación de los niños (26).

De los ítems de la consistencia en el horario de las comidas se encontró relación con dificultad alimentaria a “se piensa que debe existir un esquema de alimentación” ya que $p < 0,05$; RP: 0,16; IC95%: 0,03- 0,07 es así que tener un adecuado esquema de alimentación protege a los niños de tener dificultad alimentaria. Sin embargo no se ha encontrado ningún estudio que apoye este resultado por lo que se debe investigar más sobre esta relación. Respecto a la dimensión control del niño en la ingesta se encontró relación con dificultad alimentaria al ítem “puede elegir la cantidad de cada alimento que quiere” porque $p < 0,05$; RP: 4,05; IC95%: 1,45-11,16 siendo esto un factor de riesgo para dificultad alimentaria el hecho de que el niño no pueda elegir la cantidad de cada alimento que quiera, en un estudio por Satter acerca de la división de la responsabilidad en la alimentación, postula que una alimentación óptima depende de que los cuidadores posean el liderazgo en la alimentación pero al mismo tiempo den autonomía al niño con la comida, es decir, una vez que la comida y el contexto son proporcionados por el cuidador, se confía en el niño a manejar su propio consumo de alimentos (22).

En el análisis de los ítems del FSQ correspondientes al Control del Padre en la Ingesta, se encontró relación con dificultades alimentarias solamente en el ítem “presionarlo a comer más de lo que pienso que él debe”, ($p < 0,05$ RP: 3,11; IC95%: 1,1- 8,46), es así que la presión que ejercen los padres para que el hijo coma más de lo que puede es un factor de riesgo para que tenga una dificultad alimentaria. Siendo este resultado comparado con distintas literaturas las cuales indican que en los niños pequeños y preescolares existe relación negativa entre presionar durante la alimentación, el IMC del niño y dificultades alimentarias (8)(23)(24).

Con respecto a la dimensión Picoteo entre comidas y su ítem “le permito comer y beber durante todo el día” se encontró que ésta tiene relación con dificultades alimentarias ya que $p < 0,05$; RP: 1,87; IC95%: 1,03- 3,39 siendo un factor de riesgo para dificultad alimentaria que los padres permitan que sus hijos coman y beban durante todo el día. Sin embargo no se han



encontrado estudios que relacionen permitirle comer y beber durante todo el día y dificultades alimentarias. A pesar de esto un estudio para establecer la asociación entre factores modificables (actividad física, sedentarismo, y hábitos dietéticos) con la existencia de sobrepeso y obesidad en población infantojuvenil realizado en la ciudad de Cádiz, España (2010), se encontró que en las niñas es discretamente más frecuente el picoteo entre comidas (35.6%) que en varones (33.7%) y esta ingesta entre horas se asocia significativamente con la existencia de sobrecarga ponderal en el grupo de niñas (29).

5.2. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos recolectados en los dos centros de desarrollo infantil privados urbanos de Cuenca, podemos concluir que la prevalencia de dificultades alimentarias fue del 28%.

También se concluyó que no existe relación significativamente estadística ni con sexo, ni con tipo de cuidador, ni con el nivel de instrucción del cuidador. Se pudo determinar que el cuidador principal fue la madre en el 79,4%, siendo esto importante porque se ha visto que el mejor cuidado que reciben los niños proviene de sus madres.

Los niveles de instrucción del cuidador más frecuentes fueron el nivel medio y superior debido al tipo de centros infantiles, fueron catalogados en el estudio como adecuados.

Se determinó que el tener juguetes en la mesa de comer, no permiten que sus hijos puedan elegir la cantidad de alimento que quieren a la hora de comida, ejercen presión para que sus hijos coman más de lo que pueden y que permiten comer y beber durante todo el día son factores de riesgo para que el niño tenga una dificultad alimentaria en cambio tener un adecuado esquema de alimentación les protege.

5.3. RECOMENDACIONES

Es importante que los programas de salud incorporen los conceptos relacionados con las estrategias y estilos de alimentación, para la detección y prevención dificultades alimentarias en los niños y niñas.

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 dificultades alimentarias.

Establecer un horario regular de comidas y realizar alguna de las comidas en familia; comer despacio y sin distracciones (TV, video, juegos). La hora de la comida o cena debe ser lo más distendida y agradable posible.

Brindar confianza a las señales de saciedad y hambre de los niños y responder a estas de manera adecuada, evitando presionar al niño a comer más cuando manifiesta que está lleno.

Continuar con estudios similares sería importante para dar seguimiento de este tema que en los últimos años ha tomado mucho más importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio E, Jessica; Weisstaub N, Gerardo y Castillo D; Carlos. Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la Infancia y Sus Alteraciones. Rev. Chil. nutr. [online]. 2002, vol.29, n.3 [citado 2014-08-22]. 280-285. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002
2. Ministerio de Salud Pública. Resumen ejecutivo/Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT. ECU 2011- 2013.
3. Comportamiento del Cuidador. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/3147/Capitulo9.pdf>
4. Martin Clarissa I., Dovey Terence M., Arcelus Jon. Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez: Una revisión. Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Ago 24] ; 3(2):89-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000200002&lng=es.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición. Alimentación Alimentaria. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sobrepeso y obesidad infantiles. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
7. Mitchell Gemma, Farrow Claire, Haycraft Emma, Meyer Caroline. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. Rev. Appetite vol. 60 (2013): 85–94.
8. Kristoffer S. Berlin, W. Hobart Davies, Alan H. Silverman, Colin D. Rudolph. Assessing Family-based Feeding Strategies, Strengths, and Mealtime Structure with the Feeding Strategies Questionnaire. Journal of Pediatric Psychology vol. 36 no. Published by Oxford University Press on behalf of the Society of Pediatric Psychology. 2009
9. Jones C.J., Bryant-Waugh R. Development and pilot of a group skills-and-support intervention for mothersof children with feeding problems. Rev.Appetite vol.58 (2012): 450–456.

10. Torío L. S, Peña C. José V, Rodríguez MC. Estilos Educativos Parentales: Revisión Bibliográfica y Reformulación Teórica. Ediciones Universidad de Salamanca Teor. educ. 20, 2008: 151-178. Disponible en: http://rca.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/view/988/1086
11. Altamirano M, Vizmanos L, Unikel S. Continuum of risky eating behaviors in Mexican adolescents. Rev Panam Salud Publica, Cuerpo Académico 454, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, División de Disciplinas Clínicas, Universidad de Guadalajara; 2011, 30: 401-407
12. Kerzner B. Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. Rev Clinical pediatrics, vol 48 (2009): 960-965.
13. Villegas P. María Eugenia. Los Modelos Parentales. Departamento de Pediatría y Puericultura. Universidad de Antioquia. Disponible en: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/BoletinPrincipioActivo/93_los_modelos_parentales.pdf
14. Northstone K, Emmett P. The associations between feeding difficulties and behaviours and dietary patterns at 2 years of age: the ALSPAC cohort. School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, UK; 2012.
15. Becoña. E; Martinez. U; Calafat. A. Parental styles and Drug use: a review. Rev. Informa Helthcare 2012, Vol. 19, No. 1: 1-10. Disponible en: http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/FERYA_materiales/Estilos-parentales.pdf
16. Patrick Heather, Nicklas Theresa A., Hughes Sheryl O., Morales Miriam. The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. Rev. Appetite Vol. 44 (2005): 243–249.
17. Li, Y. Child behaviour problems: Prevalence and Correlates in rural minority areas of China. Pediatr Int, 2003; 43: 651-661.
18. Dubois L. Problems eating behaviours related to social factors and body. 4, 2007, Int J Behav Nutr Phys , 2007; 4: 9.

19. Powell F, Farrow C. V, Meyer, C. Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite, Health Sciences*, Loughborough University, Leicestershire LE11 3TU, UK; 2011, 57: 683-692.
20. Cassells EL, Magarey AM, Daniels LA, Mallans KM. The influence of maternal infant feeding practices and beliefs on the expression of food neophobia in toddlers. *Rev. Appetite* Vol. 82 (2014): 36–42.
21. Lohse B, Satter E, Arnold K. Development of a Tool To Assess Adherence to a Model of the Division of Responsibility in Feeding Young Children: Using Response Mapping To Capacitate Validation Measures. *Childhood Obesity*, April 2014. Volume 10, Number 2:153-168.
22. Kristen M. Hurley, Matthew B. Cross, Sheryl O. Hughes. A Systematic Review Of Responsive Feeding And Child Obesity In High-Income Countries. *The journal of nutrition*. Enero 2011.
23. Domínguez-Vásquez P., Olivares S., Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Sociedad latinoamericana de nutrición*. Chile. Vol 58 N°3. 2008.
24. Steinberg C. Feeding disorders of infants, toddlers, and preschoolers. *BC Medical Journal*. Vol. 49 No. 4, May 2007.
25. Black, Maureen M; Creed-Kanashiro, Hilary M. ¿Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [online]. 2012, vol.29, n.3 [citado 2015-08-05]: 373-378 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
26. Castrillón, I. y Giraldo, O. Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, Vol. 6. No. 1. 2014. 6 (1): 57-74. Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2641/1/CastrillonIsabel_practicasalimentacionpadres%20.pdf
27. Sanches Marins S., Andrade Rezende M. Percepciones y prácticas de madres de pre-escolares brasileños acerca de la alimentación de los hijos. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2015 Ago 06] ; 10(21):



Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100015&lng=es.

28. Villagrán Pérez S, Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz J. P, Martínez Nieto J. M., Lechuga Campoy J. L.. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2015 Ago 06] ; 25(5): 823-831. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500022&lng=es.
29. Observatorio de los derechos de la Niñez y la Adolescencia. Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. Quito: Secretaria Técnica del Observatorio, 2010.
30. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina. Santiago de Chile: s.n., 2014



ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS PARA LA ALIMENTACIÓN (FSQ)

Nombre del niño:	Fecha de hoy:
Formulario llenado por:	Cumpleaños del niño:

Por favor, responda a cada ítem de acuerdo a lo que usted crea conveniente, basado en la siguiente escala: 1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, y 5 = Muy de acuerdo

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerd o	Muy de acuerdo
1) Tenemos reglas claras sobre el comportamiento a la hora de comer					
2) Le doy de comer a mi hijo cada vez que él o ella pide comida.					
3) La cantidad de comida que mi hijo come depende de cuan hambriento este.					
4) Mi hijo tiene que comer toda la comida que se le pone en su plato.					
5) Mi hijo sabe cuáles son las reglas de comportamiento durante las comidas					
6) Yo permito que mi hijo coma cuando él o ella tiene hambre					
7) Mi hijo sabe instintivamente cuánto comer					
8) Mi hijo tiene que terminar todo su plato					
9) Mi hijo debe permanecer en la mesa hasta que todos hayan terminado de comer					
10) Mi hijo está permitido comer y beber durante todo el día, cada vez que él o ella pide					
11) Mi hijo puede elegir la cantidad de cada alimento que él / ella quiere comer en una comida					
12) Tengo que obligar a mi hijo a comer					
13) Un esquema de alimentación consistente es importante para mí, en casa.					



14) A mí hijo se le permite levantarse de la mesa y volver durante las comidas					
15) Mi hijo sabe cuándo ella o él está lleno.					
16) Es responsabilidad de los padres asegurarse de que su hijo coma suficientes alimentos en cada comida					
17) Comemos a la misma hora todos los días					
18) Mi hijo come con frecuencia sus comidas y refrigerios en frente de la TV					
19) Cuando mi hijo dice que está lleno, no le pido comer más					
20) Cuando mi hijo no ha comido lo suficiente, me aseguro de que coma más					
21) A mi hijo se le ofrece el mismo número de comidas todos los días					
22) Mi hijo suele tener los juguetes en la mesa durante las comidas					
23) Nunca presiono a mi hijo a comer más de lo que él o ella pide o quiere.					
24) Yo tengo el control de la alimentación de mi hijo					
25) Las comidas y refrigerios de mi hijo están programadas cada día.					
26) Mi hijo come con frecuencia comidas y aperitivos en la sala de estar o sala familiar					
27) Mi hijo decide si va a comer los alimentos que se le ofrecen en cada comida.					
28) Siento que tengo que forzar a mi hijo para alimentarse.					
29) La hora de las comidas se producen al mismo tiempo cada día.					
30) La hora de las comidas están llenas de distracciones en nuestra casa					
31) Mi hijo sabe cuándo es el momento de dejar de comer, prestando atención a su cuerpo					
32) Yo no permito que mi hijo coma más de lo que pienso que él debe					
33) Los refrigerios se ofrecen al mismo tiempo todos los días.					
34) Mi hijo exige que le sirva ciertos alimentos en las comidas					



35) Mi hijo es impulsado a comer por su hambre					
36) Siento que estoy en control de la alimentación de mi hijo					
37) Mi hijo tiene que venir y sentarse en la mesa durante las comidas					
38) Mi niño hace berrinches o rabietas en las comidas cuando se le dice que tiene que comer algo					
39) Mi hijo sabe cuándo tiene hambre					
40) Mi hijo no sabe cuándo dejar de comer a menos que yo se lo diga.					



ANEXO 2. EVALUACION DE LAS DIFICULTADES ALIMENTARIAS (CCDA-N1-APS).

CUESTIONARIO

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Usted o quien cuida al niño o niña está muy preocupada/o porque no come bien y por eso ocasiona problemas en el momento de comer?		
2	¿El niño o la niña come tan poco y por eso está muy flaco/a o pequeño/a?		
3	¿El niño niña prefiere jugar o hacer cualquier otra cosa menos comer?		
4	¿El niño o la niña siempre está tan triste* que no quiere comer? *esta pregunta debe captar a los niños que por negligencia o maltrato no comen		
5	¿El niño o la niña escoge para comer menos de 15 alimentos, por eso usted cree que él o ella es selectivo?		
6	¿El niño o la niña se asusta (tiene miedo) y por eso llora o rechaza o escupe?		
7	¿El niño o la niña come mucho ya sea porque come a cada rato (más de 5 veces al día) o porque se repite las porciones? (Incluye seno y teta)		

Es una dificultad alimentaria si dos o más son contestadas como “sí”.

**ANEXO 3. FORMULARIO****FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TITULACION EN LA CARRERA DE
MEDICINA****DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL
CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS
EN LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS DE CUENCA.
2015.****A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA**Fecha: / / (día, mes, año)Formulario N°

Nombre del

Niño _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la madre/padre o representante legal:

Nombre de la

profesora: _____

B. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN**1. EDAD:** _____ meses**2. SEXO:**

1. Masculino

☐

2. Femenino

☐**3. DIFICULTAD ALIMENTARIA**

0. Si

1. No

4. TIPO DE CUIDADOR

1. Madre

☐

2. Padre

☐

3. Abuelos

☐

4. Tíos

☐

5. Hermanos

☐

6. Otros

☐**5. TIPO DE CUIDADOR**

0. No materno

☐

1. Materno

☐**6. EDAD EN AÑOS DEL CUIDADOR:** _____**7. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL**

1 Ninguna

☐

2 Básica

☐

3 Media

☐



4 Superior ☐

8. ESTRATEGIAS DEL CUIDADOR FAMILIAR PARA LA ALIMENTACION DEL NIÑO O NIÑA:

0. Inadecuadas ☐
1. Adecuada ☐

9. ESTRATEGIAS DEL CUIDADOR FAMILIAR PARA LA ALIMENTACION DEL NIÑO O NIÑA: (se tomará de lo respondido en el cuestionario FSQ)

	Inadecuada	Adecuada
1. Estructura de la hora de comer		
2. Consistencia en el horario de comida		
3. Control del niño en la ingesta		
4. Control del padre en la ingesta		
5. Picoteo entre comidas		
6. Dejar el plato limpio		

Observaciones _____

Fecha: _____

Evaluator: _____



ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TITULACION EN LA CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS EN LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS DE CUENCA. 2015.

Hemos sido invitados a incluir a nuestro hijo/a _____ en la investigación "DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y ESTRATEGIAS INADECUADAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS EN CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS DE CUENCA. 2015", estudio que ayudará a conocer lo que está pasando con nuestros hijos e hijas. Nos han explicado que el proceso será realizado bajo la responsabilidad de la Dra. Lourdes Huiracocha y las estudiantes de medicina Andrea Belén Arteaga Huiracocha y Gabriela Fernandez de Córdova, empleando dos cuestionarios, el primero para detectar si existe o no una dificultad alimentaria en el niño y el segundo para identificar las estrategias del cuidador familiar en el momento de alimentar al niño o niña.

La directora y las estudiantes de la investigación se han comprometido a responder las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de nuestro/a hijo/a. Luego de analizar las condiciones hemos decidido participar en forma libre y voluntaria, y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente, por consiguiente, yo _____ padre y/o yo _____ madre de _____ autorizo/amos la inclusión de nuestro hijo/a en el estudio.

Firma del cuidador familiar
CI _____

Cuenca, _____ de 2015