



Maestría en Intervención y Educación Inicial

“Las prácticas del cuidador durante la alimentación y su relación con las conductas alimentarias de los niños y niñas de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del cantón Cuenca”

**Trabajo de graduación para la obtención del título de Magíster en
Intervención y Educación Inicial**

Autora: Marcelita Rosario Valencia Piedra

Directora: Lourdes Huiracocha Tutiven

Cuenca – Ecuador

2014

DEDICATORIA

A mi familia, a mis hijos Hans y Antonella por su comprensión, apoyo y palabras de estímulo.

Marcelita

AGRADECIMIENTO

A mi Directora de Tesis, la Magister Lourdes Huiracocha quien me apoyo para la realización del presente trabajo.

A los actores de los CIBV que permitieron la elaboración del presente trabajo de investigación dando las facilidades requeridas.

Marcelita

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es describir las prácticas de los cuidadores durante la alimentación de los niños y niñas de 1 a 3 años que asisten a los CIVB urbanos de Cuenca y su relación con las conductas alimentarias, aplicando los cuestionarios de Huiracocha y de Hughes.

Se estableció que el 44,7% de cuidadores tienen un estilo acorde con la norma técnica de atención de los CIVB del MIES; los demás fueron categorizados según la clasificación de Chatoor. La prevalencia de las dificultades alimentarias fue del 51%, sin presentar relación de riesgo entre las prácticas del cuidador y las dificultades alimentarias ($p < 0.05$).

Se concluye que es necesario evaluar la conducta alimentaria en los niños y niñas, así como las prácticas del cuidador durante la alimentación.

Palabras claves: conducta alimentaria, niños, cuidadores, prácticas de cuidado.

ABSTRACT

This paper aims at describing the healthcare practices of caregivers during the feeding period of 1-3 years old children attending the Children's Centers for Good Living (CIBVs) located in the urban area of Cuenca, and its relationship with eating behaviors. This information was gathered through the application of *Huiracocha* and Hughes questionnaires.

It was established that 44.7% of caregivers follow the technical standard of The Ministry of Economic and Social Inclusion (MIES) CIVB childcare centers; the others were categorized according to Chatoor classification. The prevalence of feeding difficulties was 51%, without presenting risk relationship between caregiver practices and feeding difficulties ($p < 0.05$).

We conclude that it is necessary to assess the children's eating behavior and the caregiver practices during the feeding period.

Keywords: Eating Behavior, Children, Caregivers, Healthcare Practices.



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo



ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
1.1. Universo	8
1.2. Muestra.....	8
1.3. Proceso de evaluación.....	9
1.4 Tipo de diseño	9
1.5. Operacionalización de las variables	10
1.6. Procedimientos de recolección	10
1.7. Aspectos éticos	11
1.8 . Tabulación y análisis	11
CAPÍTULO 2: RESULTADOS.....	12
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características demográficas de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los CIVB urbanos del cantón Cuenca. 2014.....	12
Tabla 2: Prácticas durante la alimentación de 47 cuidadoras/es de los CIVB urbanos del cantón Cuenca	12
Tabla 3: Relación entre prácticas de las cuidadoras/es durante la alimentación y dificultades alimentarias	14
Tabla 4: Relación entre edad, sexo, tipo de familia de los niños y dificultades alimentarias	14

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frecuencia de las dificultades alimentarias en 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los CIVB urbanos del cantón Cuenca. 2014	13
---	----

Marcelita Rosario Valencia Piedra

Trabajo de graduación

Lourdes Huiracocha

Julio 2014

“Las prácticas del cuidador durante la alimentación y su relación con las conductas alimentarias de los niños y niñas de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del cantón Cuenca”

INTRODUCCIÓN

“La conducta alimentaria es donde el comportamiento guarda estrecha relación con el alimento. La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades”. (Bueno, 2003)

En la conducta alimentaria además se definen los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren y la cantidad.

“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”. (Osorio, 2002)

En los primeros momentos de vida durante la alimentación, el contacto corporal, los cuidados afectivos forman parte del vínculo entre el bebé y la mamá, por lo que durante la lactancia la madre debe estar atenta a reconocer las señales de hambre y saciedad de su hijo, pues él regula su propia ingesta iniciándose una favorable conducta alimentaria.

Desde edades muy tempranas los niños y niñas establecen relaciones recíprocas con quienes lo cuidan, estas relaciones de apego que se establecen durante el primer semestre de vida son determinantes en la adquisición de la conducta alimentaria y su adecuado desarrollo en lo posterior.

Para Setton y Durán, la conducta alimentaria es muy compleja, comienza a moldearse desde el inicio de la vida y una vez establecido un patrón alimentario es muy difícil

modificarlo, tanto a nivel individual como poblacional. Por lo tanto, la conducta alimentaria se va formando a lo largo de las experiencias del niño y niña con la comida y su interacción con el medio. El reconocimiento del hambre, la saciedad y la autorregulación de la ingesta se van perdiendo a medida que crecemos, por lo que es importante “entrenar” al niño para detectar estas señales fisiológicas y respetarlas desde el inicio de la alimentación complementaria. En esta etapa el rol de la madre o del cuidador “marcan” la conducta alimentaria. (Setton, 2009)

La madre desempeña un rol fundamental en la educación de los hijos e hijas y en la transmisión de pautas alimentarias; sin embargo en la actualidad por situaciones de trabajo su rol es compartido con un entorno familiar variable, con una familia extendida, con una empleada doméstica o con cuidadoras en centros infantiles, quienes influyen en la educación, crianza y en la formación de la conducta alimentaria.

“Un estudio caso control longitudinal realizado por Lobo et al, citado por Osorio (2002), demostró que los niños/as con fracaso del desarrollo tenían contactos menos frecuentes y menos positivos con sus madres”

Según Chatoor(2009) la inadecuada conducta alimentaria se denominacomo “dificultad alimentaria” que son los problemas que presentan los niños o niñas al momento de comer tales como: llorar, vomitar, rechazar la comida (cerrar la boca, escupir), tener miedo a la comida, resistirse a comer, aceptar una variedad limitada de alimentos, lo que causa conflictos al cuidador.

“Las dificultades de la conducta alimentaria se establecen habitualmente en etapas muy precoces de la infancia, sin que sean percibidos como tales por los padres” o por quienes se encargan del cuidado del niño o niña, quienes “generalmente comienzan a considerarlo como un trastorno, cuando se asocian a un retraso del crecimiento”. (Osorio et. al., 2002).

Las dificultades alimentarias pueden o no ocasionar pérdida de peso o deterioro del estado físico. Lospadres por el estrés que viven el momento que sus hijos e hijas se alimentan, pueden generardificultadesde la conducta alimentaria, cuando se da el cambio de la lactancia materna a otro tipo de alimentación artificial, cuando administran alimentos más sólidos, exigen el uso de la cuchara, o los integran a la mesa familiar.

Para Méndez (2008) desde los años setenta se da un proceso de divulgación de los trastornos de la conducta alimentaria, que se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones

distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo. Señala que existen dos tipos de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Otra categoría la constituyen los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) que codifican los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico, entre los cuales se encuentra el trastorno por atracón (TA), catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a cuidadosas revisiones.

Estudios indican que existen diferencias en los aspectos psicosociales según los tipos de trastornos alimentarios de preescolares Budd et. al. (1992). Aquellos niños y niñas con trastornos alimentarios con falla del crecimiento de causa orgánica (disfunciones orgánicas), presentaban padres con un mayor grado de angustia emocional y estatus social, en comparación con los niños y niñas con trastornos alimentarios con falla del crecimiento no orgánica (condiciones no adecuadas en el hogar o inconsistentes lazos parentales).

Debido a la necesidad de considerar todos los factores orgánicos, psicológicos y sociales relevantes, se ha comenzado a reducir el énfasis en la dicotomía clásica entre trastornos orgánicos y no orgánicos, y mirar el fracaso en el crecimiento y la alimentación desde un punto de vista integral del desarrollo.

Por esto se hace necesario que el equipo de salud diagnostique adecuadamente el tipo de trastorno alimentario y desarrolle estrategias de tratamiento específicas dependiendo de la naturaleza de los desórdenes de la alimentación. Dicho diagnóstico debe considerar el entorno sociocultural y su tratamiento debe ser dado pensando en las distintas sociedades y culturas. (Osorio, 2002)

Irene Chatoor, Psiquiatra del Centro Médico Nacional de la Infancia (Washington DC), una de las investigadoras más renombradas en los trastornos de la alimentación de bebés y niños pequeños, plantea la importancia de detectar lo más pronto posible los problemas en la alimentación, entenderlos y tratarlos para evitar que los mismos perturben el desarrollo no desencadenen en déficits en el desarrollo cognitivo, problemas conductuales, trastornos de ansiedad o trastornos de la conducta alimenticia.

Es decir mientras más pronto se detecten los problemas de alimentación en los niños y niñas, se puede aplicar de manera oportuna el tratamiento adecuado y evitar retraso en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas.

“No sólo la ingesta adecuada de nutrientes es necesaria para evitar la malnutrición, también se necesita de una alimentación “responsable” donde exista equilibrio entre dar ayuda y

animar al lactante a autoalimentarse con un estímulo positivo y no restrictivo, donde el cuidador tenga una relación emocional y afectiva, jugando un papel importante en la alimentación del niño. Esto se ve reflejado en la estrategia de enseñanza por medio del juego que utilizan los cuidadores como forma de educación, generando un mayor vínculo cuidador - cuidado". (Torrado, 2007)

AsíChatoor(2009), plantea diferentes tipos de cuidadores: controlador, receptivo, negligente e indulgente. El **cuidador controlador** mantiene al niño o niña en la mesa hasta que termine de comer sin considerar sus necesidades, preferencias y le castiga si no termina de comer; **el receptivo** responde a los signos de hambre, a las necesidades del niño o niña y son buenos modelos en hábitos alimentarios; **el negligente** no da importancia a la alimentación, no establece normas, no nota si el niño o niña gana o pierde peso; y el **indulgente** exageran sus respuestas a las necesidades del niño o niña y le complacen en todo lo que él o ella quiere, prepara comidas especiales, no existe normas ni límites en la alimentación.

Los médicos ejercen presión e insisten que los padres y/o cuidadores deben preocuparse sobre el peso y talla de sus hijos o niños- niñas cuidados, sin darle una correcta explicación o intervención a la situación presentada. Por lo que la preocupación y ansiedad de estos se refleja en el acto de dar de comer, provocando que el niño o niña rechace la comida.

Las conductas del cuidador pueden influir en el crecimiento, desarrollo cognitivo, psicosocial, ingesta alimentaria, estado de salud; el crecimiento y el desarrollo del niño pueden influir a su vez en el cuidador y la relación afectiva entre ellos.

Como bien planteaChatoor (2009) que el cuidador durante las etapas del desarrollo del niño y niña tiene un rol fundamental, sus prácticas adecuadas en los momentos de la alimentación son importantes para identificar "patrones adecuados", "señales claras de hambre o saciedad" o si el cuidador no es capaz de interpretar señales de manera correcta no responderá adecuadamente. Si estos patrones de ingestión de alimentos se vuelven crónicos, se podría presentar un trastorno de la alimentación que pone en peligro el crecimiento y desarrollo.

La realidad familiar actual determina que los niños y niñas tengan que permanecer entre 4 y 8 horas diarias en un Centro de Desarrollo Infantil, bajo la tutela de cuidadoras que no siempre cumplen el perfil solicitado por las instituciones que regulan el funcionamiento de los mismos, en espacios no siempre adecuados para su cuidado y atención, y por ende no siempre relacionan que las prácticas que los cuidadores mantienen al momento de la

alimentación están asociadas no sólo con problemas de la malnutrición, alteraciones del neurodesarrollo de los niños y niñas entre 1 a 3 años sino también con las dificultades en la conducta alimentaria, pues su estilo de apego de una u otra manera transmite hábitos, costumbres y prácticas nutricionales.

“Estudios han encontrado que un cuidado cálido y sensible del adulto significativo (cuidador) que monitorea las necesidades individuales de los niños - niñas y las necesidades del grupo entero genera relaciones de apego seguras. (Vásquez de Velasco, 2012)

Según el modelo transaccional, el desarrollo del niño es una interacción dinámica continua entre él y la experiencia dadas por la familia y el contexto social, incluye no sólo la conducta del cuidador sino también la conducta del niño - niña y las características del contexto ambiental, factores que desempeñan un papel importante en el crecimiento y desarrollo.

El Análisis Transaccional (AT), creado por Eric Berne(1938) al cual definió como “una teoría de la personalidad y de la acción social y un método clínico de psicoterapia basado en el análisis de todas las transacciones posibles entre dos o más personas, sobre la base de estados del yo específicamente definidos”.

“El modelo transaccional es una teoría de la personalidad y de las relaciones humanas con una filosofía propia que, en la actualidad se aplica para la psicoterapia, el crecimiento y el cambio personal u organizacional en numerosos campos. Sus conceptos se expresan por medio de un vocabulario sencillo y original buscando ante todo la comprensión de los fenómenos por parte de todos (profesionales y clientes). Sus modelos de análisis son universales, sus explicaciones son intencionadamente fáciles y próximas a las vivencias inmediatas de las personas”. (Giardino, 2008)

Este modelo argumenta que las características de los niños y niñas generan una serie de interacciones como consecuencia de sensaciones, sentimientos y representaciones del adulto. Estas interacciones o transacciones entre el niño en desarrollo y el cuidador cambian en la medida que se van produciendo cambios en el estado de desarrollo del niño-niña, en el fondo de este proceso se encuentra el vínculo de apego entre ambos.

El Modelo Transaccional presenta tres pasos: antecedentes, proceso y resultado. En los **antecedentes** está el temperamento del niño y niña con su vulnerabilidad genética y la relación de los padres/cuidadores/maestros e historial de dificultades alimentarias; **en el proceso** está la interacción alterada entre padres/cuidador/maestro e hijos/niños y niñas a su cuidado dando como **resultado** un desorden alimentario que a su vez produce efectos

negativos tanto en el niño - niña como en la madre o cuidador, continuando así el círculo vicioso y por lo tanto la intervención es actuar en el proceso mejorando la interacción entre padres/cuidadores e hijos/niños y niñas a su cuidado: ayudando a los padres/cuidadores a ser mejores. (Valbuena de la Fuente, 2004)

“La conducta alimentaria correcta sería cuando al existir una empatía con un cuidador regulado el niño o niña come solo, de manera variada, en los tiempos y cantidades requeridas sin la presión del cuidador logrando un adecuado estado nutricional. Las prácticas adecuadas por parte del Cuidador constituyen la principal medida a utilizar en el tratamiento de la conducta alimentaria de los niños y niñas”. (Chatoor, 2009)

El presente estudio analítico transversal investigó para contestar a la pregunta: ¿Al mejorar las prácticas de los cuidadores durante los momentos de alimentación, se favorece las conductas alimentarias de los niños y niñas de 1 a 3 años de edad?

Los resultados de las dificultades alimentarias (inadecuada conducta alimentaria) están en 51% y esta realidad está relacionada con las prácticas de los cuidadores en los Centros de Desarrollo Infantil.

Los cuestionarios que se aplicaron en la presente investigación son: El cuestionario validado de L. Huiracocha (2012), que cumple con los criterios y la base de elaboración según la teoría del programa IMFeD, y es una herramienta que permite que cualquier personal de salud o de educación pueda “alertar la dificultad alimentaria” en niños de 1 a 5 años de edad y derivarlos a un equipo interdisciplinario para el diagnóstico definitivo. Y el cuestionario de Hughes, et al. (2005), cuya validación se encuentra en el documento ParentingFeedingStyles. Appetite, año 2005 quien clasificó a los estilos de cuidador en el momento de alimentar a los niños y niñas de 1 a 3 años de edad, estilos que son utilizados por Chatoor en su investigación.

La investigación tiene pertinencia social porque responde a uno de los objetivos de la Agenda para la Igualdad de Niños, Niñas y Adolescentes 2012- 2013 Ecuador, en donde se establecen metas y objetivos conjuntos entre los diferentes Ministerios del Estado orientados al fortalecimiento de planes, programas, proyectos y acciones que garanticen el cumplimiento de los derechos a la supervivencia, al desarrollo, a la protección y a la participación, a través de la igualdad, el buen trato y la transformación de los patrones culturales adulto centristas y al Plan Nacional del Buen Vivir. Responde a los programas del MSP denominados: “alimentación y nutrición”, Desnutrición cero, Micronutrientes, y al acuerdo Ministerial del Ministerio de Inclusión Económica y Social No. 000243 que declara:

Que, los niños y niñas tienen derecho a su desarrollo integral, entendiendo como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno de afectividad y seguridad que les permita la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo- emocionales y culturales; y que es deber del Estado, la familia y la sociedad promover de forma prioritaria este desarrollo integral y asegurar el ejercicio pleno de derechos, conforme lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República. Que, es deber del Estado adoptar, entre otras medidas, la atención a menores de seis años que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco integral de protección de derechos, según lo establece el artículo 46 de la Constitución de la República del Ecuador del año 2008.

Por lo expuesto esta investigación pretende estudiar cuales son las prácticas que los cuidadores de los Centros de Desarrollo Infantil utilizan durante los momentos de alimentación y su relación con las conductas alimentarias de los niños y niñas de 1 a 3 años de edad. Permite identificar buenas y malas prácticas que pueden ser criterios guías para la elaboración de planes de intervención y/o capacitación para las y los cuidadoras.

Los Centros Infantiles a los que los niños y niñas asisten pueden ser un excelente medio para promover cambios de actitud y nuevas conductas en las poblaciones de niños y niñas, constituyéndose en lugar ideal para trabajar aspectos informativos, formativos y prevenir dificultades alimentarias.

Otro criterio que motivó la investigación es que la conducta alimentaria tiene relación con el estado nutricional de los niños y niñas. Estudios de investigación actuales demuestran la estrecha relación entre sobrepeso, obesidad y desnutrición con la forma como los cuidadores actúan durante el acto de la comida.

CAPÍTULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS

1.1. Universo

Las unidades de análisis del estudio fueron los niños y niñas de 1 a 3 años de edad y las cuidadoras de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la zona urbana del cantón Cuenca. La investigación se realizó de enero a junio del 2014. El universo fue de 627 niños y niñas entre 1 a 3 años de edad y 47 cuidadoras.

1.2. Muestra

La muestra fue calculada de manera probabilística aleatoria simple, cuya fórmula para una variable dependiente cualitativa y para un universo finito es:

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

N= universo

P=probabilidad

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

z= nivel de confianza: 95%=1.96

e= precisión, error de inferencia=3%

Cálculo del tamaño de la muestra: frecuencia de 20% de dificultades alimentarias, error de inferencia del 3% con el IC: 95%. Universo de 627 niños y niñas entre 1 a 3 años de edad. Se calculó en el EPI-DATA y la muestra fue de 327 niños y niñas de 1 a 3 años de edad. Se añade el 10% de pérdidas (33) y se obtiene un total de 360.

Los criterios de inclusión en los niños y niñas fue tener edad entre 1 y 3 años de edad, asistencia regular y que la madre o padre o representante firme el consentimiento informado.

El criterio de exclusión en los niños y niñas fue la actitud persistente de no colaboración del niño o niña.

En las cuidadoras el criterio de inclusión fue estar a cargo de los niños y niñas desde el inicio del ciclo escolar y durante toda la jornada (4 a 8 horas) y,

El criterio de exclusión en las Cuidadoras fue la negación a la participación y ser cuidador/a sustituta o transitoria.

El instrumento de recolección de datos para la evaluación de la conducta alimentaria se utilizó el cuestionario corto para la detección de dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad validado por la Dra. Lourdes Huiracocha en los Centros de Desarrollo Infantil y Centros de Salud del MSP y para las prácticas del cuidador el cuestionario de Hughes.

1.3. Proceso de evaluación

Previo al inicio de la investigación se realizó durante una semana talleres con el personal de los CIVB para entrenarles en la aplicación de los cuestionarios. Se preparó y estandarizó a los cuidadores en las evaluaciones y llenado de formularios, revisando los materiales e instrumentos a utilizar. Se aplicó un formulario con tres secciones: la primera de datos administrativos, la segunda destinada a datos de filiación: nombre, edad, sexo, CIVB y la tercera a los datos propios de la investigación. Se anexó a cada formulario las secciones que correspondieron a los cuestionarios de conducta alimentaria (para aplicar a los niños y niñas) y prácticas del cuidador/a con las instrucciones de evaluación (Anexo 1).

Para la recolección de información se solicitó a las cuidadoras que llenen los cuestionarios correspondientes y completen el formulario. Se receiptó diariamente los formularios y se revisó si los cuestionarios fueron evaluados correctamente y si los formularios se llenaron en la totalidad, así se pudo corregir a tiempo los errores.

Cuando un niño faltó o estuvo enfermo se regresó al otro día para hacer la evaluación y cuando no fue posible se consideró como perdido, pues fueron niños que por situaciones familiares o enfermedad se retiraron del servicio. Con las cuidadoras no hubo problema porque aunque estuvieron enfermas regresaron en la semana. Se requirió la colaboración responsable de las cuidadoras, como investigadora empleé actividades de ambientación, comunicación y buen trato con los niños, padres y cuidadoras, impartiendo confianza.

1.4 Tipo de diseño

El estudio fue observacional transversal de prevalencia.

1.5. Operacionalización de las variables

Se tomó como variable dependiente a las conductas alimentarias y como independientes a las prácticas del cuidador/a. También se consideraron las variables contextuales de edad, sexo del niño, tipo de cuidador, prácticas del cuidador/a durante la alimentación.

Las variables fueron definidas de la siguiente manera:

- Edad del niño o niña: evaluada en meses
- Sexo del niño: masculino y femenino.
- Conducta alimentaria: conducta del niño o niña en el acto de comer o de alimentarse, identificados con el cuestionario corto validado para el nivel 1 de Atención primaria en Salud, Huiracocha (2012), clasificada como: normal: ninguna o una pregunta fue contestada como “sí”; dificultad alimentaria: dos o más fueron contestadas como “sí”
- Prácticas del cuidador: conducta del cuidador durante el acto de comer del niño o niña:

Controlador (preguntas de la 1 a la 4 del cuestionario contestadas afirmativamente),

Indulgentes (preguntas de la 5 a la 8 del cuestionario contestadas afirmativamente),

Negligentes (preguntas de la 9 a la 12 del cuestionario contestadas afirmativamente),

Responsables (preguntas de la 13 a la 16 del cuestionario contestadas afirmativamente).

No definido (preguntas 1 a la 16 del cuestionario), cuando no existe un patrón dentro de los grupos establecidos anteriormente.

1.6. Procedimientos de recolección

Con los formularios definidos se realizó el pilotaje a 20 niños sorteados con sus respectivas cuidadoras y que no fueron parte de la muestra, con esto se mejoró los formularios iniciando la fase de recolección realizando las encuestas a las cuidadoras, calificando inmediatamente y pasando la información al SPSS. vs. 18. Se escribió informes de los resultados para entregar a las autoridades, cuidadoras y padres de familia de los niños, niñas. Con los que tuvieron dificultades en la conducta alimentaria existieron reuniones especiales para explicar a los padres y sugerirles que ingresen a un programa

deintervención temprana. Después de siete días de aplicado el instrumento, como parte del control de calidad, como investigadora apliqué una nueva evaluación al 5% de los niños y niñas que conformaron la muestra seleccionada por sorteo aleatorio simple.

1.7. Aspectos éticos

Se mostró calidad humana, solvencia ética, técnica y científica; se garantizó la confidencialidad de la información, se previó acontecimientos adversos en contra de los niños, niñas, padres de familia y profesores. Previa a la recolección de los datos se pidió la firma del consentimiento informado de las autoridades de los centros infantiles y de los padres de familia.

1.8 . Tabulación y análisis

Los datos se incorporaron en el SPSSvs.18, previa a la tabulación se vigiló la calidad. En un primer nivel se calculó estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de distribución) de las variables cuantitativas continuas: edad de los niños. En las variables cualitativas (conductas alimentarias, prácticas de las cuidadoras) se calculó porcentajes. Para la relación de la conducta alimentaria con prácticas del cuidador se estableció el chi cuadrado.

CAPÍTULO 2: RESULTADOS

Tabla 1: Características demográficas de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los CIVB urbanos del cantón Cuenca. 2014

Características	Sexo		p ^b	Grupo de edad (años)			p ^c
	Niños (media±DS)	Niñas (media±DS)		1	2	3	
N	203(56,4%)	157 (43, 6%)		99	164	97	
%	56,5	43,5		1.0	43.3	55.7	
Edad(meses)	30.9 ±9.4	30.7±8.4	0.89	16.51±3.5	28.9±3.4	41.1±3.3	<0.001

Fuente: Formularios de investigación
 Autora: Marcelita Valencia

Existieron mayor número de niños (56,4%) que niñas, la edad con mayor número de niños y niñas fue la de 2 años, existe un número similar en las edades de 1 y 3 años.

Tabla 2: Prácticas durante la alimentación de 47 cuidadoras/es de los CIVB urbanos del cantón Cuenca

Prácticas del cuidador durante la alimentación	Total	
	No.	%
Controladora	7	14,9
Indulgente	1	2,1
Negligente	2	4,3
Responsable	16	34,0
No definido por acoplarse a norma técnica	21	44,7
Total	47	100,0

Fuente: Formularios de investigación
 Autora: Marcelita Valencia

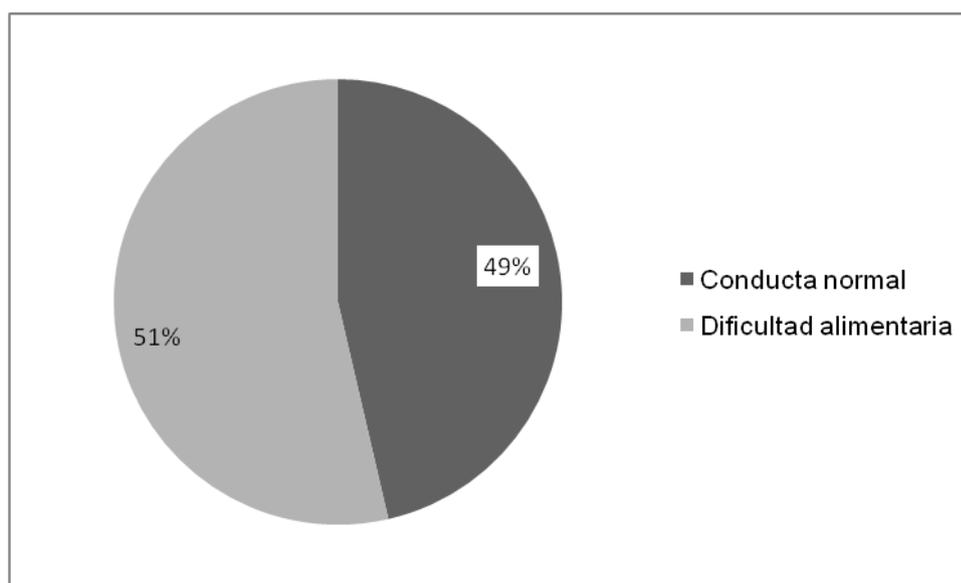
El 44,7% de cuidadores tienen un estilo acorde a lo que indica la norma técnica de atención de los CIVB del MIES, pero los demás tienen estilos que van desde controladores, indulgentes, negligentes hasta responsables.

La norma técnica es un instrumento de obligatorio cumplimiento para las cuidadoras de los CIVB, que tiene como propósito normalizar y homogenizar la prestación de servicios para el

desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 36 meses de edad. En ella se especifica las actividades de la jornada diaria u horario de vida en el CIBV, que se orientan a la satisfacción de las necesidades principales de los niños y niñas. Durante la vigilia se realizan las actividades de alimentación, aseo y estimulación de las esferas de desarrollo; que favorecen un estado emocional positivo.

En el momento que se realizó la investigación en los CIBV, la alimentación se encontraba externalizada, es decir los alimentos para los cuatro momentos del día se recibían como viandas, los espacios de cocina habían dejado de funcionar por una disposición en la norma técnica.

Gráfico 1: Frecuencia de las dificultades alimentarias en 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los CIBV urbanos del cantón Cuenca. 2014



Fuente: Formularios de investigación
Autora: Marcelita Valencia

De los 360 niños y niñas evaluados el 51% presenta dificultades alimentarias, es decir 184 niños y niñas.

Tabla 3: Relación entre prácticas de las cuidadoras/es durante la alimentación y dificultades alimentarias

PRACTICAS CUIDADOR	CONDUCTA ALIMENTARIA n=360						p
	DIFICULTADES		NORMAL		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Controlador	32	17,4	28	16,0	60	16,7	0,976
Indulgente	9	4,9	6	3,4	15	4,2	
Negligente	7	3,8	11	6,3	18	5,0	
Responsable	59	32,1	58	33,1	117	32,6	
No definido por acoplarse a norma técnica	77	41,8	73	41,1	150	41,5	
Total	184	100,0	175	100	360	100,0	

Fuente: Formularios de investigación
 Autora: Marcelita Valencia

No existe relación entre las prácticas de las cuidadoras durante la alimentación y las dificultades alimentarias ($p > 0,05$).

Tabla 4: Relación entre edad, sexo, tipo de familia de los niños y dificultades alimentarias

FACTORES ASOCIADOS	CONDUCTA ALIMENTARIA						RP	IC95%	p
	PROBLEMAS		ADECUADA		TOTAL				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Edad en años							1,1	0,7-1,8	0,20
1 año	53	28,8	46	26,1	99	27,5			
2 años	88	47,8	76	43,2	164	45,6			
3 años	43	23,4	54	30,7	97	26,9			
Total	184	100,0	176	100,0	360	100,0			
Sexo							1,1	0,7-1,7	0,28
Masculino	104	56,5	93	52,8	197	54,7			
Femenino	80	43,5	83	47,2	163	45,3			
Total	184	100,0	176	100,0	360	100			
Tipo de familia							0,9	0,6-0,1	0,52
No nuclear	83	45,1	80	45,5	163	45,3			
Nuclear	101	54,9	96	54,5	197	54,7			
Total	184	100,0	176	100,0	360	100,0			

Fuente: Formularios de investigación
 Autora: Marcelita Valencia

El problema de la conducta alimentaria es mayor en los niños que en las niñas en un 56,5%. 101 niños niñas de los encuestados es decir el 54,9% forman parte de una familia nuclear.

CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN

La presente investigación busca explicar la relación de la conducta alimentaria de los niños y niñas con las prácticas de cuidador durante su alimentación, en los Centros Infantiles del Buen Vivir de la zona urbana del cantón Cuenca, en consideración a que la realidad familiar actual determina que los mismos tengan que permanecer entre 4 y 8 horas diarias en un Centro de Desarrollo Infantil, atendidos por cuidadores.

Este estudio se llevó a cabo con 360 niñas y niños de 1 a 3 años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la zona urbana del cantón Cuenca, integrados a una de las modalidades de servicios del MIES, para implementar y promover la política pública de desarrollo infantil integral, y cuya población objetivo debe justificar una de las siguientes circunstancias: Ser hijo o hija de madre y padre adolescente que estudia; que la niña o niño tenga problemas nutricionales, con prioridad de atención a los grupos vulnerables, sin que esto constituya elemento único de aceptación. (Art. 21 Norma Técnica DII).

Varias investigaciones han comprobado que la interacción afectiva entre el niño y el cuidador tiene gran influencia en su crecimiento y desarrollo. Al respecto Patricia Engle (2000), profesora de Psicología y Desarrollo Infantil, manifiesta que las prácticas de cuidado dependen de las características de los cuidadores, relacionadas con sus conocimientos, experiencias y valores.

Los diferentes tipos de cuidadores planteados por Chatoor(2009), desempeñan un rol fundamental en la adquisición de una conducta alimentaria adecuada.

En el presente estudio se realizó una caracterización de los cuidadores y una categorización de los niños de acuerdo a su conducta alimentaria, para luego establecer una relación entre estas dos variables.

De las características generales de los niños y niñas de 1 a 3 años de la muestra (n=360) se puede decir que la mediana de edad en meses de 30,9 fue parecida entre los niños y niñas ($p > 0.05$). Existieron mayor número de niños (56,4%), la edad con menor número de niños y niñas fue la de 3 años, existe un número casi similar en las edades de 1 y 3 años.

De los 360 niños y niñas evaluados el 51% presentó dificultades alimentarias, y esto concuerda con datos que se registran en el libro "Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children" Chatoor(2009), que dice que para la mayoría de los bebés la alimentación parece ser un proceso natural, sin embargo,

aproximadamente el 25% de niños con desarrollo normal y hasta el 80% de las personas con discapacidades han demostrado tener una alimentación con problemas. Además el 1% a 2% de los lactantes han encontrado que para tener graves dificultades alimentarias esto debe estar asociada con poco aumento de peso. No podemos olvidar que los trastornos de alimentación no sólo perturban el desarrollo temprano del niño, sino también un posterior déficit en el desarrollo cognitivo, problemas de conducta, así como la ansiedad del niño.

Humberto Ortiz Ruiz, MD Pediatra de la Universidad Del Valle (Colombia) estima que los trastornos de alimentación afectan entre el 20 al 80% de los niños de todo el mundo, siendo mayor en niños con problemas familiares, y están asociados con alteraciones en el desarrollo. De los niños con inapetencia o cualquier otro problema de alimentación, aproximadamente el 25-45% tiene un desarrollo normal y hasta un 80% de estos tendrá un retraso en su desarrollo. Los diferentes estudios han sugerido que sólo un 16-30% de los casos de problemas de alimentación son orgánicos, y que hasta el 80% de los pacientes con este trastorno se remiten a un especialista. Aunque hay factores propios del niño, tales como el temperamento, hay también otros como el medio ambiente y factores parentales que igualmente pueden interactuar para influir y mantener el problema. Las anomalías orgánicas, estructurales, o problemas de disfagia se han relacionado así mismo con la patogénesis de la inapetencia. En muchos niños, la inapetencia será transitoria, será su primera dificultad en la alimentación, y se resolverá más tarde de manera asintomática y sin problemas.

Con respecto a la clasificación de los cuidadores/as por las prácticas durante la alimentación se encontró que el 44,7% no tienen un estilo definido por acoplarse a la norma técnica vigente para los CIBV, que es la que regula las acciones de las Educadoras en los diferentes momentos del día, es decir actúan en función de una norma técnica; pero, es importante mencionar que a pesar de existir una normativa, talleres sobre nutrición y desarrollo infantil, llama la atención el hecho de que existen cuidadores/as controladoras (14,9%), indulgente (2,1%), negligentes (4,3%). El estilo responsable (34,0%) explica ya un proceso más incorporado que lo lleva no solo en el centro sino también a su casa.

Al realizar un análisis de la relación entre las prácticas del cuidador durante la alimentación y las dificultades alimentarias no se encuentra una relación estadísticamente significativa $p=0,976$, ($p>0,05$). La explicación tendría que ver con los que relatan J. Blissett, C. Meyer and E. Haycraft en su libro Niño: cuidado, la salud y el desarrollo de los problemas de alimentación y comportamiento que pueden ser explicados por el estilo y las prácticas de crianza, es decir muchos niños y niñas al llegar al CIBV ya presentan dificultades

alimentarias generadas en sus primeros meses de vida, sabiendo que es la madre (El Cuidador/a) la figura central que puede favorecer o no el surgimiento de las dificultades alimentarias. Una madre (Cuidador/a) suficientemente buena no sólo cuida, alimenta, acompaña, protege y acoge a su bebé, sino incluso se anticipa a las necesidades de éste, generando la sensación de un “continuo de existencia” que incluye procesos físicos como emocionales del bebé, por ello las prácticas del cuidador durante la alimentación son básicas para favorecer una conducta alimentaria y no generar dificultades alimentarias o trastornos de la conducta alimentaria.

En los CIBV la Cuidadora es para el niño o niña su referente, por eso la necesidad de formar y fortalecer a las Cuidadores/as para mejorar los momentos de alimentación que ellos comparten.

Con los resultados de esta investigación se sugiere la elaboración de un perfil de intervención para atender con calidad a los niños y niñas con dificultades alimentarias y a las cuidadores/as para que su estilo durante la alimentación sea adecuado y apoye a los que tienen dificultades alimentarias.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de dificultades alimentarias en los CIVB es alarmante, lo que lleva a la necesidad de implementar guías de evaluación y de intervención, ya que una mala alimentación en la infancia a menudo predice la mala alimentación en la edad adulta.
2. Las prácticas del cuidador durante la alimentación parecieran ser sobre todo adecuadas (aunque existen pocos casos de estilos no óptimos) posiblemente por la aplicación de la norma técnica.
3. No existe relación entre prácticas del cuidador durante la alimentación y dificultades alimentarias del niño o niña.
4. Se requiere elaborar para los CIVB un perfil con los lineamientos de intervención frente a los problemas encontrados, pues los problemas de alimentación de los niños a menudo se asocia con disminución de bienestar emocional y psicológico de los padres, y por tanto de los niños y niñas.

RECOMENDACIONES

Es mucho lo que se puede hacer a través de los CIBV, a continuación se presentan algunos consejos para evitar las dificultades alimentarias:

1. Mantener límites adecuados:

- Los cuidadores deciden dónde, cuándo y qué come el niño.
- El niño o niña decide cuánto come.

2. Eliminar cualquier distracción:

- Ambiente libre de ruido y de distracción.
- Utilizar una silla alta junto a la mesa grande para evitar que el niño o niña se baje.
- No permitir los juguetes durante la comida.

3. Alimentar para estimular el apetito:

- Mantener los cinco tiempos de comida: desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio, merienda.
- Eliminar todo tipo de alimentos aparte de los cinco tiempos de comida.

4. Frecuencia de comida:

- Cada tres horas y que coincida con al menos dos comidas con los padres.

5. Mantener una actitud neutral:

- No molestarse o sobre estimular o ponerse furioso para que coma.

6. Duración del límite:

- No mantener al niño o niña en la mesa más de 30 – 35 minutos a pesar de que no coma.

7. Servir alimentos apropiados para la edad:

- Una cantidad similar al puño de la mano del niño.

8. Introducir sistemáticamente nuevos alimentos:

- Respetar que al niño no le guste los alimentos nuevos y hay que ofrecerle repetitivamente sin presionarlo (10 a 15 veces) antes de rendirse.
- Elogiar a los niños o niñas cuando comen.
- No usar la comida como recompensa de un buen comportamiento.

9. Tolerar el desorden propio de la edad:

- Usar babero adecuado para atrapar los restos de comida que caiga o tengan un trapo debajo de la silla de los niños
- No irritar al niño limpiando la boca con una servilleta después de cada bocado. (Hidalgo, 2008)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abril, et. al. (2009). Promoción de hábitos alimentarios saludables en una escuela primaria de Hermosillo, Son., México. Recuperado el 08 de mayo de 2013, de http://www.respyn.uanl.mx/x/1/articulos/articulo_habitos_alimentarios.htm
- Almenara Vargas, C. (2005). Trastornos de la alimentación en la infancia. Lima - Perú: ISSN (Versión impresa).
- Arbizu, J. e. (2008). Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años módulo 1. Recuperado el 14 de Julio de 2014, de http://www.oei.es/inicialbbva/db/contenido/documentos/guias_atencion_integral_nino_0_a_5_anos.pdf
- Bueno, M. e. (2003). Nutrición en Pediatría (2a ed.). Ergon.
- Boletín médico del Hospital Infantil de México (2008). Versión impresa. ISSN 1665-1146. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_serial&pid=1665-1146&lng=es&nrm=iso
- Chatoor, I. (2009). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación en los lactantes y niños pequeños . Washington. D.C.: Zero to three.
- Chatoor, I.(2012). When your child won't eat or eats too much. A parent's guide for the prevention and treatment of feeding problems in young children. Universe, Washington.
- Constituyente, A. N. (2008). Constitución de la República de Ecuador. Montecristi: Registro Oficial.
- Cumbre I en Dificultades de la Alimentación Guayaquil Ecuador Abbott Nutrition 14 y 15 de Julio 2012.
- Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children.(2009). Recuperado de: http://main.zerotothree.org/site/DocServer/Chatoor_PDF.pdf?docID=8741
- Enfermería, R. c. (2007). Vínculos entre las creencias y prácticas de los cuidadores de una población vulnerable, con la malnutrición y las alteraciones del neurodesarrollo en la infancia primera. En P. S. Torrado. Colombia.

Engle, P. L., Menon, P., Haddad, L. (1997). Care and nutrition: concepts and measurement. Food Consumption and Nutrition Division, Washington DC.

Berne, Eric

http://www.ict.edu.mx/acervo_humanidades_psicologia_Analisis%20transaccional_Erick%20Berne.pdf. Recuperado 13 de enero del 2014)

Gemma M, Farrow C., Haycraft E. & Meyer C. (s.f.). Parental influences on children's eating behavior and characteristics of successful parent-focussed interventions. Loughborough University Centre for Research into Eating Disorders, School of Sport, Exercise & Health Sciences, Loughborough University, Loughborough, UK.

Giardino, R. (27 de Octubre de 2008). El Análisis Transaccional (Recopilación). Recuperado el 05 de septiembre de 2013, de www.monografias.com

Hidalgo, M. (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Protocolo Clínico. Recuperado el 20 de 03 de 2014, de http://www.ssmn.cl/.../protocolos.../protocolo_en_red_del_trastorno_alimentaria.pdf

Huiracocha, et. al. (2012). El desarrollo psicomotor y la calidad de la atención temprana. Maskana.

Hughes, et al. (2005). Parenting Feeding Styles. *Appetite*.

Méndez JP, Vázquez-Velázquez V. y García-García E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. Unidad de Investigación en Obesidad, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Moreno Zavaleta, María Teresa. (2012). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil en contextos de pobreza y desnutrición crónica temprana. (Tesis doctoral). Universidad de Manizales. Recuperada de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianza-cinde-umz>

Norma Técnica, Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador, Subsecretaría de Inclusión Económica y Social, Norma Técnica de Desarrollo Infantil Integral, 2013.

Ortiz Ruiz, Humberto CCAP. Volumen 10. Número 4. www.scp.com/precop_files/modulo_10_vin.4/5_jtw.pdf. Recuperado 14 de julio del 2014).

Osorio, J. W. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Revista chilena de nutrición , 29 (3), 1.

Setton, D. D. (27 de Agosto de 2009). Desarrollo de la conducta alimentaria en las primeras etapas de la vida. IntraMed , 1.

Torrado, O. S. (2007). Vínculos entre las creencias y prácticas de los cuidadores de una población vulnerable, con la malnutrición y las alteraciones del neurodesarrollo en la infancia primera. Revista colombiana de enfermería , 7, 43-53.

UNICEF. (2008). Alimentación y nutrición del niño pequeño. Memorias de la reunión subregional de los países de Sudamérica. Lima: UNICEF.

UNICEF. (Febrero 2012). Estado Mundial de la Infancia 2012. Niños y niñas en un mundo urbano. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Valbuena de la Fuente, F. (Noviembre de 2004). El análisis transaccional. Recuperado el 2014 de Enero de 20, de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/per3/profesores/Valbuena/doctorado/pdf/analisis_trans.pdf

Vásquez de Velasco, C. (Octubre de 2012). La alimentación escolar como oportunidad de aprendizaje infantil. Recuperado el 7 de Mayo de 2013, de <http://www.rlc.fao.org/es/programabrasilfao/publicaciones/la-alimentacion-escolar-como-oportunidad-de-aprendizaje-infantil-peru>

ANEXO 1

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
“LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL URBANOS DEL CANTÓN CUENCA”**

CUESTIONARIO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS - HUIRACOCHA

Formulario No.: _____ **Nombre del Centro de Desarrollo Infantil:** _____

Fecha de evaluación:
(Día, mes, año)

Nombre del niño o niña: _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de nacimiento: Edad en meses: _____

Nombre del cuidador: _____

Celular: _____ Correo electrónico del cuidador: _____

I. Detecte:

A. Pregunte: (Conteste como “ si ” cuando la madre indica que la conducta es “ siempre ” o “ la mayor parte de las veces ” y conteste como “ no ” cuando es “ a veces ” o “ nunca ”).		Si	No
1.	¿Usted o quien cuida al niño o niña está muy preocupada/o porque la niña o el niño 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 o la niña prefiere jugar o hacer cualquier otra cosa menos comer?		
4.	¿El niño o la niña siempre está tan triste* que no quiere comer? <i>*Esta pregunta debe captar a los niños que por negligencia o maltrato no comen.</i>		
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)		
B. Mida y pese al niño o niña:			
Peso en kilos: _____		Talla en centímetros: _____	
		IMC: _____ PC: _____	
C. Ubique en las tablas para la edad y sexo del niño o niña y determine si el estado nutricional es:			
Adecuado si presenta todos los siguientes:		Si	No
P/E: entre -2DS y +2DS	T/E: entre -2DS y +2DS	IMC/E: entre -2DS y +2DS	
Inadecuado si presenta alguno de los siguientes:		Si	No
Normal pero su curva se ha estacionado en más de 3 controles o ha descendido			
Bajo peso (P/E o/y IMC entre -2DS y -3DS)	Bajo peso severo (P/E o/y IMC < -3DS)		
Baja talla (T/E entre -2DS y -3DS)	Baja talla severa (T/E < -3DS)		
Sobrepeso (IMC entre +2DS y +3DS)	Obesidad (IMC sobre +3DS)		

II. CLASIFIQUE Y DECIDA: (Ponga un visto bueno √ donde corresponda)

Si el niño o la niña cumple con los dos siguientes criterios:			
1.	Todas las preguntas han sido contestadas como “ no ” o solo una de las preguntas ha sido contestada como “ si ”.		
2.	La antropometría es adecuada.		
A.	La conducta alimentaria del niño o niña es normal	Si	No
DECISIÓN: Felicite al cuidador (madre, padre u otro) y llame al control rutinario. De consejos si una de las preguntas fue contestada como “ si ”.			
Si el niño o la niña cumple con uno o más de los siguientes criterios:			
1.	Dos o más preguntas son contestadas como “ si ”.		
2.	La antropometría es “ inadecuada ”.		
B.	ALERTA: El niño o la niña tiene una dificultad alimentaria	Si	No
DECISIÓN:			
<ul style="list-style-type: none"> • Comunique al cuidador su impresión diagnóstica. • Derive con una referencia a un equipo interdisciplinar para el diagnóstico integral de la dificultad alimentaria. • Reciba la contra referencia y apoye el tratamiento. 			

“LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL URBANOS DEL CANTÓN CUENCA”

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES/AS

Formulario No.: _____ **Nombre del Centro:** _____

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de evaluación:
Día mes año

Nombre del cuidador _____

Fecha de nacimiento:
día mes año

Teléfono convencional: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Barrio: _____

B. DATOS DEL CUESTIONARIO

1	Yo frecuentemente insisto para que mi niño coma más o coma un alimento específico	
2	Yo frecuentemente forzó a mi hijo a comer por lo menos un poco de comida	
3	Yo le doy a mi niño postres o dulces si no come la comida	
4	Yo le retiro el plato de comida si mi hijo está comiendo mucho	
5	Yo solo le doy a mi niño las comidas que sé que le gustan	
6	Le doy comida a mi niño cada vez que él pide	
7	Yo le preparo especiales comidas a mi niño cuando a él o a ella no le gusta lo que está preparado para comida del día	
8	Cuando mi hijo comienza a llorar en la mesa yo le doy a él algo más para que coma	
9	A veces me olvido de darle de comer a mi hijo	
10	Yo le dejo elegir a mi hijo sus comidas	
11	Mi hijo come donde él quiere	
12	Yo no sé realmente que debe comer mi hijo	
13	Yo me siento y como con mi hijo	
14	Yo no dejo que mi hijo coma entre las comidas o que tome refrigerios fuera de tiempo	
15	Yo sirvo comidas saludables y dejo que mi hijo elija de ellas lo que quiere	
16	Yo no le forzó a mi hijo para que coma cuando él o ella no tiene hambre	

Calificación:

Controlador/a: Las preguntas de la 1 a la 4	
Indulgente: Las preguntas de la 5 a la 8	
Negligente: Las preguntas de la 9 a la 12	
Responsable: Las preguntas de la 13 a la 16	
No definido: Las preguntas de la 1 a la 16	

“LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADOR DURANTE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL URBANOS DEL CANTÓN CUENCA”

FORMULARIO - HUIRACOGCHA

Formulario No.: _____ **Nombre del Centro de Desarrollo Infantil:** _____

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de evaluación:
 Día mes año

Nombre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento:
 Día mes año

Nombre del cuidador niño/a: _____

Teléfono convencional: _____ Celular: _____

Dirección _____ Barrio: _____

B. DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1. **Tipo de CDI**
 0 Público
 1 Privado

2. **Edad en meses del niño/a** _____

3. **Sexo niño/a**
 0 Masculino
 1 Femenino

3. **Grupo etario del niño**
 0 Lactante
 1 Preescolar

4. **Conducta alimentaria del niño/a**
 0 Dificultad de la conducta
 1 Adecuada

4. **Edad en años del cuidador/a:** _____

5. **Sexo del cuidador**
 0 Masculino
 1 femenino

5. **Prácticas del Cuidador**
 1 Controlador
 2 Indulgente
 3 Negligente
 4 Responsable
 5 No definido

6. **Prácticas del cuidador**
 0 Inadecuado
 1 Adecuado

9 **Nivel de instrucción del cuidador**
 0 Inadecuado
 1 Adecuado