



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA COHORTE
MODALIDAD DE TITULACIÓN PROYECTO DE
INVESTIGACION

Tema: “ESTILOS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.”

Requisito Previo Para Optar Por El Título De Especialista En Medicina
Familiar Y Comunitaria

Autora: Md. Carolina Estefanía Cupueran Limachi.

Directora: Dra. Esp. Ruth Aurelia Mejía Ortiz

Ambato – Ecuador

2022

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación precedido por la Dra. PhD Elena Vicenta Hernández Navarro integrado por los señores: Dr. Esp. Iván Guillermo Toapanta Yugcha, Md. Esp. Miryan Janeth Cañar Jiménez.

Designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el trabajo de titulación con el tema: “Estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de preescolares en Atención Primaria de Salud”, colaborado y presentado por la médica Carolina Estefanía Cupueran Limachi, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. PhD Elena Vicenta Hernández Navarro
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Dr. Esp. Iván Guillermo Toapanta Yugcha
Miembro del Tribunal de Defensa

Md. Esp. Miryan Janeth Cañar Jiménez
Miembro del Tribunal de Defensa

Marzo 2022

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: **“ESTILOS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”**.

Le corresponde exclusivamente a la: Md. Carolina Estefanía Cupueran Limachi, Autor bajo la Dirección de la Doctora Ruth Aurelia Mejía Ortiz, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Carolina Estefanía Cupueran Limachi
CI: 1804766754
AUTORA

Dra. Esp. Ruth Aurelia Mejía Ortiz
CI: 1801685551
DIRECTORA

Marzo 2022

DERECHOS DEL AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Carolina Estefanía Cupueran Limachi
CI: 1804766754
AUTORA

Marzo 2022

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

INFORMACIÓN GENERAL

Tema: “ESTILOS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y SU
RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

AUTORA: Carolina Estefanía Cupueran Limachi
Grado académico: Médica general
Correo electrónico: ccupueran6754@uta.edu.ec

DIRECTORA: Ruth Aurelia Mejía Ortiz
Grado académico: Doctora Especialista en Pediatría
Correo electrónico: ruthamejia@uta.edu.ec

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Ciencias de la nutrición. Intervenciones para
promover la salud y conductas saludables.**

Marzo 2022

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios, a mis padres, a mis hermanos, a mi amado hijo Justin Caballero por brindarme su apoyo incondicional, ser mi fuerza y la razón para cumplir mis objetivos.

Al Ministerio de Salud Pública del Ecuador y al Instituto de Fomento al Talento Humano por otorgarme una beca para la realización de mi especialidad.

A la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud a la cual pertenece el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, a todos sus catedráticos que durante este proceso de formación me inculcaron el amor por esta profesión, de manera especial a la señora Dra. Ruth Mejía por su dedicación y profesionalismo, por ser mi guía durante el desarrollo de esta tesis, por compartirme experiencias y vivencias para culminar con éxito mi posgrado. ¡Gracias a ustedes!

Marzo 2022

DEDICATORIA

El presente Trabajo de Investigación está dedicado a Dios por otórgame salud y guiarme en cada paso que doy.

A mi madre la señora Carmen Limachi, por su apoyo incondicional durante toda mi formación profesional, por ser mi ejemplo a seguir, por inculcarme valores que me han permitido cumplir todas nuestras metas.

A mis hermanos Verónica, Andrés y Gabriel que han compartido conmigo este largo camino, por su cariño.

A mi hijo Justin Caballero que me ha brindado su comprensión, amor y se ha adaptado a los horarios de trabajo y estudio durante toda la carrera, siempre con una sonrisa en su rostro dando fuerza y siendo sin duda la razón por cumplir mis objetivos.

A mis amigos y compañeros de lucha por permitirme aprender de cada uno de ellos.

Marzo 2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
DERECHOS DEL AUTOR	iv
INFORMACIÓN GENERAL.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN EJECUTIVO	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1. Tema	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.2. Análisis crítico.....	3
1.2.3. Prognosis	4
1.2.4. Formulación del problema.....	5
1.2.5. Interrogantes	5
1.2.6. Delimitación del objeto de investigación	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. General	8
1.4.2. Específicos.....	8
CAPITULO II.....	9
MARCO TEORICO	9
2.1. Antecedentes investigativos.....	9
2.2. Fundamentación filosófica.....	10
2.3. Fundamentación legal	10

2.4.	Categorías fundamentales	12
2.5.	Hipótesis	12
2.6.	Marco Teórico.....	12
CAPÍTULO III		27
3.1.	Enfoque	27
3.2.	Modalidad de la investigación	27
3.3.	Tipo de investigación.....	28
3.4.	Población y muestra.....	28
3.4.1.	Criterios de inclusión:	28
3.4.2.	Criterios de exclusión:.....	29
3.4.3.	Criterios éticos.....	29
3.5.	Operacionalización de variables	30
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.7.	Aspectos éticos	32
3.8.	Plan procesamiento de la información e interpretación de resultados.....	33
CAPÍTULO IV		34
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		34
4.1.	Análisis de Resultados	34
4.1.1.	Datos sociodemográficos	34
	Edad del Cuidador.....	34
4.1.2.	Resultado Cuestionario de Estilos Parentales de Alimentación.....	38
4.1.3.	Resultado del Estado nutricional del niño	39
4.2.	Estadística descriptiva, correlaciones y coeficiente de confiabilidad.....	40
4.2.1.	Cuestionario de Estilos nutricional del niño.....	40
4.3.	Correlación entre el estilo parental y el estado nutricional del niño.....	42
4.4.	Verificación de la Hipótesis.....	44
CAPÍTULO V		45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		45
5.1.	Conclusiones	45
5.2.	Recomendaciones	46
6.1.	Datos informativos.....	47
6.2.	Antecedentes de la propuesta.....	47
6.3.	Justificación	47

6.4.	Objetivos.....	47
6.4.1.	Objetivo general	47
6.4.2.	Objetivos específicos.....	48
6.5.	Análisis de factibilidad	48
6.6.	Fundamentación.....	48
6.7.	Modelo operativo.....	50
6.8.	Administración.....	54
6.9.	Previsión de la evaluación	55
MATERIALES DE REFERENCIA		56
BIBLIOGRAFÍA		56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Operacionalización de variables	30
Tabla 2. Clasificación de las familias de los preescolares de la parroquia Ambatillo	38
Tabla 3. Resultado cuestionario de Estilos Parentales de Alimentación	39
Tabla 4. Resultado estado nutricional del niño	39
Tabla 5. Resultado correlación entre el nivel de instrucción y el estado nutricional del niño.....	41
Tabla 6. Resultado correlación entre el ingreso económico y el estado nutricional del niño.....	42
Tabla 7.Resultado correlación entre el estado nutricional y el estilo parental.....	43
Tabla 8. Verificación de la hipótesis.....	44
Tabla 9. Plan operativo	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.Categorías fundamentales	12
Gráfico 2.Calendario orientativo de incorporación de alimentos	25
Gráfico 3 Edad del cuidador	34
Gráfico 4 Relación del cuidador con el niño.....	34
Gráfico 5.Género del cuidador de los niños preescolares	35
Gráfico 6.Estado Civil.....	36
Gráfico 7 Nivel de Instrucción del cuidador de los niños preescolares	36
Gráfico 8 Ocupación de los cuidadores	37
Gráfico 9. Problemas de malnutrición según el tamaño del grupo familiar.....	40
Gráfico 10. Resultados globales cuestionarios.....	43
Gráfico 11 Administración de la propuesta	54

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA
COHORTE

TEMA: Estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de preescolares en Atención Primaria de Salud.

Autora: Md. Carolina Estefanía Cupueran Limachi.

Directora: Dra. Esp. Ruth Aurelia Mejía Ortiz

RESUMEN EJECUTIVO

Los estilos parentales son los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen entorno a la salud, nutrición, ambientes físico y social saludables, así como las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar. La adopción de un estilo de crianza particular puede estar mediado por factores demográficos y socioeconómicos, por lo tanto, diferentes estilos de crianza pueden o no, favorecer en los niños conductas saludables sobre la alimentación que a futuro reduzca el riesgo de desnutrición, sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Es por tal motivo que la población menor de 5 años es considerada según el Modelo de Atención Integral de Salud como un grupo de atención prioritaria a la cual debemos brindar una atención integral en salud. **Objetivos:** determinar los estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de niños preescolares, evaluar su estado nutricional y diseñar un plan de intervención que promueva estilos parentales de alimentación infantil saludable. **Metodología:** Es una investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptiva y prospectiva. Para el cálculo de la muestra se aplicó el programa Sample Size Determination, conformándose en base a los criterios de inclusión y exclusión una muestra de 120 personas. Para el análisis de la información se utilizará el programa IBM SPSS Statistics 21.0, en donde se relacionó las variables en base al χ^2 de Pearson. Para la obtención de los datos se aplicará a los cuidadores el cuestionario de Prácticas de Crianza para Promover Hábitos de Salud en la primera infancia y se realizará la toma de medidas antropométricas de los niños preescolares para evaluar su estado nutricional.

Descriptor: Estilos parentales, prácticas de crianza, estado nutricional, alimentación infantil, preescolares.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA
COHORTE

THEME: Parental styles of infant feeding and their relationship with the nutritional status of preschoolers in primary health care

Author Md. Carolina Estefanía Cupueran Limachi.

Director: Dra. Esp. Ruth Aurelia Mejía Ortiz

ABSTRACT

Parenting styles are the knowledge, attitudes and beliefs that parents assume around health, nutrition, healthy physical and social environments, as well as their children's learning opportunities at home. The adoption of a particular parenting style may be mediated by demographic and socioeconomic factors, therefore, different parenting styles may or may not favor healthy eating behaviors in children that in the future reduce the risk of malnutrition, overweight, obesity and chronic non-communicable diseases. It is for this reason that the population under 5 years of age is considered according to the Comprehensive Health Care Model as a priority attention group to which we must provide comprehensive health care. Objectives: to determine the parental styles of infant feeding and their relationship with the nutritional status of preschool children, to evaluate their nutritional status and to design an intervention plan that promotes healthy infant feeding styles. Methodology: It is a research has a quantitative, descriptive and prospective approach. For the calculation of the sample, the Sample Size Determination program was applied, conforming a sample of 120 people based on the inclusion and exclusion criteria. For the analysis of the information, the IBM SPSS Statistics 21.0 program will be used, where the variables based on Pearson's χ^2 were related. To obtain the data, the parenting practices questionnaire to Promote Health Habits in early childhood will be applied to caregivers and anthropometric measures will be taken for preschool children to evaluate their nutritional status.

Descriptors: Parental styles, parenting practices, nutritional status, infant feeding, preschoolers

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de los niños menores de 5 años es un área fundamental en la que se deben centrar los esfuerzos desde el Primer Nivel de Atención, considerando que durante esta etapa ocurren una serie de cambios en el desarrollo físico y cognitivo del infante. Los datos reportados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la encuesta ENSANUT evidencia que existe una doble carga de malnutrición con predominio en las áreas rurales.⁽³⁾

Existen múltiples factores que inciden en el estado nutricional, sin embargo las prácticas o estilos parentales descritos por Diana Baumrind en 1966 y modificados por Maccoby y Martin 1983 en los últimos años han tomado mayor importancia en el ámbito de la salud, pues esta se relaciona con varios aspectos entre los más importantes se menciona la educación, nutrición, ámbito social que son ejes fundamentales en el desarrollo pleno de un individuo.

Además se debe señalar que la familia juega un papel esencial, las estrategias que emplean son propias de cada estilo parental, ya sea autoritario, democrático, permisivo, negligente tienen como objetivo cambiar o controlar las conductas alimentarias de sus hijos⁽²³⁾.

Es así que Varela en el 2017 realizó un estudio en el que se determinó que en los cuidadores predominaban los estilos no responsivos como el permisivo y negligente observándose problemas de malnutrición por exceso.

Por tanto es primordial abordar este aspecto dentro de la evaluación y control del niño sano, permitiendo detectar las banderas rojas en esta área, considerando que los hábitos alimenticios que fomenten desde edades tempranas perduraran a lo largo de la vida adulta, es así que si tenemos un niño con sobrepeso u obesidad esta persistirá hasta la vida adulta y a la vez estará expuesto a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, diabetes, etc.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.Tema

Estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de preescolares en Atención Primaria de Salud.

1.2.Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Las familias en la sociedad actual son grupos de personas que se organizan de acuerdo a su estructura familiar, los individuos que forman parte de ella cumplen diversos roles y funciones en el hogar. Diana Baumrind fue una de las precursoras en el estudio acerca de los estilos parentales, que son estrategias de crianza que utilizan los padres con sus hijos. Su trabajo representa un punto de referencia fundamental en el campo del apoyo y control parental ⁽¹⁾.

Siendo las funciones de los progenitores brindar protección, educación, cuidado y alimentación, así como también fomentar hábitos saludables desde la infancia, debido a que la nutrición en los primeros 1000 días de vida es la clave esencial para el crecimiento y desarrollo adecuado ⁽²⁾.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2012), reporta que aún existen altas prevalencias de malnutrición en los niñas y niños menores de 5 años de edad, así el 25.3% tienen retraso en talla para su edad, el peso para la talla se mantiene semejante. Adicionalmente existe un ascenso de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en un 8.6%, lo que demuestra la coexistencia entre el problema de déficit nutricional con el problema de exceso, evidenciándose la doble carga de la malnutrición. Este nuevo perfil epidemiológico de la malnutrición en el país obliga a replantear las políticas públicas existentes ⁽³⁾.

Así pues la malnutrición infantil es el resultado de determinantes socio-económicos, políticas y culturales que giran en torno a las familias, entre las que destaca la falta de acceso a los alimentos saludables, prácticas e ingesta inadecuada de alimentos en cantidad y calidad, sumándose a esto, los sistemas de agua y saneamiento insalubres que conlleva al desarrollo de enfermedades infecciosas, que aumentan la morbi-mortalidad y repercute permanentemente sobre la salud de los niños ⁽⁴⁾.

Los patrones de la alimentación infantil en el Ecuador evidencian que muchos niños están expuestos a la ingesta de alimentos a muy temprana edad, lo cual no es favorable, y por el contrario cuando tienen 6 a 8 meses de edad menos de un tercio no estaba consumiendo ningún alimento, lo que implica un grave problema considerando que la leche materna no puede proveerle la cantidad de nutrientes necesarios en ese período de la vida. Por lo tanto, la nutrición en este periodo constituye un factor determinante en la salud e influirá en el futuro en el desempeño físico, mental y por ende en su rendimiento y desarrollo del individuo ⁽³⁾.

Por tal motivo es indispensable analizar cómo las prácticas o estilos parentales de alimentación se llevan a cabo en nuestras comunidades y el efecto que estas tienen sobre las medidas de alimentación saludable y de composición corporal, dado que el ambiente alimenticio de Latinoamérica es diferente al de los países desarrollados ⁽⁵⁾.

1.2.2. Análisis crítico

Según Castaño Yuli los cambios que se han generado en la estructura tradicional de la familia nuclear y las dinámicas familiares inherentes a esta, han desempeñado un rol muy importante en lo referente al cuidado de los hijos, a su vez las madres como cuidadoras principales eran quienes introducían a los infantes a la comida, sin embargo, actualmente ellas han visto la necesidad de trabajar, con el fin de proveer de los recursos indispensables para mejorar la calidad de vida de sus hijos; Por lo tanto no solo el hombre es quien trabaja, sino que ahora también se involucra con las tareas domésticas, es responsable del comportamiento, educación y hábitos alimenticios de sus hijos ⁽⁶⁾. Por consiguiente, el papel que desempeña la familia ecuatoriana en el cuidado y conservación de la salud constituye un aspecto importante.

Hay que considerar además que los padres o cuidadores desempeñan un rol importante en esta etapa crítica del desarrollo de los preescolares la cual representa un continuo aprendizaje de hábitos o practicas alimenticias que adquiere el niño a través de la familia, la cultura y el medio ambiente. Pues es ahí donde se ira moldeando en base a la educación alimentaria y preferencias impuestas por los padres las cuales serán responsables del desarrollo de buenos o malos hábitos alimenticios que se establecerán durante toda la vida ⁽⁷⁾.

El Ecuador es un país en donde se registra una doble carga de malnutrición según la encuesta ENSANUT 2012, problema evidente en la población menor de 5 años. En la cual interviene diversos factores de riesgo: biológico, sanitario, socio económico entre ellos podríamos mencionar el consumo de agua insegura, alimentos con bajo valor nutricional, a esto se suma un saneamiento ambiental deficiente que se observa principalmente en las zonas rurales ⁽⁸⁾.

Del mismo modo la parroquia Ambatillo es una área rural, en la cual su población en su gran mayoría es mestiza y en menor porcentaje indígena, dedicada a la fabricación de calzado, agricultura, el 46% de la población tiene educación básica, la cual constituye un limitante para que no puedan acceder a una buena remuneración económica, por ende las familias no tienen acceso a alimentos saludables, ha esto se suma los cambios de patrones alimenticios dejando de lado las preparaciones tradicionales de la zona y aumentado el consumo de productos ultra procesados.

De hecho, la parroquia Ambatillo no es ajena a los problemas de mal nutrición infantil, varios de los aspectos mencionados anteriormente repercuten en ello. Por ende, se debe promover estilos parentales de alimentación infantil saludables, los cuales están centrados durante los primeros años de vida.

1.2.3. Prognosis

Los progenitores son los entes encargados del cuidado y la alimentación de sus hijos, las pautas que utilicen durante los primeros años de vida marcaran y forjara sus hábitos alimenticios y por ende influirá en su salud y desarrollo.

Si no se educa en nutrición y se concientiza a los padres sobre el rol que ejercen sobre sus hijos y el tipo de alimentación que les proveen, en el futuro los niños podrían

presentar problemas alimenticios y nutricionales como desnutrición, sobrepeso, obesidad, anemia que afectara su normal desenvolvimiento en la sociedad.

1.2.4. Formulación del problema

Los niños menores de 5 años constituyen un grupo de atención prioritaria debido a que este periodo comprende una etapa crítica, en la cual se da el crecimiento y desarrollo acelerado, sin embargo, está sujeta a múltiples factores, entre estos se ha descrito los estilos parentales o estilos de crianza que adoptan los padres o cuidadores, quienes son los encargados de brindar cuidado, protección y afecto.

Del mismo modo la alimentación es el eje fundamental para un crecimiento sano, si tenemos padres con estilos permisivos se despreocuparán de todos los aspectos relacionados con sus hijos y permitirán que coman todo lo que deseen, sin prestar atención a las propiedades nutricionales que aporta cada alimento; mientras que los padres autoritarios limitaran la ingesta de alimentos u optaran por determinados grupos nutricionales. Lo ideal es encontrar un equilibrio para tener un desarrollo y crecimiento normales.

Por lo mencionado anteriormente, en esta investigación se pretende describir ¿Cómo se relacionan los estilos parentales de alimentación infantil con el estado nutricional de los preescolares en Atención Primaria de Salud?

1.2.5. Interrogantes

- ¿Las características sociodemográficas como el nivel de educación, identidad cultural, edad, nivel económico ejerce influencia significativa en los estilos parentales de alimentación infantil que emplean los padres?
- ¿Cuál es la estructura familiar que predomina en la población en estudio?
- ¿Cuáles son los estilos parentales de alimentación infantil que emplean los padres o cuidadores?
- ¿Qué problemas de mal nutrición presenta la población preescolar en estudio?

- ¿Cómo se relaciona el estilo parental de alimentación infantil con el estado nutricional de los niños preescolares?

1.2.6. Delimitación del objeto de investigación

Líneas de investigación

1. Área de investigación
 - Medicina Familiar
2. Línea de investigación de ciencias de la salud UTA
 - Ciencias de la nutrición
3. Línea de investigación para la atención primaria
 - Intervenciones en familia y comunidad
 - Intervenciones para promover la salud y conductas saludables
4. Sublínea para el posgrado
 - Hábitos
5. Delimitación espacial y temporal.
 - Se realizar en el centro de salud Ambatillo en el periodo enero-diciembre 2021.

1.3. Justificación

La familia es la célula fundamental de la sociedad, cuyo sistema está formado por varios subsistemas, en ella puede verse alterada la dinámica familiar por sucesos estresantes en los que los progenitores deben emplear múltiples destrezas o capacidades para cubrir las necesidades de los hijos y hacerlo de una manera competente ⁽⁹⁾. A su vez cada miembro de la familia desempeña un rol y función que permite que el ambiente en el que se desarrolla el grupo familiar sea armonioso o no ⁽¹⁾.

Por tanto, los estilos parentales son las actitudes y creencias que los padres asumen en situaciones cotidianas como la salud, nutrición, la importancia del ambiente físico y

social saludable, así como las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar. Por lo tanto, los tipos de estilos parentales que adoptan los progenitores pueden desencadenar problemas en la alimentación infantil y repercutir en su estado nutricional ⁽¹⁾ ⁽¹⁰⁾.

Recordando que la nutrición depende del proceso de alimentación y este a su vez implica la participación entre el niño que es el que recibe el alimento y el adulto que lo acompaña y ofrece el alimento, en este proceso es importante que la interacción que se genere entre las dos partes se adecuada, que el niño relacione la comida con el amor, protección y no con maltrato. Pues los estilos parentales ejercen influencia en el ámbito psicológico y social de los individuos.

Es así que durante los primeros años de vida los niños experimentan cambios en su patrón de crecimiento, los requerimientos energéticos y nutricionales varían, por esta razón es indispensable que los padres o cuidadores brinde en esta etapa de ciclo vital una nutrición óptima que impulse el crecimiento y desarrollo cognitivo, reduzca el riesgo de sobrepeso y obesidad, así como las enfermedades crónicas no trasmisibles en el futuro ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾.

Además son pocos los gobiernos conscientes de las enormes necesidades de este grupo prioritario, sin embargo en nuestro país existen programas orientados a velar por el bienestar integral de los niños como los grupos de apoyo creciendo con nuestros hijos (CNH) que articulan las actividades con las unidades de Primer Nivel de Atención, su fin es precautelar la salud de los niños, no obstante se evidencia que la alimentación que los niños ingieren en su mayoría no es saludable ⁽¹³⁾.

Es así que al aplicar una medicina preventiva podremos conocer información relevante sobre el estado de salud de nuestra población, enfermedades prevalentes y condición nutricional. Haciendo un mayor énfasis en los grupos prioritarios y vulnerables. Es por ello que nos enfocamos en los niños menores de 5 años debido a que los primeros años de vida tienen un gran impacto para un desarrollo pleno y armonioso del ser humano.

Otro punto que hay que tener en consideración es que los hábitos de alimentación que se adquieran durante la infancia tienen consecuencias en el desarrollo físico y en las elecciones alimenticias en etapas posteriores, por consiguiente, el tipo de estilo

parental por el que opte el progenitor puede influir en la alimentación de sus hijos y por ende en el estado nutricional⁽¹³⁾.

Considerando que en nuestro país las zonas rurales son las más afectadas por la doble carga de malnutrición infantil en menores de 5 años, lo cual es resultado de las determinantes socioeconómicas, culturales, el acceso a los servicios básicos limitados que giran en el entorno familiar, y la parroquia Ambatillo no es ajena a esta realidad; por lo tanto es oportuno brindar a los padres de los preescolares talleres educativos en el que se refuerce los estilos parentales de alimentación infantil saludables, se oriente sobre los elementos que deben conformar un plato nutritivo y a su vez en los que se pueda emplear productos propios de la zona. He ahí la importancia de poder realizar las intervenciones pertinentes en materia de salud pública y así evitar complicaciones en la vida adulta.

1.4.Objetivos

1.4.1. General

- Analizar la relación entre los estilos parentales de alimentación infantil y el estado nutricional de los niños preescolares.

1.4.2. Específicos

- Determinar los estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de preescolares en Atención Primaria de Salud.
- Determinar las características sociodemográficas de los niños preescolares del Primer nivel de Atención.
- Identificar la estructura familiar de los niños preescolares.
- Determinar el estado nutricional de los niños preescolares que acuden al centro de Salud de Ambatillo mediante la evaluación de las medidas antropométricas.
- Identificar el estilo parental de alimentación infantil que emplean los padres o cuidadores.
- Diseñar una guía anticipatoria que promueva estilos parentales de alimentación infantil saludable.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes investigativos

Figueroa en el 2012 hizo una investigación sobre los estilos parentales identificando dos dimensiones, afecto-comunicación y control-exigencias, cuya combinación genera los 4 estilos parentales más conocidos democrático, autoritario, permisivo y negligente, esta clasificación será utilizada en la presenta investigación ⁽¹⁴⁾.

Castaño en su investigación acerca de las dificultades de alimentación generada en la primera infancia y la relación entorno a las prácticas parentales de alimentación, en el cual participaron 93 padres entre 20 y 44 años, aporta al presente estudio el Cuestionario de Prácticas de Crianza para promover Hábitos de Salud en la primera infancia (PCHS) que evalúa las prácticas responsivas, no responsivas, indulgentes y negligentes. Los resultados fueron con frecuencia el empleo de prácticas responsivas; sin embargo, en los padres de niños con dificultades de alimentación (DDA) destacó el empleo de prácticas no responsivas, indulgentes y negligentes ⁽¹¹⁾.

Valera María en el 2017 realizo un estudio mixto con una fase cualitativa y una fase cuantitativa sobre prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia con niños de 1 a 5 años en el que participaron 170 padres de diferentes niveles socioeconómicos, los resultados reportados fueron el uso de prácticas responsivas o adecuadas con mayor frecuencia (entre estos supervisar el patrón de ingesta de los niños, fijar límites de control adecuados, formar los hábitos, acceso de alimentos saludables en la casa, promover los hábitos saludables), sin embargo también utilizan algunas prácticas indulgentes y no responsivas, las cuales son más frecuentes en padres con niveles socioeconómicos bajo ⁽¹⁵⁾.

Martínez en el 2016 realizo un estudio descriptivo correlacional sobre funcionalidad familiar, crianza parental y estado nutricional en preescolares, la muestra estuvo conformada por 228 cuidadoras, los instrumentos usados fueron la escala de cohesión familiar y evaluación de adaptabilidad en las fases III y el PCRI conocido como cuestionario de crianza parental. Como resultados se obtuvo que los estilos de crianza

parental corresponden al indulgente 62.3% (n= 142), autoritario 37.5% (n= 85). En cuanto al estado nutricional de los preescolares, solo el 21.2% (n= 48) presentó sobrepeso y obesidad 8.3% (n= 19), de las cuales las niñas muestran ligeramente más casos de sobrepeso en un 21.1% (n= 25), mientras que los niños presentaron un 20.9% (n=23). Concluyendo que la no existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y crianza parental, con el estado nutricional de los preescolares. Lo que influyo en la cohesión de manera positiva en el estado de nutrición del infante ⁽¹⁶⁾.

Estas investigaciones han aportado con las bases del problema planteado, los instrumentos utilizados y metodología usada, así mismo permitirá realizar comparaciones con los datos generados en este estudio.

Cabe mencionar que la alimentación saludable en los primeros 1000 días de vida es el eje fundamental para el desarrollo pleno del individuo y marcara su vida futura, se necesita realizar más investigaciones sobre el tipo de estilo que utilizan los progenitores en el cuidado y alimentación de sus hijos y como este repercute en su bienestar físico y mental.

2.2.Fundamentación filosófica

La investigación estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de los niños preescolares se basará en el paradigma crítico positivista, porque el conocimiento se construirá en base a la interrelación y a la interacción con los padres de los niños preescolares y las características de los estilos parentales.

2.3.Fundamentación legal

La presente investigación tiene su sustento en el siguiente marco legal:

- **Constitución de la República del Ecuador**

“El artículo 13 en la constitución establece que las colectividades y las personas individuales poseen el derecho al acceso permanente y seguro a alimentos nutritivos, sanos y suficientes; de preferencia con productos de novel local y con diversidad en sus identidades y tradiciones culturales” ⁽¹⁷⁾.

El Artículo 3 numerales 1 y 5, se dispone que son deberes fundamentales del Estado:

- “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.
- Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al Buen Vivir”⁽¹⁸⁾.

Así mismo en el Art. 32 “se establece un derecho vinculado a los derechos a un ambiente sano, el agua y la alimentación. Se prevé para el derecho a la salud el poder implementar políticas educativas, sociales, económicas, culturales y de ambiente; dándose a través de un acceso oportuno, sin exclusión y permanente a través de servicios de atención y promoción integral, programas y acciones que atiendan a la salud, salud reproductiva y salud sexual”⁽¹⁸⁾.

Además, “El Art. 43 menciona que el Estado garantiza de derechos a las mujeres embarazadas y su periodo de lactancia en donde tienen derechos a: no ser discriminadas por ámbitos sociales, laborales y educativos, gozar de gratuidad de servicios de salud materna, protección de cuidado de su salud integral, prioritaria y vida durante el embarazo, posparto y parto y el disponer de facilidades de recuperación durante y después del embarazo y la lactancia”⁽¹⁸⁾.

En el artículo 44 “Establece que la obligación del gobierno es brindar apoyo, protección y el promover un desarrollo integral de los infantes y adolescentes; además de un correcto proceso de maduración, crecimiento y despliegue de las capacidades, intelecto, aspiraciones y potencialidades en un entorno escolar, familiar, comunitario y social seguro y afectivo. En un entorno satisfactorio que cumplan necesidades afectivo-emocionales, entornos sociales y culturales con un apoyo directo de las intersectoriales locales y nacionales”⁽¹⁹⁾.

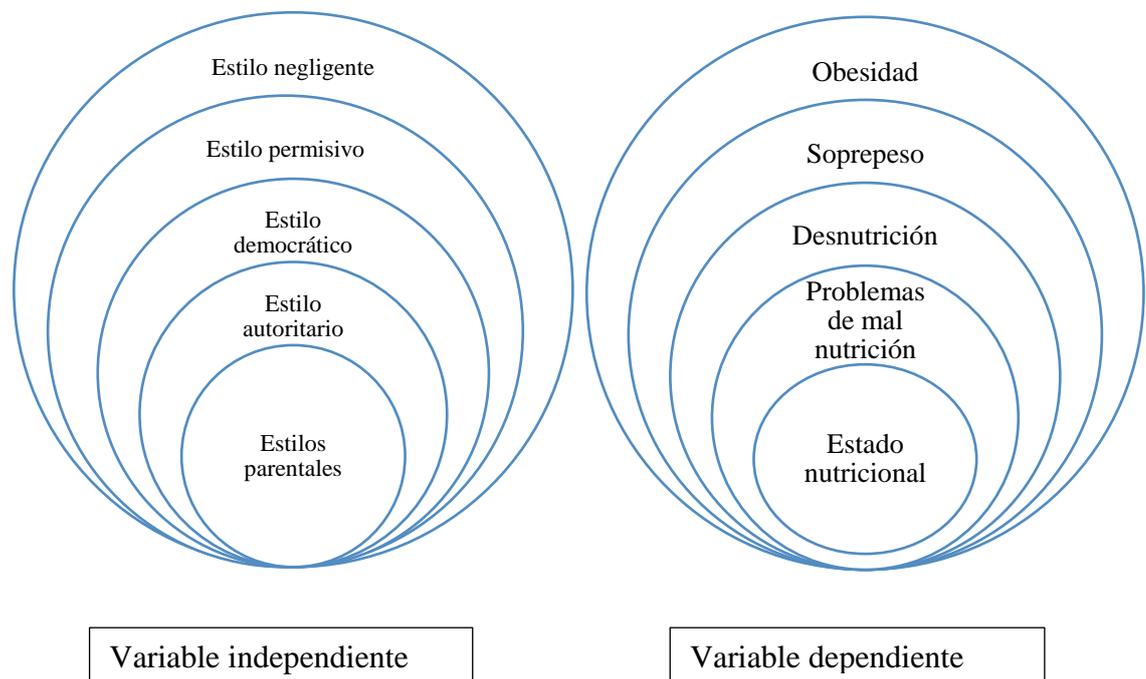
- **Ley Orgánica de Salud, (2006)**

En el Art. 17 “El sistema nacional conjuntamente con la autoridad sanitaria nacional debe fomentar y promover un periodo correcto de lactancia durante los primeros seis meses de vida del infante, procurando que este dure hasta los dos años de edad”⁽²⁰⁾.

- **Código de la Niñez y Adolescencia (2003)**

En el Art. 24 “El derecho a la lactancia materna los infantes tienen derecho al correcto desarrollo entorno a periodos de lactancia materna que logran una buena nutrición. Por lo que es obligación de los establecimientos de salud tanto públicos como privados con el desarrollo de programas de estimulación de lactancia materna” (20).

2.4. Categorías fundamentales



Elaborado por: Cupueran C.

Gráfico 1. Categorías fundamentales

2.5. Hipótesis

Los tipos de estilos parentales que imparten los progenitores influyen en el estado nutricional de los niños preescolares en Atención Primaria de Salud.

2.6. Marco Teórico

La familia

Según Moratto la familia es un grupo de personas relacionadas por el afecto, el matrimonio o la filiación que cohabitan en un lugar, comparten en algunos casos el

consumo de los bienes, servicios y gastos económicos del hogar ⁽²¹⁾. Al analizar a las familias de finales del siglo XX y principios del XXI se evidencia cambios en el modelo patriarcal en la cual el padre era el responsable de tomar las decisiones importantes del grupo familiar, ahora hemos pasado a un funcionamiento postpatriarcal, en el cual la pareja comparte todas las decisiones y responsabilidades en igualdad de condiciones ⁽²²⁾.

Alberdi (1999) refiere que las familias están influenciadas por el ambiente social de nuestra época, convirtiéndose vulnerables a los cambios en su estructura, sin que haya dejado de existir la familia nuclear tradicional, han aparecido nuevos modelos y nuevas formas de funcionamiento familiar, del mismo modo se ha visto otros tipos de relaciones de pareja, como las parejas que cohabitan, las familias monoparentales, las familias reconstituidas, etc. ⁽²²⁾

Estilos parentales

Se definen como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en situaciones cotidianas como la salud, nutrición, la importancia del ambiente físico y social y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar. Torío-López en el 2008 y Izzedin-Bouquet en el 2009 afirman que suelen utilizarse como equivalentes las expresiones de estilos de crianza, pautas de crianza, estilos parentales, modelos de crianza, y se refieren al entrenamiento y formación de los niños por los padres o por sustitutos de los padres ⁽¹⁰⁾.

En el núcleo familiar, los padres son los encargados de cumplir con las necesidades básicas y fundamentales de sus miembros y en especial de los niños ⁽²²⁾, para ello pueden utilizar una serie de estrategias que tienen como objetivo modificar, mantener o controlar las conductas alimentarias de sus hijos ⁽²³⁾.

Johnson menciona que el comportamiento de los progenitores tiene un gran impacto en la obesidad infantil, pero ha resultado difícil aislar el mecanismo específico de influencia. Es así que los cuidadores determinan el entorno físico y social al que el niño tiene acceso ya sea alimentos saludables o no saludables y permiten o inhiben la actividad física y los comportamientos sedentarios en el hogar ⁽²⁴⁾.

Existen varias hipótesis entorno a la influencia de los estilos parentales y el estado nutricional, es así que Sokol plantea su fundamento en que el estilo de crianza o estilo parental de alimentación influye en el peso debido a que ejerce efecto sobre la capacidad de control de autorregulación. Según este modelo de autocontrol, cuando las respuestas autorreguladoras innatas de un niño son anuladas por las limitaciones de los padres, el niño agota su capacidad para ejercer el autocontrol; este agotamiento se traslada a varios dominios incluidos los comportamientos alimentarios y los patrones de actividad física ⁽²⁵⁾.

Además, hay que considerar que los roles que ejercen los padres de familia se acompañan de autoridad y del empleo de normas ⁽²³⁾, por lo que Baumrind 1966 propuso esquemas conductuales de estilos parentales de alimentación, entre ellos se encuentran: el estilo permisivo, estilo autoritario y estilo democrático ⁽⁵⁾.

Estos estilos se centran en dos dimensiones: la primera se refiere a la capacidad de respuesta, es decir la calidez que muestran los tutores; mientras que la otra parte se basa en el nivel de exigencia o control que involucra el establecimiento de límites y reglas en el hogar ⁽²⁶⁾.

El estilo parental autoritario se caracteriza por impartir el orden; los hijos son expuestos a un control rígido en su comportamiento, en cual no se facilita la comunicación entre padres e hijos ⁽²³⁾. Por ende, los padres controlan excesivamente la alimentación del niño, mediante el uso de la presión excesiva para comer ciertos alimentos, la prohibición de la ingesta de otros, además usan la comida como castigo o recompensa frente a comportamientos indeseados ⁽²¹⁾.

El estilo parental permisivo se caracteriza por poca o ninguna disciplina sobre el niño, dando una mayor autonomía, existen bajos niveles de autoridad, no se imponen castigos ni responsabilidades, además se evidencian altos niveles de afecto, los hijos pueden expresar sus ideas, sin embargo no tiene relevancia para sus progenitores, tienen tendencia a ignorar la mala conducta ⁽²³⁾. En el ámbito de la alimentación los padres dejan a sus hijos la decisión del tipo y cantidad de alimentos que desean consumir ⁽²⁵⁾.

El estilo parental democrático los niños asumen responsabilidades, deberes y derechos en el seno familiar, se reconoce la opinión del otro debido a que se establece una comunicación bidireccional, lo que permite el desarrollo de una alta autoestima ⁽²³⁾. Las prácticas parentales propias de este estilo incluyen el monitoreo o vigilancia del patrón de ingesta, establecimiento de límites con niveles de disciplina y control adecuados, el modelamiento, el acceso a alimentos saludables en la casa, el promover hábitos saludables de alimentación ⁽¹⁵⁾.

Adicionalmente Maccoby y Martin 1983, proponen un cuarto estilo parental denominado negligente, en el cual la comunicación no es bidireccional; no se genera ningún control dentro del grupo familiar y los padres delegan sus responsabilidades a otras personas, por lo cual no se involucra en el área de alimentación, permanece al margen de las comidas y no controla preferencias y patrones de ingesta del niño ^{(15) (23)}.

Funcionalidad Familiar

Según Medalie (1987), una familia es funcional cuando esta ejerce tres funciones básicas: la primera es el desarrollo de los roles de los integrantes de la familia, en las que destaca el apoyo y protección. La segunda función es la comunicación, es decir las relaciones intra y extra familiares. La tercera función son las actividades múltiples como: la educación, pautas de patrones de comportamiento, la función económica, entre otras, las cuales favorecen la posibilidad de mantener la relación, persona-familia-sociedad con su propia coherencia ⁽²⁷⁾. Por ende, las funciones que ejercen las familias, sean biológicas o adoptivas, monoparentales, biparentales, nucleares, extensas, ampliadas o reconstituidas son las mismas ⁽²²⁾.

Estado nutricional

El estado nutricional se lo puede definir como el aporte nutricional del individuo el cual recibe y demanda entorno a nutrientes, reservas y compensas. Siendo que cuando el individuo ingiere menores cantidades de nutrientes o calorías requeridas se reduce de manera inmediata la existencia de comportamientos corporales y se vuelve más sensible a descompensaciones por estrés, infecciones o traumatismos ⁽²⁸⁾.

Por otra parte, cuando el individuo ingiere más de su necesidad básica en su diario vivir se incrementa la reserva de energía en el organismo; lo que generalmente se ubica en el tejido adiposo. En donde entorno a una vida sedentaria y la ingesta calórica excesiva se aumenta el tamaño de depósitos de grasa en el cuerpo que al alcanzar valores críticos se lo denomina como cuadro social o clínico de obesidad.

Por ende, el estado nutricional de una población está influenciada por múltiples factores ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos; particularmente en los niños menores de cinco años estos factores influyen directamente en la ingesta y requerimiento de nutrientes que están íntimamente relacionados con su crecimiento y desarrollo que deben evaluarse. Es importante el llevar un control periódico del estado nutricional de la población en base a indicadores antropométricos ⁽²⁹⁾.

La valoración correcta del estado nutricional logra identificar a tiempo las alteraciones de defectos y excesos, lo que posibilita a un adecuado abordaje terapéutico y el diagnóstico a tiempo para que su evaluación nutricional. En la realización del historial clínico nutricional se logra identificar la correcta valoración dietética, un estudio antropométrico, la correcta exploración y la valoración de una composición corporal ⁽³⁰⁾.

Malnutrición

Una dieta equilibrada proporciona las calorías adecuadas para satisfacer las necesidades de energía, aminoácidos y grasas para la síntesis de proteínas y lípidos, así como las vitaminas y minerales necesarios. La malnutrición se presenta a través de desequilibrios en la ingesta de calorías y nutrientes, pudiendo ser en base a carencias o excesos en el individuo ⁽³¹⁾.

En la malnutrición de primer grado o primaria se encuentra ausente una dieta en base a componentes varios; mientras que en la secundaria existe un aporte de nutrientes suficientes, pero se da bajo la existencia de una ingestión inadecuada; se la puede considerar en los casos de anorexia. Este vaso se da en vasos de un mal almacenamiento en el cuerpo, como la malabsorción, alteración de utilización o

perdida excesiva o aumento de demandas alimenticias. En la malnutrición en primer grado la pobreza es su factor principal determinante, que puede ser complementado con la omisión o ignorancia de una dieta; como ejemplo los lactantes al no tener una buena lactancia generan un déficit de hierro. En estos desordenes se incluye la desnutrición, el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); además la malnutrición es relacionada con la carencia de micronutrientes ⁽³¹⁾.

Desnutrición infantil

La desnutrición infantil es una condición sistémica de características reversibles que se origina como consecuencia de un déficit de nutrientes, secundario a mala alimentación, la cual afecta el desarrollo del organismo, así como su buen funcionamiento y se traduce en una falla del crecimiento que se traduce en la alteración del tamaño y composición corporales ^{(32) (33)}.

De acuerdo con la OMS hay tres formas de desnutrición:

- Desnutrición aguda: cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de $-2DE$. Por lo que está asociada a la incapacidad de ganar peso o una pérdida de peso frecuente, siendo en la mayoría de casos debido a la presencia de enfermedades infecciosas o el bajo consumo alimenticio ⁽³³⁾.
- Retraso en talla: cuando el puntaje Z del indicador T/E está por debajo de $-2DE$. Se asocia a una ingesta baja de cualquier nutriente, por lo que tiene una mayor presencia en hogares de bajos recursos, por lo que el acceso a los servicios básicos como el agua y saneamiento básico presenta una inseguridad alimentaria. Además, genera un retraso en la talla de manera severa desde edades tempranas, asociado a prácticas inadecuadas de una lactancia materna o alimentación complementaria; lo que provoca enfermedades infecciosas frecuentes ⁽³³⁾.
- Deficiencias de micronutrientes: se presentan cuando las personas no tienen acceso o hábito de consumo de alimentos fuente de micronutrientes, como frutas, verduras, carnes y alimentos fortificados. Las deficiencias de micronutrientes aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas como la diarrea, la malaria y la neumonía ⁽³³⁾.

Además, a la desnutrición se puede clasificar según el tiempo de evolución:

- **Desnutrición aguda:** que se traduce en la afectación peso para la talla, según la Organización Mundial de la Salud se clasifica basándose en el porcentaje de pérdida en desnutrición grado I, desnutrición grado II y desnutrición grado III, en la cual el peso está muy por debajo del estándar de referencia para su altura. El puntaje Z del indicador P/T está entre -2 y -3 DE indica desnutrición moderada y cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de -3 DE estamos ante una desnutrición aguda severa.
- **Desnutrición crónica:** se produce por la carencia de nutrientes por períodos prolongados o episodios de infecciones recurrentes, asociado con condiciones socioeconómicas precarias, nutrición y salud de la madre deficiente, cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño ⁽³⁴⁾. Al comparar la talla del niño con el estándar recomendado para su edad, se manifiesta como retraso en el crecimiento el cual puede iniciar desde el nacimiento, por lo que se dan consecuencias irreversibles y debe existir una intervención del niño antes de cumpla dos años ⁽³²⁾.

Según su origen puede ser primaria, cuando la ingesta de alimentos es insuficiente, secundaria cuando el organismo no utiliza el alimento consumido y no se lleva a cabo el proceso de digestión o absorción de los nutrientes, o terciaria-mixta cuando se suman las dos anteriores ⁽³⁷⁾.

Según su presentación clínica tenemos el marasmático o energético-calórica y Kwashiorkor o proteico.

- **Marasmo:** se caracteriza por atrofia de la masa grasa y muscular, que el cuerpo ha utilizado como fuente de energía, dejando “los huesos forrados en la piel”.
- **Kwashiorkor:** se caracteriza por edema bilateral que inicia en pies y manos y puede estar acompañado de signos clínicos de deficiencias nutricionales específicas como lesiones en la piel, cambios generados entorno a la tonalidad del cabello, atrofia de las papilas gustativas, alopecia difusiva, queilosis, entre otros
- **Marasmo – kwashiorkor:** caracterizado por combinación de emaciación y edema bilateral. Esta es una forma muy severa de desnutrición aguda. En algunos infantes existe una predominancia del marasmo y en otros un mayor grado de kwashiorkor ⁽²⁷⁾.

Etiología

La causa principal es la inanición por una dieta insuficiente para cubrir necesidades calóricas diarias por lo que el organismo utilizara sus propias reservas, hábitos alimenticios incorrectos, los mismos que van a llevar a alteraciones alimenticias como desnutrición aguda y crónica, practicas incorrectas de destete o muerte de la madre para el uso de la formula láctea infantil en vez de la leche materna.

Otros factores que se relacionan son las infecciones virales, bacterianas, parasitarias las que podrían causar alteraciones como anorexia, el nacimiento prematura o el bajo peso al nacer que predisponen al niño a desarrollar esta enfermedad, la asimilación gastrointestinal de las calorías de la alimentación que no bastan para cubrir el gasto energético normal, el gasto de energía de los depósitos del organismo superando la energía asimilada e ingerida, lo que puede asimilarse como una enfermedad pulmonar obstructiva el cual favorece a que exista un riesgo de malnutrición ya que se da un gasto energético. Esto debido a un aumento al momento de respirar, generado por un estrés metabólico, sepsis, quemaduras, inflamación, politraumatismo y quemaduras en la parte corporal que acelere la pérdida de los nutrientes ⁽⁴⁴⁾.

Fisiopatología

Los mecanismos se dan bajo factores etiológicos y son adaptativos, por lo que la duración de la carencia en los factores ambientales genera el inicio de la desnutrición: influyendo en las variaciones regionales y su génesis por lo que la cultura y la realidad geográfica podría promover a esta enfermedad ⁽³³⁾.

Por lo tanto, al tener que el propio organismo crear sus propias reservas produce una ingesta energética insuficiente para lograr cubrir las necesidades: en donde el glucógeno hepático se genera mediante una vía de gluconeogénesis y se agota en horas; con la utilización de proteínas hacia un musculo esquelético y la manutención de glicemia normal bajo los depósitos de grasa de los triglicéridos que originan ácidos grasos libres de las necesidades de energías en el tejido ⁽³³⁾.

Asimismo, en la inanición, los ácidos grasos se oxidan a cuerpos cetónicos que pueden ser utilizados por el cerebro como una fuente alternativa de energía. La adaptación se

facilita cuando encuentra niveles altos de hormonas de crecimiento, baja secreción de insulina, altos niveles de cortisol y hormonas tiroideas ⁽³³⁾.

Mecanismos adaptativos en el marasmo

Los procesos adaptativos son dirigidos por el sistema endocrino para preservar las funciones vitales, lo cual se refleja en una reducción del metabolismo basal, retardando en la actividad del potasio, sodio bomba que pasan y se da con los mecanismos de transporte que llegan a consumir el tercio de la energía. A su vez existe un retraso o incluso una detención del crecimiento con lo cual disminuyen los requerimientos de hierro. La recuperación nutricional cuando se genera el marasmo por varios meses, debe controlarse a través de un manejo nutricional y cuando el infante tenga infecciones o patologías agregadas ⁽²⁷⁾.

Mecanismos adaptativos observados en el kwashiorkor

El aporte de calorías mantiene las funciones metabólicas, mientras que el bajo aporte proteico en la dieta desencadena ahorro de nitrógeno al disminuir su excreción urinaria, cambios en la distribución en los diferentes tejidos del organismo, reduce la síntesis de proteínas en los músculos. Si el déficit en la ingesta de proteínas se promulga a un tiempo de mayor duración se genera una capacidad compensatoria en los mecanismos de adaptación en la aparición de un edema junto a signo de igual caracterización. En los niños y niñas con kwashiorkor las lesiones intestinales son severas y se manifiestan en malabsorción con esteatorrea, además existen alteraciones hematológicas ⁽²⁷⁾.

Sobrepeso y obesidad

La obesidad entre los niños tiene repercusiones mentales y físicas negativas, que son tanto inmediatas como tardías. La obesidad se asocia con baja autoestima, depresión, estigma y disminución de la calidad de vida. En los niños obesos puede presentarse trastornos metabólicos a edades más tempranas. Incluso cuando estas afecciones no surgen durante la infancia, es más probable que estas personas sigan siendo obesas en la edad adulta y sufran las complicaciones de salud asociadas.

El entorno familiar influye en la formación de hábitos y conductas que persisten a lo largo de la vida. Por lo tanto, necesitamos comprender mejor la evidencia sobre cómo

el ámbito familiar influye en los resultados relacionados con el peso, considerando que los estilos de crianza son parte del entorno familiar ⁽²⁵⁾.

Faith en su estudio demostró “que el entorno del hogar familiar, incluida la forma en que los padres alimentan a sus hijos, está relacionado con el desarrollo de la obesidad infantil”

La Nutrición

La OMS define al consumo de alimentos o ingesta entorno a la relación de las necesidades dietéticas del organismo del individuo. La nutrición es importante tanto para el desarrollo mental como físico de todo individuo ⁽³⁵⁾.

Alimentación saludable

La alimentación es el proceso a través del cual obtenemos los nutrientes que nuestro organismo requiere para vivir. Los nutrientes son las sustancias químicas que contienen los alimentos, los cuales el cuerpo descompone, transforma y emplea para generar energía y materia necesarias para que las células cumplan sus funciones adecuadamente ⁽³⁶⁾.

Alimentación en el recién nacido y lactante.

La alimentación en los primeros años de vida es crítica en el desarrollo del niño, esta implica cambios valiosos para la salud y brinda la oportunidad única al niño al proveer de los beneficios nutricionales e inmunológicos que necesitará el resto de su vida.

Tipos de leche

Existen tres tipos de leche que se producen desde el nacimiento, estas son:

- El calostro se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto, Es un líquido de color amarillento y espeso que contribuye a establecer la flora en el tracto digestivo, esta leche es muy rica en anticuerpos.
- Leche de transición: se produce entre el quinto y décimo día después del parto, tiene un mayor contenido de grasa, lactosa, vitaminas solubles es de apariencia blanca, así como tener un contenido mayor en vitaminas y lactosa; por lo que se genera un aumento de contenido energético.
- Leche madura: su concentración de inmunoglobulinas y proteínas baja significativamente, por el contrario, los carbohidratos, la grasa y el contenido

calórico aumenta de 67 Kcal/100ml en el calostro a 75 Kcal/100ml en la leche madura.

Por esta razón la leche materna es considerada “una gota blanca de oportunidades”, compuesta de IgA, leucocitos, oligosacáridos, lisozima, lactoferrina, interferón gama, nucleótidos, citoquinas y otros, ofreciendo una protección pasiva al aparato gastrointestinal y respiratorio superior como bronquiolitis, asma, catarros, neumonías, infecciones del tracto urinario, enterocolitis necrotizante y a su vez estrecha el vínculo del binomio madre-hijo ^{(2) (37)}.

Adicionalmente las mujeres que amamantan a sus hijos tienen una mejor recuperación después del parto, un menor riesgo de presentar cáncer de ovario y de mama, depresión postparto, diabetes de tipo 2 y enfermedades cardíacas ^{(37) (38)}. Se estima que el aumento en la práctica de la lactancia materna podría evitar 20 000 muertes maternas al año por cáncer de mama ⁽³⁸⁾.

Actualmente existe tan solo un 37% de lactantes menores a seis meses en los países de ingresos económicos medios y bajos por lo que son alimentados en forma exclusiva con leche materna, y este porcentaje es aún menor en países de ingresos económicos altos. Es así que en Chile se realizó un estudio de casos y controles que concluyó que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es un factor protector contra la malnutrición por exceso durante la etapa preescolar ⁽³⁹⁾.

Características del lactante

Las principales características del lactante, desde el punto de vista nutricional es inmadurez de sus órganos y sistemas, concretamente aquellos que participan en el metabolismo endógeno (hígado y riñón) y mediante un proceso de alimentación que se da en torno al sistema digestivo o nervioso. La velocidad de crecimiento es rápida por lo que existe un gran desarrollo físico y social, debido a esto el lactante es un sujeto exigente y demandante desde el punto de vista nutricional ⁽⁴⁰⁾.

La OMS mediante sus estudios y evaluación recomienda una lactancia materna exclusiva que debe llevarse a partir de la primera hora después del nacimiento hasta

los 6 meses de edad. Luego se deberá agregar alimentos de a poco al infante pero que sean nutritivos mientras se continúa amamantando hasta los 2 años o más ⁽³⁸⁾.

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria es proceso mediante el cual se ofrecen al lactante alimentos de consistencia sólida o líquida distintos de la leche materna como un complemento y no como sustituto de esta ⁽⁴¹⁾, abarca el periodo comprendido desde los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una etapa de mayor vulnerabilidad, es ahí cuando muchos niños inician con problemas de malnutrición, La OMS calcula que en los países de ingresos económicos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento ⁽⁴²⁾.

Por consiguiente, la alimentación complementaria debe iniciarse cuando el lactante adquiera las habilidades psicomotoras que le permiten manipular y tragar de forma segura los alimentos, además cuando el organismo alcance la maduración necesaria a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune, lo cual se considera a partir de los 6 meses de edad. La introducción precoz a la alimentación complementaria puede ocasionar complicaciones a corto y a largo plazo como el aumento de infecciones ⁽⁴¹⁾.

Además, durante este periodo de transición se incrementan los requerimientos nutricionales y energéticos ⁽⁴³⁾, de modo que los alimentos introducidos deben tener una consistencia, variedad, cantidad y frecuencia adecuada, que permita solventar las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna ⁽⁴²⁾.

Características de esta etapa

En los dos primeros años de vida el niño adquiere más tejido muscular que grasa, posteriormente esta proporción se invierte. La velocidad de crecimiento neural es alta en el primer año, se estima un 40% de su crecimiento, y a los 5 años alcanza cerca del 85% de la masa neural ⁽²⁾. A los 3 años la madurez de la mayoría de órganos y sistemas es similar al adulto, las necesidades calóricas bajan por desaceleración del crecimiento, el peso se incrementa entre 2 a 2,5 kg por año y crecen cerca de 12 cm el segundo año, a los 5 años su altura es aproximadamente el doble de la longitud al nacer ⁽⁴⁴⁾.

El incremento rápido de peso a partir de los dos hasta los cuatro años se relaciona a un aumento de la masa grasa, y consecuentemente con el desarrollo de enfermedades no transmisibles crónicas como la Diabetes Mellitus, Obesidad, Hipertensión arterial, síndrome metabólico, por esta razón es indispensable que exista un control en la ganancia de tejido graso en esta etapa ⁽²⁾.

Además, en esta etapa surgen cambios negativos en el apetito y en el interés por los alimentos, termina la erupción dentaria temporal, existe un rápido aprendizaje en la marcha, el lenguaje y por ende la socialización ⁽⁴⁴⁾.

Hábitos de alimentación

Se define como el comportamiento o actitudes conscientes y repetitivas que el individuo opta con respecto a la alimentación. Los padres o cuidadores son los responsables directos de los hábitos alimenticios que se imparten a los niños, por lo cual estos deben responder a sus necesidades. La hora de alimentar a los niños debe llevarse a cabo en un área tranquila, libre de distracciones debido a que es el momento apropiado para el aprendizaje y el amor, además los padres deben reconocer los signos de hambre, saciedad y no forzar a los niños con el fin de fortalecer los lazos de afecto y unión ⁽⁴⁵⁾.

Recomendaciones dietéticas

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos veces al día entre los 6 y los 8 meses, posteriormente entre los 9 a 11 meses incrementar las porciones de tres a cuatro veces al día, agregando aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según lo desee ⁽⁴²⁾. Para ello es importante ofrecer alimentos de varios sabores, textura y colores, sin obligarlo a comer y dejarlo a su elección, las comidas deben ser en familia, tratando de estimular que como solo y desarrolle habilidades usando los cubiertos ⁽⁴⁵⁾.

Requerimientos nutricionales

Los requerimientos nutricionales aportados en la dieta deben ser: carbohidratos 50-60%, proteínas 10-15%, grasas < 30%. Los niños deben de realizar al menos 5 comidas distribuidas en: desayuno, merienda 25%; almuerzo 35%; merienda 10%; cena 30% ⁽²⁾.

Fruta y verdura

Se sugiere introducir paulatinamente las frutas y verduras disponibles en el hogar, estas deben ingerirse por lo menos en una comida diaria, variando su forma de presentación. Se recomienda evitar durante el primer año de vida las verduras de hoja verde con alto contenido en nitratos, entre estas espinacas, acelga por el riesgo de metahemoglobinemia ⁽⁴¹⁾.

Alimentos	Edad de incorporación y duración aproximada			
	0 - 6 meses	6 - 12 meses	12 - 24 meses	≥ 3 años
Leche materna				
Leche adaptada (en niños que no toman leche materna)				
Cereales –pan, arroz, pasta, etc.– (con o sin gluten), frutas, hortalizas¹, legumbres, huevos, carne² y pescado³, aceite de oliva, frutos secos chafados o molidos. Se pueden ofrecer pequeñas cantidades de yogur y queso tierno a partir de los 9-10 meses.				
Leche entera*, yogur y queso tierno (en más cantidad) *En caso de que el niño no tome leche materna				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, palomitas, granos de uva enteros, manzana o zanahoria cruda)				

Fuente: Modificada de “Recomendaciones para una alimentación entorno a la primera infancia”, en la agencia de Gráfico 2. Calendario orientativo de incorporación de alimentos Salud Pública de Cataluña, año 2016.

Proteínas

La ingesta de proteínas estimula la secreción del factor de crecimiento semejante a la insulina (IGF-I), esta induce la proliferación celular, acelera el crecimiento y aumenta el tejido adiposo. En menores de 6 meses la mayor parte de las proteínas la obtienen de la leche materna entre 2.1g/kg/día durante el primer mes y luego de 1.1 g/kg/día entre los 4 a 6 meses; entre los 6 a 12 meses deben recibir un 50% de las proteínas y los niños mayores de un año un 20-40%, los cuales la obtienen del consumo de carnes, pescados, huevo y en segundo lugar, de los productos lácteos ⁽²⁾.

Hidratos de carbono

En los primeros meses los requerimientos son del 30-40% de la energía total consumida, al año de vida estos se van incrementando hasta un 55-60% ⁽⁴⁰⁾. El hidrato de carbono principal facilita la absorción del hierro y el calcio mediante la leche materna. ⁽²⁾.

Lípidos

Los requerimientos en los primeros meses de vida son del 40-55%, el cual disminuye al año en un 30-35%, como en el adulto ⁽⁴⁰⁾. Es importante asegurar el aporte de ácidos grasos esenciales y ácidos grasos poliinsaturados como el ácido decosaheptaenoico y el ácido araquidónico importantes en el desarrollo del sistema nervioso central ⁽²⁾.

Mitos y realidades de la alimentación complementaria

En Latinoamérica, se acostumbra incluir ciertos tipos de alimentos sólidos y líquidos que no aportan con los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado, sin embargo, esto forma parte de la cultura e idiosincrasia de la población y se va transmitiendo de generación en generación sin cuestionar su beneficio real. Entre estos alimentos se encuentran las coladas con alto contenido de azúcar y almidón, los caldos que no contiene los nutrientes necesarios y si se los consume de forma rutinaria puede predisponer a la obesidad o desnutrición. Además, el uso de infusiones aromáticas no se recomienda en los lactantes, debido a que puede desplazar a la leche materna e incluso puede llegar ser tóxicas como el anís estrellado ⁽⁴⁶⁾.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque

El presente estudio se fundamenta en el enfoque cuantitativo el cual constituye un conjunto de procedimientos secuenciales y probatorios. En el cual el orden es riguroso, sin embargo, se puede rediseñar algunas etapas. Este estudio parte de un problema del cual se derivan los objetivos, las preguntas de investigación, se construye un marco teórico, se establecen hipótesis y determinan variables, se diseña un plan para probar y medir las variables, se analizan los resultados en base a métodos estadísticos y se extrae una serie de conclusiones ⁽⁴⁷⁾.

Al mismo tiempo se basada en el paradigma positivista el cual pretende explicar, identificar y analizar las razones por las cuales los padres o cuidadores optan por un determinado estilo de crianza con sus hijos y como este influye en su estado nutricional, por lo tanto, el presente trabajo se cuantificará los resultados del estudio, para establecer frecuencias y porcentajes, en base a los datos recabados mediante el cuestionario de prácticas de alimentación infantil.

3.2. Modalidad de la investigación

En el presente trabajo se utilizará la investigación documental y de campo, la cual consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes. Además, pretende recabar la información mediante documentos actualizados sobre el tema y compáralos con los resultados obtenidos.

La presente investigación se llevará a cabo en la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, parroquia Ambatillo con los pacientes que acudan al centro de salud y cumplan los criterios de inclusión.

3.3. Tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo, correlacional, como se menciona inicialmente la investigación es cuantitativa, de campo porque se realizará en el sitio de los hechos donde surge el problema de investigación, descriptiva pues pretende describir los perfiles de personas, grupos o comunidades que se sometan a un análisis sin influir sobre él de ninguna manera ⁽⁴⁷⁾. La información obtenida será prospectiva, se dice que un estudio tiene un diseño prospectivo si el investigador, luego de haber planteado el problema que lo lleva a realizar su investigación, comienza a registrar los datos ⁽²⁶⁾.

Es tipo correlacional debido a que se correlacionara las variables como estilos parentales de alimentación infantil y el estado nutricional de los preescolares.

Según Sampier la investigación cuantitativa usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías ⁽⁴⁷⁾. Por lo tanto, esta investigación es de tipo cuantitativa debido a que la recolección de la información se basará en un cuestionario sobre los estilos parentales y su relación con el estado nutricional de los preescolares, lo cual nos servirá para tener resultados más cercanos a la realidad del problema en estudio.

3.4. Población y muestra

Para la obtención de la muestra se utilizará el muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia, pues se enfocará en los pacientes en edad preescolar que acuden al centro de salud de Ambatillo y se investigara los estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el Software Sample Size Determination con una población de 174 niños en edades comprendidas de 2 a 4 años, con un margen de error del 5%, nivel de confianza del 95% obteniendo una muestra de 120 niños que acudan a los controles, a los cuales se realizara la valoración nutricional.

3.4.1. Criterios de inclusión:

- Padres con hijos en edad de 2 a 4 años
- Lugar de residencia en Ambatillo
- Padres que sean alfabetos

3.4.2. Criterios de exclusión:

- Niños con antecedentes de prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, problemas metabólicos, cardíacos, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, convaleciente post operación, malformación congénita.
- Padres que sean analfabetos

3.4.3. Criterios éticos

- Solicitar la aprobación del Director/a del Centro de Salud de Ambatillo, explicar los objetivos y beneficios de la investigación respecto a la atención de un grupo prioritario como son los niños menores de 5 años. Garantizar la confidencialidad, manteniéndose la identificación de la recopilación de datos solamente con números de historias clínicas.

3.5.Operacionalización de variables

Tabla 1.Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Técnicas e instrumentos
Características sociodemograficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de los padres e hijos • Estado civil • Instrucción • Ocupación 	<ul style="list-style-type: none"> • Años • Cédula • Años aprobados 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario
Estilos parentales	El rol es un papel o función que desempeña un individuo en su vida diaria, ya sea en el hogar, trabajo. Y está relacionada con las estrategias que adoptan los progenitores o cuidadores en el cuidado de sus hijos	<ul style="list-style-type: none"> • Autoritario • Democrático • Permisivo • Negligente 	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de ingesta diario • Establecer límites con niveles de control adecuados • Disposición de alimentos saludables en el hogar • Reforzar los hábitos saludables de alimentación • Estimular a comer saludablemente 	Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador.
Estado Nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona con relación al aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes mantener las reservas y compensar las pérdidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Talla • IMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Kilogramos • Centímetros 	Curvas de crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 2 a 4 años <ul style="list-style-type: none"> • Relacion peso/edad • Relacion talla/edad • Relacion peso/talla • IM

Elaborado: Carolina Cupueran

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización del presente trabajo de investigación se utilizarán los siguientes instrumentos y técnicas:

- El Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CFSQ por sus siglas en inglés) evalúa la alimentación auto informada y clasifica a los padres utilizando divisiones medias, que se utilizan en una gran cantidad de literatura sobre crianza y permiten la comparación directa entre estudios, en las dimensiones de exigencia y capacidad de respuesta⁽⁴⁸⁾.

El cual consta de 19 ítems con respuestas de tipo Likert que van de 1 (nunca) hasta 5 (siempre). Los ítems se agrupan en dos dimensiones exigencia y responsabilidad. Las dos dimensiones se derivan a través de 7 ítems de alimentación centradas en el niño y 12 en los padres. Para calcular la puntuación de exigencia se calcula el promedio de la sumatoria de los 19 ítems y responsabilidad es el promedio de la sumatoria de 7 ítems centrados en el hijo (3, 4, 6, 8, 9, 15 y 17) dividido entre el promedio de la sumatoria de los 19 ítems⁽¹¹⁾.

Hughes realizó una revisión de varios estudios que utilizaron el cuestionario CFSQ en una población con ingresos económicos bajos en los cuales las puntuaciones de la media son muy similares, sugiriendo utilizar como punto de corte de 2,80 para la escala de exigencia y 1,16 para la escala de capacidad de respuesta. Nuestros puntos de corte actuales se basan en más de 1300 padres o cuidadores. Es probable que los puntos de corte derivados de muestras pequeñas no sean fiables. Debido a esto para el análisis de los datos se utilizará estos puntos de corte⁽⁴⁸⁾.

Las prácticas parentales responsivas que evalúa, son el monitoreo o la vigilancia del patrón de ingesta diario, el establecer límites con niveles de control adecuados, el modelamiento, la disposición de alimentos saludables en el hogar, el reforzar material y socialmente los hábitos saludables de alimentación, el promover gran variedad de experiencias con alimentos y el estimular a comer saludablemente⁽¹¹⁾.

Posteriormente se calcula la media de ambas dimensiones en esta población y los participantes se categorizan en alta/baja exigencia y alta/baja responsabilidad y se clasifican en cuatro estilos:

1. Democrático (alta exigencia/alta responsabilidad).
 2. Autoritario (alta exigencia/baja responsabilidad).
 3. Indulgento o Permisivo (baja exigencia/alta responsabilidad).
 4. No involucrado o Negligente (baja exigencia/baja responsabilidad).
- Curvas de crecimiento de la OMS son el referente fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año hasta los seis años de vida, las cuales son avaladas a nivel internacional ⁽⁴⁸⁾. Por lo tanto, se realizará la toma de medidas antropométricas de los niños mayores de 2 años, se utilizará las medidas de peso en kilogramos y la talla en centímetros por personal capacitado siguiendo la norma y técnica vigente, los materiales a emplear serán el tallimetro con una sensibilidad de 0.1 cm. y balanza digital previamente calibrada. La interpretación de los datos se realizará en base a las siguientes curvas:
Peso para la edad (P/E): Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo.
Talla para la edad (T/E): Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo.
Peso para la talla (P/T): Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad ⁽⁴⁹⁾.

3.7.Aspectos éticos

En la investigación propuesta se tomarán aspectos como la realización de un consentimiento informado debido a que incluyen aspectos relacionados con la salud física y mental del niño, por tal motivo la investigación garantizara la confidencialidad de la información obtenida y de los datos de sus participantes

3.8. Plan procesamiento de la información e interpretación de resultados.

Una vez recolectada la información se procedió al análisis de los datos, a clasificar, tabular, y calcular el porcentaje, para lo cual se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 21.0.

La interpretación de resultados se realizará de acuerdo a la información registrada en el Cuestionario de Prácticas de Crianza para Promover Hábitos de Salud en la primera infancia aplicados a los cuidadores, mientras que para determinar el estado nutricional de los preescolares se efectuará en base a las curvas de crecimiento de la OMS y se clasificará de acuerdo a los datos obtenidos según las desviaciones estándar.

En el procesamiento de la información se utilizó gráficos y tablas tomando en cuenta el responsable y la fuente de donde se obtuvo los datos. Para efectuar el análisis de los resultados se realizó la relación de las variables del estado nutricional del niño y estilos parentales del cuidador mediante el χ^2 de Pearson. Para comprobar la hipótesis se plantea la hipótesis nula y la hipótesis alterna con un nivel de significancia del 0,05; se calcula el χ^2 de los datos y se compara con la tabla.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de Resultados

4.1.1. Datos sociodemográficos

Edad del Cuidador

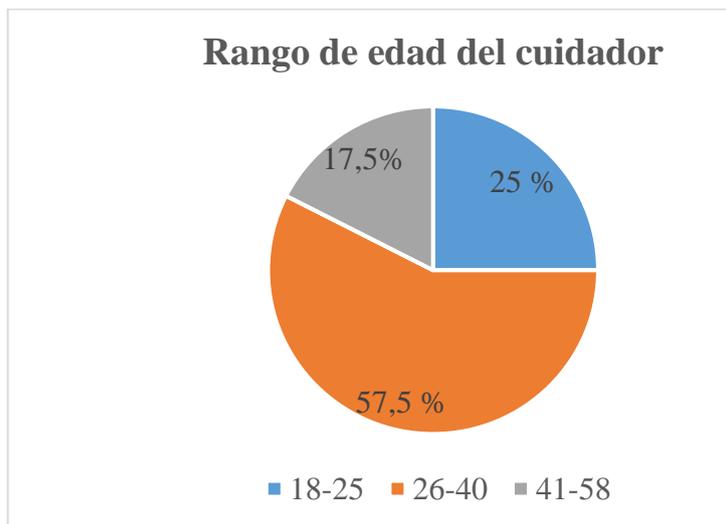


Gráfico 3 Edad del cuidador
Elaborado por: Cupueran C. (2021)
Fuente: Cuestionario

Según los datos recogidos de 120 encuestados un 25% (n=30) personas se encuentran en un rango de edad de 18 a 25 años, el 57,5% (n=69) personas en el rango de 26-40 años y un 17,5% (n=21) personas pertenece a un rango de 41 a 58 años de edad. Detonando que los cuidadores pertenecen al grupo de adultos jóvenes y adultos medios.

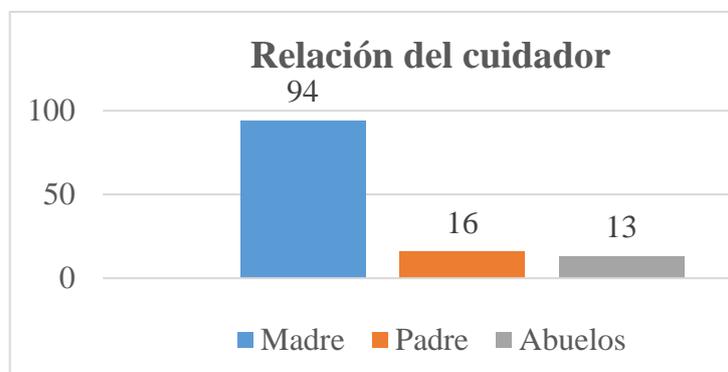


Gráfico 4 Relación del cuidador con el niño
Elaborado por: Cupueran C. (2021)
Fuente: Cuestionario

Según los datos recogidos de 120 encuestados un 78,3% (n=94) de los niños son cuidados por sus madres, mientras que 13,3% (n=16) niños son cuidados por sus padres y un 8,3% (n=10) niños son cuidados por sus abuelos.

En el estudio de Cera ⁽⁵⁰⁾ con una muestra de n=54, se identificó que existe un n=43 de que los cuidadores tengan una relación de madre, un n=6 de abuelas, un n=3 de hermanos y un n=2 de papás. Se muestra que en ambos estudios se encuentra una prevalencia del cuidado del niño por las madres.

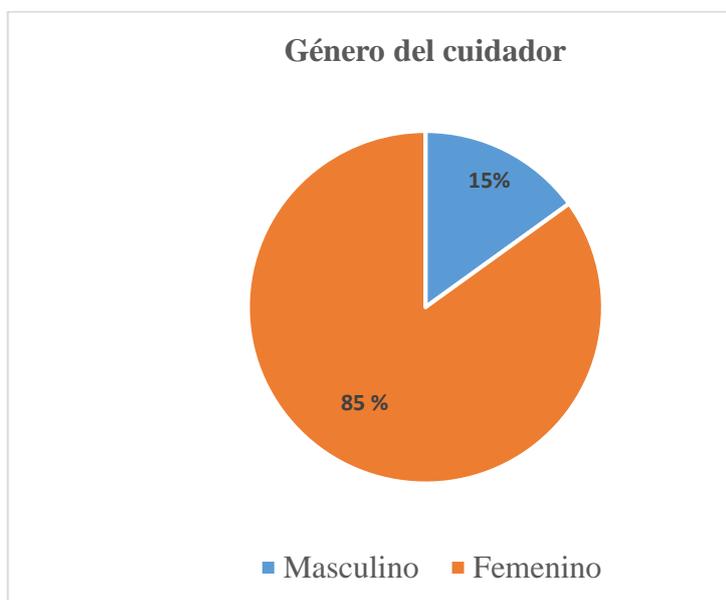


Gráfico 5. Género del cuidador de los niños preescolares

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario

Según los datos recogidos de 120 encuestados un 14,6% (n=18) son de género masculino y el 85,4% (n=102) pertenecen al género femenino. Según el estudio de Cera ⁽⁵⁰⁾ existe un n=50 de sexo femenino y n=4 de sexo masculino. Se diagnostica que en ambos estudios existe una prevalencia de cuidadores del sexo femenino.

Analizando los datos del gráfico 6 del estado civil de los cuidadores de los niños preescolares se evidencia que el 11,7% (n= 14) son solteros, el 66,7% (n=80) están casados, el 21,7 % (n=26) se encuentran en unión libre y no se encontró en ninguno de los encuestados el estado civil viudo.

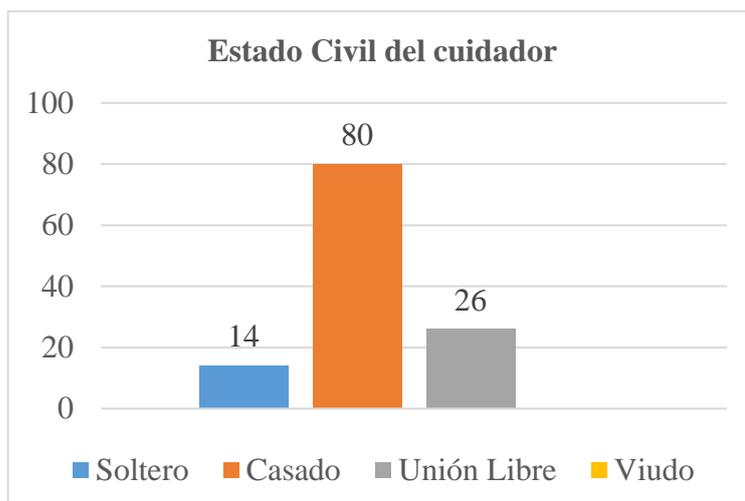


Gráfico 6 . Estado Civil
Elaborado: Cupueran C (2021)
Fuente: Cuestionario

A través del estudio de Cera⁽⁵⁰⁾ según el estado civil de los cuidadores, presento que existe un n=32 de unión no formalizada, existe un n=8 de cuidadores casados, un n=7 de solteros, un n=6 de separados y un n=1 de viudos.

Según el presente estudio existe una n=80 de cuidadores casados, mientras que en el estudio de Cera su mayor porcentaje se centra en un n=32 de uniones no formalizadas.

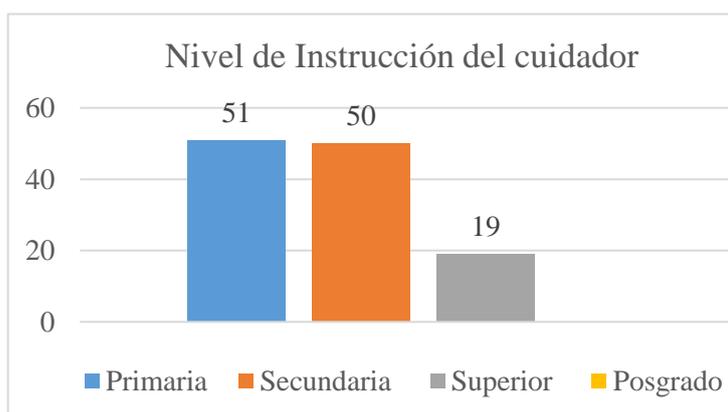


Gráfico 7. Nivel de Instrucción del cuidador de los niños preescolares
Elaborado por: Cupueran C. (2021)
Fuente: Cuestionario

A través de los datos analizados se conoce que el 42,5% (n=51) de personas poseen un nivel de instrucción primaria, mientras que el 41,7% (n=50) poseen nivel de instrucción secundaria,

un 15,8% (n=19) tienen un nivel de instrucción superior y no se encontró en los encuestados ninguno con nivel de instrucción de posgrado.

Según el estudio de Cera ⁽⁵⁰⁾ en lo que representa al nivel de instrucción de los cuidadores, existe un n=19 con bachiller incompleto, un n=15 de cuidadores con bachiller, un n=6 con primaria completa, un n=4 de primaria incompleta, un n=4 con estudios universitarios, un n=3 con formación técnica, un n=1 con estudios universitarios incompletos y un n=2 sin estudios. A través del análisis de los estudios existe mayor presencia de cuidadores con nivel primaria, y bachiller incompleto.

Ocupación

En relación a la ocupación según el grafico 8 se encontró 13,3% (n=16) de los encuestados eran profesionales y el 86,7% (n=104) personas no eran profesionales.

Según el estudio de Cera ⁽⁵⁰⁾ la situación laboral de los cuidadores es de un n=27 que trabajan a tiempo parcial, un n=13 trabajan a tiempo completo en ocupaciones no profesionales, un 7= no respondieron a ninguna ocupación, un n=3 están desempleados y un n=2 trabajan en ocupaciones domésticas.

Por los estudios planteados existe una mayor presencia de cuidadores que laboran en trabajos no profesionales a tiempo parcial.



Gráfico 8 Ocupación de los cuidadores
Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario

Clasificación de las familias

Tabla 2. Clasificación de las familias de los preescolares de la parroquia Ambatillo

Tipo de Familia	Frecuencia	%
Número de miembros		
Pequeña	37	30,84
Mediana	61	50,83
Grande	22	18,33
Según la ontogénesis		
Nuclear	83	69,17
Extensa	33	27,50
Ampliada	4	3,33
Parentalidad		
Biparental	93	77,5
Monoparental	27	22,5

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario

Según los datos recogidos en la tabla 2 de la población en estudio de la parroquia Ambatillo las familias se clasifican como nucleares en el 69,17%, el 50,83% son medianas y el 77,5% son biparentales.

4.1.2. Resultado Cuestionario de Estilos Parentales de Alimentación

Según los resultados obtenido en base al cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador el 16,7% (n=20) de los tutores tiene un estilo parental democrático, mientras que el 47,5% (n=57) son autoritarios, el 21,7% (n=26) son permisivos y el 14,1% (n=17) son negligentes.

Tabla 3. Resultado cuestionario de Estilos Parentales de Alimentación

Estilos parentales de alimentación infantil	Frecuencia	Porcentaje
Democrático	20	16,7
Autoritario	57	47,5
Permisivo	26	21,7
Negligente	17	14,1
Total	120	100

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador

4.1.3. Resultado del Estado nutricional del niño

Según los resultados del estado nutricional realizado en niños preescolares se observó que el 66,7% (80) se encuentran con un estado nutricional normal, mientras que un 26,7% (32) presentan desnutrición y el 6,6 % presentan problemas de malnutrición por exceso.

Tabla 4. Resultado estado nutricional del niño

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normal	80	66,7
Desnutrición	32	26,7
Sobrepeso	4	3,3
Obesidad	4	3,3
Total	120	100

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario Estado nutricional del niño

Se observa en el gráfico 9 que los niños preescolares con problemas de malnutrición ya sea por déficit o por exceso según el tamaño del grupo familiar el 55% tienen una familia de tamaño mediano, mientras que el 30% tiene una familia grande.

Entorno al estudio de Cera (50) respecto al número de hijos que mantiene el cuidado, se determinó que existe un n=16 de cuidadores con 2 hijos, un n=13 de cuidadores con 4 hijos, un n=11 de cuidadores con 3 hijos, un n=10 de cuidadores con 5 o más hijos y un n=4 de cuidadores con 1 solo hijo.

En cuanto al análisis del tamaño de grupo familiar existe una prevalencia en un grupo familiar medio en donde existe un número de 2 hijos.

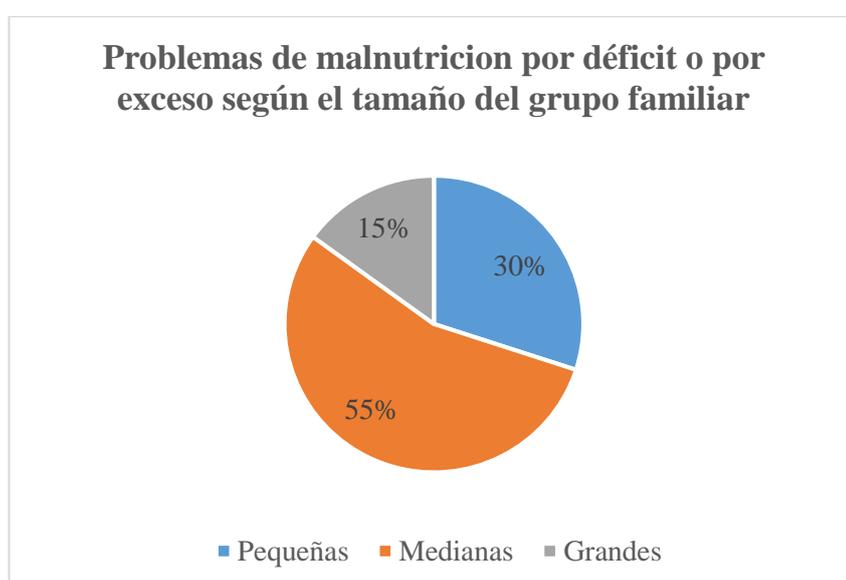


Gráfico 9. Problemas de malnutrición según el tamaño del grupo familiar.

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario

4.2. Estadística descriptiva, correlaciones y coeficiente de confiabilidad.

4.2.1. Cuestionario de Estilos nutricional del niño

El estado nutricional del niño es una condición de fundamental análisis para determinar la salud del infante y si esta puede recaer en una enfermedad grave, siendo un factor condicionante de su bienestar. Por lo que se analiza las relaciones del estado nutricional entorno a los ingresos económicos, nivel de instrucción del cuidador. Mediante el χ^2 de Pearson se determinan las variables y si poseen una relación significativa o no entre las mismas.

Mediante el análisis de la tabla 5 se puede observar que en el nivel de instrucción en primaria de los cuidadores que existe un 39,20% de desnutrición en el niño, mientras que existe un 3,90% de niños en obesidad y sobrepeso; mientras que en el nivel de instrucción secundaria existe un 20% en desnutrición y un 4% en obesidad, a la vez el 10,50% de nivel de instrucción superior posee desnutrición y 10,50% en sobrepeso. No se han encontrado una relación significativa entre las variables.

Entorno al estudio de Rivadeneira et al.⁽⁵¹⁾ al evaluar la relación entre el nivel de instrucción y la aparición de obesidad en el infante data que al tener el cuidador un nivel educativo bajo si influye en la aparición de Obesidad en el infante.

Tabla 5. Resultado correlación entre el nivel de instrucción y el estado nutricional del niño.

		Nivel de instrucción									
		Primaria		Secundaria		Superior		Postgrado		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estado nutricional del niño	Desnutrición	20	39,20	10	20,00	2	10,50	0	0,00	32	48
	Normal	27	52,90	38	76,00	15	78,90	0	0,00	80	17
	Obesidad	2	3,90	2	4,00	0	0,00	0	0,00	4	22
	Sobrepeso	2	3,90	0	0,00	2	10,50	0	0,00	4	14
	Total	51	100	50	100	19	100	0	0	0	100

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario estilo de alimentación.

En cuanto a los datos estadísticos logrados mediante la relación del chi2 de Pearson a través del programa de SPSS en relación con la variable del estado nutricional del niño y el nivel de ingresos económicos en donde el 36,40% poseen ingresos económicos menores al salario básico unificado se encuentran en desnutrición, mientras que el 6,10% presentan obesidad y el 3% sobrepeso; mientras que los encuestados que se encuentran en un nivel de ingreso del SBU se encuentra el 18,90% presentan desnutrición y el 5,90% de niños que los cuidadores presentan un ingreso económico mayor al del SBU poseen desnutrición y el 11,80% sobrepeso.

Se determina mediante valores estadísticos que no presentan una relación las variables. A través del análisis estadístico se determina que no existe relación significativa entre las variables.

Con respecto al ingreso económico familiar mensual según el estudio de Rivadeneira et al. ⁽⁵⁰⁾ los resultados no arrojaron una asociación con la Obesidad y el estado nutricional del niño o niña. Al analizar una concordancia con este estudio se diagnostica que no es posible establecer esta relación.

Tabla 6. Resultado correlación entre el ingreso económico y el estado nutricional del niño.

		Ingresos económicos							
		Menos del SBU		SBU		Más del SBU		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estado nutricional del niño	Desnutrición	24	36,40	7	18,90	1	5,90	32	27
	Normal	36	54,50	30	81,10	14	82,40	80	67
	Obesidad	4	6,10	0	0,00	0	0,00	4	3
	Sobrepeso	2	3,00	0	0,00	2	11,80	4	3
	Total	66	100	37	100	17	100	120	100

$\chi^2=17,29$;

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionario estilo de alimentación.

4.3. Correlación entre el estilo parental y el estado nutricional del niño

Para determinar la resolución de la hipótesis planteada generada a través de los resultados de los cuestionarios entre el estilo parental que se maneja y si este afecta al estado nutricional del niño; en donde se ha logrado datos relevantes que muestran que existe un 47,5% (n=57) de padres autoritarios y el 66,7% (n=80) poseen un estado nutricional normal.

Martínez ⁽¹⁶⁾ en su estudio obtuvo como resultados que, los estilos de crianza parental corresponden al indulgente 62.3% (n= 142), autoritario 37.5% (n= 85). En cuanto al estado nutricional de los preescolares, solo el 21.2% (n= 48) presentó sobrepeso y obesidad 8.3% (n= 19), de las cuales las niñas muestran ligeramente más casos de SP 21.1% (n= 25) a diferencia de los niños 20.9% (n=23). Conclusión: la funcionalidad

familiar y crianza parental no presentaron relación significativa con el estado nutricional de los preescolares. Sin embargo, la cohesión influyó de manera positiva en el estado nutricional del niño ⁽¹⁶⁾.

	Democrático	Autoritario	Indulgente	Negligente
Resultado global cuestionario de estilo parental	16,7%	47,50%	21,7%	14,2%

	Normal	Desnutrición	Sobrepeso	Obesidad
Resultado global cuestionario estado de nutrición del niño	66,70%	26,70%	3,30%	3,30%

Gráfico 10. Resultados globales cuestionarios

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionarios

Tabla 7. Resultado correlación entre el estado nutricional y el estilo parental.

		Estado nutricional del niño									
		Desnutrición		Normal		Obesidad		Sobrepeso		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estilo parental	Autoritario	4	12,50	51	63,80	0	0,00	2	50,00	57	48
	Democrático	6	18,80	14	17,50	0	0,00	0	0,00	20	17
	Indulgente	12	37,50	10	12,50	2	50,00	2	50,00	26	22
	Negligente	10	31,30	5	6,30	2	50,00	0	0,00	17	14
	Total	32	100	80	100	4	100	2	100	120	100

$\chi^2=40,14; gl=9; x^2$

tabla=16,91

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionarios.

4.4.Verificación de la Hipótesis

El planteamiento de la hipótesis en el presente estudio se define de la siguiente manera:

Ho: Los tipos de estilos parentales que imparten los progenitores no influyen en el estado nutricional de los niños preescolares.

H1: Los tipos de estilos parentales que imparten los progenitores influyen en el estado nutricional de los niños preescolares.

Tabla 8. Verificación de la hipótesis.

DEFINICIÓN	ESTILO PARENTAL ESTILO NUTRICIONAL DEL NIÑO	EP ENN
CORRELACIÓN ENTRE EP Y ENN	x2: 40,14	

Elaborado por: Cupueran C. (2021)

Fuente: Cuestionarios.

El nivel de significancia de los resultados es del 0,05; los datos ingresados poseen una relación entre si es decir que el tipo de estilo parental si influye en el estado nutricional del niño, resultado que se genera en base al $x^2:40,14$, que al ser comparado con el de la tabla es de x^2 tabla: 16,91. Donde al analizarlos estadísticamente se determina la siguiente resolución de la hipótesis.

x^2 calculado > x^2 tabla

40,14 > 16,91

Acepta la hipótesis alternativa

Por lo tanto, en este caso se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula, con la conclusión de que según lo determinan los resultados de los cuestionarios y el χ^2 de Pearson el tipo de estilo parental si influye en el estado nutricional del niño llegando a presentar en el estilo indulgente un estado de desnutrición del 37,50%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Al conocer los tipos de estilos parentales y su relación con el estado nutricional del niño se diagnosticó que el estilo negligente e indulgente presenta un mayor predominio de niños en estado de obesidad, sobrepeso y desnutrición. Lo que a través de la verificación de la hipótesis y comprobación con otros estudios se corrobora que existe una relación entre estas variables.
- El estilo parental muestra que existe en un 47,5% de cuidadores autoritarios, mientras que el 16,7% son democráticos, un 21,7% son permisivos y el 14,2% son negligentes. El autoritario que presenta una mayor frecuencia se caracteriza por impartir orden, tener un control rígido y control excesivo en la alimentación del niño, lo que según el estudio el autoritario presenta un menor nivel de desnutrición en el infante, mientras que el negligente presenta un 2% de estado de obesidad en el infante.
- Las características demográficas presentadas a través del análisis nos muestran que los cuidadores están en el grupo de los adultos jóvenes y adultos medios y solo 5 cuidadores son adolescentes, predomina el sexo femenino siendo las cuidadoras principales. La mayor parte de los participantes son casados y poseen un nivel de instrucción primario, seguido del nivel de instrucción secundario. La mayor parte de los encuestados poseen una ocupación no profesional.
- La estructura familiar identificada en el presente estudio es del 50% (n=61) de un tipo de familia mediana, un 69% (n=83) según la ontogénesis de una familia nuclear y con un 77% (n=93) con una parentalidad biparental, esto según los datos recogidos en la muestra de estudio en la parroquia Ambatillo.
- El estado nutricional presentado por el infante es en un 66,7% normal, mientras que el 26,7% tiene desnutrición, y el 6,6% tiene problemas de malnutrición por exceso; determinando que existe un bajo nivel de infantes afectados por sobrepeso y obesidad pero que existen más del 25% en desnutrición lo cual si

este no es controlado puede recaer en una enfermedad grave en el niño y es un condicionante de su bienestar.

- El estilo parental diagnosticado en el presente estudio fue democrático en un 16% (n=20), autoritario en un 47% (n=57), permisivo en un 21% (n=26) y negligente un 14% (n=17). Evidenciándose que en el estilo negligente e indulgente predominan los niños con problemas de desnutrición.
- Se corrobora que existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo parental y el estado nutricional de los preescolares, evidenciándose que los estilos permisivos y negligentes influyen negativamente en la salud de los preescolares.

5.2.Recomendaciones

- Las intervenciones adecuadas a edades tempranas por el equipo de salud permitirán detectar precozmente problemas en el estado nutricional de los niños. Es importante que los prestadores de salud conozcan las características de su población asignada, reduciendo así las brechas que se pueden generar en la atención y permitirá conocer las prácticas de crianza o estilos de alimentación de los cuidadores. Se recomienda aplicar el cuestionario de prácticas de alimentación del cuidador dentro de la valoración del control del niño sano con el fin detectar las posibles bandereas rojas en las prácticas que emplean los cuidadores.
- Se recomienda reforzar las actividades con los CNH con el fin de fomentar en los cuidadores estilos parentales de alimentación que permitan un adecuado control del estado nutricional y generen hábitos saludables.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Diseñar una guía anticipatoria de los estilos parentales de alimentación infantil para los cuidadores de los niños preescolares que pertenecen al Centro de Salud tipo A de Ambatillo.

Autor: Md. Carolina Estefanía Cupueran Limachi

C.I. 1804766754

Dirección: Parroquia Atahualpa - Ambato - Tungurahua

Teléfono: 0998811001

e-mail: carolinacupueran1991@gmail.com

Tutora: Dra. Esp. Ruth Aurelia Mejía Ortiz

6.2. Antecedentes de la propuesta

En esta investigación se buscó relacionar si los estilos parentales de alimentación infantil influyen en el estado nutricional de los niños preescolares pertenecientes a la parroquia de Ambatillo, cantón Ambato provincia del Tungurahua, en la cual se concluyó que 33.3% de los niños presenta problemas de malnutrición predominando el estilo parental permisivo y negligente, mientras que el 66.7% tienen un estado nutricional normal prevaleciendo el estilo autoritario seguido del estilo democrático.

6.3. Justificación

En el presente trabajo de investigación, se pudo observar que a pesar de la mayor parte de los niños presenta un estado nutricional normal es importante enfocarse en los niños con problemas de malnutrición considerando que la influencia de los estilos parentales afecta a estos. Por tanto al tener y conocer los cuidadores estilos y prácticas parentales competentes podrán promover un cuidado adecuado de la salud de los preescolares y establecer hábitos alimenticios saludables en ellos.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo general

- Diseñar una guía anticipatoria que fomenten estilos parentales de alimentación infantil competentes

6.4.2. Objetivos específicos

- Crear un sistema de control de trabajo multidisciplinario que involucre al médico Familiar, nutricionista para el manejo de pacientes con problemas de malnutrición.
- Implementar un protocolo que permita dar un seguimiento a los pacientes diagnosticados con problemas de malnutrición.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales de salud para el manejo y diagnóstico de problemas de malnutrición.

6.5. Análisis de factibilidad

La realización de la propuesta es factible debido a que para identificar el tipo de estilo parental se necesita aplicar el cuestionario de prácticas de alimentación del cuidador y realizar la valoración nutricional en los preescolares que acuden a control de salud del niño sano.

Además, cabe recalcar que en el Centro de Salud tipo A de Ambatillo cuenta con personal suficiente y capacitado que lo integra una nutricionista con actividad itinerante, Médico Familiar y Médicos generales encargados de realizar las valoraciones respectivas.

6.6. Fundamentación

Diagnóstico

El diagnóstico oportuno de los problemas de malnutrición en los niños preescolares es fundamental en esta etapa crítica de crecimiento. La familia desempeña un papel fundamental en la creación y adopción de hábitos alimenticios saludables. El poder identificar en los cuidadores el tipo de estilo parental que practican nos permitirá abordar de manera oportuna esta área y evitar repercusiones en el estado nutricional a posterior.

Al brindar a los cuidadores una guía anticipatoria sobre las prácticas o estilos parentales competentes permitirá incorporar prácticas más saludables y por ende un desarrollo físico y cognitivo saludable de los niños.

Sistemas de control

Se realizara mediante la identificación de niños preescolares con desnutrición, obesidad o sobrepeso, el llenado correcto de la historia clínica, aplicación de las curvas

de crecimiento de la OMS y la creación de una matriz con una evaluación semanal, quincenal o mensual de los niños diagnosticados con problemas de malnutrición según su gravedad, se podrá realizar un seguimiento mediante las visitas domiciliarias con el equipo de salud (Nutricionista- Médico familiar) para valorar el progreso de las medidas implementadas.

Protocolo de registro

Se debe implementar la creación de una matriz que nos permita identificar la siguiente información: el tipo de estilo parental de alimentación infantil mediante el cuestionario de estilos de alimentación del cuidador, edad del paciente, nombre del paciente, número de cedula, residencia, edad del cuidador, nombre del cuidador, valoración nutricional del preescolar, consulta por nutricionista y Medicina Familiar, entrega y aplicación de la guía anticipatoria a los cuidadores, seguimientos semanales mediante visitas domiciliarias.

Conocimiento profesional

El profesional del área de salud que trabaja en el Centro de salud tipo A de Ambatillo tiene las herramientas necesarias para captar y diagnosticar pacientes que presenten problemas de malnutrición infantil, para ello es importante una actualización de conocimientos de acuerdo a guías clínicas y artículos médicos de interés, y no dejar de lado la importancia de los estilos parentales de los cuidadores ya que mediante esta investigación se demostró que influyen en el estado nutricional, pudiendo detectar mediante el cuestionario los estilos parentales de riesgo.

Para ello se brindará las pautas establecidas en la guía anticipatoria en áreas como la sala de reuniones del Centro de salud de Ambatillo con el personal que labora en el mismo, una vez al mes.

Además, es importante el trabajo interinstitucional con el MIES que es el encargado de la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos CNH, en nuestra parroquia existen 4 unidades que brindan este servicio. En consecuencia, es fundamental capacitar a estos profesionales y cuidadores para obtener mejores resultados.

6.7. Modelo operativo

Tabla 9. Plan operativo

Fases	Metas	Actividades	Tiempo	Responsable	Resultados
Diagnóstico Adecuado	Dar un diagnóstico oportuno de problemas de malnutrición en los niños preescolares que pertenezca al Centro de Salud tipo A de Ambatillo, para su correcto manejo posterior.	<p>Prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> -Brindar charlas informativas sobre la importancia de identificar problemas de malnutrición en los niños, hábitos alimenticios, practicas parentales competentes -Difundir la guía anticipatoria de estilos parentales competentes <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración antropométrica -Cuestionario de estilos de alimentación del cuidador <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración por nutrición -Seguimiento por medicina familiar. 	<p>Tiempo de aplicación del cuestionario de estilos de alimentación del cuidador 10 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo que dura la consulta de Medicina Familiar, entre 20 minutos a 1 hora. Control del niño sano - Tiempo que dura la consulta con nutrición entre 30 minutos a 1 hora. 	Profesional de salud: Medico rural, médico general, médico familiar, Nutricionista.	<p>Diagnóstico oportuno.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Seguimiento correcto. -Manejo y tratamiento adecuado.

<p>Sistema de Control de Trabajo</p>	<p>Mediante una correcta identificación de los estilos parentales, niños con problemas nutricionales y la creación de una matriz, realizar una valoración a futuro para evaluar los resultados</p>	<p>Variable que se busca controlar - Diagnóstico del estado nutricional en cada consulta -Evaluación del desempeño de los trabajadores en salud -Valoración del paciente después del tratamiento -Tratamiento y seguimiento otorgado por parte de Medicina familiar, General y Nutrición. Punto de referencia -Evaluación y estudio de las historias clínicas y la matriz. Actuador -Los profesionales de salud llenaran las historias clínicas y la matriz y aplicaron el test de estilos de alimentación del cuidador</p>	<p>En cada consulta, lo pertinente al trabajo administrativo será entre 15 a 20 minutos.</p>	<p>Profesional de salud</p>	<p>-Desempeño del personal de salud adecuado. -Correcto manejo y diagnóstico del paciente.</p>
---	--	--	--	-----------------------------	---

<p>Protocolo de registro de información completo</p>	<p>Se debe implementar la creación de una matriz que nos permita identificar si el protocolo de diagnóstico, manejo y tratamiento es el correcto.</p>	<p>Protocolo conformado por los siguientes ítems</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad del paciente. -Nombre del paciente. -Número de cedula. -Residencia. -Nombre de cuidador -Edad del cuidador -Resultados tras la aplicación del cuestionario de estilos parentales de alimentación -Resultados de la valoración nutricional -Número de controles. -Número de seguimientos por nutrición y medicina Familiar -Resultados de las medidas implementadas 	<p>Tiempo que dura cada consulta, entre 30 minutos a 1 hora.</p> <p>Seguimiento mediante visitas domiciliarias (1 hora) semanales o quincenales según la gravedad</p>	<p>Profesional de salud</p>	<p>-Correcto llenado de la historia clínica y de la matriz propuesta.</p>
---	---	--	---	-----------------------------	---

Actualizar los conocimientos	-Actualización de conocimientos de acuerdo a guías clínicas y artículos médicos de interés, que nos permitan dar una atención eficaz y eficiente a la población. Socializar la guía anticipatorio sobre los estilos parentales de alimentación infantil en el preescolar	-Estudio de guías clínicas actualizadas que traten sobre el diagnóstico y manejo de los problemas de malnutrición infantil	-Charla educativa al personal de salud 1 vez al mes. Duración aproximada 1 hora	Profesional de Salud.	Conocer adecuadamente información sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de malnutrición y la importancia de los estilos parentales
-------------------------------------	--	--	--	-----------------------	---

Fuente: Cupueran (2021)

6.8.Administración

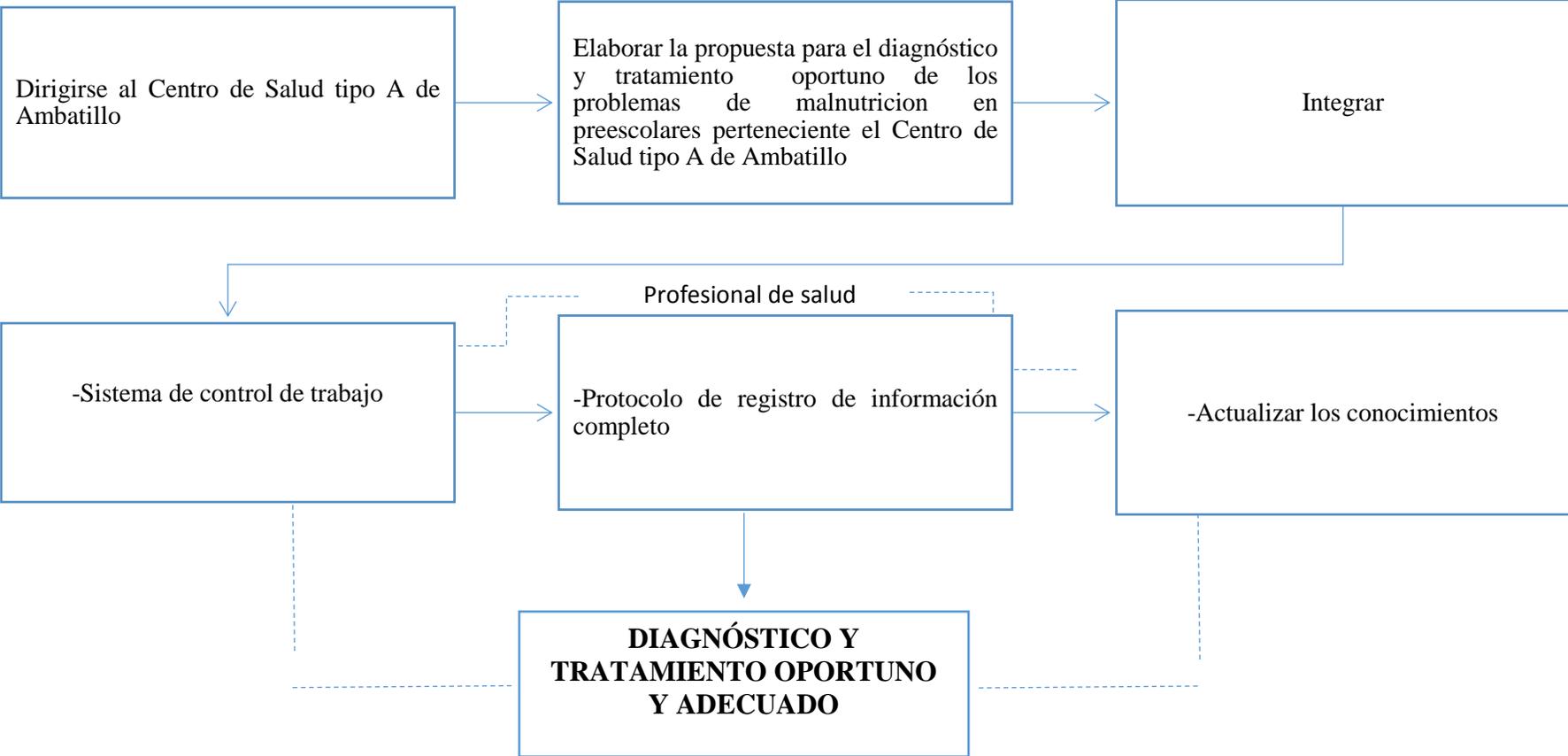


Gráfico 11 Administración de la propuesta
Fuente. Cupueran (2021)

6.9.Previsión de la evaluación

El plan de monitoreo y evaluación de la propuesta se realizará estudiando el correcto llenado y manejo de las historias clínicas de los pacientes, para ello se evaluará los parámetros establecidos en la matriz correspondiente.

Además, se evaluará las posibles limitaciones en el primer nivel de atención para el tratamiento de los problemas de malnutrición en el preescolar, así como las limitaciones en la identificación de los estilos parentales.

De esta manera conoceremos si el diagnóstico y tratamiento y seguimiento mediante las visitas domiciliarias en el centro de salud de Ambatillo fue adecuado.

MATERIALES DE REFERENCIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Marmo J. Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2). 2014;; p. 165-178.
2. Robles G, Hernández N, López L. Importancia de la nutrición: primeros 1,000 días de vida. *Acta Pediátrica Hondureña*, 7(1). 2016;; p. 597-607.
3. Freire W, Ramírez M, Belmont P. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, ENSANUT-ECU 2012.. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública Volumen 2, Número 1-mayo 2015*, 2(1). 2015.
4. Ministerior de Educación del Ecuador. Manual de nutrición y alimentación para docentes de educación inicial y 1er grado de educación general básica. 2020.
5. Rodríguez G, Ramírez N. Parental Practices, Healthy Eating and Objective Measures of Body Composition in Preschool Children. *Actualidades en Psicología*, 31(122). 2017;; p. 61-73.
6. Castaño Y, Suárez C. Prácticas parentales de alimentación infantil: una descripción comparativa entre los resultados obtenidos mediante un cuestionario de autorreporte y el análisis de conductas observadas por medio de videgrabaciones durante los momentos de alimentación en. 2015.
7. OPS/OMS Ecuador. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. [Online] Acceso 6 de Abrilde 2020. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1864:panorama-de-la-seguridad-alimentaria-y-nutricional&Itemid=360.
8. Z , Zárate A, Castro U, Tirado I. Crecimiento y desarrollo normal del preescolar, una mirada desde la atención primaria. *Rev. pediátr. electrón.* 2017;; p. 27-33.
9. Gómez V. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. [Online]; 2015. Acceso 22 de Diciembrede 2019. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/10784#text>.

- 10 Jorge E, González M. Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2). 2017;; p. 39-66.
- 11 Castaño A, Molano M. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders* Eating difficulties in early childhood and its relation to parental feeding practices Dificultades de alimentación en la primera infancia y su relación con las prácticas paren. [Online]; 2018. Acceso 9 de Enero de 2020. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/articulooriginal>.
- 12 Alimentación sana. [Online] Acceso 3 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
- 13 Ministerio de Inclusión Económica y Social, Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral (MIES). *Política Pública Desarrollo Infantil Integral*. [Online]; 2013. Acceso 18 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Políticas-Públicas.pdf>.
- 14 Figueroa A, Aburto M, Acevedo R. Conflicto trabajo-familia, autoeficacia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres de la ciudad de Talca, Chile. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1). 2012;; p. 57-65.
- 15 Pérez P, Moreno M. Hygiene and Eating Healthy Habits and Practices in Spanish Families with Children Aged 6 to 14.. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22). 2020.
- 16 Martínez A. *Funcionalidad familiar, crianza parental y estado nutricional en preescolares* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). 2016.
- 17 El derecho a la alimentación en Ecuador. [Online] Acceso 7 de Enero de 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/es/derecho-alimentacion/ecu>.
- 18 Derecho Ecuador - Niños, niñas y adolescentes: Derechos y Deberes. [Online] Acceso 7 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.todaunavida.gob.ec/programa-accion-nutricion/>.

- 19 Derecho Ecuador - Niños, niñas y adolescentes: Derechos y Deberes. [Online]
. Acceso 7 de Enero de 2020. Disponible en:
<https://www.derechoecuador.com/ninos-ninas-y-adolescentes-derechos-y-deberes>.
- 20 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DEL ECUADOR. NORMAS Y
. PROTOCOLOS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES
DE 2 AÑOS. 2013;; p. 1-50.
- 21 Moratto N, Zapata J, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una
. mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a
2015. CES psicología, 8(2). 2015;; p. 103-121.
- 22 Pérez C, Aramburu I, Davins M, Aznar J, Mercadal J, Testor C, et al. La
. transformación de la familia a principios del siglo XXI: a propósito de un caso.
Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia, 16(1). 2017;; p. 1-13.
- 23 Mejía D, Builes D, Montoya P. Prácticas de crianza y comunicación familiar: una
. estrategia para la socialización primaria. Poiésis, (36). 2019;; p. 111-125.
- 24 Johnson R, Welk G, Saint-Maurice P, Ihmels M. Parenting styles and home
. obesogenic environments. International journal of environmental research and
public health, 9(4). 2012;; p. 1411-1426.
- 25 Kiefner A, Hoffmann D, Zbur S, Musher-Eizenmen D. Implementation of parental
. feeding practices: does parenting style matter? Public health nutrition, 19(13).
2016;; p. 2410-2414.
- 26 Sokol R, Qin B, Poti J. Parenting styles and body mass index: a systematic review
. of prospective studies among children. Obesity Reviews, 18(3). 2017;; p. 281-292.
- 27 Gimeo E. Medidas empleadas para evaluar el estado nutricional. Offarm: farmacia
. y sociedad, 22(3). 2003;; p. 96-100.
- 28 Ghisays M, Suarez M. Estado nutricional de niños menores de cinco años en el
. caribe colombiano. Ciencia e innovación en salud. [Online]; 2018. Acceso 16 de
Julio de 2020. Disponible en:

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3091/4106>.

29 Marugán J. Valoración del estado nutricional. [Online]; 2015. Acceso 18 de Juliode 2020. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/07/n4-289e1-e6_RB_Marugan.pdf.

30 OMS. Malnutrición. [Online]; 2020. Acceso 19 de Juliode 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

31 Vargas M, Hernández E. Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. Medwave. 2020;; p. e7839-e7839.

32 Ministerio de Salud y Protección Social-UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. [Online]; 2017. Acceso 19 de Juliode 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>.

33 Cuevas L. Desnutrición crónica en población infantil de localidades con menos de 100 000 habitantes en México. Salud Publica Mex. [Online]; 2019. Acceso 20 de Juliode 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10642>.

34 Ramos P, Delgado V, Villavicencio V, Carpio T. Nutritional typologies in children population under 5 years old in the province of Chimborazo, Ecuador. Rev Esp Nutr Humana y Diet. [Online]; 2018. Acceso 31 de Diciembre de 2020. Disponible en: www.renhyd.org.

35 Martínez B, Giner C. Conceptos básicos en alimentación.. 2016.

36 Artola B. Prevalencia de lactancia materna en población menor de dos años en un centro de salud durante la acreditación como centro “IHAN.”. 2018;; p. 17-25.

- 37 Semana Mundial de la Lactancia Materna. [Online]; 2019. Acceso 9 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/08/01/default-calendar/world-breastfeeding-week-2019>.
- 38 Brahm V, Valdés P, Cirujano M. Familiar Recibido el Correspondencia M, Brahm P. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. *Pediatría Rev chil Pediatr*. 2017;; p. 7-14.
- 39 Jiménez A, Martínez R. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. 2017;; p. 1-7.
- 40 Fernández M. Comité de Nutrición alimentación complementaria. 2018.
- 41 OMS. Alimentación complementaria. 2013. .
- 42 Cuadro C, Vinchido M, Zárate F. Actualidades en alimentación complementaria.. [Online]; 2017. Acceso 10 de Enero de 2020. Disponible en: www.actapediatrica.org.mx.
- 43 Quintana L, Mar L, Santama D, González R. Alimentación del preescolar y escolar. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHNPAEP. 2010;; p. 297-305.
- 44 Romero E, Villalpando S, Pérez A, De la Luz M, Alonso C, Navarrete G, et al. . Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(5). 2016;; p. 338-356.
- 45 Peña L, Ros L, González D, Rial R. Alimentación del preescolar y escolar.. [Online].
- 46 Hernández R, Torres C. Metodología de la investigación (Vol. 4). México^ eD. F DF: McGraw-Hill Interamericana. 2018.

- 47 Hugues S, Cross M, Hennessy E, Tovar A, Economos C, Power T. Caregiver's feeding styles questionnaire. Establishing cutoff points. *Appetite*, 58(1). 2012;; p. 393-395.
- 48 Pacheco G. Evaluación del crecimiento de niñas y niños. [Online]; 2012. Acceso 1 de Agosto de 2020. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf.
- 49 Rodríguez F, García P. Hábitos alimentarios y estado nutricional antropométrico en preescolares de la parroquia Sucre del Distrito Capital de la República Bolivariana de Venezuela.. *Antropo*, 35. 2016.
- 50 Cera M. Prácticas de crianza, factores socioculturales y alimentación en niños, niñas y adolescentes con desnutrición. Prácticas de crianza, factores socioculturales y alimentación en niños, niñas y adolescentes con desnutrición (Tesis de pregrado). 2018.
- 51 Rivadeneira J, Soto A, Bello N, Concha M, Díaz X. Estilos parentales, sobrepeso y obesidad infantil: Estudio transversal en población infantil chilena.. *Revista chilena de nutrición*, 48(1). 2021;; p. 18-30.
- 52 De los Ángeles M, Martínez A, Guevara M, Ruiz K, Pacheco L, Ortiz R. Funcionalidad familiar, crianza parental y su relación con el estado nutricional en preescolares. *Atención Primaria*, 52(8). 2020;; p. 548-554.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento para evaluar el estilo de alimentación del cuidador



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCION DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Investigador: Md Carolina Cupueran

Encuesta para determinar el estilo parental de alimentación del cuidador de los niños de 2 a 4 años que acuden al Centro de Salud de Ambatillo.

Fecha:.....

Instrucción: Marque con una X sus respuestas

1. DATOS INFORMATIVOS

Edad		Género	Masculino		Femenino		Otro	
Estado civil	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo	Unión Libre
Residencia								
Nivel de instrucción	Primaria		Secundaria		Superior		Posgrado	
Ocupación								
Número de miembros del grupo familiar	1 a 3 personas		4 a 6 personas		7 o más personas			
Vive con pareja	Si				No			
Ingresos económicos	Menores a un salario básico		Equivalente a un salario básico		Mayor a un salario básico			

2. Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (Sheryl O Hughes)

	Estas preguntas tratan sobre sus interacciones con su hijo preescolar durante la cena. Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa con que frecuencia ocurren las siguientes cosas. Si no esta segura seleccione la respuesta que mas se aproxime.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	Batalla físicamente con el niño(a) para que coma (por ejemplo sentando al niño en una silla para que coma)	1	2	3	4	5
2	Promete al niño(a) algo que no sea comida a cambio de que coma por ejemplo "Si te comes los frijoles, jugamos con la pelota despues de la cena "	1	2	3	4	5
3	Anima al niño(a) a que coma, presentandole la comida de una forma interesante por ejemplo haciendole caritas felices con lo alimentos como hot cakes	1	2	3	4	5
4	Hace preguntas al niño(a) sobre la comida durante la cena	1	2	3	4	5
5	Le dice al niño (a) que por lo menos coma un poco de la comida que hay en su plato	1	2	3	4	5
6	Razona con el niño(a) para que coma por ejemplo "la leche es buena para tu salud porque te hara fuerte"	1	2	3	4	5
7	Le dice algo al niño(a) como desaprobacion por no comerse la cena	1	2	3	4	5
8	Deja que el niño escoja de los alimentos preparados, lo que el quiere cenar	1	2	3	4	5
9	Felicita al niño(a) por comer los alimentos, por ejemplo ¡Que buen niño!; Te estas comiendo todos tus frijoles!	1	2	3	4	5
10	Le sugiere al niño(a) que cena por ejemplo diciendole "tu cena se esta enfriando"	1	2	3	4	5
11	Le dice al niño(a) "Apurate y come tu comida"	1	2	3	4	5
12	Advierte al niño(a) que va quitarle algo que no sea comida si no come por ejemplo "si no comes la carne, no habra tiempo para jugar depues de la cena"	1	2	3	4	5
13	Le dice al niño(a) que coma por lo menos algo de lo que hay en su plato por ejemplo "comete los frijoles"	1	2	3	4	5

14	Advierte al niño(a) que le quitara un alimento si no come por ejemplo “si no te terminas las verduras no podras comer fruta”	1	2	3	4	5
15	Dice algo positivo acerca de los alimentos que el niño(a) esta comiendo durante la cena	1	2	3	4	5
16	Le da de comer al niño(a) en la boca con la cuchara para que coma la cena	1	2	3	4	5
17	Le ayuda al niño(a) a comese la cena por ejemplo le corta la comida en pezados mas pequeños	1	2	3	4	5
18	Anima al niño(a) a que coma algo usando los alimentos como recompensa por ejemplo si te terminas tus verduras podras comer tus frutas	1	2	3	4	5
19	Le ruega al niño(a) para que coma la cena	1	2	3	4	5

Anexo 2. Consentimiento informado



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Md. Carolina Cupueran

Fecha: _____

El Objetivo de la presente investigación es determinar los estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de preescolares en Atención Primaria de Salud que asisten al Centro de salud de Ambatillo. Estimado Usuario, antes de iniciar su participación, Ud. Debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

Información del estudio

Riesgos del estudio. - La integridad de su salud estará garantizada, porque no existe algún agente que pueda afectar su estado emocional o daño físico alguno.

Beneficios. - La información obtenida, después de su participación será utilizada en beneficio de la comunidad, puesto que con los resultados obtenidos del estudio podremos determinar los estilos parentales que utilizan los cuidadores y su relación con el estado nutricional de los preescolares con el fin de realizar una intervención educativa precoz en los grupos vulnerables.

Confidencialidad. - La información que se recogerá será de uso personal, garantizando su integridad, guardando total confidencialidad de los datos proporcionados.

Participación. - Su participación es totalmente voluntaria por lo que Ud. estará libre de decidir si participar en el estudio o no. Además, debo manifestar que Ud. es libre de retirarse del estudio en el momento que desee, sin ningún inconveniente.

Publicaciones. - Se aspira realizar publicaciones científicas, pero no se expondrá su identidad.

Responsabilidad del Investigador. La participación en este estudio, no genera responsabilidades por parte del investigador, referente a proporcionar atención médica especializada, tratamiento farmacológico, o compensaciones económicas, o de otra naturaleza al participante.

Responsabilidades del participante. - La participación en este estudio no genera responsabilidad alguna, por parte del participante, una vez leído y firmado el consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo,
representante legal del niño/a
.....en pleno uso de
mis facultades, libre y voluntariamente, EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por la responsable de realizar la presente investigación Estilos parentales de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de preescolares en Atención Primaria de Salud, entendido la importancia de mi participación en la encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también hemos tenido ocasión de aclarar las dudas que nos han surgido.

MANIFIESTO: Que he comprendido y me siento satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para participar de la encuesta. Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma

CI: