



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO**



**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE LA
COMUNIDAD DE QUILLOAC DEL CANTÓN CAÑAR 2021”**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de
Magister en Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y Comunitaria**

DIRECTOR

Mgs. Andrea Carolina Estrella Proaño

AUTORA

María Eugenia Bermeo Pinguil

IBARRA – ECUADOR

2022



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

Datos de contacto		
Cédula de identidad	0302246004	
Apellidos y nombres	Bermeo Pinguil María Eugenia	
Dirección	Guamaní	
Email	mary199015@hotmail.es	
Teléfono fijo	Teléfono móvil:	0984812823
Datos de la obra		
Título:	Conducta alimentaria y estado nutricional de los niños de la comunidad de Quilloac del cantón Cañar 2021.	
Autor:	María Eugenia Bermeo Pinguil	
Fecha: dd/mm/aaaa	27/01/2022	
Programa de posgrado	Maestría en Salud Pública	
Título por el que opta	Magister en Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y Comunitaria	
Tutor	Mgs. Andrea Carolina Estrella Proaño	

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 27 días del mes de enero del año 2022

EL AUTOR:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Eugenia Bermeo', with a large, stylized initial 'E' and 'B'.

María Eugenia Bermeo Pinguil

Ibarra, 27 de enero de 2022

Dr (a) Lucía Yépez
Director (a)
Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Directora

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Conducta alimentaria y estado nutricional de los niños de la comunidad de Quilloac del Cantón Cañar 2021” del maestrante María Eugenia Bermeo Pinguil, de la Maestría de Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutora	Msc Andrea Carolina Estrella Proaño	 Firmado digitalmente por ANDREA CAROLINA ANDREA CAROLINA ESTRELLA PROAÑO ESTRELLA PROAÑO Fecha: 2022.01.05 11:01:14 +0500'
Asesor	Dr .Marco Alexis Andrade Echeverria	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	2
1.1. Problema de investigación.....	2
1.2. Objetivos de la investigación.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
1.3. Hipótesis de estudio	6
1.4. Justificación.....	6
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL.....	9
2.1. Antecedentes.....	9
2.2. Referentes teóricos	11
2.2.1 Conducta alimentaria generalidades y definición	11
2.2.2 Factores asociados al desarrollo de la conducta alimentaria.....	13
2.2.3 Modelos de regulación alimentaria	15
2.2.4 Métodos de valoración de la conducta alimentaria.....	16
2.2.5 Comportamiento alimentario infantil.....	17
2.2.6 La restricción alimentaria en la infancia.....	17
2.2.7 La alimentación emocional	18

2.2.8 La alimentación sin control.....	18
2.2.9 Aspectos relacionados a una mala conducta alimentaria	18
2.2.10 Respuesta a la saciedad.....	19
2.2.11 El disfrute de alimentos	19
2.2.12 El consumo emocional excesivo	20
2.2.13 El deseo de beber	20
2.2.14 Respuestas frente a los alimentos.....	20
2.2.15 La lentitud al comer	21
2.2.16 La exigencia con los alimentos	21
2.2.17 Situación alimentaria de las poblaciones indígenas	22
2.2.18 Valoración del estado nutricional infantil.....	24
2.2.19 Antropometría	24
2.2.20 Clasificación del estado de nutrición según indicadores antropométricos.....	28
2.3. Referentes legales.....	31
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Descripción del área de estudio	33
3.1.1 Descripción del grupo de estudio.....	34
3.2. Diseño y tipo de investigación	39
3.3. Procedimiento de la investigación	39
3.3.1 Técnicas de recopilación de la información.....	40
3.3.2 Instrumentos de recolección de información	42

3.3.3 Operacionalización de variables	45
3.3.4 Procesamiento de información.....	49
3.4. Consideraciones bioéticas.....	51
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
4.1. Caracterización de los niños de la comunidad de Quilloac.....	52
4.2 Conducta alimentaria de los niños de la comunidad de Quilloac.....	60
4.3. Valoración del Estado nutricional de los niños de la comunidad de Quilloac.....	67
4.4. Conducta alimentaria y el estado nutricional	69
4.6. Discusión	74
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
Conclusiones	80
Recomendaciones	81
LISTA DE REFERENCIAS	82
ANEXOS.....	94

Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores antropométricos del estado nutricional.....	26
Tabla 2. Interpretación de puntuaciones Z para problemas de crecimiento.....	27
Tabla 3. Población de familias por sectores de la comunidad de Quilloac	34
Tabla 4. Matriz de cálculo del muestreo estratificado	35
Tabla 5. Muestreo estratificado por familia	37
Tabla 6. Matriz de cálculo de la subestratificación.....	37
Tabla 7. Muestra estratificada para el estudio.....	38
Tabla 8. Dimensiones y subdimensiones de la conducta alimentaria	43
Tabla 9. Operacionalización de la variable estado nutricional.....	46
Tabla 10. Operacionalización de la variable conducta alimentaria.....	47
Tabla 11. Características sociodemográficas los niños de la Comunidad Quilloac.....	53
Tabla 12. Características de vivienda y hogar.....	55
Tabla 13. Características de la familia	57
Tabla 14. Características de inserción social del responsable del ingreso económico de la familia (tutor)	58
Tabla 15. Características de salud y educación.....	59
Tabla 16. Promedio de los puntajes de las subescalas del cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ)	64
Tabla 17. Promedio de los puntales de las subescalas del cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ) según residencia.....	65
Tabla 18. Tendencia alta o baja a la ingesta según sub/ dimensiones de la conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad Quilloac.....	66

Tabla 19. Valores promedios de las subescalas CEBQ según categorías de índice de masa corporal para la edad (IMC / edad).....	70
Tabla 20. Comparaciones múltiples según categorías de índice de masa corporal para la edad (IMC / edad).....	71

Índice de figuras

Figura 1. Rasgos proingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según sexo.....	60
Figura 2. Rasgos proingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según residencia.....	61
Figura 3. Rasgos antiingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según sexo.....	62
Figura 4. Rasgos antiingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según residencia.....	63
Figura 5. Estado nutricional de los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según sexo	67
Figura 6. Estado nutricional de los niños de 5 a 11 años según lugar de residencia en la comunidad de Quilloac	68
Figura 7. Puntuaciones medias de las subescalas de proingesta del CEBQ, según categorías de puntuación Z del indicador IMC/edad de los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac.....	72
Figura 8. Conducta alimentaria proingesta positiva y alteración del estado nutricional por sobrepeso u obesidad	73

Índice de Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Adaptación al castellano del Child Eating Behaviour Questionnaire, CEBQ)	94
Anexo 2. Encuesta socioeconómica del tutor del niño/a	95
Anexo 3. Técnicas para la toma del peso y la talla en niños.....	100
Anexo 4. Hoja de recolección de datos antropométricos.....	103
Anexo 5. Valores de referencia de la OMS para calcular el Estado Nutricional, con el uso de las tablas de IMC para la edad de los niños de 5 a 18 años.....	104
Anexo 6. Valores de referencia de la OMS para calcular el Estado Nutricional, con el uso de las tablas de IMC para la edad de las niñas de 5 a 18 años	105
Anexo 7. Consentimiento informado para el tutor legal del niño	106
Anexo 8. Asentimiento informado para el niño/a	107
Anexo 9. Solicitud de ingreso a la comunidad de Quilloac del cantón Cañar para realizar la investigación	108
Anexo 10. Respaldo fotográfico de la toma de datos antropométricos y encuesta realizada en la comunidad de Quilloac	109

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE LA
COMUNIDAD DE QUILLOAC DEL CANTÓN CAÑAR 2021

Autora: María Eugenia Bermeo Pinguil

Tutor: Mgs. Andrea Carolina Estrella Proaño

Año: 2022

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer la relación entre la conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños/as entre 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac. **Metodología:** La investigación utilizó un enfoque cuantitativo bajo un diseño no experimental, transversal, analítico de campo, usando como técnica de recopilación de información, la encuesta, con dos instrumentos por una parte el Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ), desarrollado para medir dos dimensiones la proingesta y antiingesta desde un enfoque alimentario y por otro lado el cuestionario de factores socioeconómicos que se aplicó a los tutores de una muestra de 193 niños/as de diferentes sectores de la comunidad. **Resultados:** al 52% (N=100) de los niños/as presentan normopeso y el 48% (N=93) muestran alteración de su estado nutricional por sobrepeso u obesidad, el análisis de varianza indicó diferencias significativas en las medias de las subescalas del cuestionario de conducta alimentaria CEBQ según categorías de índice de masa corporal para la edad (IMC/edad) particularmente para los rasgos proingesta “disfrute de los alimentos” (p=0,0), “respuesta a los alimentos” (p=0,0), “sobrealimentación emocional” (p=0,0), “deseo de beber” (p=0,0). **Conclusiones:** la dimensión proingesta de la conducta alimentaria definida como la inclinación positiva a la ingesta está relacionada con la alteración del estado nutricional de los niños/as, los comportamientos alimentarios, manifestados por alta tendencia al deseo de comer constantemente, el deseo de consumir bebidas azucaradas, así como la respuesta a estímulos alimentarios, por situaciones emocionales está relacionado al estado nutricional de sobrepeso y obesidad de los niños /as de la Comunidad de Quilloac.

Palabras clave: Conducta alimentaria, estado nutricional, niños, preadolescentes, Comunidad de Quilloac

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of finding out the relationship between eating behavior and nutritional status of children between 5 and 11 years of age in the community of Quilloac. Methodology: The research used a quantitative approach under a non-experimental, cross-sectional, analytical field design, using the survey as a data collection technique, with two instruments on the one hand the Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ), developed to measure two dimensions: pro-ingestion and anti-ingestion from a nutritional approach, and on the other hand the questionnaire of socioeconomic factors that was applied to the guardians of a sample of 193 children from different sectors of the community. Results: 52% (N=100) of the children were normal weight and 48% (N=93) showed alterations in their nutritional status due to overweight or obesity, the analysis of variance indicated significant differences in the means of the subscales of the CEBQ eating behavior questionnaire according to body mass index categories for age (BMI/age) particularly for the pro-eating traits "enjoyment of food" ($p=0.0$), "response to food" ($p=0.0$), "emotional overeating" ($p=0.0$), "desire to drink" ($p=0.0$). Conclusions: the pro-eating behavior dimension defined as the positive inclination to ingest is related to the alteration of the nutritional status of the children, the eating behaviors, manifested by high tendency to desire to eat constantly, the desire to consume sugary drinks, as well as the response to food stimuli, by emotional situations is related to the nutritional status of overweight and obesity of the children of the Quilloac Community.

Key words: Eating behavior, nutritional status, children, preadolescents, Quilloac community.

INTRODUCCIÓN

La razón por la que los niños/as tienen determinadas características en el consumo de alimentos es un tema que ha sido abarcado desde diferentes contextos como la psicología, la pediatría, la nutrición, buscando conocer como el comportamiento ante los alimentos influye en el estado nutricional de los niños/as, dejando entre abierto aspectos relacionados con las dimensiones proingesta o antiingesta como factores que ponen en riesgo a un niño/a de sufrir una alteración de su estado nutricional ya sea por sobrepeso obesidad o al contrario por desnutrición. En este sentido la investigación se origina de la necesidad de conocer si existe una relación de dependencia entre la alteración del estado nutricional y las respuestas al cuestionario de conducta alimentaria (Children's Eating Behaviour Questionnaire) (CEBQ) de los niños/as con edades de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac. Para el efecto la investigación se estructuró de cinco capítulos, en el primer capítulo se presentó la problemática, la justificación y objetivo entorno a la conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños/as de la comunidad de Quilloac, seguidamente en el capítulo dos se estableció el marco referencial que abarcó temas relevantes para la investigación como: la Conducta alimentaria (CA), aspectos relacionados a una mala conducta alimentaria, la valoración del estado nutricional infantil, la clasificación del estado nutricional según indicadores antropométricos estándares. En el capítulo tres se presentó la metodología que describió el área de estudio, el diseño y tipo de investigación, los procedimientos de la misma, así como las consideraciones bioéticas para su ejecución. En el cuarto capítulo se presentó los resultados en función de los objetivos propuestos por la investigación y la discusión. Finalmente, en el capítulo quinto se expuso las conclusiones y recomendaciones producto de la elaboración de este estudio realizado en la comunidad de Quilloac.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Problema de investigación

Según Castrillón y Roldán (2014) la conducta alimentaria, expresa el comportamiento normal de una persona relacionado con los hábitos de alimentación, la selección y la cantidad de alimentos que se ingiere. Para Osorio et al., (2009) la conducta alimentaria está inmersa en el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos, es decir, mediante el comportamiento frente a la alimentación que se adquiere a través de la experiencia directa con la comida.

A decir de Setton y Duran (2018) la conducta alimentaria se inicia desde el nacimiento, donde esta se moldea y se complejiza estructurando en la persona un esquema de comportamiento alimentario, que es muy difícil modificarlo en etapas posteriores a la niñez, ya que producen anomalías, que generan un trastorno de alimentación que lleva a un deterioro del estado nutricional de quien tiene una conducta alimentaria alterada.

Para Oyarce et al., (2016) la conducta alimentaria se desarrolla en diferentes entornos , pero principalmente se forman en los ámbitos sociales y familiares, donde se imitan los comportamientos alimentarios dentro de los simbolismos afectivos, la disponibilidad de alimentos, hasta el estatus social, factores que llevan a denotar ciertos trastornos en función de las conductas alimentarias como por ejemplo: la disminución de la sensación de hambre, la exigencia condicionada de alimentos, la tendencia a prologar la duración de los tiempos de comida, la pérdida de control de la ingesta (exceso, o falta) que estimulan o impiden el consumo de alimentos en contextos emocionales.

Aportaciones bibliográficas han demostrado que la conducta alimentaria está relacionada al grado de interés y el nivel de deseo que tienen los niños/as a pasar el tiempo consumiendo alimentos agradables al paladar, frente a emociones negativas (tristeza, ansiedad) y que esta relación, lleva al niño/a dentro de un futuro estado de obesidad, o un estado de desnutrición donde el niño/a disminuye su apetito (Encina V et al., 2019; Oyarce et al., 2016;).

Para Martínez y Arnal (2005) los niño/as que manifiestan malos hábitos de alimentación son el producto de conductas alimentarias alteradas, vinculadas a los mecanismos de hambre y saciedad donde, si el niño/a posee una señal de saciedad débil, posterior al consumo de una comida entonces tiene alto riesgo de sobreconsumo (vía homeostática), o si disfruta mucho los alimentos y responde positivamente a estímulos asociados con estos, tiene alto riesgo de sobreconsumo (vía hedónica) llevándoles seguramente a un mal estado de nutrición.

Suárez y Baquero (2009) complementa este contexto indicando que la conducta alimentaria se puede emitir tantas veces que en la mayoría de los casos se convierte en un patrón de conducta que se establece en un acto que se expresa dentro de ambientes específicos, en particular para los niño/as es más riesgoso este patrón de conducta, porque pueden quedar condicionados al comportamiento relacionado con la alimentación de sus familiares, refiriéndose a la alimentación sin control, el consumo de alimentos altamente calóricos, la alimentación emocional y la respuesta a ciertos alimentos por la saciedad o costumbre de alimentación por contextos sociales, laborales, familiares o escolares.

Aportes bibliográficos mencionan que la conducta alimentaria debe ser atendida en periodos tempranos es decir entre los 6 a 12 años de vida de una persona, donde por un lado las conductas alimentarias muestran, una fuerte influencia de las preferencias (gustos, sabores) en la elección de un alimento frente a otros y por otra parte las actitudes, las normas subjetivas, el

control percibido dentro de la relación con la comida, determinan el comportamiento alimenticio de una persona e influyen directamente en el estado nutricional por las preferencias y características sensoriales de los alimentos que ejercen sobre la ingesta alimentaria causando a corto o largo plazo problemas nutricionales es decir si no es en la niñez será en la adolescencia el padecimiento de enfermedades como la obesidad o el sobrepeso por estos comportamientos y esquemas frente a la comida (Benarroch et al., 2011; Ramos et al., 2007;).

Otras investigaciones también mencionan que la relación conducta alimentaria y estado nutricional representa un verdadero desafío para los padres o tutores, porque de por medio puede existir el rechazo hacia la comida por alguna alteración en la conducta alimentaria por ejemplo: una alimentación selectiva donde los niños/as aprueba y se limita a un tipo de alimentación, originado una considerable pérdida de peso que pueden llevar al niños/as a un estado de malnutrición por factores como: la ingesta de alimentos inadecuados, la perdida de interés en comer, la evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos (color, consistencia u olor) factores relacionados a la conducta alimentaria (De Toro et al., 2021; Zimmerman & Fisher, 2017;).

En este contexto e introduciéndose a la conducta alimentaria y estado nutricional de los niños/as de la Comunidad de Quilloac del Cantón Cañar, los aportes investigativos en el contexto ecuatoriano han evidenciado que los hábitos alimentarios de los niño/as se ha moldeado por la disponibilidad de alimentos en la comunidad, que ha conducido a los niño/as de Quilloac a consumir necesariamente tubérculos y cereales evidenciado una implícita exigencia de productos como: ocas, jícamas, papas, granos en la dieta alimenticia de los niño/as que prácticamente caminan hacia un mal estado nutricional (sobrepeso, u obesidad), sin embargo, estos aportes no han divulgado mayor detalle de las conductas alimentarias y en más detalle el estado nutricional

por causa de una alteración de la conducta alimentaria de estos (Acero, 2014; Morocho et al., 2014;).

Razón por la cual en un acercamiento con el presidente de la comunidad se estableció información acerca de las familias de la comunidad, las cuales por mejorar las condiciones de vida han dejado panoramas que muestran a madres que cuidan a sus niño/as solas o a su vez estos niño/as llegan a convivir con sus abuelos, tíos, entre otros. Situación que posiblemente este alterando la experiencia directa con la comida en el entorno familiar de los niño/as y que esta situación influya en el proceso para mantener un buen estado nutricional.

Por observación en el acercamiento a la comunidad se evidenció niño/as gordos y muy flacos pudiendo atribuirse esta condición al alto grado de migración de las familias de la comunidad hacia otras provincias que está ocasionando casos de malnutrición, tal vez por la pérdida de control de la ingesta (exceso, o falta) por conductas alimentarias de los niño/as en contextos de abandono, soledad o ámbitos emocionales (ansiedad, tristeza, ira) (P. Pilataxi, comunicación personal, 2021).

En este contexto se planteó la investigación porque la Comunidad de Quilloac no es ajena a los problemas de malnutrición y más aún es una comunidad indígena propensa al proceso de desarrollo y cambios culturales acelerados que se viven actualmente que han provocado niveles de inmigración elevados y que a primera vista ha comenzado un proceso de malnutrición por el abandono, la desatención en la alimentación de los niño/as.

Todo lo descrito llevo a formularse la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe una relación de dependencia entre la alteración del estado nutricional y las respuestas a las dimensiones de la conducta alimentaria de los niños/as con edades de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac?

1.2. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Relacionar la conducta alimentaria de los niño/as de la comunidad de Quilloac con el estado nutricional en niño/as con edades de 5 a 11 años.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los niño/as de la comunidad de Quilloac.
- Identificar las conductas alimentarias de los niño/as de la comunidad de Quilloac.
- Valorar el estado nutricional de los niño/as de la comunidad de Quilloac.
- Describir la conducta alimentaria y la alteración del estado nutricional por sectores de la comunidad de Quilloac.

1.3. Hipótesis de estudio

Más de 50% de los niños de la comunidad de Quilloac con conducta alimentaria proingesta positiva presentan obesidad.

1.4. Justificación

Conveniencia: la investigación es conveniente porque sirve para entender la dependencia que puede existir entre la conducta alimentaria y malnutrición de los niños/as de la comunidad Quilloac, como esta dependencia puede estar afectando al estado nutricional infantil y al desarrollo de la población, respecto a la salud nutricional de los futuros adolescentes de la comunidad.

Relevancia social: la investigación es relevante porque contribuye a que los cuidadores (madres, padres, tutores), cuenten con información específica enmarcada en el contexto de la comunidad sobre el comportamiento alimentario y estado nutricional de los niños, de esta forma poder establecer medidas que prevengan y aborden los problemas relacionados a estos dos

factores, desde lo comunitario y familiar, como una manera reconoce el derecho a la salud integral y nutrición de los niños/as de la comunidad de Quilloac.

Implicaciones prácticas: la investigación ayuda a resolver el problema de la malnutrición infantil desde las dimensiones de conductas alimentarias de los niño/as y las condiciones socioeconómicas de las familias (madre u otra persona cuidadora del niño/a) de la comunidad de Quilloac.

Valor teórico: con la investigación contribuye a conocer en mayor medida el comportamiento alimentario de los niños/as considerando las dimensiones de la conducta alimentaria y la dependencia que existe con el estado nutricional.

Utilidad metodológica: la investigación ayuda a sugerir formas más adecuadas de estudiar las tendencias epidemiológicas de malnutrición en la población infantil de Quilloac. Así mismo, contribuye a definir si existe o no, independencia entre las variables conducta alimentaria y estado nutricional.

En el caso particular de la comunidad de Quilloac del cantón Cañar no se ha estudiado la relación entre las conductas alimentarias y el estado nutricional de los niños de esta comunidad. De acuerdo a la entrevista realizada al presidente de la comunidad, existen familias en las que la migración ha alterado la estructura familiar. La dinámica familiar está sujeta a ritmos de vida laboral, la abundancia de bienes de consumo que han favorecido a una nutrición inadecuada por un bajo control sobre lo que comen los niños/as que se suma a conductas alimentarias que priorizan el deseo de comida chatarra el destiempo entre comidas y una alimentación sin control. En este contexto es común observar niño/as que muestran este tipo de conductas alimentarias bajo la tutela de la madre o personas cercanas (abuelos, tíos) al niño/a, esta situación

posiblemente está causando una alteración en su estado nutricional que pasa desapercibida por los tutores del niño/a (P. Pilataxi, comunicación personal, 2021).

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

Las revisiones bibliográficas respecto a la problemática direccionaron a un estudio realizado en Chile por Rivera (2018) que centró su investigación en evaluar la conducta alimentaria de niños/as en una comunidad tradicional de Chile por medio de este estudio cuantitativo que utilizó el cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Adaptación al castellano del Child Eating Behaviour Questionnaire, CEBQ) para analizar la situación de 250 niño/as, el estudio encontró una relación positiva entre el índice de masa corporal (IMC) de los niño/as y conductas alimentarias como: necesidad a la comida y el comer emocional de los niño/as, el estudio concluyó que es importante educar a los padres o cuidadores principales en prácticas de alimentación saludables que fomenten una conducta alimentaria adecuada en los niño/as, particularmente mencionaron que la adquisición de hábitos saludables y la restricción de alimentos derivan en conductas alimentarias desreguladas o compulsivas.

Otro estudio realizado por Encina et al., (2019) cuyo objetivo fue comparar la conducta alimentaria en escolares según estado nutricional a través de un estudio observacional transversal, que aplicó un cuestionario de conducta alimentaria infantil (CEBQ) a 270 madres/tutores de niños/as entre 6 a 8 años de Viña del Mar evidenció que el 49,6% de los niño/as presentó malnutrición por exceso. La obesidad de los niños/as se relacionó a una conducta alimentaria caracterizada por la ingesta alimentaria en situaciones de molestia, preocupación y enojo, concluyendo que el estado nutricional se asoció positivamente a la conducta alimentaria lo que significa un mayor riesgo a presentar malnutrición por una alteración en la conducta alimentaria de los niño/as.

Otro estudio realizado por Herle et al., (2020) cuyo objetivo fue caracterizar las conductas alimentarias durante los primeros 10 años de vida y evaluar las asociaciones con el índice de masa corporal (IMC) a los 11 años de edad de un grupo de 50 niños/as determinó que el comer en exceso se asoció con un mayor índice de masa corporal (niño/as: $\beta = 0,83$, IC del 95%: 0,65, 1,02; niñas: $\beta = 1,1$; 0,92, 1,28) concluyendo que la conducta alimentaria caracterizada por los niveles altos y persistentes de comer en exceso se asocian con un mayor índice de masa corporal.

Henríquez et al., (2018) realizaron un estudio con el objetivo de asociar el estado nutricional y la conducta alimentaria de niños/as preescolares, efectuando un estudio de corte transversal a 247 preescolares (2-4 años) en el cual se evaluó el estado nutricional a través del índice antropométrico peso/talla y perímetro de cintura/edad y se aplicó la encuesta Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ), determinando que la conducta alimentaria (CA) pro ingesta está asociada positiva y significativa con el estado nutricional, mientras que la CA anti ingesta inversamente con el estado nutricional llegando a concluir que la conducta alimentaria pro ingesta se asocia directamente con el estado nutricional y la conducta anti ingesta, de manera inversa solo con ciertas dimensiones.

Un estudio realizado por Sánchez et al., (2016) en 1058 niños/as de 7 a 10 años (sobre crecimiento y obesidad que utilizó medidas directas de peso y altura para calcular las puntuaciones Z del IMC y los puntajes de conducta alimentaria a través del Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ), evidenciaron que las puntuaciones Z del IMC se asociaron positivamente con las puntuaciones favorables a la ingesta en las dimensiones "disfrute de la comida", "comer en exceso emocional" y "capacidad de respuesta a la comida" ($P < 0,0001$), concluyendo que esta relación entre el estado nutricional infantil y las dimensiones de

la conducta alimentaria proporciona información importante para prevenir el riesgo de obesidad infantil.

Svensson et al., (2011) realizó un estudio en una población infantil Sueca de 174 niño/as de 1 a 11 años utilizando la versión sueca del CEBQ y recopilando datos sobre el peso y la altura de los niños/as, calculó el peso relativo de los niños/as para una subpoblación (IMC medio SDS - 0,4 n = 47) lo que reveló el estudio fue que las conductas alimentarias no difirieron entre niñas y niños, mientras que el estado nutricional se relacionó con la conducta alimentaria concluyendo que determinar los efectos causales de las conductas alimentarias en el desarrollo de la obesidad de los niños/as otorga oportunidades de prevención para tratar esta enfermedad.

Cabe denotar que no se encontró antecedentes referentes a poblaciones indígenas infantiles que consideren la Conducta alimentaria y estado nutricional.

2.2. Referentes teóricos

2.2.1 Conducta alimentaria generalidades y definición

A decir de Martínez y Martínez (2012) comer es una necesidad primaria que todos los seres humanos requieren para vivir, llegando a ser el alimento un aporte esencial y los nutrientes un requerimiento para poder vivir, en este contexto el ser humano tiende a consumir todo lo que tiene disponible para alimentarse, particularizando que este, consume por preferencias o disponibilidad de los alimentos porque el organismo humano es capaz de absorber cualquier tipo de alimento que sea comestible.

Para estos autores, en la necesidad de alimentarse, el ser humano come alimentos de orígenes diferentes entre las opciones que le presenta el medio, así cada individuo, a partir de la disponibilidad de alimentos, los clasifican en función de lo que es comestible, lo que se prefiere,

lo que se tolera estableciéndose patrones de selección y jerarquización de los alimentos (M. Martínez & Martínez, 2012).

En aporte Viatcheslav (2016) menciona que, desde el punto de vista antropológico, el comportamiento alimentario es influenciado por consideraciones de importancia como: el desarrollo de la persona, su género, su etnia y la cultura a la cual pertenece.

Desde el punto de vista de salud y nutrición, el comer o no comer, es una respuesta fisiológica al hambre, determinada por símbolos y valores que se condicionan dentro de cuatro ámbitos que son: 1) el ambiente y su disponibilidad alimentaria, 2) las costumbres culturales, 3) los determinantes sociales y 4) las conductas alimentarias, estos cuatro ámbitos pueden afectar en la decisión individual de alimentarse (Martínez & Martínez, 2012).

Osorio et al., (2009) definen a la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que se establecen para particularizar la relación entre el ser humano y los alimentos, a través del comportamiento frente a la comida; en esta definición, se expone explícitamente que la conducta alimentaria estaría relacionada con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, la preparación culinaria y la cantidad que se ingiere.

Para Suárez y Baquero (2009) la conducta alimentaria se produce del aprendizaje, el contexto social, la cultura en la cual se desarrolla la persona, la cual se traduce en una acción que emite la persona en el momento de consumir o ingerir alimentos de forma voluntaria en pro de su vida, bienestar y satisfacción.

Desde la perspectiva de la conducta alimentaria infantil López et al., (2018) mencionan que los modos de alimentación, las preferencias y los rechazos hacia determinados alimentos, están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida de una persona.

En este contexto, los patrones alimentarios de un niño/a se desarrollan en circunstancias que se aprenden o se heredan, relacionados a la necesidad de consumir alimentos y en los modos de consumirlos, que van moldeando la conducta alimentaria a través de los hábitos de alimentación de un adulto ya sea este un tutor, familiar o persona encargada de la puericultura infantil (López et al., 2018).

A decir de Bustos A. et al., (2021) la conducta alimentaria, puede influir en el estado nutricional de un niño/a, porque dentro de este ámbito, se generan comportamientos que benefician o desmejoran el estado nutricional, en este sentido, estas conductas pueden ocasionar enfermedades en etapas posteriores a la niñez es decir en la adolescencia o la adultez.

2.2.2 Factores asociados al desarrollo de la conducta alimentaria

Para Kumanyika et al., (2000) es necesario conocer los factores que influyen en el desarrollo de la conducta alimentaria de una población, ya que esto facilita la identificación de potenciales soluciones, como el planteamiento de nuevas estrategias en la promoción de salud y el abordaje precoz de la malnutrición.

A decir de Díaz (2014) los factores asociados al desarrollo de la conducta alimentaria son diversos y complejos y van desde ámbitos individuales (variables demográficas, procesos de toma de decisiones involucrados en el consumo de alimentos) hasta ámbitos externos (aspectos sociales, culturales, familiares entre otros).

Aportes investigativos han indicado que, en las niñas, la apariencia física y las implicaciones para la salud son criterios para escoger alimentos, mientras que, en los niños, las decisiones alimentarias se basan en el sabor y el placer (Atik & Ertekin, 2013; Protudjer et al., 2010;).

Para Domínguez (2011) en las papilas gustativas hay mayor aceptabilidad a los sabores dulces que aquellos de características amargas, ocasionando conductas alimentarias que propician el consumo de alimentos dulces y el rechazo de verduras.

Según Palomino (2020) un factor importante que influye en la conducta alimentaria de una persona son las emociones, que dentro del contexto de la conducta crea comportamientos disfuncionales que hacen que una persona afronte las emociones negativas (ira, apatía, frustraciones, entre otras) con la ingesta de alimentos reconfortantes. Para este autor las conductas alimentarias por emociones son más prevalentes en las mujeres que en hombres.

Por otra parte, Köster et al., (2004) mencionan que otro factor individual asociado al desarrollo de la conducta alimentaria es la memoria como un elemento que guía la conducta alimentaria con el fin de elegir y consumir un alimento. Para estos autores este elemento conduce a un comportamiento en el cual, la persona usa la información memorizada y la experiencia pasada con un alimento para elegirlo, en el caso de la conducta alimentaria infantil, los niños/as rechazan alimentos asociados a experiencias negativas pasadas, como: acidez, distensión, dolor abdominal o cualquier otra condición con un resultado adverso en su salud (Köster et al., 2004).

Desde la perspectiva de los ámbitos externos los patrones alimentarios de las personas en especial de los niños/as, deben ser comprendidos en el contexto de sus experiencias, reconociendo las variables externas que influyen en la conducta alimentaria como: el ambiente de consumo y la disponibilidad de alimentos (Díaz, 2014).

Para Aguilar (2014) la conducta alimentaria es influenciada por las prácticas culturales que se transmiten de una persona a otra. En los niños/as sus conductas se ven moldeadas por las actitudes y elecciones hechas por los padres a partir de sus creencias y valores alimenticios.

La diversidad cultural provoca conductas alimentarias diversas, por un lado, una persona puede tener una conducta que discrimine ciertos alimentos y otra puede valorarlos en el sentido de la alimentación en función de aspectos culturales, pues el acto de comer es un hecho social que se va configurado por las preferencias alimenticias adquiridas culturalmente (Aguilar, 2014).

En otro aspecto Dammann y Smith (2010) mencionan que existen también factores ambientales que influyen en el desarrollo de la conducta alimentaria. Por ejemplo, la disponibilidad de alimentos en los entornos cercanos a los niños/as o, la alta disponibilidad a comidas poco saludables; esta disponibilidad, se ve influenciada por otros componentes de inseguridad alimentaria, tales como condiciones socioeconómicas adversas, en las cuales se ha visto que los niños/as pueden tener un sobreconsumo de alimentos, cuando estos ocasionalmente están disponibles poniendo en evidencia factores como la disponibilidad, y el acceso como elementos que influyen en la conducta alimentaria infantil.

Tomando en consideración el ambiente familiar, el desarrollo de la conducta alimentaria, en función de la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, la interacción con los niños durante la comida, puede verse alterada por estos factores (Domínguez et al., 2008).

2.2.3 Modelos de regulación alimentaria

Los modelos de regulación alimentaria involucran un mecanismo de retroalimentación negativa que mantiene la homeostasis, es decir, mantiene el ambiente interno, enviando señal al sistema nervioso y produciendo estimulación para comer (Moreno et al., 2007).

Para Oyarce et al., (2016) la ingesta alimenticia se encuentra regulada por mecanismos homeostáticos y hedónicos que son complejos y se interconectan entre sí.

En contribución Berthoud (2006) indica que los mecanismos homeostáticos regulan los niveles de nutrientes en la sangre y tejidos, a través de hormonas secretadas a nivel periférico, produciendo señales de hambre y saciedad, mientras que los mecanismos hedónicos, regulan la ingesta a través del sistema nervioso central, causando sensación de bienestar.

En este sentido, la sensación de placer, el estado emocional y la regulación de apetito son direccionadas al sistema hedónico (sistema de recompensa cerebral), las mismas que establecen el equilibrio del organismo (Berthoud, 2004).

2.2.4 Métodos de valoración de la conducta alimentaria

Investigaciones han construido cuestionarios destinados a medir las conductas alimentarias, equivalentes a identificar patrones de riesgo para el estado nutricional infantil o adolescente y generar estrategias contra la malnutrición (Carrasco et al., 2020; Henríquez et al., (2018;).

Para Márquez et al., (2014) la alteración metabólica se presenta cada vez en la etapa infantil, afectando en lo posterior el bienestar de salud del individuo. Para gozar de una calidad de vida se debe evaluar de manera estandarizada el estado nutricional, así como las conductas alimentarias desde la infancia.

En complemento Macedo et al., (2013) señalan que la información nutricional obtenida a través de los métodos de valoración del estado nutricional, sumada a la valoración de la conducta alimentaria permiten evaluar el proceso de alimentación-nutrición de forma más integral.

Dentro de estas herramientas psicométricas se encuentra el Cuestionario de Conducta Alimentaria del Niño o Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ), que tiene como objetivo determinar el estilo de alimentación infantil e identificar desórdenes alimentarios. Instrumento

que se encuentra agrupada en dimensión anti ingesta y pro ingesta, utilizado por investigadores para determinar particularidades de la conducta alimentaria (Wardle et al., 2001).

2.2.5 Comportamiento alimentario infantil

Según Macias et al., (2012) el hábito alimentario del niño ha cambiado y afectado a la calidad nutritiva, produciendo una tendencia hacia patrones innecesarios de alimentación, alejado de una nutrición adecuada que beneficie el desarrollo de los mismos.

Para la UNICEF (2019) la práctica alimentaria infantil refleja cada vez más la “transición nutricional” mundial, lo que ha ocasionado que las comunidades dejen atrás las prácticas de alimentación tradicional saludable y opten por la alimentación moderna.

En este contexto, Encina et al., (2019) indican que en niños preescolares el comportamiento alimentario está determinado por la ingesta de alimentos en contextos emocionales negativos, caracterizado por la sensación de hambre, deseo de comer y el placer por el alimento.

2.2.6 La restricción alimentaria en la infancia

Para De Toro et al., (2021) la restricción alimentaria está asociada a las conductas alimentarias restrictivas, que se manifiestan en una pérdida de peso significativa y/o deficiencia nutricional en el desarrollo de un niño. La restricción alimentaria ocurre en niños con aversiones sensoriales (selectivos), que rechazan alimentos por sus sabores, texturas, colores o formas; la otra es por inapetencia, baja ingesta o poco interés en alimentarse (ingesta limitada); y por último dejar de comer después de un evento traumático asociado (aversivos).

En contribución Behar y Astudillo (2020) muestran que la restricción alimentaria en la infancia se caracteriza por la perturbación persistente de la ingesta alimentaria, la alteración del consumo, la disponibilidad de alimentos, el rechazo o la contextura de los mismos.

2.2.7 La alimentación emocional

Según Sánchez y Pontes (2012) cuando una persona al no afrontar de manera adecuada las emociones, origina comer en exceso, afectando su estado nutricional. Las emociones negativas desencadenan una ingesta inadecuada, ya que comer en respuesta a emociones no es un mecanismo fisiológico sino una conducta aprendida en la sociedad.

A decir de Briones et al., (2019) una alimentación emocional esta contrastada con malas conductas alimentarias en las que se antepone la necesidad de obtener un estado de placer ante el hambre común.

En complemento Ramírez y Méndez (2017) mencionan que una conducta alimentaria es influenciada por comportamientos alimentarios, que estimula el apetito para sentirse tranquilo o relajado. Por otra parte, Rodríguez y Fernández (2018) detalla que una situación difícil y el estado de enojo también intervienen en la alteración alimentaria, ya que la persona rechaza o traga en atracones para sentirse bien.

2.2.8 La alimentación sin control

A decir de Godoy (2015) la alimentación sin control viene ligada a un trastorno de conducta alimentaria caracterizado por comportamientos alimentarios que tienden a insistir persistentemente a comer durante el día, estas conductas relacionadas alteran en forma significativa la salud física especialmente al estado nutricional de una persona por el consumo desmedido de alimentos.

2.2.9 Aspectos relacionados a una mala conducta alimentaria

Según Oyarce et al., (2016) existen aspectos donde se dan una mala conducta alimentaria, como primer aspecto es al inicio de la alimentación relacionada con la búsqueda, apetito, motivación por comer, respuesta hedónica y el refuerzo alimentario; por otro lado, la saciedad,

plenitud, o estímulos externos que llevan a finalizar la ingesta, en este sentido el individuo puede aumentar su ingesta de alimentos, dando lugar a alto riesgo de sobreconsumo (vía homeostática) (Oyarce et al., (2016).

2.2.10 Respuesta a la saciedad

A decir de Ashcroft et al., (2008) los comportamientos alimentarios, asociados con una tendencia a comer en exceso surgen a temprana edad, precisamente en etapa de desarrollo infantil donde los rasgos apetitivos relacionados con una mayor saciedad disminuyen con la maduración, mientras que los asociados con la capacidad de respuesta a los alimentos aumentan. Este esquema es consistente en la infancia con una fuerte asociación con el índice de masa corporal y el aumento progresivo del riesgo de obesidad.

2.2.11 El disfrute de alimentos

Para Oyarce et al., (2016) la respuesta y el disfrute de los alimentos se refiere al grado de interés y el nivel de deseo que tiene un infante de pasar tiempo comiendo algún tipo de comida, esta respuesta se ocasiona por diversos factores que se relacionan generalmente por estímulos externos o emociones.

Al respecto, Aktaş (2006) menciona que ciertos niños/as presentan una sensibilidad mayor a estímulos externos, como el fácil acceso a la comida apetitosa o a la publicidad que promueve alimentos ricos en calorías, presentando un comportamiento alimentario externo que promueve el sobreconsumo.

En otros casos, durante la infancia, incrementa el consumo de alimentos sabrosos en calorías, que conlleva a situaciones de obesidad o sobrepeso (Oyarce et al., 2016).

2.2.12 El consumo emocional excesivo

Según Moon y Berenbaum (2009) el consumo emocional está influido por las dificultades en la regulación de las emociones, debido a que las personas comen sin pensar en la cantidad de alimentos que ingiere. La alimentación emocional es una dimensión diferente en la vida de cada persona, presente durante el tiempo de existencia.

Para Gómez (2006) el consumo emocional excesivo también puede ser explicado por la cultura alimentaria, dado que dentro de esta se dan patrones de comportamientos alimenticios difíciles de modificar, puesto que son productos de formación de cada persona; en este sentido, se establece un comportamiento alimentario, según los cuales la comida no representa sólo nutrición, sino el medio para establecer relaciones y vínculos emocionales entre individuos.

2.2.13 El deseo de beber

A decir de Avena et al., (2008) el sabor dulce produce una sensación placentera que proporciona al cerebro la misma sensación que cualquier droga de consumo humano, esta sensación promueve una mala conducta alimentaria y se manifiesta dentro de un patrón conductual de la adicción al azúcar, el deseo por la sustancia y el atracón.

Para Martínez et al., (2014) el consumo de bebidas azucaradas es común hoy en día, lo que produce conductas alimentarias adictivas, esto se desenvuelven en tres condiciones: a) las personas beben agua descontroladamente y compulsivamente con aparente equilibrio osmótico, b) se bebe líquidos para compensar las calorías ingeridas por las bebidas embriagantes y c) las personas son adictas a las bebidas endulzadas.

2.2.14 Respuestas frente a los alimentos

Según Martín (2007) en los niños, las respuestas frente a los alimentos no siempre son iguales, van a depender de factores psicológicos, físicos y ambientales, ya que intervienen en la

conducta alimentaria. Por ejemplo, la personalidad denota que en los niños hiperactivos hay una tendencia a comer poco o también se relaciona con el ritmo del desarrollo psicomotor ya que estos niños tardan en apreciar la riqueza de matices de una alimentación variada, o casos de respuesta de rechazo a ciertos alimentos por experiencias de comer bajo presiones o amenazas.

2.2.15 La lentitud al comer

Marín y Castillo (2000) muestran cuando un niño tarda en comer es por llamar la atención, no le gusta la comida que se le ofrece o tal vez porque son desatentos en el momento de alimentarse, circunstancias que retrasan el proceso de digestión y al mismo tiempo afecta el estado nutricional. Además, esta demora tiene el riesgo de que se omita una de las comidas en el día, por lo general, el tiempo adecuado por desayuno y merienda es de 20 a 30 minutos, en cuanto al almuerzo es de 35 y 45 minutos.

2.2.16 La exigencia con los alimentos

Para Gonzáles y Méndez (2018) los padres adquieren un papel más activo, en la alimentación del niño ya que deciden sobre los alimentos, el modo de presentarlos, la cantidad por toma, además interpretan señales de hambre y saciedad de sus hijos, todo esto lo realizan mediante la responsabilidad, autoridad, permisividad y negligencia.

Los estilos como: autoritario, permisivo y negligente, sean estos sensibles o afectivos, sin o con castigo, favorecen el desarrollo del autocontrol alimentario del niño, de igual manera es un factor protector para hábitos obeso génicos (Gonzáles & Méndez, 2018).

Birch y Doub (2014) indican que los niños de un año hasta los tres años muestran una actitud negativa de desafío hacia la figura de autoridad y hacia las diferentes propuestas de alimentación dadas, sin embargo, si el infante recibe una oferta dietética variada, estructurada y

rutinaria donde no exista presiones, ni obligaciones aprenden a autorregular su ingesta diaria y consolidar las conductas alimentarias así adquiriendo un buen estado nutricional.

2.2.17 Situación alimentaria de las poblaciones indígenas

A decir de Villegas (2015) el Ecuador está conformado por pueblos y nacionalidades indígenas, con distintas tradiciones y costumbres en cuanto a la alimentación se refiere, al mismo tiempo se relaciona con la defensa de sus derechos culturales en concordancia con la permanencia de tradiciones y prácticas ancestrales, este escenario está inmerso en un modelo de desarrollo, que robustece los patrones culturales y se apega al logro de las demandas alimenticias establecidas por cada pueblo indígena.

Según Vargas (2021) el comportamiento alimentario de las poblaciones indígenas está influenciados, no solo por el gusto o satisfacción de la población, sino también por la disponibilidad de los alimentos que se obtienen por la agricultura y que son incorporados a la dieta de los infantes, esto se encuentra enmarcado en un estilo de vida que depende de las tradiciones y creencias culturales alrededor de la comida.

Para Álvarez et al., (2017) la conducta alimentaria se manifiesta por una tendencia a preferir alimentos de acuerdo a una festividad, como la fanesca en la época de cuaresma y Semana Santa.

Las breves descripciones de conductas y prácticas alimentarias dan cuenta de ciertos aspectos comunes entre familias indígenas de diversas culturas, por una parte Iza (2021) menciona que las practicas alimentarias se encuentran relacionadas con las creencias y actitudes, sin embargo, estas han cambiado por las preferencias de las madres de familias indígenas a abandonar los hábitos alimenticios tradicionales e incluir a la dieta productos procesados e industrializados, los mismo que son perjudiciales para la salud del individuo.

Por otra parte, Punin (2016) relata que las practicas alimentarias de familias indígenas, reflejan castigo físico que se asemeja a un estilo autoritario de crianza y exige de manera firme en cuanto a la alimentación y el cumplimiento de las diferentes actividades de la familia, por otro lado, existen familias que no aplican el castigo a infantes pequeños debido al desconocimiento sobre las malas conductas, apegándose al estilo permisivo. En general creando un ambiente propicio para malas conductas alimentarias.

Para Suárez et al., (2012) la migración interna de campesinos hacia las grandes ciudades ha ocasionado un efecto negativo, sobre el entorno familiar, provocando ciertas conductas inadaptadas en los niños/as de estas familias que están relacionadas con el abandono, la falta de atención, los efectos emocionales negativos, la falta de control, que han llevado a niños y jóvenes a presentar desordenes alimenticos o más gravemente a presentar vicios relacionado al consumo de sustancias psicotrópicas.

Según Berrío, (2012) la situación migratoria interna de las poblaciones indígenas no es similar, pero es seguro que la migración influye directamente en el desarrollo emocional y psicológico de los niños que se desarrollan dentro de este tipo de familias.

La calidad de las relaciones de apego de los intercambios afectivos y de estimulación lingüística y cognitiva, entre padres e hijos primero, y más tarde con otras personas (familiares, profesores, y amigos) son disfuncionales en familias migrantes, esta situación llega a provocar conductas negativas frente a ámbitos como la alimentación, la socialización, la autoestima (López & Pilatasig, 2018).

Fonseca et al., (2020) con respecto al estado nutricional y las conductas alimentarias, menciona que esta es compleja y abarca muchos otros factores como las deficiencias

nutricionales por defecto como por exceso, que deben ser consideradas para el afrontamiento de la malnutrición.

2.2.18 Valoración del estado nutricional infantil

A decir de Suárez y Muñoz (2007) resulta imprescindible valorar de forma objetiva el crecimiento y el estado de nutrición para poder discriminar entre niños/as con nutrición adecuada, variantes de la normalidad y desviaciones patológicas de la misma. En este sentido, la vigilancia nutricional del niño/a y su exploración ante cualquier enfermedad constituyen la forma más eficaz de orientar un trastorno nutricional, permitiendo la instauración precoz de medidas terapéuticas y la identificación de aquellos casos que deben remitirse para una evaluación más completa.

La valoración del estado nutricional determina dos parámetros que son: 1) los trastornos nutricionales “por defecto”, esto es, la desnutrición, originada por alimentación insuficiente o consecuencia de diferentes enfermedades agudas o crónicas, 2) los trastornos “por exceso” o sobre nutrición (obesidad), obedece a la incorporación de energía por encima de las necesidades (Suárez & Muñoz, 2007).

La valoración nutricional es el primer eslabón para la práctica clínica y determinar la elección de la alimentación más adecuada en función a la situación encontrada, se puede realizar a partir de la aplicación de diversos métodos, que tienen alcances y limitaciones específicos, por consiguiente, para determinar la situación nutricional de una persona se utiliza indicadores bioquímicos, antropométricos, alimentarios y/o clínicos.

2.2.19 Antropometría

La antropometría estudia las medidas del cuerpo humano, a fin de establecer las diferencias en los individuos y grupos, además es un método que se emplea para la evaluación de

la composición corporal, ya que mediante la antropometría se conoce el patrón de crecimiento de cada persona, así como también evaluar el estado de salud y nutrición, encontrar cualquier alteración, predecir el rendimiento, la salud, y la supervivencia OMS, (2007).

Medidas antropométricas usadas en niños

Los patrones de crecimiento para los niños son utilizados ampliamente en la salud pública y en la clínica médica porque constituyen una importante herramienta para detección del retraso de crecimiento, del sobrepeso y para vigilar el bienestar nutricional de los niños. Estos se basan en la antropometría, técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo (MSP, 2018).

Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia en los niños/as son el peso y la estatura porque nos proporcionan información útil para: a) Identificar niños que pudieran tener anormalidades en el crecimiento. b) Determinar patrones de crecimiento en grupos de niños o c) Evaluar tratamientos para anormalidades en el crecimiento (OMS, 2007).

Complementariamente las medidas antropométricas usadas en niños/as permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada niño/a, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia (MSP, 2018).

En antropometría se tiene presente que el niño, en las diferentes etapas de vida, tiene un peso ideal dependiente de la talla. Por ello, en la situación aguda de malnutrición, se detendrá la ganancia ponderal de peso, manteniéndose la velocidad de crecimiento (relación peso/talla y/o IMC disminuido). Caso contrario, si la situación es crónica se asocia a la detención del crecimiento (UNICEF, 2012).

Interpretación de los indicadores de crecimiento

Los indicadores de crecimiento se usan para evaluar el crecimiento considerando conjuntamente la edad y las mediciones de un niño. A continuación, se describe la forma de interpretar los siguientes indicadores de crecimiento para un niño/a.

Tabla 1. *Indicadores antropométricos del estado nutricional*

Nombre del Indicador	Definición Operativa	Clasificación		
		Normal	Moderado	Severo
Insuficiencia Ponderal	Peso esperado para edad en niños < 5 años puntaje de Z (WAZ)	≥ -2 DE	<-2 DE	<-3 DE
<i>$\frac{\text{Peso Real} - \text{Mediana Peso población de referencia}}{\text{Desv Estandar Peso población de referencia}}$</i>				
Retardo en talla	Talla esperada para edad en niños < 5 años puntaje de Z (HAZ)	≥ -2 DE	<-2 DE	<-3 DE
<i>$\frac{\text{Talla Real} - \text{Mediana Talla población de referencia}}{\text{Desv Estandar Talla población de referencia}}$</i>				
Desnutrición aguda	Peso esperado para talla en niños < 5 años puntaje de Z (WHZ)	≥ -2 DE	<-2 DE	<-3 DE
<i>$\frac{\text{Peso Real} - \text{Mediana peso población de referencia}}{\text{Desv Estandar peso población de referencia}}$</i>				
Índice de Masa Corporal	$2 \text{ IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{talla (m)}$ IMC esperado para edad en niños < 5 años puntaje de Z (IMC)	Normal	Sobrepeso	Obesidad
		< 1 DE	≥ 1 DE	≥ 2 DE
<i>$\frac{\text{IMC Real} - \text{Mediana IMC población de referencia}}{\text{Desv Estandar IMC población de referencia}}$</i>				

Fuente: Tomado de OMS, (2007)

Por otra parte, la OMS (2007) presenta un resumen de las definiciones de problemas de crecimiento en términos de puntuación Z. Una vez recogidas las medidas del paciente es necesario contrastarlas con los patrones de referencia, lo que puede hacerse fácilmente mediante percentiles o con puntuaciones Z. Los percentiles indican qué tanto por ciento de la población infantil de la misma edad y sexo se halla por encima o debajo de la medición efectuada cuya interpretación se realizan según las indicaciones de la siguiente tabla.

Tabla 2. Interpretación de puntuaciones Z para problemas de crecimiento

Puntuaciones Z	Indicadores de Crecimiento			
	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad
Por encima de 3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obeso	Obeso
Por encima de 2			Sobrepeso	Sobrepeso
Por encima de 1			Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)	Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)
O (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	Baja talla (Ver nota 4)	Bajo peso	Emaciado	Emaciado
Por debajo de -3	Baja talla severa (Ver nota 4)	Bajo peso severo (ver nota 5)	Severamente Emaciado	Severamente Emaciado

Fuente: Tomado de OMS, (2007)

Notas:

1. Indica niños con altura promedio fuera de lo normal para su edad.
2. Indica niños con problemas de crecimiento.

3. Indica niños con posible riesgo de sobrepeso.
4. Indica niños con problemas de retardo baja talla o baja talla severa que pueden poner en riesgo de desarrollar sobrepeso.
5. Indica niños con peso muy bajo.

Técnica de medición

La sistemática antropométrica básica incluye las siguientes medidas:

- Peso: medir desnudo (niño/as mayores, en ropa interior). Material: pesabebés (precisión 10 g); báscula clínica (precisión 100 g).
- Talla: longitud en decúbito (hasta los dos años). Estatura en bipedestación se debe usar un tablero horizontal; talla vertical o estadiómetro (precisión 0,1 cm).
- Perímetro craneal: medir hasta los 2-3 años, con el uso de cinta métrica (precisión 0,1 cm).
- Perímetro braquial: se mide en el brazo izquierdo o no dominante (en el punto medio) con cinta métrica (precisión 0,1 cm).
- Pliegue tricípital: se mide en el brazo izquierdo (en el punto medio, con el uso de calibrador del pliegue cutáneo (UNICEF, 2012).

2.2.20 Clasificación del estado de nutrición según indicadores antropométricos

Indicadores de longitud/talla para la edad

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador identifica a los niños/as que son altos para su edad, a su vez identifica a los niños/as que presentan retardo del crecimiento por longitud o talla baja (MSP, 2018).

Indicadores de peso / para la edad

El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado. Este indicador se usa para observar si los niño/as presentan bajo peso. Caso contrario, este indicador también señala a los niños/as desnutridos por parámetros de longitud/talla pequeña (talla baja) (OMS, (2007).

En la práctica si en los niños/as se observa edemas en ambos pies, esto puede indicar bajo peso, esto se puede confirmar en las curvas de peso para la edad y peso, en esta se debe indicar claramente en puntos marcados que existe la presencia de esta enfermedad (MSP, 2018).

Indicadores de peso para longitud / talla

El peso para la longitud/talla refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones en las que la edad de los niños/as es desconocida, por ejemplo, una situación en la que encuentren los niños/as refugiados. La curva de peso para la longitud/talla identifica a los niños/as con bajo peso para la talla indicando delgadez en los niños/as (OMS, 2007).

Usualmente, la emaciación (delgadez del niño/a) es causada por una enfermedad reciente o falta de alimentos que resulta en una pérdida aguda y severa de peso, si bien la desnutrición o enfermedades crónicas pueden también causar emaciación. Por otra parte, las curvas de crecimiento de la OMS sirven también para identificar riesgo de presentar sobrepeso u obesidad por peso para la longitud/talla elevado (MSP, 2018).

Las curvas de peso para la longitud se presentan para lactantes desde el nacimiento a 6 meses la cual es una ampliación de una parte de la curva de niños desde el nacimiento hasta 2 años de edad; la ampliación se provee a fin de dar más espacio para marcar y detectar pequeños cambios en el crecimiento de los infantes. En la curva de peso para la talla (para niños de 2 a 5 años de edad), el eje-x presenta la longitud o talla en centímetros y el eje-y presenta el peso en

kilogramos (MSP, 2018).

Indicadores de IMC para la edad

El IMC para la edad es un indicador que es especialmente útil cuando se examina por sobrepeso u obesidad. La curva de IMC para la edad y la curva de peso para la longitud/talla tienden a mostrar resultados similares (MSP & Ministerio de Educación, 2014).

Las gráficas de IMC para la edad que son recomendadas por la OMS se dividen en aquellas para niños desde el nacimiento a 6 meses; para la edad de 6 meses hasta 2 años y para la edad de 2 a 5 años (OMS, 2007).

Por otra parte, para los niños o niñas mayores a 5 años hasta los 18 años existen valores de referencia de la OMS para calcular el Estado Nutricional, con el uso de las tablas de IMC. Ver anexos 5 y 6.

En este sentido para los niños en este rango de edad, el IMC es un indicador útil para detectar sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, más, este no es una herramienta de diagnóstica (OMS, 2007).

En este tipo de población, se calcula, al igual que en los adultos, dividiendo el peso en kilogramos para la talla al cuadrado en centímetros. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) la interpretación de este indicador en niños y adolescentes es:

- Menor al percentil 3: niño o niña en situación de bajo peso.
- Entre percentil 3 y 85: niño o niña con peso normal.
- Entre percentil 85 y 97: niño o niña con sobrepeso.
- Mayor de percentil 97: niño o niña con obesidad (OMS, 2007).

2.3. Referentes legales

La Constitución del Ecuador reconoce a los niños/as como sujetos de derechos los cuales gozan de los derechos de libertad, además de los específicos de su edad, tales como: el derecho a la integridad física y psíquica, el derecho a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación, así como a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria (Elena, 2001).

Así también, el Estado ecuatoriano reconoce el derecho a la alimentación en su Constitución Política vigente desde el año 2008, como un derecho independiente aplicable a todas las personas.

El artículo 13 establece que las personas y las colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; refiriéndose a una alimentación adecuada en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales (Comisión técnica de consumo, nutrición y salud alimentaria, 2013).

Por otra parte, el Código de la Niñez y la Adolescencia que trata sobre todas las normas jurídicas que deben regular el ejercicio y la protección de los derechos y responsabilidades de los niños/as y adolescentes del Ecuador, menciona que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños/as y adolescentes una buena calidad de vida, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

Así también, en el artículo 27 del Código de la Niñez y la Adolescencia se plantea que los niños/as y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

Por otra parte, el derecho a la salud de los niños/as y adolescentes comprende dos asuntos importantes que son el acceso gratuito de los programas y las acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un ambiente saludable (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

Estos referentes legales han enmarcado el tema en estudio y orientado su desarrollo, en la mira de contribuir a la disminución de las desigualdades en salud y alimentación.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área de estudio

Quilloac, es un pueblo de la provincia del Cañar, está situado aproximadamente a una altura de 2865 metros, se encuentra ubicada a unos 3 kilómetros de la ciudad de Cañar, sus pobladores son la mayor parte indígenas y se identifican como Kichwa - Cañarís, entorno a la actividad laboral la gran parte de sus pobladores se dedican principalmente a la agricultura y ganadería, tanto hombres como mujeres de todas las edades, incluyendo niños, los que no se dedican a estas actividades trabajan como empleados públicos en diferentes instituciones, dentro y fuera de la comunidad (Correa, 2017).

Actualmente la comunidad está integrada por los sectores: Junducuchu, San Nicolás, Pungoloma, Hierbabuena, Narrio y Solitario.

La comunidad Quilloac, es históricamente conocida como una comuna más antigua y libre al igual que las comunidades de Sisid y Juncal, replegada a un reducido territorio ha tenido que soportar todo el peso de la injusticia social, política y económica de los patrones, de la globalización, hasta finales del siglo veinte todavía existían trabajadores en calidad de ¹yanaperos, ²wasipungueros, vaqueros, mayoresales o cumpliendo otro servicio en la comunidad, en la actualidad la comunidad de Quilloac todavía se resiste a perder su aspecto cultural, con pocas manifestaciones enmarcadas en creencias, tradiciones, costumbres y parte social, que se trabajan día a día por la conservación de la identidad en este lugar, cabe denotar que existe también buenas relaciones entre todos los habitantes existiendo un buen vivir social (Pichasaca, 2013).

¹ Palabra para referirse al campesino que labora en el campo

² Término para referirse al campesino que trabaja y maneja una hacienda

Por otra parte, el 100% de la población es indígena y bilingüe (kichwa-castellano) y en algunos casos trilingües gracias a la migración que existe en el lugar. En la comunidad se tiene aproximadamente 400 jefes de familia con un mínimo de 3 miembros por familia que dan un total de población de 3296 habitantes.

3.1.1 Descripción del grupo de estudio

Para el análisis de la conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños/as de la comunidad de Quilloac del cantón Cañar 2021, se utilizó un muestreo bietápico estratificado, en la primera etapa, se consideró la estratificación de las familias de la comunidad que están distribuidas en los diferentes sectores, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 3. Población de familias por sectores de la comunidad de Quilloac

Número de Familias	Localización en la comuna Quilloac
67	Junducuchu
71	San Nicolás
75	Pungoloma
69	Hierbabuena
63	Narrio
55	Solitario
Total 400	

Fuente: Serpa y Fernando (2017), Solano y María (2013).

Considerando lo que expone Hernández y Mendoza (2018) se dispuso la técnica de muestreo por estratos que utiliza la siguiente formula: para el tamaño total del estrato

$$ni = n \left[\frac{Ni}{(\sum Ni)} \right] = \left(\frac{Ni}{N} \right) = n(Wi)$$

Donde

n = número de elementos de la muestra

n_i = tamaño total de la muestra por estratos

N_i = número de elementos por estrato

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Z = es el valor obtenido mediante niveles de confianza. Su valor es una constante, por lo general se tienen dos valores dependiendo el grado de confianza que se desee siendo 95% (1.96).

e = representa el límite aceptable de error 3% (0.03)

Cabe indicar que por no existir antecedentes sobre la conducta alimentaria en poblaciones infantiles indígenas se consideró lo que expone Hernández y Mendoza (2018) establecer el valor de $p = 0,5$ y $q = 0,5$.

Así en la tabla 2 se muestra los cálculos realizados para obtener la muestra de familias por localización geográfica en la comunidad.

Tabla 4. *Matriz de cálculo del muestreo estratificado*

Estrato	N_i	p_i	q_i	$p_i q_i$	$n p_i q_i$	W	n_i
1	67	0,5	0,5	0,25	16,75	0,16	33
2	71	0,5	0,5	0,25	17,75	0,17	35
3	75	0,5	0,5	0,25	18,75	0,18	37
4	69	0,5	0,5	0,25	17,25	0,17	34
5	63	0,5	0,5	0,25	15,75	0,15	31
6	55	0,5	0,5	0,25	13,75	0,13	27
	400				100		195

Nota: La tabla muestra los valores calculados en el muestreo estratificado donde:

N_i = número de elementos por estrato

p = proporción de la población de referencia

q = proporción de la población que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$).

pq = producto de p y q

npq = producto de número de elementos de la muestra por p y q

w = la razón (N_i/N)

n_i = tamaño total de la muestra por estratos

De esta forma en la primera etapa del muestreo bietápico estratificado, se llegó a determinar la distribución de familias por localización geográfica como una división inicial estratificada, tal como se muestra en la tabla 3.

En la segunda etapa se determinó conformar una submuestra por niños, como una nueva aplicación del muestreo estratificado, considerando esta vez como universo, a la muestra previamente obtenida ($n_i=195$). En esta segunda etapa se estableció la estratificación por niños de la comunidad considerando que en el primer acercamiento a la comunidad se obtuvo el dato que en promedio existen 2 niños por familia, donde N es el universo considerado para aplicar nuevamente el muestreo estratificado llevando a desarrollar el cálculo muestral tal como se muestra en la tabla 4.

Tabla 5. Muestreo estratificado por familia

Cobertura niños y sus familias	Muestreo estratificado	Localización en la comuna Quilloac
67	33	Junducuchu
71	35	San Nicolás
75	37	Pungoloma
69	34	Hierbabuena
63	31	Narrio
55	27	Solitario
Total 400	195	

Fuente: Adaptado de Hernández y Mendoza (2018)

Finalmente, la técnica de un muestreo bietápico, estratificado determinó que se trabaje con 193 niños de la comunidad de Quilloac distribuidos, según los datos de la tabla 5. Los cuáles deben ser seleccionados según las consideraciones de los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 6. Matriz de cálculo de la subestratificación

Subestrato	Familias por localización geográfica	Promedio de niños por familia	N	p1	q1	Pq	npq	w	ni
1	33	2	66	0,5	0,5	0,25	16,5	0,17	32
2	35	2	70	0,5	0,5	0,25	17,5	0,18	34
3	37	2	74	0,5	0,5	0,25	18,5	0,19	36
4	34	2	68	0,5	0,5	0,25	17	0,17	33
5	31	2	62	0,5	0,5	0,25	15,5	0,15	30
6	27	2	54	0,5	0,5	0,25	13,5	0,13	26
	195		394				98,6		193

Nota: La tabla muestra los valores calculados en el muestreo subestratificado donde:

Ni= número de elementos por estrato

p = proporción de la población de referencia

q = proporción de la población que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$).

pq = producto de p y q

npq = producto de número de elementos de la muestra por p y q

w = la razón (N_i/N)

n_i = tamaño total de la muestra por estratos

De esta manera la cantidad de los niños/as seleccionados para el estudio correspondieron a la distribución de los datos de la tabla 5, por ejemplo, del sector Junducuchu se debe elegir 33 niños.

Tabla 7. *Muestra estratificada para el estudio*

Muestra estratificada de Niños	Localización en la comuna Quilloac
33	Junducuchu
34	San Nicolás
37	Pungoloma
33	Hierbabuena
30	Narrio
26	Solitario
N=193	

Por otra parte, complementariamente para la selección de niños/as para el estudio se consideró que estos cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Niños/as que se encuentren actualmente en los siguientes rangos de edad: prescolares (5 años); niñez mediana (6 a 8 años); preadolescencia (9 a 11 años).
- Niños/as que expresen su decisión de aceptar participar en el estudio, firmando el documento de asentimiento informado.

- Niños/as que expresen su decisión de aceptar participar en el estudio, a través del permiso el tutor legal firmando el documento de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Niños/as que se encuentren con algún tipo de discapacidad.
- Niños/as que se encuentren con algún tipo de enfermedad grave o catastrófica.
- Niños/as con enfermedad aguda como diarrea, gripe, parasitismo.

3.2. Diseño y tipo de investigación

La investigación utilizó un enfoque cuantitativo que a decir de Hernández y Mendoza (2018) representan un conjunto de procesos secuenciales y probatorios, parte de una idea que va acotándose y una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica, se traza un plan para probarlas (diseño), se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos y se extrae una serie de conclusiones.

Bajo esta metodología la investigación presentó un diseño no experimental, dado a que se analizan las variables en su contexto natural, considerado dentro de un tipo transversal, analítico de campo. Siendo transversal, porque realiza en el contexto de la conducta alimentaria y estado nutricional de los niños/as de la comunidad de Quilloac, en un espacio de tiempo de cinco meses con el objetivo de representar los resultados obtenidos para ese periodo de tiempo. Analítico porque se analiza la comprobación de la dependencia de la conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños/as de la comunidad de Quilloac.

3.3. Procedimiento de la investigación

El proceso de elaboración de la investigación se acogió a lo que menciona Hernández y Mendoza (2018) entorno a las fases de una investigación con enfoque cuantitativo el cual consta

de cinco fases: la primera es la preparación del proyecto de investigación donde se define los objetivos, la capacidad del investigador para lograr comprender y centrar el sentido de la problemática, esto con el fin de definir correctamente la información que se precisa y las respuestas que deben obtenerse mediante la investigación.

Aquí se consideró definir las cuestiones metodológicas y técnicas, ya que en la práctica se realizó un primer acercamiento a la comunidad de Quilloac del cantón Cañar para validar la problemática.

En la segunda fase se estableció los procesos previos al lanzamiento del estudio, aquí se aprobó la propuesta de investigación para lanzar el estudio y hacer la recogida de información. La tercera fase fue la realización del trabajo de campo donde se aplicó los cuestionarios y se realizó la valoración antropométrica.

Particularmente para el estudio se contempló realizar las encuestas y la valoración antropométrica en un periodo de un mes, considerando procesos de control, calidad y supervisión en campo, para asegurar la calidad final de los datos que se recojan.

La cuarta fase contempló los procesos de depuración, codificación y tabulación donde se consideró nutrir la base de datos observando los procesos mencionados.

Como parte final se realizó el análisis e informe de resultados, como fruto del trabajo de campo, que se concretaron en las conclusiones recomendaciones y evidencias de esta investigación.

3.3.1 Técnicas de recopilación de la información

Se utilizó la encuesta como técnica de recopilación de información, mediante el cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Children's Eating Behaviour Questionnaire) (CEBQ), y el cuestionario de factores socioeconómicos presentados en el anexo 1 y 2.

Con el cuestionario CEBQ se identificó las conductas alimentarias de los niños de la comunidad de Quilloac. Y con la encuesta de factores socioeconómicos se describió las características sociodemográficas de los niños de la comunidad de Quilloac.

La recolección de información consideró las siguientes acciones para obtener datos confiables del Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil y el cuestionario de la situación socioeconómico. La primera acción fue tener un primer encuentro con los participantes en las reuniones semanales que organiza el presidente de la comuna. Como segunda acción se socializó sobre la investigación y se seleccionó los participantes según los criterios de inclusión y exclusión.

Por otra parte, la valoración antropométrica del niño/a estuvo a cargo de la autora de la investigación como profesional de enfermería calificado y con la participación de un auxiliar de enfermería para lograr recolectar la información a la brevedad posible y en paralelo al levantamiento de los datos de conducta alimentaria y sociodemográficos. Particularmente para la valoración antropométrica de peso y talla se siguieron las instrucciones del Sistema de Control del Crecimiento y Estado Nutricional de los Niños de Educación Inicial (SICENEI) (MSP & Ministerio de Educación, 2014).

Este sistema se adoptó con la finalidad de proporcionar al instante y de forma precisa, el estado nutricional de los niños de 5 a 11 años de edad, mediante la técnica de antropometría pediátrica, cuyos procedimientos se realizó en un tiempo de 5 a 10 min por niño/a de la comunidad, según técnicas que se muestra en el anexo 3. La valoración del estado nutricional se realizó mediante el uso del IMC en función a lo expuesto en el manual de atención integral a la niñez (MSP, 2018) y los patrones de referencia para población pediátrica establecidos por la OMS (OMS, 2007).

3.3.2 Instrumentos de recolección de información

La investigación utilizó el Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Children's Eating Behaviour Questionnaire) (CEBQ), que consta de 35 preguntas, las que se dividen en dos dimensiones: Proingesta y antiingesta (inclinación positiva o negativa hacia la ingesta) con 4 subdimensiones para cada una tal como se muestra en la tabla 6. La encuesta fue respondida a través de una escala tipo Likert, considerando que los puntajes para cada pregunta del cuestionario van del 1 al 5, y según la siguiente interpretación. 1: nunca, 2: rara vez, 3: algunas veces, 4: frecuentemente, 5: siempre.

Por otro lado, para la proingesta el cuestionario tiene cuatro subdimensiones que son: 1) Disfrute de los alimentos (DAE), 2) Respuesta a los alimentos (RA), 3) Sobrealimentación emocional (SOA), y 4) Deseo de beber (DD) las cuales se interpretaron según la escala de la matriz de operacionalización de la variable conducta alimentaria de la tabla 8.

De igual manera para la antiingesta el cuestionario también posee cuatro subdimensiones que son: 1) Respuesta a la saciedad (RS), 2) Lentitud para comer (LC), 3) Subalimentación emocional (SUA), y 4) Exigencia a los alimentos (EA), estas subdimensiones se interpretaron según la escala de la tabla 8. Cabe indicar que el cuestionario (CEBQ) fue adaptado a la realidad de la población infantil indígena de la comunidad, utilizando términos como guagua en vez de niño u otorgando significados acordes al idioma Kichwa – Cañarís presente todavía en la comunidad Quilloac, como se muestra en el anexo 1.

Tabla 8. Dimensiones y subdimensiones de la conducta alimentaria

Criterio de Proingesta

Subdimensión 1. Disfrute de los alimentos (DAE):

Pregunta 2 (P2): Mi hijo/a tiene interés en las comidas y los alimentos.

Pregunta 8 (P8): Mi hijo/a espera ansiosamente las horas de la comida.

Pregunta 10 (P10): Mi hijo/a disfruta comiendo.

Pregunta 14 (P14): A mi hijo/a le encanta comer.

Subdimensión 2. Respuesta a los alimentos (RA):

Pregunta 19 (P19): Mi hijo/ está siempre pidiendo comida.

Pregunta 21 (P21): Si fuera por él/ella, mi hijo/a comería todo el tiempo.

Pregunta 23 (P23): Incluso cuando está satisfecho, mi hijo/a esta dispuesto a comer su comida favorita.

Pregunta 26 (P26): Si le diera la oportunidad, mi hijo/a siempre estaría comiendo algo.

Pregunta 32 (P32): Si lo permitiera, mi hijo/a comería en exceso.

Subdimensión 3. Sobrealimentación emocional (SOA):

Pregunta 5 (P5): Mi hijo/ come más cuando está preocupado.

Pregunta 15 (P15): Mi hijo/a come más cuando está molesto.

Pregunta 20 (P20): Mi hijo/a come de más cuando no tiene nada que hacer. (Aburrido).

Pregunta 30 (P30): Mi hijo/a come más cuando está ansioso.

Subdimensión 4. Deseo de beber (DD):

Pregunta 16 (P16): Mi hijo/ está siempre pidiendo algo para beber.

Pregunta 18 (P18): Si le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre tomando algo de beber.

Pregunta 24 (P24): Si le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría tomando líquido todo el día.

Criterios de Antiingesta

Subdimensión 1. Respuesta a la saciedad (RS):

Pregunta 6 (P6): Mi hijo/a deja comida en el plato al término del almuerzo y/o la merienda.

Pregunta 11 (P11): Mi hijo/a se satisface fácilmente con la comida.

Pregunta 29 (P29): Mi hijo/ está satisfecho antes de terminar su comida.

Pregunta 33 (P33): Mi hijo/a no puede almorzar o cenar, si ha comido algo antes.

Pregunta 34 (P34): Mi hijo/a tiene un gran apetito.

Subdimensión 2. Lentitud para comer (LC):

Pregunta 1 (P1): Mi hijo/ termina su comida rápidamente.

Pregunta 7 (P7): Mi hijo/a demora más de 30 minutos para terminar un almuerzo o una comida.

Pregunta 17 (P17): Mi hijo/a come lentamente.

Pregunta 27 (P27): Mi hijo/a come cada vez más lento durante el transcurso del almuerzo o la comida.

Subdimensión 3. Subalimentación emocional (SUA):

Pregunta 9 (P9): Mi hijo/a come menos cuando está enojado.

Pregunta 25 (P25): Mi hijo/a come menos cuando está cansado.

Pregunta 31 (P31): Mi hijo/a come menos cuando esta triste.

Pregunta 35 (P35): Mi hijo/a come más cuando está contento/a.

Subdimensión 4.Exigencia a los alimentos (EA):

Pregunta 3 (P3): Mi hijo/ rechaza los alimentos que no conoce cuando se le ofrecen por primera vez.

Pregunta 4 (P4): Mi hijo/a disfruta cuando hay una gran variedad de alimentos.

Pregunta 12 (P12): Mi hijo/a esta interesado en probar alimentos que no ha probado antes.

Pregunta 13 (P13): Mi hijo/a decide que no le gusta una comida, aun antes de haberlo probado.

Pregunta 22 (P22): Mi hijo/ es difícil de dar en el gusto con la comida.

Pregunta 28 (P28): Mi hijo/ disfruta probando nuevos alimentos.

Fuente: Encina et al., (2019).

De igual forma, se utilizó el cuestionario de Estratificación del Nivel Socioeconómico presentado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2016). Este cuestionario fue adecuado a la realidad de las familias, considerando la conducta alimentaria, el cuidado y el estado nutricional de niños/as de la comunidad de Quilloac del cantón Cañar, tal como se muestra en el anexo 2. Para la recolección de datos generales y antropométricos se utilizó una hoja de recolección de datos (Anexo 4).

3.3.3 Operacionalización de variables

Variable dependiente: estado nutricional.

Variable independiente: conducta alimentaria.

VARIABLES DE CONTROL: características sociodemográficas, características de vivienda y hogar donde permanece los niños/as, características de salud y educación de los niños/as, características de inserción social del responsable económico del niño/a.

Tabla 9. *Operacionalización de la variable estado nutricional*

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Estado nutricional	Situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona o colectivo	Valoración nutricional por IMC	Nivel de las alteraciones nutricionales por exceso o por defecto	El IMC de los niños/as se calcula de la misma manera que en los adultos, aplicando una sencilla fórmula en la que se divide el peso de un niño/a en Kg por su altura al cuadrado, en metros, con las tablas de crecimiento percentil del IMC por edad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Valores de referencia de la OMS para calcular el Estado Nutricional, con el uso de las tablas de IMC para la edad de los niños/as de 5 a 18 años (ver anexo 5)
		Alteración del estado nutricional	Condición en la que el niño/a presenta un peso inadecuado según IMC para la edad de los niños/as de 5 a 18 años	Condición SI cuando el niño presenta estado de malnutrición ya sea por exceso o por defecto (desnutrición, sobrepeso, obesidad) NO cuando el niño presenta Normopeso

Tabla 10. Operacionalización de la variable conducta alimentaria

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Conducta alimentaria	Conjunto de acciones que se establecen para particularizar la relación entre el ser humano y los alimentos, a través del comportamiento frente a la comida	<i>Rasgos proingesta</i>	Nivel de deseo que tiene el niño de pasar tiempo consumiendo alimentos	1 hasta 14 puntos: baja tendencia para comer más por el placer de comer 15 hasta 20 puntos: alta tendencia para comer más por el placer de comer
		Respuesta a los alimentos (RA)	Nivel de respuesta de los niños a señales externas hacia los alimentos	1 hasta 18 puntos: baja respuesta a estímulos alimentarios 19 hasta 25 puntos: alta respuesta a estímulos alimentarios
		Sobrealimentación emocional (SOA)	Nivel de deseo que tiene el niño para comer más por situaciones emocionales negativas	1 hasta 14 puntos: baja tendencia para comer más bajo situaciones emocionales negativas 15 hasta 20 puntos: alta tendencia para comer más bajo situaciones emocionales negativas
		Deseo de beber (DD):	Nivel de deseo que tiene el niño de consumir bebidas constantemente, en particular	1 hasta 10 puntos: bajo deseo de consumir bebidas azucaradas 11 hasta 15 puntos: alto deseo de consumir bebidas azucaradas

			bebidas endulzadas	
Conducta alimentaria	Conjunto de acciones que se establecen para particularizar la relación entre el ser humano y los alimentos, a través del comportamiento frente a la comida	<i>Rasgos antiingesta</i> Respuesta a la saciedad (RS)	Nivel de autorregulación de la cantidad de alimentos que se consumen	1 hasta 18 puntos: baja sensación de saciedad tras haber consumido alimentos 19 hasta 25 puntos: alta sensación de saciedad tras haber consumido alimentos
		Lentitud para comer (LC):	Nivel de velocidad que tiene el niño para comer	1 hasta 14 puntos: baja tendencia a prolongar la duración de los tiempos para comer 15 hasta 20 puntos: alta tendencia a prolongar la duración de los tiempos para comer
		Subalimentación emocional (SUA)	Nivel de deseo que tiene el niño para comer menos por situaciones emocionales negativas	1 hasta 14 puntos: baja tendencia para comer menos por situaciones emocionales negativas 15 hasta 20 puntos: alta tendencia para comer menos por situaciones emocionales negativas
		Exigencia a los alimentos (EA):	Nivel de interés que tiene el niño hacia los alimentos	1 hasta 20 puntos: bajo interés hacia los alimentos diarios y nuevos 21 hasta 30 puntos: alto

diarios y	interés hacia los
nuevos	alimentos diarios y
	nuevos

3.3.4 Procesamiento de información

El procesamiento de la información observó lo que expone Hernández y Mendoza (2018) quienes indican que se debe cumplir con la expectativa del estudio cuantitativo considerando obtener una mayor comprensión del planteamiento del problema, para esto se utilizó por un lado un análisis univariado que consistió en la presentación de datos en forma de tablas y gráficas, diseñados para resumir o describir las variables de estudio.

Particularmente par el estudio se analizó cada una de las variables correspondientes a las características sociodemográficas, de vivienda y hogar, de la familia, de salud/ educación y de inserción social que particularizan a los niños de la comunidad de Quilloac. Así también las variables de la conducta alimentaria (CA) que contemplaron dos dimensiones, la primera, proingesta (inclinación positiva hacia los alimentos) con cuatro subdimensiones el disfrute de los alimentos (DAE) con 4 variables, la respuesta a los alimentos (RA) con 5 variables, la sobrealimentación emocional (SOA) con 4 variables, y el deseo de beber (DB) con tres variables. La segunda antiingesta (inclinación negativa hacia los alimentos) con 4 subdimensiones, la respuesta a la saciedad (RS) con 5 variables, la lentitud para comer (LC) con 4 variables, la subalimentación emocional (SUA) con 4 variables y la exigencia a los alimentos (EA) con 6 variables. El análisis de estas variables contemplo la interpretación de las escalas y subescalas de cada subdimensión que se detallan en la tabla 10, particularmente para las preguntas de cada subdimensión se sumaron las puntuaciones de las preguntas, de modo que cada puntaje por

subdimensión tuviera un valor medio y una desviación estándar. Finalmente se describió el estado nutricional y la conducta alimentaria por sexo y residencia.

Como parte consecuente se realizó una estadística bivariada que consistió en un análisis de contingencia, mediante la prueba de independencia estadística para tablas de contingencia bidimensional.

En este sentido se utilizó una prueba de independencia para determinar si el valor observado de estado nutricional depende del valor observado de conducta alimentaria. Se utilizó el estadístico de chi-cuadrada que es una medida de la divergencia entre la distribución de los datos y una distribución esperada o hipotética seleccionada.

El contraste de análisis para ver si estas diferencias son estadísticamente significativas o pueden ser explicadas por puro azar, utilizó dos variables cualitativas: conducta alimentaria por sub/ dimensiones, con dos categorías (alta tendencia y baja tendencia) y la presencia del estado nutricional con sobrepeso u obesidad, con dos categorías (sí y no).

Contraste que ayudó a saber si estas dos variables son independientes entre sí o sí el valor de una de ellas influya en el valor de la otra.

Por otra parte, en el análisis bivariado también se realizó un análisis de varianza de un factor cuyo contraste utilizó una variable cuantitativa dependiente que en este caso es la puntuación media obtenida en cada una de las subescalas del CEBQ y una variable categórica referida a la interpretación de puntuaciones Z para problemas de crecimiento con tres niveles (normopeso, sobrepeso y obesidad).

De igual forma, se realizó un análisis de Anova y post hoc Bonferroni cuando el rango de valores cumplió el supuesto de normalidad con varianzas iguales entre los niveles de factores, y un análisis de Kruskal Wallis y post hoc G ames-Howell para cuando el rango de valores no

cumplió con el supuesto de normalidad para relacionar los valores obtenidos entre las subescalas del CEBQ y el estado nutricional de los niños.

Todos los análisis se realizaron con el uso del software estadístico SPSS versión 25.0 y se aceptó como significativo un p menor a 0,05.

3.4. Consideraciones bioéticas

Los resultados producto de las encuestas fueron tratados con toda confidencialidad, sin lesionar los derechos de los participantes niños y cuidadores de la comunidad Quilloac. Por otra parte, se consideró tener una primera reunión de socialización del estudio, para iniciar con la recolección de información.

En cuanto a la aplicación de la encuesta se consideró iniciarla con la firma del respectivo consentimiento informado para el tutor legal del niño (ver anexo 6) y del asentamiento para el caso del niño (ver anexo 7).

Prácticamente se consideró esencial llevar a cabo la recolección de información previo consentimiento libre, expreso e informado de los participantes interesados conformes los lineamientos de elaboración de la Universidad Técnica del Norte de Ibarra. La igualdad fundamental de todos los participantes (niños, tutores) en dignidad y derechos, así como la importancia de la diversidad cultural y de opinión fueron respetados acogiendo a la Declaración Universal sobre Bioética Entorno a la Dignidad Humana y Derechos Humanos así como también se consideró que los hallazgos sean válidos para el contexto específico de la comunidad de Quilloac del cantón Cañar en el año 2021 y que estos se acojan a los principios bioéticos que deben orientar una investigación: beneficencia, precaución, responsabilidad (UNESCO, 2015).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Caracterización de los niños de la comunidad de Quilloac

Las características sociodemográficas de la población de estudio que se muestran en la tabla 11, evidencian que la mayoría de participantes fueron las niñas, en edad preadolescente. La mayor parte de niños/as se encuentra bajo la responsabilidad de la madre. Con respecto a la identificación étnica la mayoría se considera del grupo étnico indígena, y se evidencia una mayor participación de los niños de los sectores Punguloma y San Nicolás.

En complementación investigaciones han dado cuenta acerca de las características de las familias de Quilloac, estas han direccionado a que el padre (en kichwa taita) desempeña un papel jerárquico y es el responsable del sustento diario. Por otra parte, la madre se dedica a los quehaceres domésticos, el número de hijos por lo general pasa de cuatro y contribuyen en el trabajo del campo, el comportamiento de los miembros de la familia tiende a concentrarse con lazos de respaldo y apoyo entre ellos (Punin Solano, 2016; Iza, 2021).

Tabla 11. *Características sociodemográficas los niños de la Comunidad Quilloac*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
Masculino	80	41,45%
Femenino	113	58,55%
<i>Edad</i>		
Prescolares	27	14,00%
Niñez mediana	37	19,20%
Pre-adolescencia	129	66,80%
<i>Tutor</i>		
Papá	3	1,55%
Mamá	133	68,91%
Abuelo	21	10,88%
Tía/o	36	18,6%5
<i>Etnia</i>		
Indígena	187	96,89%
Mestizo	6	3,15%
<i>Residencia</i>		
Punguloma	37	19,20%
San Nicolás	34	17,60%
Hierba buena	33	17,10%
Junducucho	33	17,10%
Narrio	30	15,50%
Solitario	26	13,50%

Fuente: Encuesta socioeconómica 2020 aplicada al tutor del niño/a

Las características de vivienda y hogar que se observan en la tabla 12, evidencian que la mayoría de familia dispone de los servicios básicos (agua, luz, alcantarillado).

Por otro lado, la mayoría de familias cuenta con servicios de comunicación tanto de telefonía móvil e internet. La mayoría de familias residen en terrenos propios, donde han construido casas a base de bloques, además se han adecuado para vivir con animales dentro de la

casa (cuyes, gallinas, gatos, perros) así como un núcleo familiar compuesto por más de 3 personas, estructuralmente en la mayoría de los hogares donde reside el niño/a se dispone de un lugar específico para cocinar, descansar y realizar su aseo personal.

Tabla 12. Características de vivienda y hogar

Variable Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
<i>Acceso de servicios básicos</i>		
Energía eléctrica	Si	193
	No	0
Alcantarillado	Si	98
	No	95
Agua potable	Si	193
	No	0
Recolección de basura	Si	163
	No	30
<i>Disponibilidad de comunicación</i>		
Teléfono fijo o convencional	Si	24
	No	169
Acceso a internet	Si	175
	No	18
telefonía celular	Si	193
	No	0
<i>Condición de propiedad de la casa</i>	Propia	118
	Prestada	75
<i>Estructura de la casa donde vive el</i>	Ladrillo	41
	Bloque	116
<i>Presencia de animales dentro de la casa</i>	Adobe	36
	Si	142
	No	51
	2	6
	3	48
	4	77
<i>Número de personas con las que vive el niño/a</i>	5	33
	6	20
	8	9
	Si	187
<i>Cuarto específico para cocina</i>	No	6

<i>Dispone de baño dentro de la casa</i>	Si	184	95,34
	No	9	4,66
<i>Número de dormitorios que tiene la casa</i>	1	3	1,55
	2	105	54,40
	3	67	34,72
	4	15	7,77
	5	3	1,55

Fuente: Encuesta socioeconómica 2020 aplicada al tutor del niño/a

Los datos de las características familiares que se observan en la tabla 13 evidencian una mayoría de niños/as que vive con familias de tipo nuclear y extenso.

Es notoria la tutoría de otros parientes que ayudan a los padres en el cuidado diario de los niños/as. La mayoría de los padres de los niños están en una edad correspondiente a una población económica activa, a decir del el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el índice de desempleo de una persona entre 35 a 40 años es del 17% más aun en edades diferentes a este rango el índice es mayor, esto da a deducir que la mayoría de padres de los niños no están desempleados y son activos económicamente (INEC, 2021).

Tabla 13. Características de la familia

Variables	Frecuencia	Porcentaje
<i>Tipo de familia</i>		
Nuclear	83	43,01%
Extensa	96	49,74
Monoparental	14	7,25
<i>Familiar que asiste al niño</i>		
Papá	33	17,10
Mamá	24	12,44
Abuelo/a	79	40,93
Hermano/a	39	20,21
Se cuida sólo	18	9,33
<i>Edad del padre</i>		
< de 18 años	6	3,11
18 a 28 años	45	23,32
29 a 39 años	106	54,92
Más de 40 años	36	18,65
<i>Edad de la madre</i>		
< de 18 años	6	3,11
18 a 28 años	57	29,53
29 a 39 años	103	53,37
Más de 40 años	27	13,99

Fuente: Encuesta socioeconómica 2020 aplicada al tutor del niño/a

Por otra parte, los datos de las características de inserción social del tutor del niño/a que se muestran en la tabla 14 evidencian, que la mayoría de los tutores responsables del ingreso económico del hogar donde vive el niño/a trabajan para empresas, son profesionales técnicos o se dedican a la prestación de servicios por cuenta propia, los cuales por estas características hacen el trabajo y ganan más de un salario básico unificado.

Tabla 14. *Características de inserción social del responsable del ingreso económico de la familia (tutor)*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Trabajo del principal responsable del niño/a</i>		
Profesional o técnico que ejerce independientemente	12	6,21%
Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)	9	4,66%
Empleado público titulado (profesional o técnico)	32	16,58%
Empleado público no titulado	15	7,77%
Propietario de empresa industrial, comercial o de servicio	3	1,55%
Obrero o trabajador manual de empresa no propia	86	44,56%
Jornalero o peón	3	1,55%
Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico	12	6,21%
Agricultor	18	9,32%
<i>Actividades del principal responsable del niño/a</i>		
Hace el trabajo	161	83,43%
Hace y dirige el trabajo	26	13,47%
Dirige y organiza el trabajo de otros	3	1,55%
No aplica, desempleado	3	1,55%
<i>Ingreso económico mensual del principal responsable del niño/a</i>		
< a \$ 500	60	31,09%
> a \$500	119	61,66%
> a \$1000	14	7,25%

Fuente: Encuesta socioeconómica 2020 aplicada al tutor del niño/a

Los datos de las características de salud y educación, que se observan en la tabla 15 señalan que la mayoría de los tutores del niño son generalmente la madre o algún pariente cercano (abuelos, tíos, hermanos), mientras que la mayoría de estos tutores llevan a visitar al médico cuando el niño/a se enferma, más frecuentemente en los centros de salud de la red de salud pública, por otra parte, la mayoría son niños/as que están cursando el cuarto a séptimo de educación básica y no cuentan con un seguro médico.

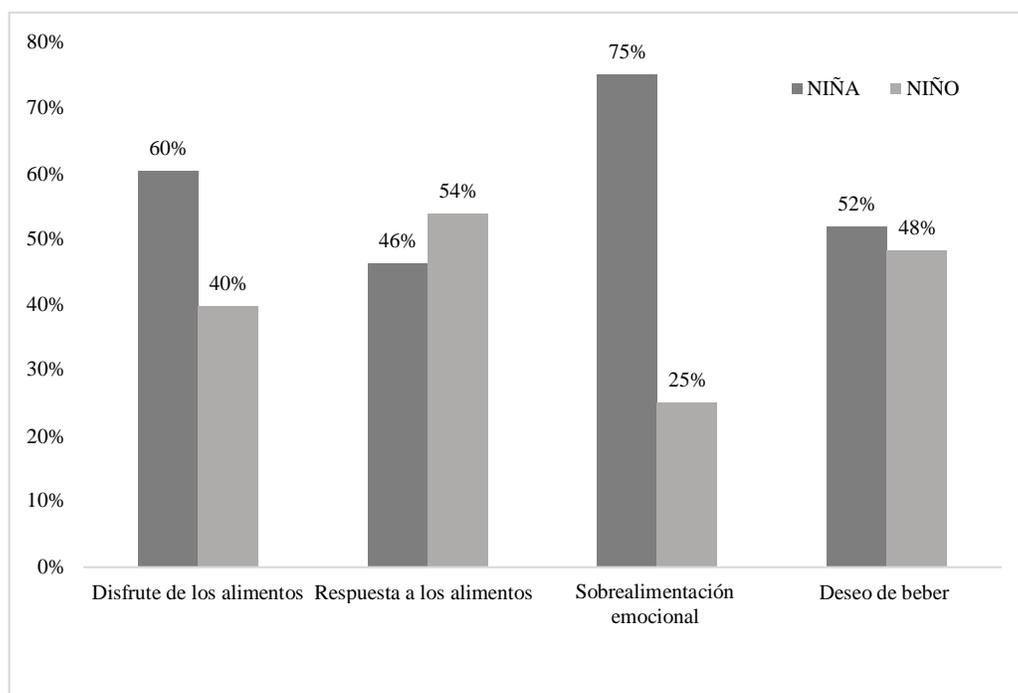
Tabla 15. Características de salud y educación

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Atención médica</i>		
Mensual	6	3,11%
Cada 6 meses	9	4,66%
Cuando se enferma	148	76,68%
Anual	27	13,99%
Nunca	3	1,55%
<i>Lugar de atención médica</i>		
Centro de salud / hospital	140	72,54%
Seguro social	20	10,36%
Médico particular	18	9,33%
Farmacia / naturista	15	7,77%
<i>Seguro médico del niño/a</i>		
IESS	50	25,91%
Ninguno	143	74,09%
<i>Nivel de educación del niño/a</i>		
Primero a tercero de básica	57	29,53%
Cuarto a séptimo de básica	130	67,36%
Ninguno	6	3,11%

Fuente: Encuesta socioeconómica 2020 aplicada al tutor del niño/a

4.2 Conducta alimentaria de los niños de la comunidad de Quilloac

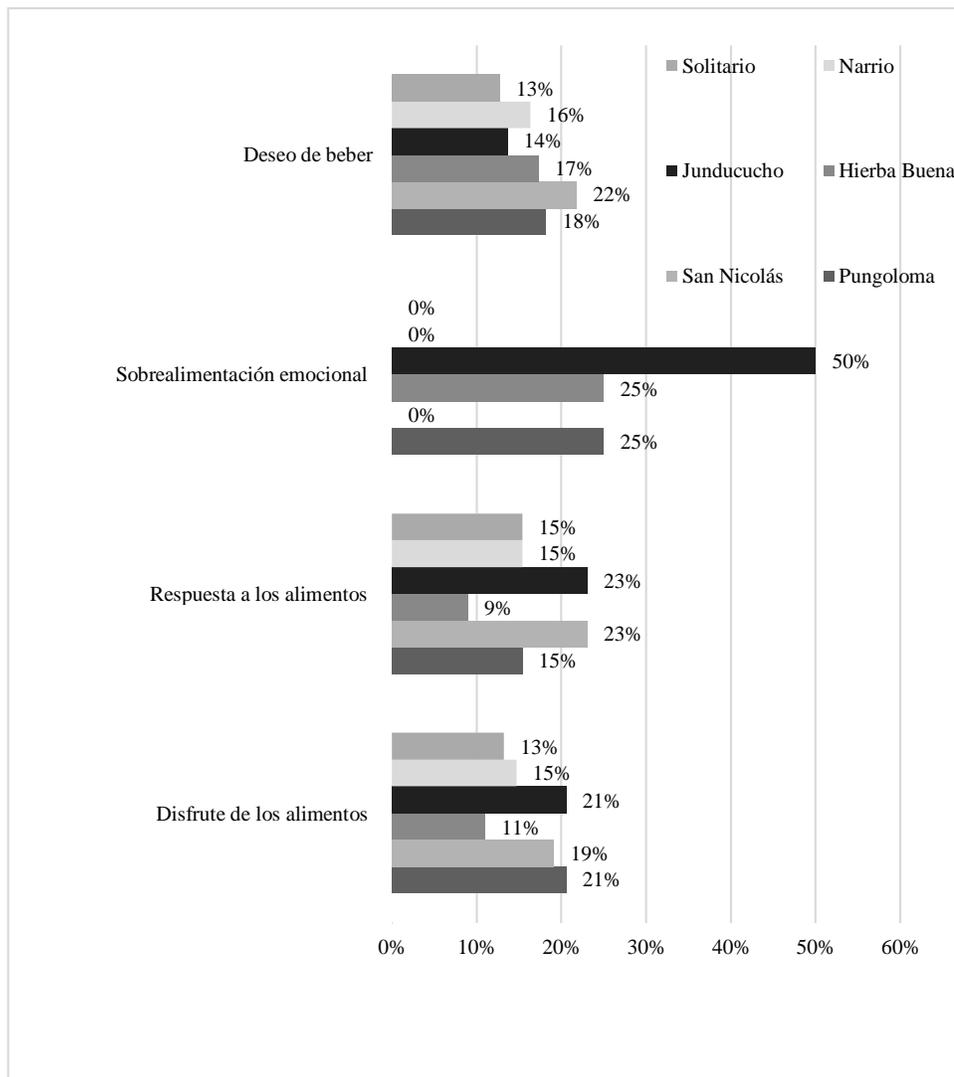
Figura 1. Rasgos proingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según sexo



Nota: La figura representa la prevalencia de altas tendencias de rasgos proingesta en los niños/as de la comunidad de Quilloac

En la figura 1 se observa que los rasgos proingesta que motivan una alta tendencia a alimentarse más por el deseo de comer, por situaciones emocionales negativas, por el deseo de consumir bebidas azucaradas es más común en las niñas del cantón Quilloac. Mientras en los niños de la comunidad es más frecuente una alta tendencia a alimentarse por la respuesta a estímulos alimentarios. Es notorio que existe una prevalencia de niñas que se alimentan por situaciones emocionales negativas con respecto a los niños de la comunidad.

Figura 2. Rasgos proingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según residencia

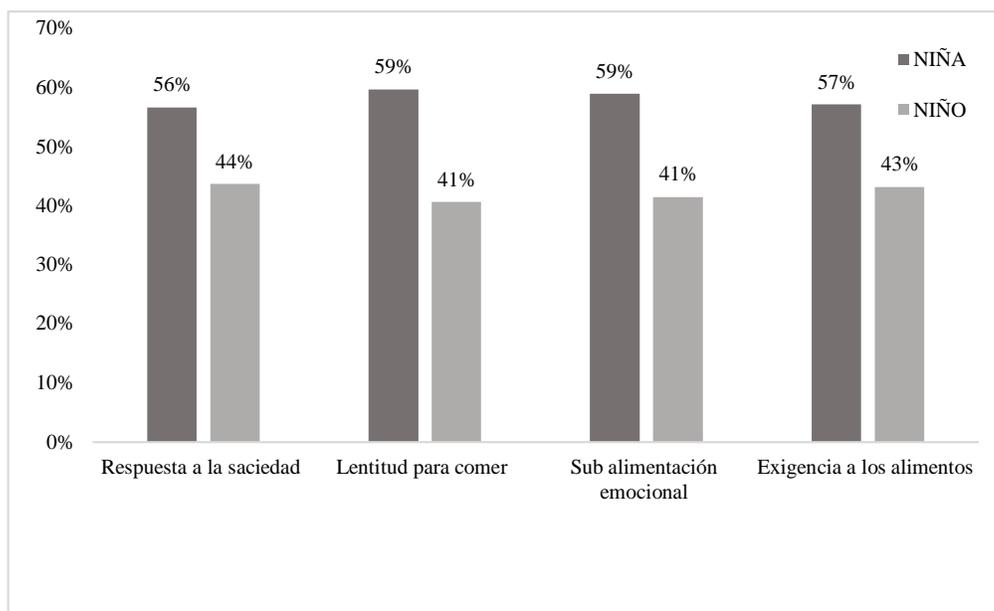


Nota: La figura representa la prevalencia de altas tendencias de rasgos proingesta en los niños/as por residencia en la comunidad de Quilloac

En la figura 2 se observa que los rasgos proingesta referidos a un alto deseo de consumir bebidas azucaradas son similares por residencia de los niños. Se evidencia una prevalencia en el barrio Junducucho de conductas alimentarias por tendencias a comer por situaciones emocionales.

Por otra parte, las conductas alimentarias por la respuesta a estímulos alimentarios son similares por sectores, pero se destaca una prevalencia mayor en los sectores Junducucho y San Nicolás. Así también la conducta alimentaria por la alta tendencia a disfrutar los alimentos por deseo de comer es similar en todos los barrios de la comunidad.

Figura 3. Rasgos antiingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según sexo

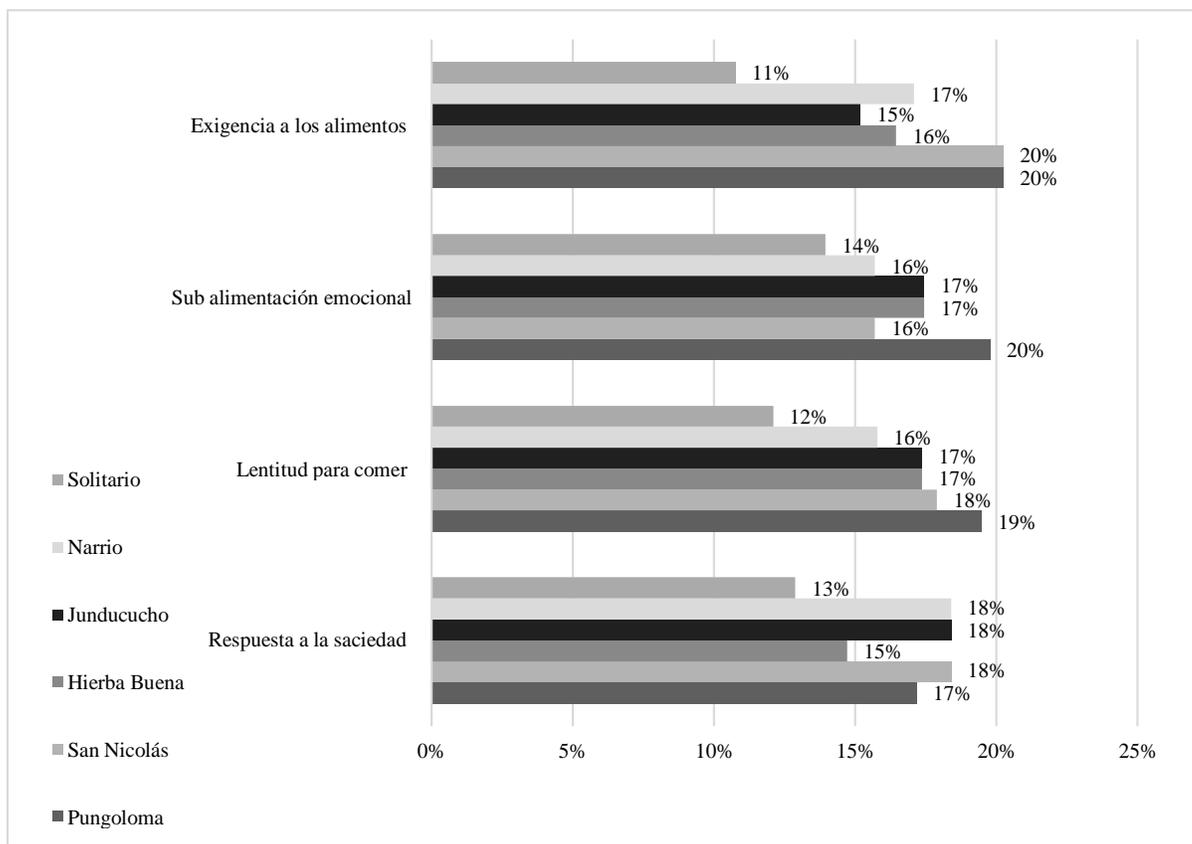


Nota: La figura representa la prevalencia de bajas tendencias de rasgos antiingesta en los niños/as de la comunidad de Quilloac

En la figura 3 se observa que los rasgos antiingesta son similares, tanto en las niñas como en los niños. Se denota una prevalencia mayor de conductas alimentarias antiingesta en las niñas en relación con los niños.

Existe una mayor prevalencia de niñas con bajas tendencias a prolongar la duración de los tiempos para comer y bajas tendencias a comer menos por situaciones emocionales.

Figura 4. Rasgos antiingesta de la Conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según residencia



Nota: La figura representa la prevalencia de bajas tendencias de rasgos antiingesta en los niños/as según residencia en la comunidad de Quilloac

En la figura 4 se evidencia que los rasgos antiingesta son similares en todos niños/as según su residencia, es notorio bajas tendencias a prolongar la duración de los tiempos para comer y bajas tendencias a comer menos por situaciones emocionales en el sector Pungoloma. Así como bajas tendencias de estas mismas subdimensiones en sector como San Nicolás, Narrio.

Tabla 16. Promedio de los puntajes de las subescalas del cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ)

Dimensión	Subdimensión	X	±DS
Proingesta	Disfrute de los alimentos	3,38	±0,73
	Respuesta a los alimentos	2,84	±0,75
	Sobrealimentación emocional	2,27	±0,80
	Deseo de beber	3,57	±0,69
Antiingesta	Respuesta a la saciedad	2,98	±0,62
	Lentitud para comer	2,47	±0,56
	Subalimentación emocional	2,85	±0,71
	Exigencia a los alimentos	2,99	±0,51

Nota: La tabla muestra los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ) en la comunidad de Quilloac del cantón Cañar 2021, el cual consta de 35 preguntas, las que se dividen en dos dimensiones: Proingesta y antiingesta que miden la tendencia positiva o negativa hacia la ingesta.

En la tabla 16 se observa un mayor puntaje promedio en dos subdimensiones de la dimensión proingesta en el disfrute de los alimentos ($3,38 \pm 0,73$) condición asociada a atención a alimentarse por el placer de comer más por placer y la segunda en el deseo de beber ($3,57 \pm 0,69$), correspondiente a una alta tendencia a consumir bebidas azucaradas.

En cuanto a la dimensión antiingesta los puntajes promedio son similares en todas las subdimensiones destacándose la exigencia de los alimentos ($2,99 \pm 0,51$), con respecto a las demás subdimensiones.

Tabla 17. Promedio de los puntajes de las subescalas del cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ) según residencia

Dimensión	Subdimensión	Punguloma $\bar{X} \pm DS$	San Nicolás $\bar{X} \pm DS$	Hierba buena $\bar{X} \pm DS$	Junducucho $\bar{X} \pm DS$	Narrio $\bar{X} \pm DS$	Solitario $\bar{X} \pm DS$
Proingesta	Disfrute de los alimentos	3,53±0,44	3,65±0,86	3,13±0,75	3,40±0,58	3,23±0,71	3,31±0,94
	Respuesta a los alimentos	2,78±0,65	2,82±1,0	2,72±0,58	3,01±0,66	2,71±0,78	3,04±0,74
	Sobrealimentación emocional	2,29±0,85	2,10±0,60	2,57±0,80	2,43±0,99	2,08±0,72	2,13±0,71
	Deseo de beber	3,54±0,56	3,86±0,81	3,53±0,62	3,27±0,60	3,57±0,60	3,63±0,86
Antiingesta	Respuesta a la saciedad	3,23±0,57	2,85±0,65	3,19±0,72	2,99±0,47	2,59±0,47	2,98±0,60
	Lentitud para comer	2,28±0,56	2,54±0,54	2,59±0,47	2,45±0,50	2,31±0,54	2,70±0,60
	Subalimentación emocional	2,98±0,76	3,04±0,65	2,84±0,76	2,86±0,60	2,61±0,74	2,69±0,68
	Exigencia a los alimentos	3,02±0,50	2,89±0,50	3,08±0,47	3,03±0,53	2,87±0,48	3,03±0,59

Nota: La tabla muestra los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEBQ) por sectores de la comunidad de Quilloac el cantón Cañar 2021

En torno a la tabla 17 se evidencia que existen dos subdimensiones en las cuales se presentaron los mayores puntajes promedio, la primera es el disfrute de alimentos, dentro de esta, los barrios Pungoloma y San Nicolás presentan más puntaje promedio ($3,53\pm 0,44$) y ($3,65\pm 0,86$) respectivamente, con respecto a los otros barrios. La segunda es el deseo de beber, dentro de esta, los barrios San Nicolás y Narrio presentan más puntaje promedio ($3,86\pm 0,81$) y ($3,57\pm 0,60$) respectivamente.

Tabla 18. *Tendencia alta o baja a la ingesta según sub/ dimensiones de la conducta alimentaria en los niños de 5 a 11 años de la comunidad Quilloac*

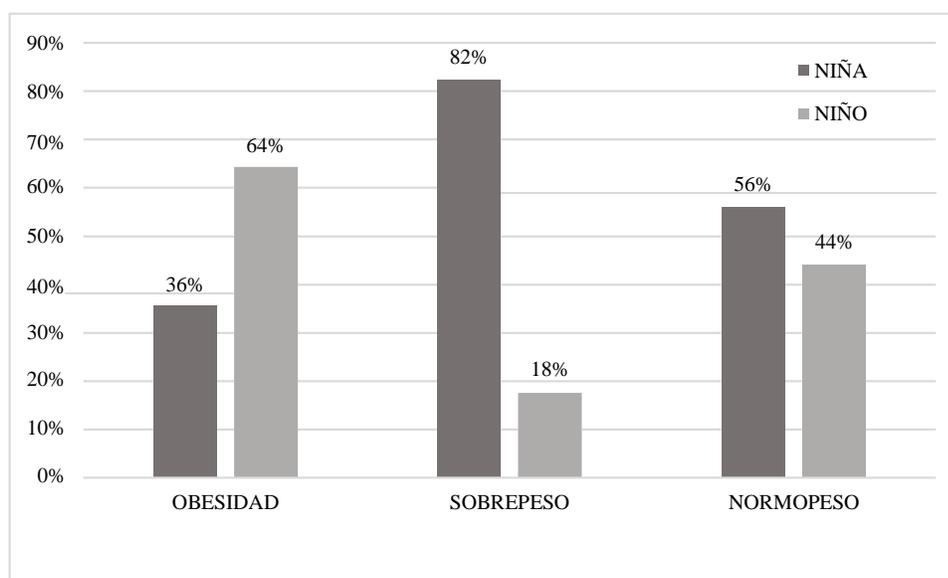
Dimensión	Subdimensión	Tendencia	Frecuencia	Porcentaje
Proingesta	Disfrute de los alimentos	Baja	125	65%
		Alta	68	35%
	Respuesta a los alimentos	Baja	154	80%
		Alta	39	20%
	Sobrealimentación emocional	Baja	181	94%
		Alta	12	6%
	Deseo de beber	Baja	83	43%
		Alta	110	57%
Antiingesta	Respuesta a la saciedad	Baja	163	85%
		Alta	30	15%
	Lentitud para comer	Baja	190	98%
		Alta	3	2%
	Subalimentación emocional	Baja	172	89%
		Alta	21	11%
	Exigencia a los alimentos	Baja	158	82%
		Alta	35	18%

Nota: En la tabla se muestra la prevalencia de inclinaciones positivas o negativas hacia la ingesta en los niños de 5 a 11 años de la comunidad Quilloac

En la tabla 18 se evidencia una mayor inclinación o tendencia a alimentarse por el deseo de comer (35%) y por el deseo de consumir bebidas azucaradas (57%), mientras que en los rasgos antiingesta se evidencia una mayor inclinación alimentarse por el alto interés hacia los alimentos diarios y nuevos (exigencia a los alimentos).

4.3. Valoración del Estado nutricional de los niños de la comunidad de Quilloac

Figura 5. Estado nutricional de los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac según sexo

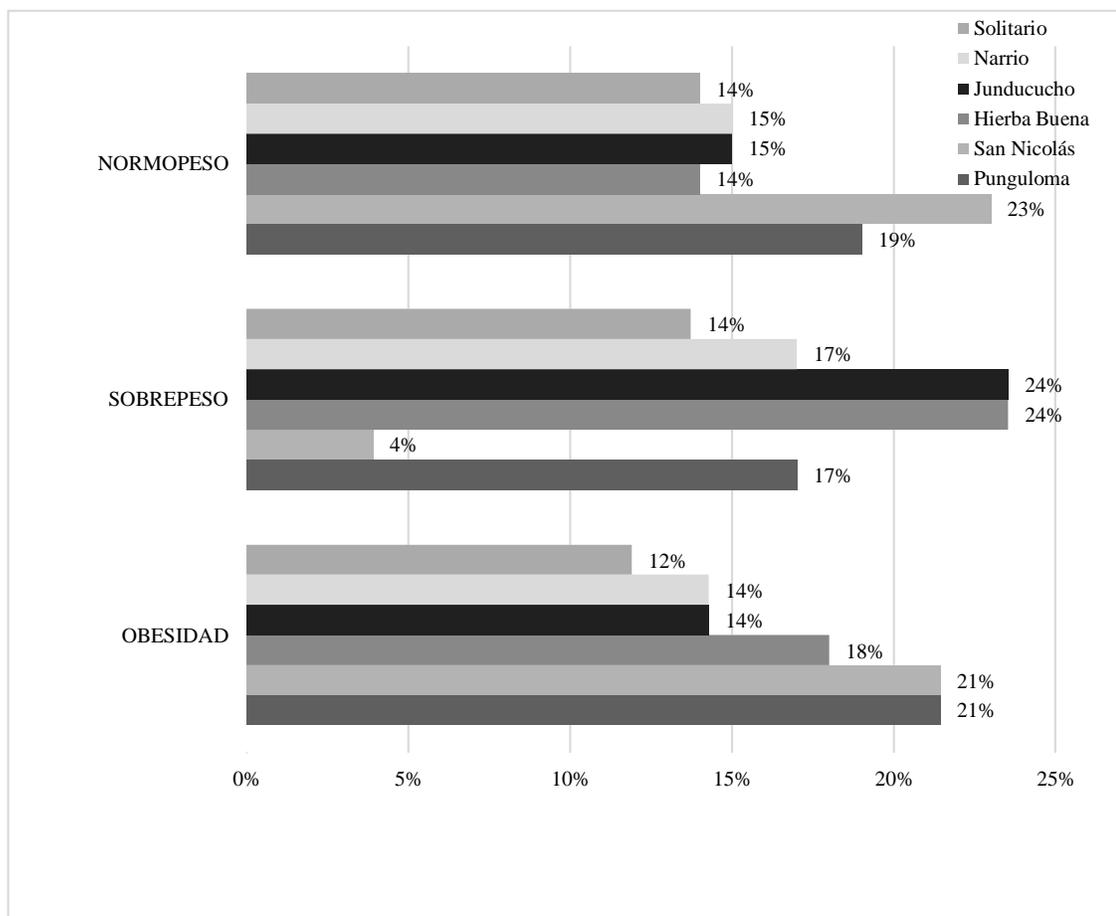


Nota: La figura representa las diferentes categorías de puntuación Z del IMC presente en los niños/as de la comunidad de Quilloac el cantón Cañar 2021

En la figura 5 se evidencia que existe una mayor prevalencia de niñas (82%) con sobrepeso y una mayor prevalencia de niños (64%) con obesidad según el sexo.

Estos datos llevan a mencionar que el sobrepeso es más común en las niñas mientras que la obesidad es más común en los niños de la comunidad. Por otra parte, la condición de normopeso es más común en las niñas y ninguno de los niños/as fue clasificado como desnutrido según la evaluación antropométrica realizada en la comunidad de Quilloac.

Figura 6. Estado nutricional de los niños de 5 a 11 años según lugar de residencia en la comunidad de Quilloac



Nota: La figura representa las diferentes categorías de puntuación Z del IMC presentes por lugar de residencia en la comunidad de Quilloac el cantón Cañar 2021

En la figura 6 se observa mayor prevalencia de sobrepeso en los barrios de Junducucho y Hierba buena, con iguales porcentajes (24%) mientras que la prevalencia de obesidad es más notoria en los barrios de San Nicolás y Pungoloma. Por otra parte, la prevalencia de normopeso en los niños/as de la comunidad de Quilloac es similar para todos los barrios, pero en el barrio San Nicolás existe una pequeña diferencia que muestra más niños con esta condición, con respecto a los demás barrios donde se realizó la valoración del estado nutricional.

Complementando lo expuesto con respecto al estado nutricional de los niños/as de la comunidad de Quilloac la valoración del estado nutricional mediante la antropométrica evidenció al 52% (N=100) de los niños/as con normopeso y el restante en condiciones de obesidad y sobrepeso llevando a mencionar que el 48% (N=93) de los niños/as presenta una alteración del estado nutrición por estos problemas de crecimiento y las conductas alimentarias.

4.4. Conducta alimentaria y el estado nutricional

El análisis de independencia para determinar si la conducta alimentaria por subdimensiones, con dos categorías (alta tendencia y baja tendencia) y la presencia del estado nutricional con sobrepeso u obesidad, con dos categorías (sí y no) son dependientes, evidenció que todas las subdimensiones de la proingesta definidas por “disfrute de los alimentos” ($p=0,0$), “respuesta a los alimentos” ($p=0,0$), “sobrealimentación emocional” ($p=0,0$), “deseo de beber” ($p=0,0$). Mostraron asociación significativa con el estado nutricional al realizar la prueba de chi-cuadrada. Mientras que las subdimensiones de la antiingesta no se asociaron significativamente “respuesta a la saciedad” ($p=0,08$), “lentitud para comer” ($p=0,07$), “subalimentación emocional” ($p=0,11$), a excepción de la “exigencia a los alimentos” ($p=0,04$) de los rasgos de antiingesta con la prueba de chi-cuadrada. Esto indica que las altas tendencias a comer más por deseo de comer, por la respuesta a estímulos alimentarios, por situaciones emocionales negativas, por el deseo de consumir bebidas azucaradas influyen en el estado nutricional.

En general de las dos dimensiones del cuestionario de conducta alimentaria, la proingesta definida como una inclinación positiva hacia la ingesta, está influenciando en una alteración del estado nutricional por sobrepeso y obesidad. Por otra parte, el análisis de varianza de un factor evidenció que existen diferencias significativas en las medias de las subescalas del cuestionario de conducta alimentaria CEBQ según categorías de índice de masa corporal para la edad

(IMC/edad) particularmente para los rasgos proingesta determinados por el disfrute de los alimentos ($p=0,00$), respuesta a los alimentos ($p=0,00$), sobrealimentación emocional ($p=0,00$), deseo de beber ($p=0,00$), y una subdimensión de los rasgos antiingesta, exigencia a los alimentos ($p=0,01$) como se muestra en los datos de la Tabla 19.

Tabla 19. Valores promedios de las subescalas CEBQ según categorías de índice de masa corporal para la edad (IMC / edad)

Dimensión	Subdimensión	Normopeso (N=100)	Sobrepeso (N=51)	Obesidad (N=42)	Valor p (Anova)	Valor p (Kruskal Wallis)
Proingesta	Disfrute de los alimentos	3,15±0,80	3,59±0,44	3,71±0,62		0,00*
	Respuesta a los alimentos	2,58±0,72	2,99±0,52	3,29±0,78	0,00*	
	Sobrealimentación emocional	1,94±0,70	2,62±0,65	2,66±0,86		0,00*
	Deseo de beber	3,36±0,64	3,63±0,64	3,97±0,65	0,00*	
Antiingesta	Respuesta a la saciedad	2,87±0,63	3,11±0,56	3,1±0,60	0,08	
	Lentitud para comer	2,35±0,56	2,58±0,59	2,61±0,40	0,07	
	Subalimentación emocional	2,67±0,61	3,11±0,70	2,96±0,79	0,11	
	Exigencia a los alimentos	2,88±0,51	3,11±0,38	3,08±0,59	0,01*	

Nota: La tabla 19 muestra los resultados del análisis bivariado mediante las pruebas de varianza realizado en el programa estadístico SPSS V25 considerando una significancia estadística con un p menor a 0,05.

Una vez que se determinó que existen diferencias entre las medias, según categorías de índice de masa corporal para la edad (IMC/edad), se realizó las pruebas de rango post hoc para determinar qué medias difieren tal como se muestra en la tabla 20.

Tabla 20. Comparaciones múltiples según categorías de índice de masa corporal para la edad (IMC / edad)

Dimensión	Subdimensión	Prueba post hoc	Categorías		P valor		
Proingesta	Disfrute de los alimentos	Games-Howell	Sobrepeso	Normopeso	0,00*		
			Obesidad	Normopeso	0,00*		
				Sobrepeso	0,56		
			Sobrepeso	Normopeso	0,00*		
			Obesidad	Normopeso	0,00*		
				Sobrepeso	0,13		
	Respuesta a los alimentos	Bonferroni	Sobrepeso	Normopeso	0,00*		
			Obesidad	Normopeso	0,00*		
				Sobrepeso	0,13		
			Sobrealimentación emocional	Games-Howell	Sobrepeso	Normopeso	0,00*
				Obesidad	Normopeso	0,00*	
				Sobrepeso	0,96		
Deseo de beber	Bonferroni	Sobrepeso	Normopeso	0,06			
		Obesidad	Normopeso	0,00*			
			Sobrepeso	0,04*			
		Antiingesta	Exigencia a los alimentos	Bonferroni	Sobrepeso	Normopeso	0,026*
					Obesidad	Normopeso	0,091
						Sobrepeso	1

Nota: La tabla muestra los resultados del análisis bivariado, mediante las pruebas post hoc realizado en el programa estadístico SPSS V25 considerando una significancia estadística con un p menor a 0,05.

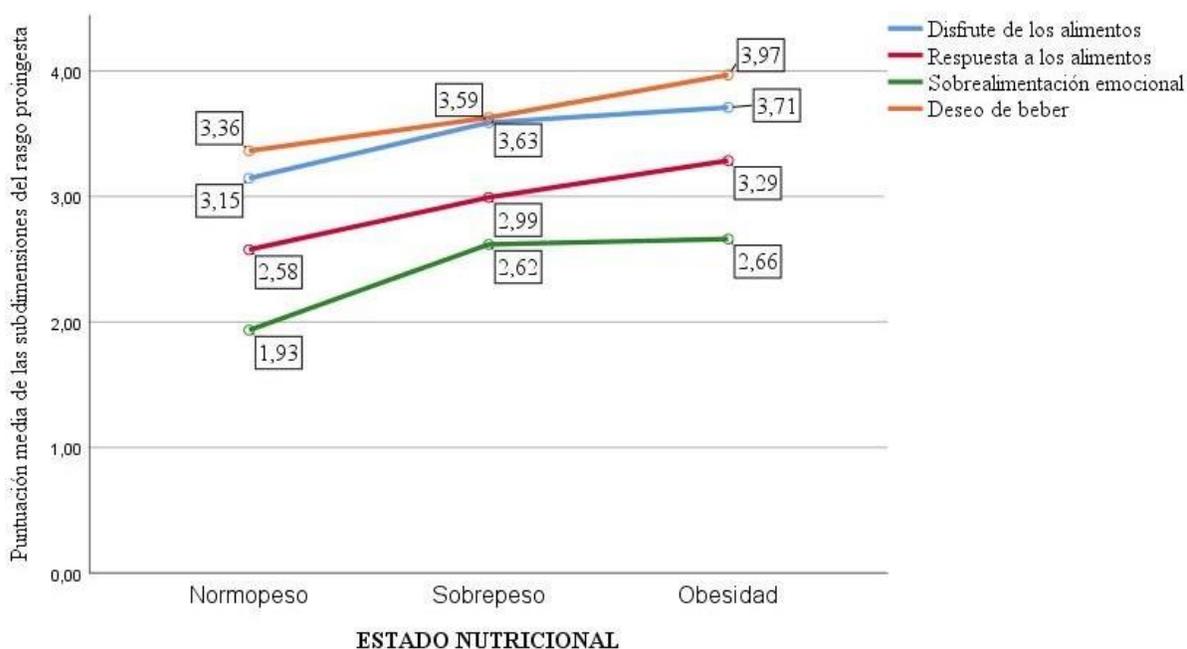
Según la tabla 20, la prueba estadística post hoc indica una diferencia por grupos, entre el grupo de niños/as con sobrepeso u obesidad y los niños/as con normopeso, evidenciando una diferencia de puntajes particularmente para los rasgos proingesta determinados por el disfrute de los alimentos (sobrepeso/normopeso $p=0,00$), (obesidad/normopeso $p=0,00$), respuesta a los

alimentos (sobrepeso/normopeso $p=0,00$), (obesidad/normopeso $p=0,00$), sobrealimentación emocional (sobrepeso/normopeso $p=0,00$), (grupo obesidad/normopeso $p=0,00$).

Con respecto al deseo de beber existió una diferencia significativa entre los niños obesos y los que presentaron normopeso (grupo obesidad/normopeso $p=0,00$).

Por otra parte, una subdimensión de los rasgos antiingesta, presentó diferencias significativas entre los niños/as con sobrepeso y los que presentaron normopeso (sobrepeso/normopeso $p=0,026$)

Figura 7. Puntuaciones medias de las subescalas de proingesta del CEBQ, según categorías de puntuación Z del indicador IMC/edad de los niños de 5 a 11 años de la comunidad de Quilloac

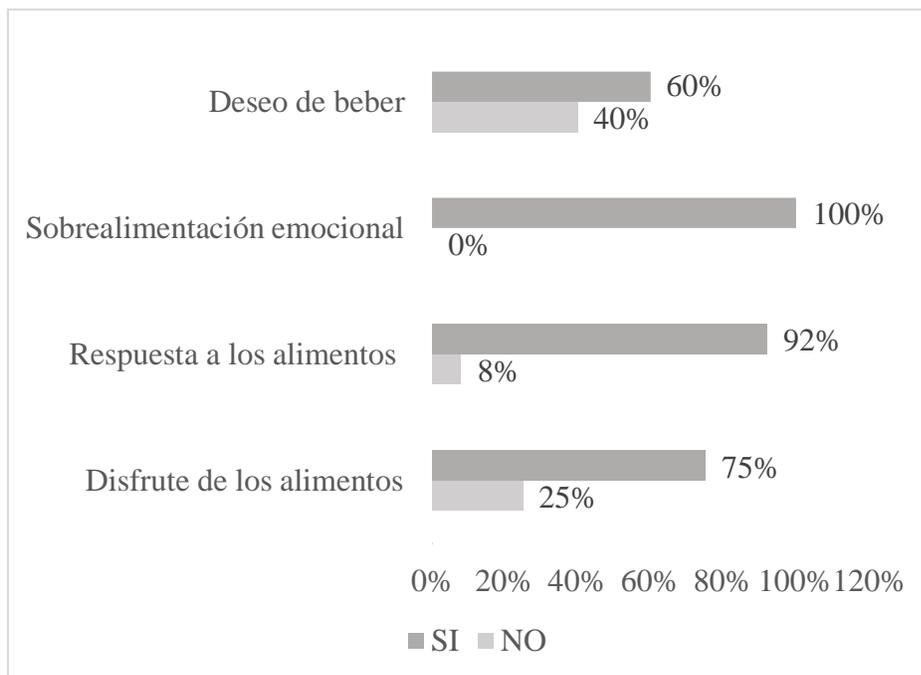


Nota: La figura representa los resultados del análisis bivariado, mediante las pruebas de varianza realizado en el programa estadístico SPSS V25.

En complemento al análisis de varianza, la figura 7 muestra que todas las subescalas de proingesta definida por el “disfrute de los alimentos”, la “respuesta a los alimentos”, la

“sobrealimentación emocional”, el “deseo de beber” presentan puntuaciones promedio más altas en las categorías de sobrepeso y obesidad.

Figura 8. *Conducta alimentaria proingesta positiva y alteración del estado nutricional por sobrepeso u obesidad*



Nota: La figura representa el porcentaje de niños/as con conducta alimentaria proingesta positiva y alteración del estado nutricional por sobrepeso u obesidad.

La figura 8 muestra prevalencias mayores en los niños con el estado nutricional alterado por sobrepeso u obesidad en relación a los niños con normopeso, el 60% tiene tendencia positiva al deseo de beber, así también el 92% tienen tendencia positiva a la respuesta a los alimentos, un 100% tiene tendencia positiva a la sobrealimentación emocional y un 75% tienen tendencia positiva al disfrute de alimentos, señalando que en todas las subdimensiones de la proingesta, más de 50% de los niños de la comunidad de Quilloac tienen conducta alimentaria proingesta positiva y presentan alteración en el estado nutricional por sobrepeso u obesidad

4.6. Discusión

La conducta alimentaria (CA) ha demostrado ser un rasgo representativo que puede influir en el estado nutricional de un niño/a, llevando a indicar que esta debe ser considerada como un factor relevante en los problemas de crecimiento durante la infancia; en este sentido la CA puede alterar el estado nutricional, por una tendencia a malos comportamientos alimentarios como por ejemplo una inclinación positiva hacia los alimentos, por altos deseos a pasar consumiendo alimentos, bebiendo productos que contienen azúcares, o subalimentándose por contextos emocionales o por la respuesta a los alimentos (exigencias familiares, publicidad entre otros), inclinaciones que pueden ocasionar enfermedades (diabetes, hipertensión, dislipidemia, entre otras) que se hacen presentes en etapas posteriores a la niñez, como la adolescencia, o la adultez donde por estas enfermedades los individuos pueden llevar a una mala calidad de vida.

Los estudios de la conducta alimentaria se han desarrollado utilizando diferentes cuestionarios que analizan el comportamiento alimentario, por dimensiones y subdimensiones haciendo evidente la complejidad de los factores que determinan la conducta alimentaria de una persona y que se relacionan con una variedad de influencias de tipo biológico, familiar o social entre las más notorias.

En este contexto, las características particulares de los niños/as de la Comunidad de Quilloac, quienes se han inclinado positivamente a presentar rasgos proingesta (mayor deseo de consumir alimentos beber aguas endulzadas, subalimentarse por emociones), a través de los resultados de la encuesta socioeconómica han direccionado a indicar que estos, pertenecen a hogares que disponen de todos los servicios básicos, con familias tipo nucleares y extensas en los cuales sus padres son económicamente activos que ganan más de un salario mínimo vital y donde la madre u otro pariente cercano tío o abuelo se responsabilizan en mayor tiempo.

Acogiéndose a estas evidencias y lo que mencionan Dammann y Smith (2010) que la disponibilidad de alimentos en los entornos cercanos a los niños/as o, la alta disponibilidad a comidas poco saludables por condiciones socioeconómicas favorables, propician el sobreconsumo de alimentos, direcciona a indicar que las características de las familias han provocado un ambiente obesogénico el cual ha estimulado comportamientos de mayor proingesta que ha conducido al exceso de peso en los niños/as de la comunidad.

Por otra parte, se concuerda con lo que menciona Domínguez et al., (2008) una mala conducta alimentaria, está en función de la disponibilidad de alimentos en el hogar, la interacción con los niños durante la comida, esto porque los datos de la encuesta socioeconómica indican niños/as que pertenecen a familias con disponibilidad económica que les permite acceder a cualquier tipo de producto para su alimentación.

Tomando en cuenta la asociación significativa con la respuesta y el disfrute de los alimentos de los rasgos proingesta ($p < 0,05$ en ambos casos) se concuerda con lo que menciona Aktaş, (2006) y Oyarce et al., (2016) las malas conductas se dan en los niños/as que presentan una mayor sensibilidad a estímulos externos (fácil acceso a la comida apetitosa, publicidad de alimentos ricos en calorías) o emocionales (sensación de abandono, soledad, desinterés). Esto seguramente porque los patrones alimentarios de los niños/as de la comunidad se desarrollan en circunstancias donde se aprende a consumir alimentos en función de estos estímulos y por la conducta alimentaria del tutor del niño/a que en su mayoría son los abuelos (40,93%) y hermanos (20,21%) que promueven un comportamiento alimentario proingesta.

Por otro lado, acogiendo la asociación significativa con las subdimensiones sobrealimentación emocional ($p=0,03$), deseo de beber ($p=0,00$) de los rasgos proingesta se concuerda con lo que menciona Moon y Berenbaum, (2009) el consumo emocional excesivo se

explica por la falta de control y normas en el comportamiento alimentario, esto a razón de que los niños/as de la comunidad se alimentan mayormente bajo el cuidado de sus abuelos o hermanos quienes seguramente no están ejerciendo un control adecuado en la conducta alimentaria proingesta.

Esta situación ha contribuido a un patrón conductual de la adicción al azúcar, el deseo de beber estas sustancias endulzadas, concordando con lo que menciona Martínez et al., (2014) el consumo de bebidas azucaradas es común en los niños/as y se debe por la falta de control, acogiéndose a la realidad de los niños/as de la comunidad, la situación de pasar mayor tiempo con sus abuelos o hermanos ha contribuido a un exceso en el deseo de beber cualquier producto líquido (jugos, colas, aguas aromáticas de panela) durante el día.

Las evidencias de la investigación han concordado con lo que menciona Punin (2016) existen familias indígenas que desconocen sobre la conducta alimentaria y la relación con el estado nutricional infantil apeándose a un estilo permisivo de crianza que va de la mano con malas conductas alimentarias, que, en el caso de esta investigación, son los altos deseos de pasar consumiendo alimentos, beber aguas endulzadas, y ser susceptibles a estímulos externos para alimentarse.

Introduciéndose a la relación de la conducta alimentaria y el estado nutricional infantil la investigación realizada en la Comunidad de Quilloac al igual que otro estudio realizado por Encina et al., (2019) llegan a similares deducciones que demuestran a la conducta alimentaria proingesta relacionada con el estado nutricional, significan un mayor riesgo a presentar malnutrición por sobrepeso y obesidad.

Particularmente refiriéndose a las subdimensiones de proingesta de la conducta alimentaria del cuestionario CEBQ las pruebas estadísticas realizadas en el estudio de Encina et

al., (2019) evidenciaron que los niños con alteración del estado nutricional señalado por la presencia de obesidad se relacionaron más a las subdimensiones proingesta de la CA, que son: disfrute de los alimentos ($p=0,01$), respuesta a los alimentos ($p=0,00$), sobrealimentación emocional ($p=0,03$), deseo de beber ($p=0,00$) coincidiendo con lo observado en este estudio,

Otro estudio realizado por Herle et al., (2020) llegó a deducir que la conducta alimentaria caracterizada por la tendencia a la proingesta por altos y persistentes deseos de comer en exceso se relacionaban con un mayor índice de masa corporal (IMC), considerando que de las cuatro subdimensiones de la proingesta, la respuesta a los alimentos ($p=0,00$) era más relevante que las demás dimensiones para afectar el estado nutricional de un niño/a, resultados que son diferentes a lo reportado por esta investigación que dedujo que todas las subdimensiones del rasgo de proingesta de la conducta alimentaria afectan al estado nutricional de un niño/a, esto seguramente por el tipo de metodología utilizada y las pruebas estadísticas realizadas para el reporte de evidencias.

Por otro parte el estudio de Henríquez et al., (2018) demostraron que existe una asociación significativa entre estado nutricional y las puntuaciones de conducta alimentaria, mostrando una asociación positiva en todas las subdimensiones de proingesta y una asociación negativa con antiingesta, en las subdimensiones de respuesta a la saciedad ($p=0,00$) y lentitud para comer ($p=0,03$), reportes que se asemejan con respecto a los resultados de las subdimensiones de la proingesta obtenidos en la investigación realizada en la comunidad de Quilloac, pero que discrepan para las dimensiones respuesta a la saciedad ($p=0,08$) y lentitud para comer ($p=0,08$), esto seguramente porque el estudio de Henríquez et al., (2018) consideró una población conformada por niños en edad preescolares de 2 a 4 años, mientras que la

investigación realizada en la comunidad de Quilloac considero infantes y preadolescentes de entre 5 a 11 años de edad.

Continuando con la discusión, el estudio de Sánchez et al., (2016) reportó similares resultados a esta investigación, ambos estudios concuerdan que las valoraciones del estado nutricional por el IMC se asocian positivamente con las subdimensiones de los rasgos proingesta de la conducta alimentaria, mientras el estudio de Sánchez et al., (2016) presentó en el disfrute de los alimentos ($p=0,02$), respuesta a los alimentos ($p=0,00$), sobrealimentación emocional ($p=0,02$), deseo de beber ($p=0,01$), el estudio realizado en la comunidad de Quilloac presentó en el disfrute de los alimentos ($p=0,00$), respuesta a los alimentos ($p=0,00$), sobrealimentación emocional ($p=0,00$), deseo de beber ($p=0,00$).

Respecto a los rasgos antiingesta evidenciados en el estudio de Sánchez et al., (2016) que mostraron asociación significativa en la respuesta a la saciedad ($p=0,02$), lentitud para comer ($p=0,03$), exigencia a los alimentos ($p=0,00$), y que discrepan de lo reportado en esta investigación por presentar en la respuesta a la saciedad ($p=0,08$), lentitud para comer ($p=0,07$), exigencia a los alimentos ($p=0,01$), se puede mencionar que seguramente esta diferencia se debe al diseño de estudio utilizado por cada investigación, mientras la una se fundamentó en una investigación tipo cohorte de crecimiento y obesidad, con una muestra de 1058 niños de 7 a 10 años, esta investigación se dirigió por un estudio no experimental de tipo transversal con un muestreo bietápico estratificado que dirigió a una muestra de 193 niños de la comunidad Quilloac.

Considerando que el análisis del comportamiento frente a la comida (conducta alimentaria) considera dimensiones y subdimensiones, los estudios contrastados con esta investigación han llegado a diferentes niveles dentro del cuestionario de conducta alimentaria

que se han particularizado por cada contexto social, económico, familiar propio de cada investigación; sin embargo, todos concuerdan en que mayores puntajes de las subescalas del cuestionario de conducta alimentaria especialmente en los rasgos proingesta se relacionan con mayores valores de IMC que dan como interpretación una dependencia del estado nutricional especialmente por sobrepeso y obesidad con las conductas alimentarias por proingesta.

Esta dependencia ya sea por rasgos de proingesta o antiingesta, hace pensar que la conducta alimentaria es un ámbito para considerar en los problemas de crecimiento de los niños/as, además de ser un factor que puede ayudar a prevenir estos problemas en las etapas posteriores a la niñez.

Particularmente para esta investigación la variación de los puntajes de la dimensión proingesta que contiene cuatro sub dimensiones disfrute de los alimentos, respuesta a los alimentos, sobrealimentación emocional, y deseo de beber han producido una variación en el estado nutricional por IMC, de los niños/as de la comunidad de Quilloac, haciendo imperante que este conocimiento acerca del comportamiento alimentario de los niños/as considerando las dimensiones de la conducta alimentaria y la dependencia que existe con el estado nutricional sea aprovechado para mejorar el estado de salud de los niños/as de la comunidad con la intervención de sus tutores.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Con respecto al objetivo general, se concluye que existe una relación de dependencia entre la alteración del estado nutricional por obesidad o sobrepeso y la conducta alimentaria por proingesta que se manifiestan en una alta tendencia de los niños de la comunidad de Quilloac a alimentarse más por el deseo de comer, por situaciones emocionales negativas, por el deseo de consumir bebidas azucaradas y por la respuesta a estímulos alimentarios.

Con respecto a los objetivos específicos se concluye que los niños de la Comunidad de Quilloac mayormente pertenecen a hogares que disponen de todos los servicios básicos, con familias tipo nucleares y extensas en los cuales sus padres son económicamente activos que ganan más de un salario mínimo vital y donde la madre u otro pariente cercano tío o abuelo se responsabilizan del cuidado del niño/a.

Con respecto a la conducta alimentaria se concluye que los comportamientos alimentarios que se manifiestan en el comer constante (papas, arroz, golosinas, etc.) durante el día, pedir constante de comida, comer todo el tiempo, apetito insaciable, deseo de beber, pedir constante de agua o algo para la sed, y cualquiera bebida (jugo, cola, agua aromática de panela) durante el día, son particulares de los de los niños /as de la Comunidad de Quilloac y se refieren a los rasgos proingesta de la conducta alimentaria.

Con respecto al estado nutricional de los niños de la comunidad de Quilloac, se concluye que existe una alteración del estado nutricional por sobrepeso que es más común en las niñas y por la obesidad que es más común en los niños de la comunidad de Quilloac.

Con respecto a la hipótesis se concluye que esta se cumple porque en todas las subdimensiones de la proingesta, deseo de beber (60%), respuesta a los alimentos (92%), sobrealimentación emocional (100%), disfrute de alimentos (75%), más del 50% de los niños de la comunidad de Quilloac presenta una conducta alimentaria proingesta positiva y alteración del estado nutricional por sobrepeso u obesidad.

Recomendaciones

Se recomienda socializar los resultados evidenciados en esta investigación con los directivos de la Comunidad de Quilloac del Cantón Cañar, con la finalidad de coordinadamente proponer estrategias sobre los niños y sus familias para corregir las malas conductas asociadas a la respuesta a los alimentos y el deseo de beber.

Se recomienda que parte de la socialización sea dado un taller acerca de ambientes obesogénicos que cuente con la ayuda de un nutricionista que asesore y oriente a los padres de familia de la Comunidad de Quilloac entorno a la nutrición y este tipo de ambientes.

Así también sobre prácticas parentales para promover las conductas y hábitos saludables de alimentación en etapas de infancia y preadolescencia, estos talleres deberían ser orientados primeramente a los sectores de San Nicolás, Punguloma y Narrio que presentaron puntuaciones medias más altas en las subdimensiones de proingesta de la conducta alimentaria y posteriormente a los sectores de Hierba buena, Junducucho y Solitario.

LISTA DE REFERENCIAS

- Acero Chuma, M. D. J. (2014). Cultura alimentaria y estado nutricional del Club de Madres del Subcentro de Salud de la comunidad Quilloac, cantón Cañar, provincia de Cañar 2014. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/7660>
- Aguilar Piña, P. (2014). Cultura y alimentación. Aspectos fundamentales para una visión comprensiva de la alimentación humana. *Anales de Antropología*, 48(1), 11–31. [https://doi.org/10.1016/S0185-1225\(14\)70487-4](https://doi.org/10.1016/S0185-1225(14)70487-4)
- Aktaş Arnas, Y. (2006). The effects of television food advertisement on children's food purchasing requests. *Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 48(2), 138–145. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2006.02180.x>
- Álvarez Ochoa, R. I., Cordero, G. del R., Vásquez Calle, M. A., Altamirano Cordero, L. C., & Gualpa Lema, M. C. (2017). Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(6), 88–95.
- Ashcroft, J., Semmler, C., Carnell, S., van Jaarsveld, C. H. M., & Wardle, J. (2008). Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(8), 985–990. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602855>
- Atik, D., & Ertekin, Z. (2013). Children's perception of food and healthy eating: Dynamics behind their food preferences. <https://doi.org/10.1111/J.1470-6431.2011.01049.X>
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 32(1), 20–39. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>

- Behar Astudillo, R., & Behar Astudillo, R. (2020). El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(2), 171–185.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000200171>
- Benarroch, A., Pérez, S., & Perales, J. (2011). Factores que influyen en las conductas alimentarias de los adolescentes: Aplicación y validación de un instrumento diagnóstico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(3), 1219–1244.
- Berrío, M. F. S. (2012). La migración en Ecuador y su impacto en la familia y la escuela [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidade de Santiago de Compostela].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=109442>
- Berthoud, H.-R. (2004). Neural control of appetite: Cross-talk between homeostatic and non-homeostatic systems. *Appetite*, 43(3), 315–317.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.04.009>
- Berthoud, H.-R. (2006). Homeostatic and non-homeostatic pathways involved in the control of food intake and energy balance. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14 Suppl 5, 197S-200S.
<https://doi.org/10.1038/oby.2006.308>
- Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to eat: Birth to age 2 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 723S-8S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069047>
- Briones, M. F. B., Adrián, P. M. L., Lorena, R. M. J., & Zulema, V. M. D. (2019). Las emociones y su impacto en la alimentación. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 2019–07. <https://ideas.repec.org/a/erv/rccsrc/y2019i2019-07111.html>
- Bustos A., E., Cádiz C., M., Etchegaray A., K., Castillo V., O., Bustos A., E., Cádiz C., M., Etchegaray A., K., & Castillo V., O. (2021). Comportamiento alimentario, suficiencia

- dietaria y estado nutricional en niños entre 6 a 18 meses. *Andes pediátrica, AHEAD*, 0–0.
<https://doi.org/10.32641/aodespediatr.v92i5.3523>
- Carrasco-Marín, F., Pérez-Villalobos, C., Cruzat-Mandich, C., Carrasco-Marín, F., Pérez-Villalobos, C., & Cruzat-Mandich, C. (2020). Cuestionario para medir conductas alimentarias de riesgo de malnutrición por exceso en adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 37(1), 37–45. <https://doi.org/10.20960/nh.02666>
- Castrillón, I., & Roldán, O. I. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 57–74.
- Comisión técnica de consumo, nutrición y salud alimentaria. (2013). *Ley orgánica de consumo, nutrición y salud alimentaria*. <http://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/04/Propuesta-Ley-Consumo-Final.pdf>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9503.pdf>
- Correa Serpa, L. F. (2017). *Plan Estratégico de Desarrollo Turístico Sostenible para la comunidad Quilloac, parroquia Cañar, cantón Cañar, provincia Cañar*.
<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/21282>
- Dammann, K., & Smith, C. (2010). Food-related attitudes and behaviors at home, school, and restaurants: Perspectives from racially diverse, urban, low-income 9- to 13-year-old children in Minnesota. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(6), 389–397.
<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.09.003>

- De Toro, V., Aedo, K., & Urrejola, P. (2021). Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes pediátrica*, 92(2), 298–307. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794>
- De Toro, V., Aedo, K., Urrejola, P., De Toro, V., Aedo, K., & Urrejola, P. (2021). Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes pediátrica*, 92(2), 298–307. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794>
- Díaz Beltrán, M. D. P. (2014). Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(2), 237–245. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n2.45414>
- Domínguez, P. R. (2011). Factores determinantes del consumo infantil de verduras [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Granada]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63062>
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249–255.
- Elena Moreira, M. (2001). *Human rights in the new Ecuadorian Constitution* (4th ed). Abya-Yala Editions.
- Encina V, C., Gallegos L, D., Espinoza M, P., Arredondo G, D., Palacios C, K., Encina V, C., Gallegos L, D., Espinoza M, P., Arredondo G, D., & Palacios C, K. (2019). Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 254–263. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000300254>

- Fonseca González, Z., Quesada Font., A. J., Meireles Ochoa., M. Y., Cabrera Rodríguez., E., Boada Estrada., A. M., Fonseca González, Z., Quesada Font., A. J., Meireles Ochoa., M. Y., Cabrera Rodríguez., E., & Boada Estrada., A. M. (2020). La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed*, 24(1), 237–246.
- Godoy L, F. (2015). Trastorno del comedor compulsivo: Incorporación del concepto en la salud pública chilena. *Revista chilena de nutrición*, 42(4), 399–403.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75182015000400012>
- Gómez, M. A. C. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. *Cultura, dieta y diabetes*. Undefined.
<https://www.semanticscholar.org/paper/La-cultura-como-configurador-de-estilos-antag%C3%B3nicos-G%C3%B3mez/5b251830b5ba504fdf1a87a8f5aad9dab68e075f>
- Gonzáles, J., & Méndez, P. (2018). El niño mal comedor y la importancia de un buen comienzo. *BOL PEDIATR*, 58, 107–116.
- Henríquez, F., Lanuza, F., Bustos, L., González, A., Hazbún Game, J., & Yilmaz, C. (2018). Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1049–1053. <https://doi.org/10.20960/nh.1803>
- Henríquez Konings, F., Lanuza Rilling, F., Bustos Medina, L., González San Martín, A., Hazbún Game, J., Henríquez Konings, F., Lanuza Rilling, F., Bustos Medina, L., González San Martín, A., & Hazbún Game, J. (2018). Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1049–1053.
<https://doi.org/10.20960/nh.1803>
- Herle, M., Stavola, B. D., Hübel, C., Ferreira, D. L. S., Abdulkadir, M., Yilmaz, Z., Loos, R. J. F., Bryant-Waugh, R., Bulik, C. M., & Micali, N. (2020). Eating behavior trajectories in

- the first 10 years of life and their relationship with BMI. *International Journal of Obesity* (2005), 44(8), 1766–1775. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0581-z>
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (6ta ed.). Editorial Mc Graw Hill.
- INEC. (2016). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>
- INEC. (2021). *Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2018/Marzo-2018/032018_Presentacion_M_Laboral.pdf
- Iza Torres, C. E. (2021). *Patrón de consumo de alimentos y riesgo cardiovascular en la población indígena de agricultores de la Parroquia de Chugchilán del Cantón Sigchos 2019-2020*. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/18941>
- Köster, M. A., Prescott, J., & Köster, E. P. (2004). Incidental learning and memory for three basic tastes in food. *Chemical Senses*, 29(5), 441–453. <https://doi.org/10.1093/chemse/bjh047>
- Kumanyika, S. K., Van Horn, L., Bowen, D., Perri, M. G., Rolls, B. J., Czajkowski, S. M., & Schron, E. (2000). Maintenance of dietary behavior change. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(1S), 42–56. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.suppl1.42>
- López, E. V., & Pilatasig, B. A. T. (2018). La migración interna de los campesinos hacia las zonas urbanas en el Ecuador. *Visionario Digital*, 2(4), 5–18. <https://doi.org/10.33262/visionariodigital.v2i4.96>

- López-Espinoza, A., Martínez Moreno, A. G., & Aguilera Cervantes, V. G. (2018).
Investigaciones en comportamiento alimentario. Reflexiones, alcances y retos.
- Macedo-Ojeda, G., Vizmanos-Lamotte, B., Márquez-Sandoval, Y. F., Rodríguez-Rocha, N. P.,
López-Uriarte, P. J., & Fernández-Ballart, J. D. (2013). Validation of a semi-quantitative
food frequency questionnaire to assess food groups and nutrient intake. *Nutricion
Hospitalaria*, 28(6), 2212–2220. https://doi.org/10.3305/nutr_hosp.v28in06.6887
- Macias M, A. I., Gordillo S, L. G., & Camacho R, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en
edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3),
40–43. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>
- Marín B., V., & Castillo D., C. (2000). El niño que no quiere comer. *Revista chilena de pediatría*,
71(2), 139–141. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062000000200010>
- Márquez-Sandoval, Y. F., Salazar-Ruiz, E. N., Macedo-Ojeda, G., Altamirano-Martínez, M. B.,
Bernal-Orozco, M. F., Salas-Salvadó, J., & Vizmanos-Lamotte, B. (2014). Diseño y
validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes
mexicanos del área de la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 30(1), 153–164.
<https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.1.7451>
- Martín-Aragón, S. (2007). El niño que no come. *Farmacia Profesional*, 21(9), 47–52.
- Martínez, M. C. G., & Arnal, R. B. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y
otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de psicología*, 21(1), 58–65.
- Martínez, M., & Martínez, A. M. (2012). La Educación Alimentaria Y Nutricional Desde Una
Dimensión Sociocultural Como Contribución A La Seguridad Alimentaria Y Nutricional.
Contribuciones a Las Ciencias Sociales, 2011–12.
<https://ideas.repec.org/a/erv/coccss/y2011i2011-1231.html>

- Martínez Moreno, A. G., López-Espinoza, A., Navarro Meza, M., López-Uriarte, P., & Salazar Estrada, J. G. (2014). Trastornos de la conducta de beber: Una propuesta de investigación. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(1), 58–69.
- Moon, A., & Berenbaum, H. (2009). Emotional awareness and emotional eating. *Cognition and Emotion*, 23(3), 417–429. <https://doi.org/10.1080/02699930801961798>
- Moreno, A. G. M., López-Espinoza, A., & Reséndiz, F. de J. D. (2007). Modelos de regulación en conducta alimentaria. *Investigación en Salud*, 9(3), 172–177.
- Morocho Guamán, P. C., Orellana Puma, A. M., & Quintuña Carchichabla, C. L. (2014). Estado nutricional y su relación con el consumo de alimentos de los niños/niñas del Centro Educativo Comunitario Rumiñahui de la comunidad de Quilloac. Cañar, 2014. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20964>
- MSP. (2018). Atención Integral de Salud en Contextos Educativos. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/Manual-MAIS-CE.pdf>
- MSP & Ministerio de Educación. (2014). Instructivo del Sistema de control del crecimiento y estado nutricional de los niños de Educación Inicial (Sicene). Scribd. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/Instructivo-SICENE.pdf>
- OMS. (2007). Nuevos patrones de crecimiento de la OMS. http://euaem1.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2987/6_OP%23699_Nuevos%20patrones%20de%20crecimiento%20de%20la%20OMS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Osorio E., J., Weisstaub N., G., & Castillo D., C. (2009). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280–285. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>

- Oyarce, K., Valladares, M., Elizondo, R., & Obregón, A. M. (2016). Conducta alimentaria en niños. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1461–1469. <https://doi.org/10.20960/nh.810>
- Palomino-Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(2), 286–291. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- Pichasaca Solano, L. M. (2013). Diseño de un Producto Turístico Cultural para la Fiesta del Pawcar Raymi en la comunidad de Quilloac, parroquia Cañar y cantón Cañar. <http://dspace.espoch.edu.ec/handle/123456789/2768>
- Protudjer, J. L. P., Marchessault, G., Kozyrskyj, A. L., & Becker, A. B. (2010). Children's perceptions of healthful eating and physical activity. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research: A Publication of Dietitians of Canada = Revue Canadienne De La Pratique Et De La Recherche En Dietetique: Une Publication Des Dietetistes Du Canada*, 71(1), 19–23. <https://doi.org/10.3148/71.1.2010.19>
- Punin Solano, M. M. (2016). Estilos de crianza en familias indígenas Cañaris. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25700>
- Ramírez, A. T. R., & Méndez, M. G. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 3(45), 85–95.
- Ramos, M., Levin, L., Adúriz-Bravo, A., & Meinardi, E. (2007). Estudio de problemas alimentarios de origen social. *Alambique: Didáctica de las ciencias experimentales*, 51, 114–121.
- Rivera Muñoz, L. M. (2018). Actitudes y prácticas de alimentación infantil de cuidadores principales, conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares de la Comuna de Curanilahue. <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/3344>

- Rodríguez, D. (2018). Alimentación y emociones una sinergia fundamental para nuestro bienestar [Educación Emocional y Bienestar, Universidad de Barcelona].
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118538/7/TFP%20Daniel%20Rodriguez.pdf>
- Sánchez Benito, J. L., & Pontes Torrado, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148–2150.
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6061>
- Sánchez, U., Weisstaub, G., Santos, J. L., Corvalán, C., & Uauy, R. (2016). GOCS cohort: Children's eating behavior scores and BMI. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70(8), 925–928. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.18>
- Serpa, C., & Fernando, L. (2017). Plan Estratégico de Desarrollo Turístico Sostenible para la comunidad Quilloac, parroquia Cañar, cantón Cañar, provincia Cañar.
<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/21282>
- Setton, D., & Duran, P. (2018). Desarrollo de la conducta alimentaria en las primeras etapas.
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=61640>
- Solano, P., & María, L. (2013). Diseño de un Producto Turístico Cultural para la Fiesta del Pawcar Raymi en la comunidad de Quilloac, parroquia Cañar y cantón Cañar.
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/2768>
- Suárez, A. S., & Baquero, L. Q. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 2(2), 7–16. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.2201>
- Suárez Cortina, L., & Muñoz Calvo, M. T. (2007). Manual práctico de nutrición en pediatría. Ergon.

- Suárez, M. F., Cuenca, R. C., & Hurtado, C. D. (2012). Incidencia de la emigración familiar en el ámbito escolar y emocional en los niños/as de las provincias de Imbabura y Carchi-Ecuador. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/661432>
- Svensson, V., Lundborg, L., Cao, Y., Nowicka, P., Marcus, C., & Sobko, T. (2011). Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight—Factorial validation of the Children’s Eating Behaviour Questionnaire. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 134. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-134>
- UNESCO. (2015). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- UNICEF. (2012). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF. (2019). Estado Mundial de la Infancia 2019. <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
- Vargas Calle, A. M. M. (2021). Conductas alimentarias en población indígena y su relación con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la parroquia Juan Benigno Vela. <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/32834>
- Viatcheslav, deGariné. (2016). Antropología de la alimentación (Primera). Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidad. http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/esthom/pdfs/antropologia_de_%20la_alimentacion.pdf

Villegas, P. (2015). *Alli mikushka*, educación en alimentación y nutrición para la población indígena [Medicina familiar y comunitaria, UTA].

<https://1library.co/document/q02rp73y-alli-mikushka-educacion-alimentacion-nutricion-poblacion-indigena.html>

Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(7), 963–970. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792>

Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID).

Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 47(4), 95–103.

<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Adaptación al castellano del Child

Eating Behaviour Questionnaire, CEBQ)

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Cada rato	Siempre
1) El o La guagua termina su comida rapidito					
2) Mi guagua se interesa por las comidas y alimentos que le doy					
3) Mi guagua no sabe querer alimentos que no conoce o que se le ofrece por primera vez					
4) Mi guagua disfruta cuando le doy gran variedad de alimentos					
5) Mi guagua come más cuando le veo que está preocupado					
6) Mi guagua nunca termina la comida que se le da en el café el almuerzo o la merienda					
7) Mi guagua se demora mucho para acabar de almorzar					
8) Mi guagua es desesperado para ir a comer					
9) Mi guagua come poco cuando se enoja por algo que le dije o hice					
10) Mi guagua siempre disfruta de lo que le doy					
11. Mi guagua rapidito se llena					
12 Mi guagua le gusta probar alimentos que no le eh dado					
13. Mi guagua siempre rechaza algo nuevo que quiero darle sin probarlo					
14 A mi guagua le gusta mucho comer y comer					
15 Mi guagua es comelón cuando se siente con iras					
16. Mi guagua siempre pide agua o algo para la sed					
17. Mi guagua hasta para comer es más vago					
18. Si hubiera mucho que tomar mi guagua todo eso se acabaría					
19. Mi guagua es más pedilón de comida					
20. Mi guagua solo come cuando esta aburrido					
21. Mi guagua quiere estar solo comiendo					
22. Mi guagua es más escogido y a veces no sé qué darle de comer					
23 Mi guagua hasta lleno se come lo que le gusta					
24. Mi guagua toma cualquier cosa liquida (jugo, agua aromática de panela,) durante el día					
25 Mi guagua se cansa y parece que no come mucho					
26 Mi guagua se pega cualquier cosa de comer (papas, arroz, golosinas etc.) durante el día					
27. Mi guagua es más lento para comer hasta juguetea con la comida					
28 Mi guagua le gusta mucho probar comida que no ha comido antes					

Fuente: Adaptado de Encina et al., (2019)

Anexo 2. Encuesta socioeconómica del tutor del niño/a

Datos de identificación

- 1 Nombres y apellidos del niño o la niña. _____
- 2 Fecha del nacimiento del niño o la niña.
- | Año | | | | Mes | | Día | |
|-----|--|--|--|-----|--|-----|--|
| | | | | | | | |
- 3 Sexo del niño o la niña
- | | | | |
|--------|--|-------|--|
| Hombre | | Mujer | |
|--------|--|-------|--|
- 4 ¿Qué es usted para la niña o el niño?
- | | | | |
|------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Papá | <input type="checkbox"/> | Abuelo | <input type="checkbox"/> |
| Mamá | <input type="checkbox"/> | Otro, especifique _____ | |
- 5 ¿Cómo se identifica su niño o la niña?
- | | |
|----------|--------------------------|
| Indígena | <input type="checkbox"/> |
| Mestizo | <input type="checkbox"/> |
- 6 ¿En qué sector vive el niño o la niña?
-

Características de vivienda y hogar donde permanece el niño o la niña

Bloque de servicios

Lea con atención y conteste la respuesta que corresponda si tiene duda acérquese a la responsable de la encuesta para despejar, cualquier duda. Marque con una X la respuesta que corresponda.

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 7 ¿Tiene energía eléctrica la casa donde vive el niño o la niña? | i | o | | |
| 8 ¿Tiene alcantarillado la casa donde vive el niño o la niña? | i | o | | |
| 9 ¿Tiene agua potable la casa donde vive el niño o la niña? | i | o | | |
| 10 ¿Existe recolección de basura cercana a la casa donde vive el niño o la niña? | i | o | | |
| 11 ¿Dispone de teléfono fijo o convencional la casa donde vive el niño o la niña? | i | o | | |
| 12 ¿Dispone de acceso a internet la casa donde vive el niño o a niña? | i | o | | |
| 13 ¿Para comunicación dispone de telefonía celular? | i | o | | |

Si la respuesta a la pregunta 1.14 es afirmativa. ¿Indique número telefónico?

Bloque de vivienda

14 ¿La casa donde vive el niño es?

Propia		
Arrendada		
Prestada		

15 ¿Estructura de la casa donde vive el niño o la niña?

Ladrillo		
Bloque		
Madera		
Adobe		
Otro, ¿cuál?		_____

16 ¿Tiene animales dentro de la casa como cuyes, gallinas, gatos, perros, etc.?

SI		
NO		

Bloque de la familia

17 ¿Cuántas personas viven en la casa? (Inclúyase usted) | |

18 ¿Cuál es la posición del niño o la niña en relación a sus hermanos?

Primero		
Segundo		
Tercero		
Otro, ¿cuál?		_____

19 ¿Dispone de un cuarto específico para cocina en la casa donde vive el niño o la niña?

SI		
NO		

20 ¿Dispone de baño en la casa donde vive el niño o la niña?

SI		
NO		

21 ¿Número de dormitorios que tiene la casa donde vive el niño o la niña?

Uno	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Otro, cuál	_____

22 ¿Cuántas personas duermen en cada dormitorio?

Uno	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Más de tres	<input type="checkbox"/>

23 ¿Con quién duerme el niño o la niña?

Papá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique	_____	

24 ¿Con que tipo de familia identifica usted que vive el niño o la niña?

Papá, mamá e hijos

Papá, hijos, más abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Solo papá, solo mamá con hijos.

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

25 ¿Alguna de estas personas cuida al niño/a cuando usted se ausenta?

Papá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herm ano (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique	_____	

26 ¿Cuál es el rango de edad del padre y madre del niño o la niña?

Pad re	< de 18 años	<input type="checkbox"/>	18 a 28 años	<input type="checkbox"/>	29 a 39 años	<input type="checkbox"/>	más de 40 años	<input type="checkbox"/>
Ma dre	< de 18 años	<input type="checkbox"/>	18 a 28 años	<input type="checkbox"/>	29 a 39 años	<input type="checkbox"/>	más de 40 años	<input type="checkbox"/>

Bloque de salud y educación

27 ¿Con qué frecuencia visita al médico su niño o niña?

Mensual		
Cada 6 meses		
Cuando se enferma		
Anual		
Nunca		

28 ¿A dónde acude su niña o niño para atención médica?

Centro de salud / hospital		
Seguro social		
Médico particular		
Farmacia / naturista		

29 ¿Cuenta con algún seguro médico su niño o niña?

IESS		
Seguro privado		
Dispensario municipal		
Dispensario público		
Ninguno		
Otro, ¿cuál?	_____	

30 ¿Nivel de educación del niño o la niña?

Primero a tercero de básica		
Cuarto a séptimo de básica		
Ninguno		

Bloque de inserción social

Ocupación

31 ¿En cuál de los siguientes segmentos trabaja el principal responsable del ingreso económico del hogar donde vive el niño o la niña?

Profesional o técnico que ejerce independientemente		
Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)		
Empleado público titulado (profesional o técnico)		

Empleado de empresa particular no titulado
 Empleado público no titulado
 Artesano
 Comerciante propietario de pequeño negocio
 Propietario de empresa industrial, comercial o de servicio
 Obrero o trabajador manual de empresa no propia
 Jornalero o peón
 Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico
 Empleada doméstica
 Trabajadora familiar sin remuneración fija (ama de casa)
 Jubilado de IESS, ISFA, ISPOL
 Militar o policía
 Agricultor
 Ninguno (desempleado/a)
 Otra, ¿cuál?

32 ¿Cuál es la función que desempeña en su trabajo el principal responsable del ingreso económico del hogar donde vive el niño o la niña?

Hace el trabajo
 Hace y dirige el trabajo
 Dirige y organiza el trabajo de otros
 No aplica, desempleado

33 ¿Cuánto es el promedio del ingreso económico mensual del responsable del hogar donde vive el niño o niña?

Menos de \$500
 Más de \$500
 Más de \$1000

Anexo 3. Técnicas para la toma del peso y la talla en niños

Cree un ambiente propicio, donde los niños se vean motivados por la actividad del pesaje y tallado.



Los niños, para ser pesados, deben estar descalzos y libres de cualquier objeto pesado, preferiblemente con camiseta y pantaloneta.



Coloque un papel en la balanza por seguridad higiénica de los niños.



Ubique al niño/a en el centro de la balanza con los pies ligeramente separados.



Asegúrese de que los brazos del niño/a estén ubicados de forma relajada a los costados del cuerpo.



Corrija la posición de la espalda, esta debe estar recta.



Pídale que se quede quieto con la mirada al frente.



Una vez estabilizados los números en la pantalla de la balanza, registre cuidadosamente el peso indicado.



Para el caso de las balanzas que no correspondan a este modelo, debe esperar simplemente la estabilización de los números en la pantalla.



Para volver a pesar, debe esperar que la balanza se haya puesto nuevamente en cero.



Conduzca al niño o la niña a la zona de medida procurando ubicarlo exactamente debajo del tallímetro. Usted debe encontrarse a su misma altura.



En el caso de las niñas, retirar los ornamentos de la cabeza que vayan a alterar la exactitud de la medida (lazos, diademas, moños o trenzas).



Verifique que los pies se encuentren ligeramente separados y los talones pegados a la pared.



Acomode las pantorrillas y los glúteos.



Coloque los omoplatos del niño o niña a la superficie plana.



Acomode la cabeza del niño o niña de manera que entre el vértice externo de la vista y la parte superior del orificio del oído forme una línea horizontal imaginaria, la misma que debe ser perpendicular a la pared.



Presione ligeramente el abdomen del niño/a para que se estire el máximo de su talla.



Desplace hacia abajo el tallimetro hasta que toque la cabeza del niño/a.



Anexo 4. Hoja de recolección de datos antropométricos

Exclusiva para el llenado de información de la investigación

Fecha de nacimiento	Año			Mes		Día	

Edad del niño/a Año/os Meses

Sexo del niño/a Femenino Masculino

Peso del niño/a

Peso 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
Peso 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
Peso 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg

Talla del niño/a

Talla 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cm
Talla 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Talla 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cm

IMC del niño o la niña

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg/m ²
----------------------	----------------------	----------------------	-------------------

Clasificación de IMC. Utilizar tablas de referencia para estado nutricional de niños y niñas de 5 a 18 años.

Desnutrición leve	<input type="text"/>
Desnutrición moderada	<input type="text"/>
Desnutrición crónica	<input type="text"/>
Sobrepeso	<input type="text"/>
Obesidad	<input type="text"/>

Anexo 5. Valores de referencia de la OMS para calcular el Estado Nutricional, con el uso de las tablas de IMC para la edad de los niños de 5 a 18 años

Tabla de IMC Para la Edad, de NIÑOS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años:meses)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 to < -2 SD (IMC)	Normal ≥ -2 to ≤ +1 SD (IMC)	Sobrepeso > +1 to ≤ +2 SD (IMC)	Obesidad > +2 SD (IMC)
5:1	menos de 12.1	12.1–12.9	13.0–16.6	16.7–18.3	18.4 o más
5:6	menos de 12.1	12.1–12.9	13.0–16.7	16.8–18.4	18.5 o más
6:0	menos de 12.1	12.1–12.9	13.0–16.8	16.9–18.5	18.6 o más
6:6	menos de 12.2	12.2–13.0	13.1–16.9	17.0–18.7	18.8 o más
7:0	menos de 12.3	12.3–13.0	13.1–17.0	17.1–19.0	19.1 o más
7:6	menos de 12.3	12.3–13.1	13.2–17.2	17.3–19.3	19.4 o más
8:0	menos de 12.4	12.4–13.2	13.3–17.4	17.5–19.7	19.8 o más
8:6	menos de 12.5	12.5–13.3	13.4–17.7	17.8–20.1	20.2 o más
9:0	menos de 12.6	12.6–13.4	13.5–17.9	18.0–20.5	20.6 o más
9:6	menos de 12.7	12.7–13.5	13.6–18.2	18.3–20.9	21.0 o más
10:0	menos de 12.8	12.8–13.6	13.7–18.5	18.6–21.4	21.5 o más
10:6	menos de 12.9	12.9–13.8	13.9–18.8	18.9–21.9	22.0 o más
11:0	menos de 13.1	13.1–14.0	14.1–19.2	19.3–22.5	22.6 o más
1:6	menos de 13.2	13.2–14.1	14.2–19.5	19.6–23.0	23.1 o más
12:0	menos de 13.4	13.4–14.4	14.5–19.9	20.0–23.6	23.7 o más
12:6	menos de 13.6	13.6–14.6	14.7–20.4	20.5–24.2	24.3 o más
13:0	menos de 13.8	13.8–14.8	14.9–20.8	20.9–24.8	24.9 o más
13:6	menos de 14.0	14.0–15.1	15.2–21.3	21.4–25.3	25.4 o más
14:0	menos de 14.3	14.3–15.4	15.5–21.8	21.9–25.9	26.0 o más
14:6	menos de 14.5	14.5–15.6	15.7–22.2	22.3–26.5	26.6 o más
15:0	menos de 14.7	14.7–15.9	16.0–22.7	22.8–27.0	27.1 o más
15:6	menos de 14.9	14.9–16.2	16.3–23.1	23.2–27.4	27.5 o más
16:0	menos de 15.1	15.1–16.4	16.5–23.5	23.6–27.9	28.0 o más
16:6	menos de 15.3	15.3–16.6	16.7–23.9	24.0–28.3	28.4 o más
17:0	menos de 15.4	15.4–16.8	16.9–24.3	24.4–28.6	28.7 o más
17:6	menos de 15.6	15.6–17.0	17.1–24.6	24.7–29.0	29.1 o más
18:0	menos de 15.7	15.7–17.2	17.3–24.9	25.0–29.2	29.3 o más

Anexo 6. Valores de referencia de la OMS para calcular el Estado Nutricional, con el uso de las tablas de IMC para la edad de las niñas de 5 a 18 años

Tablade IMC Para la Edad, de NIÑAS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años:meses)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 to < -2 SD (IMC)	Normal ≥ -2 to ≤ +1 SD (IMC)	Sobrepeso > +1 to ≤ +2 SD (IMC)	Obesidad > +2 SD (IMC)
5:1	menos de 11.8	11.8–12.6	12.7–16.9	17.0–18.9	19.0 o más
5:6	menos de 11.7	11.7–12.6	12.7–16.9	17.0–19.0	19.1 o más
6:0	menos de 11.7	11.7–12.6	12.7–17.0	17.1–19.2	19.3 o más
6:6	menos de 11.7	11.7–12.6	12.7–17.1	17.2–19.5	19.6 o más
7:0	menos de 11.8	11.8–12.6	12.7–17.3	17.4–19.8	19.9 o más
7:6	menos de 11.8	11.8–12.7	12.8–17.5	17.6–20.1	20.2 o más
8:0	menos de 11.9	11.9–12.8	12.9–17.7	17.8–20.6	20.7 o más
8:6	menos de 12.0	12.0–12.9	13.0–18.0	18.1–21.0	21.1 o más
9:0	menos de 12.1	12.1–13.0	13.1–18.3	18.4–21.5	21.6 o más
9:6	menos de 12.2	12.2–13.2	13.3–18.7	18.8–22.0	22.1 o más
10:0	menos de 12.4	12.4–13.4	13.5–19.0	19.1–22.6	22.7 o más
10:6	menos de 12.5	12.5–13.6	13.7–19.4	19.5–23.1	23.2 o más
11:0	menos de 12.7	12.7–13.8	13.9–19.9	20.0–23.7	23.8 o más
11:6	menos de 12.9	12.9–14.0	14.1–20.3	20.4–24.3	24.4 o más
12:0	menos de 13.2	13.2–14.3	14.4–20.8	20.9–25.0	25.1 o más
12:6	menos de 13.4	13.4–14.6	14.7–21.3	21.4–25.6	25.7 o más
13:0	menos de 13.6	13.6–14.8	14.9–21.8	21.9–26.2	26.3 o más
13:6	menos de 13.8	13.8–15.1	15.2–22.3	22.4–26.8	26.9 o más
14:0	menos de 14.0	14.0–15.3	15.4–22.7	22.8–27.3	27.4 o más
14:6	menos de 14.2	14.2–15.6	15.7–23.1	23.2–27.8	27.9 o más
15:0	menos de 14.4	14.4–15.8	15.9–23.5	23.6–28.2	28.3 o más
15:6	menos de 14.5	14.5–15.9	16.0–23.8	23.9–28.6	28.7 o más
16:0	menos de 14.6	14.6–16.1	16.2–24.1	24.2–28.9	29.0 o más
16:6	menos de 14.7	14.7–16.2	16.3–24.3	24.4–29.1	29.2 o más
17:0	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.5	24.6–29.3	29.4 o más
17:6	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.6	24.7–29.4	29.5 o más
18:0	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.8	24.9–29.5	29.6 o más

Anexo 7. Consentimiento informado para el tutor legal del niño

TEMA: Conducta alimentaria y estado nutricional de los niños de la Comunidad de Quilloac del Cantón Cañar 2021.

INVESTIGADOR: María Eugenia Bermeo Pinguil. Profesional de enfermería.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: en los espacios asignados para las reuniones de la comunidad de Quilloac.

1.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN, El presente estudio es relevante porque contribuirá a que los cuidadores (madres, padres, tutores) cuenten con información particularizada al contexto de la comunidad Quilloac acerca del comportamiento relacionado con la alimentación en la familia de esta forma poder establecer medidas que prevengan y abordar estos problemas desde lo comunitario y familiar para así combatir la malnutrición de la población infantil de la comunidad de Quilloac.

2.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN. Relacionar la conducta alimentaria de los niños de la comunidad de Quilloac con el nivel de malnutrición de los niños en edades de 5 a 11 años.

3.- BENEFICIOS DEL ESTUDIO. Los resultados obtenidos del presente estudio ayudarán a resolver el problema de la malnutrición infantil desde las dimensiones de conductas alimentarias de los niños/as y las condiciones socioeconómicas de las familias (madre u otra persona cuidadora del niño) de la comunidad de Quilloac.

4.- PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO. En caso de aceptar su participación en el presente estudio, se le realizará diversas preguntas sobre la conducta alimentaria y condiciones de vida del niño/a y se realizará una valoración antropométrica de peso y talla al niño/a y se procederá a realizarle una encuesta que a usted le demandará 30 minutos y serán completamente anónima sin embargo la información estará disponible en cualquier momento. La información se recolectará con la coordinación del presidente de la comunidad.

5.- RIESGOS ASOCIADOS DEL ESTUDIO. No se han determinado ningún riesgo que afecten a la salud de los participantes.

6.- ACLARACIONES.

Su decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la investigación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando la investigadora responsable no se lo solicite, puedo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante este estudio.

No recibirá remuneración alguna por su participación.

No existe ningún compromiso económico entre la investigadora y el lugar donde se llevará a cabo la investigación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo, a la investigadora responsable.

La información obtenida en este estudio será utilizada netamente para fines académicos, sin perjuicio que los resultados finales del estudio puedan ser utilizados como base para nuevos estudios de malnutrición y conducta alimentaria.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, proceder a firmar la Carta de Consentimiento Informado.

En caso de inquietudes comunicarse al correo mrub9730@gmail.com.

Yo.....he leído el consentimiento informado, solventando las inquietudes necesarias las mismas que fueron aclaradas por la investigadora y acepto participar junto a con mi niño voluntariamente en la presente investigación.

Firma del investigador responsable.....

Firma o huella del participante

Anexo 8. Asentimiento informado para el niño/a

**Título de proyecto: Conducta alimentaria y estado nutricional de los niños de la
Comunidad de Quilloac del Cantón Cañar 2021.**

EL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN. Es relacionar la conducta alimentaria de los niños de la comunidad de Quilloac con el nivel de malnutrición en los niños en edades de 5 a 11 años.

Hola mi nombre es María Eugenia Bermeo Pinguil y soy egresada de la MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Actualmente estoy realizando un estudio para ayudar a resolver el problema de la malnutrición infantil desde las dimensiones conductas alimentarias de los niños/as de la comunidad de Quilloac y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en realizarte una valoración antropométrica de peso y talla.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a establecer medidas que prevengan y aborden la malnutrición desde lo comunitario y familiar en la comunidad de Quilloac.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Huella _____

Anexo 9. Solicitud de ingreso a la comunidad de Quilloac del cantón Cañar para realizar la investigación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001- 073 CEAACES - 2013 - 13

INSTITUTO DE POSGRADO

Oficio 386-D
Julio 19, 2021

Arquitecto
Rumiñahui Pichizaca
PRESIDENTE COMUNIDAD DE QUILLOAC

De mi consideración:

Solicito de manera comedida se brinde las facilidades y acceso a información requerida de la institución que usted acertadamente dirige a la licenciada María Eugenia Bermeo Pinguil, estudiante de la maestría en Salud Pública mención Enfermería Familiar y Comunitaria, que se encuentran desarrollando su proyecto de trabajo de grado orientado a: "CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC DEL CANTÓN CAÑAR 2021".

Por la atención, le agradezco.

Cordialmente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

MSc. Lucía Yépez V.
DIRECTORA POSGRADO

María E. R.

IPG Instituto de Posgrado
DIRECCIÓN

Recibido 14/07/2021



Anexo 10. *Respaldo fotográfico de la toma de datos antropométricos y encuesta realizada en la comunidad de Quilloac*

Fotografía 1. *Asistencia a la valoración del estado nutricional*



Nota: La fotografía muestra la participación de los niños de la comunidad Quilloac el día

sábado 13 noviembre 2021

Fotografía 2. *Indicaciones y toma de la encuesta socioeconómica*



Nota: La fotografía muestra a la investigadora dando las indicaciones para el llenado de la encuesta socioeconómica el día sábado 13 de noviembre 2021

Fotografía 3. *Ayuda a los participantes en el llenado de la encuesta socioeconómica*



Nota: La fotografía muestra a la investigadora asesorando en el llenado de la encuesta socioeconómica el día domingo 14 de noviembre 2021