

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



***PREVALENCIA DE DIFICULTADES ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE
1 A 5 AÑOS DE EDAD EN RELACION CON EL DESARROLLO
PSICOMOTOR EN LA CIUDAD DE CUENCA DURANTE EL
PERIODO DE 6 MESES DEL 2013***

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

DIRECTORA:

Dra. MARÍA DE LOURDES HUIRACOCCHA TUTIVÉN.

ASESORA:

Dra. MARÍA DE LOURDES HUIRACOCCHA TUTIVÉN.

**CUENCA – ECUADOR
2013-2014**

RESUMEN

ANTECEDENTES: Las dificultades alimentarias afectan del 20 al 80% de los niños en el mundo.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el DPM en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del 2013

METODOLOGÍA: Estudio transversal, muestra aleatoria estratificada (7% de frecuencia, error de inferencia 3%, 95% de IC, más 10% de pérdidas: n=249). Se valoraron las dificultades alimentarias mediante un formulario, por encuestas al cuidador y el DPM mediante la escala del AIEPI. Los datos fueron tabulados y analizados en el SPSS versión 15.0.

RESULTADOS: De 249 niños/as que asisten a los centros de salud, la mayoría son masculinos con el 52,6%; en el 79.1% los cuidadores son maternos; el 42,97% son hijos de empleados. La mayoría de niños/as tienen un desarrollo psicomotriz normal con el 83,1%. La prevalencia de dificultades alimentarias es del 66%, encontrándose relación con la edad en meses, siendo un factor protector para la dificultad alimentaria (RP: 0,78, IC 95%: 0,62 – 0,99, p=0.05), ser hijo de obrero es factor de riesgo para tener dificultad alimentaria (RP: 2,40, IC 95%: 1,32 – 4,36, p<0,05). Finalmente existe relación entre retraso del DPM y dificultad alimentaria (RP: 0,41, IC 95%: 0,17 – 1,01, p=0.04). Indicando que no tener retraso del desarrollo psicomotor, es un factor protector para la dificultad alimentaria.

CONCLUSIONES: Los resultados nos indican que se debe comenzar a evaluar las dificultades alimentarias con el fin de mejorar el DPM de los niños/as.

PALABRAS CLAVES: salud pública, nutrición en salud pública, evaluación nutricional, dificultad alimentaria, desarrollo psicomotor.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



ABSTRACT

BACKGROUND: The feeding difficulties are affecting between 20 to 80% of children in the world.

OBJECTIVE: This study determined the prevalence of feeding difficulties in children of 1-5 years in relation to psychomotor development in the city of Cuenca during the period of 6 months in 2013.

METODOLOGY: Analytical Transversal stratified random sample (7% frequency, inference error 3%, 95% IC, plus 10% loss: n=249). We evaluated the feeding difficulties using a test and psychomotor development through scale of AIEPI. These data were tabulated and analyzed in SPSS version 15.0 program.

RESULTS: 249 children are attended in medical centers which the most are males with a 52.6%, a 79.1% are maternal caregivers, a 42.97% are employees' children. Most children have a normal psychomotor development with an 83.1%. The prevalence of feeding difficulties are a 66%, which is related to age in months and it's a protective factor for feeding difficulty (RP: 0.78, 95% IC 0.62 to 0.99, p=0.05). Children who are workers' sons have a risk factor for have feeding difficulty (RP: 2.40, 95% IC 1.32 to 4.36, p<0.05). Finally, there is relationship between psychomotor retardation and feeding difficulties (RP: 0.41, 95% IC 0.17 to 1.01, p=0.04). This shows us that don't have psychomotor retardation, is a protective factor for feeding difficulties.

CONCLUSION: The results show us that we must start to evaluate the feeding difficulties with the purpose to improve children psychomotor development.

KEYWORDS: public health, nutrition in public health, nutritional evaluation, feeding difficulties, psychomotor development.



INDICE

Resumen.....	2
Abstract	3
Índice	4
Responsabilidad.....	6
Agradecimiento y Dedicatoria.....	12
Introducción.....	16
Planteamiento del problema.....	17
Justificación y uso de resultados.....	18
Fundamento Teórico.....	19
Hipótesis y objetivos.....	33
Métodos y Técnicas.....	34
Tipo de estudio.....	34
Universo, muestra.....	34
Unidad de Análisis, criterios de inclusión y exclusión.....	36
Variables.....	37
Procedimientos para la recolección de la información.....	38
Aspectos éticos.....	39
Análisis estadístico.....	40
Resultados.....	45
Cronograma de Actividades.....	55
Recursos y Talentos.....	55
Discusión.....	57
Conclusiones.....	62

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Referencias Bibliográficas.....	63
Anexos.....	67

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Maritza Tatiana Segarra Ortega*, autora de la tesis "*Prevalencia de Dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el desarrollo psicomotor en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del 2013*", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 03 de Junio del 2014

Maritza Tatiana Segarra Ortega

C.I: 0104436910

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Silvia Patricia Tigre Fajardo*, autora de la tesis "*Prevalencia de Dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el desarrollo psicomotor en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del 2013*", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 03 de Junio del 2014

Silvia Patricia Tigre Fajardo

C.I: 0301972873

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *José Xavier Segarra Ortega*, autor de la tesis *“Prevalencia de Dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el desarrollo psicomotor en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del 2013”*, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 03 de Junio del 2014

José Xavier Segarra Ortega

C.I: 0104437579

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Maritza Tatiana Segarra Ortega, autora de la tesis *“Prevalencia de Dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el desarrollo psicomotor en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del 2013”*, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de Junio del 2014

Maritza Tatiana Segarra Ortega

C.I: 0104436910

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Silvia Patricia Tigre Fajardo, autora de la tesis *“Prevalencia de Dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el desarrollo psicomotor en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del 2013”*, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de Junio del 2014

Silvia Patricia Tigre Fajardo

C.I.: 0301972873

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, José Xavier Segarra Ortega, autor de la tesis *“Prevalencia de Dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el desarrollo psicomotor en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del 2013”*, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 03 de Junio del 2014

José Xavier Segarra Ortega

C.I: 0104437579

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



AGRADECIMIENTO

Es para nosotros un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con las personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término, expresándoles nuestro agradecimiento.

A Dios, por guiarnos en nuestra vida e iluminarnos en nuestro camino para ser grandes profesionales.

A nuestros padres que siempre estuvieron a nuestro lado dándonos su apoyo y enseñándonos a vencer cada obstáculo que se presente en nuestras vidas, a luchar y conseguir lo que nos propongamos.

A nuestros catedráticos, por compartir sus conocimientos, para así poder aplicarlos para bien, en cada momento de nuestra carrera. Un agradecimiento especial a la Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén directora y asesora de nuestra investigación por su tiempo, colaboración y por ser un ejemplo de vida para muchas mujeres cuencanas en la lucha de lo justo

Agradecemos a los centros y subcentros de Salud del cantón Cuenca, al equipo de profesionales que apoyaron la investigación.

A nuestros amigos y familiares, por su confianza, por darnos el ánimo y fuerza necesaria para continuar.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



DEDICATORIA

A Dios, quien dirige mi vida, me ilumina en cada momento de mi carrera y me hace ver lo bonito de la vida.

A mis padres, que siempre están en los buenos y en los malos momentos, y que me han ayudado para alcanzar mis metas con su incondicional apoyo, gracias porque sin ustedes todo sería más difícil y no estaría en el lugar en donde estoy ahora.

A mi hermano, Xavier a quien admiro mucho por ser una persona que lucha por sus metas y que jamás se da por vencido por más duros que sean los obstáculos; gracias a él formo parte de esta investigación.

A mi familia y amigos quienes comparten mis alegrías.

Mari Segarra



DEDICATORIA

Está dedicado a Dios por iluminarme y guiarme en cada parte de esta investigación, a mis padres y hermanos quienes día a día me apoyaron y brindaron su confianza para lograr la culminación de este proyecto, a los niños y niñas del estudio quienes fueron un punto clave para la elaboración de esta tesis y para nuestra formación académica, y sobre todo nos han enseñado a poseer ese lado humano tan efímero en esta sociedad, a mis amigos de tesis Xavier y Maritza quienes con su esfuerzo, perseverancia y optimismo han logrado que este propósito salga adelante.

Silvy Tigre



DEDICATORIA

A mis padres José y Angelita, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, impulsándome en los momentos más difíciles. A mi familia, a mi hermana Maritza que con sus hechos a demostrado lo muchos me quiere, mis grandes amigas Estefanía, Silvia, Cris, Tania, Daniela y Julieta mis palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos

Xavi Segarra.

I. INTRODUCCIÓN

Analizando la realidad de la alimentación desde los criterios de la epidemiología crítica, en la dimensión del dominio general mediante la Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición a través del Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) *“hay falta de programas y políticas públicas que mejoren el cuidado del crecimiento y desarrollo de los infantes de 1 a 5 años de edad, a pesar del aumento del presupuesto que se ha implementado en los últimos años”*

Para el 2012 el presupuesto general del estado asignado para la alimentación alcanzó un monto de 131.760'772.000 (1) (2), pero a pesar de que existan programas se sigue observando injusticias y violación de los derechos. Esto se traslada al dominio particular de las clases sociales y el contexto social en el cual los niños se desarrollan (escuelas, familia, etc.), los modos de alimentación del núcleo familiar, la relación cuidador/niños al momento de comer, entre otros factores. Como efecto de esto, en el dominio singular se encuentran los niños, niñas con dificultades en la alimentación y su desarrollo psicomotor. Es por esto que el impacto de las “privaciones nutricionales en la infancia es especialmente relevante, dado que es el momento en el que se produce el mayor crecimiento corporal y se adquieren las habilidades psicomotoras y sociales que les permiten a las personas un desarrollo satisfactorio durante su vida adulta” (3).

Las estimaciones de *“dificultades alimentarias”* varían ampliamente entre los distintos autores. Los diferentes estudios han sugerido que las *“dificultades alimentarias”* afectan entre el 20 al 80% de los niños de todo el mundo, siendo mayor en niños con problemas familiares, y están asociados con alteraciones en el desarrollo. El 16-30% de los casos de problemas de alimentación son orgánicos, y hasta el 80% de los pacientes con este trastorno se remiten a un especialista. Aunque hay factores propios del niño, tales como el temperamento, hay también otros como el medio ambiente y los padres que igualmente pueden interactuar para influir y mantener el problema (4). El 1 a 2% de estos casos tiene problemas graves como el rechazo total del consumo de alimentos, vómitos de lo ingerido o alteración del estado nutricional y/o el crecimiento (5).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dificultades alimentarias expresan un amplio espectro de problemas, que van desde alteraciones menores, que no determinan gran riesgo a la salud hasta graves trastornos que perjudican progresivamente el estado general del niño, englobando múltiples factores que conllevan a un deterioro del desarrollo psicomotor del niño.

Un acercamiento a esta realidad puede ayudar a tomar medidas de precaución necesarias y evitar múltiples consecuencias como son alteraciones del estado nutricional, limitación del crecimiento, consumo subóptimo de nutrientes, alteraciones crónicas del comportamiento alimentario con estigmatización social, fallas en la interacción padre-hijo y retraso en el desarrollo psicomotor que requieren de un tratamiento específico. (6)

Se estima que entre el 25% al 80% de niños, sufren de alguna dificultad alimentaria, ocurriendo con mayor frecuencia en el rango de edad entre los 7 y 11 meses, probablemente por coincidir con el inicio y establecimiento de la alimentación complementaria. (7) Mientras más pronto se detecten las dificultades alimentarias la intervención es más oportuna y eficiente porque los niños y niñas están en proceso de formación.

La investigación pretende dar respuesta a las preguntas siguientes:

- ¿Cuál es la prevalencia de niños de 1- 5 años de edad con dificultades alimentarias en la ciudad de Cuenca-Ecuador?
- ¿Existe relación entre dificultades alimentarias y desarrollo psicomotor?

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



C. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El Código de la Niñez y Adolescencia (8) plantea que el Estado es garante del “derecho al desarrollo” de los niños, niñas y adolescentes (NNA) por eso los diferentes ministerios plantean programas para la consecución del mismo. Así el “Plan de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia del Cantón Cuenca 2008-2020” (9) establece como una de las prioridades elaborar una línea base sobre las dificultades del desarrollo para la implementación de un programa de intervención.

En este contexto, este estudio aportará un diagnóstico adecuado haciendo una detección oportuna de los factores de riesgo más predisponentes. Para el desarrollo de esta intervención tienen un rol fundamental tanto padres como pediatras los mismos que actuarán en la prevención primaria a través de la promoción de un estilo de vida saludable y en la prevención secundaria a través del abordaje precoz de los niños que comienzan con síntomas relacionados con conducta alimentarias alteradas, todo esto se realizará con el fin de enfatizar un progreso dinámico del niño y mejorar el estado nutricional de los niños cuencanos.

Además este estudio permitirá disponer de datos confiables con la finalidad de implementar un instrumento que permita al médico identificar cuando un niño tiene el problema para derivarlo oportunamente a un equipo interdisciplinario para el diagnóstico y la intervención oportunos.

Con todo esto, los beneficiados serán los niños de 1 a 5 años de edad de la ciudad de Cuenca, a su vez sus cuidadores que emplearán medidas adecuadas para alimentar a sus hijos y para las personas que tienen relación con el campo de salud y que realizan programas con el fin de mejorar el desarrollo de los niños.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



II. FUNDAMENTO TEORICO

El “**hambre**” es el deseo intrínseco que determina la cantidad de alimentos que una persona ingiere, en tanto que el “**apetito**” es el deseo por cierto tipo específico de alimento (10) , la diferencia entre hambre y apetito es que mientras la primera es una respuesta orgánica la segunda es una respuesta psicológica que responde a patrones sociales, culturales, afectivos.

La diferencia entre estas definiciones abre la puerta al abordaje integral de la conducta alimentaria que es la relación que tiene una persona con la comida, refiriéndose no sólo a las situaciones biológicas sino a los modos y estilos de vida de los individuos, de la familia, de un grupo social. Patrones de conducta que se reproducen en los niños y niñas. Por lo tanto si existe una circunstancia no adecuada en el ambiente, el niño o niña afectados por estas circunstancias reflejan los inconvenientes en lo que se denomina “**dificultad alimentaria**” que es definida como **los problemas que presentan los niños o niñas en el momento de comer y que causa tensión o conflicto en el cuidador y/o en la familia.**

Existe diferencia entre “*dificultades alimentarias*” y “*trastornos de la alimentación*”, ya que en la primera de estas no siempre hay compromiso del crecimiento ni evidencias de signos orgánicos, en cambio en los “**trastornos alimentarios**” como la anorexia y bulimia **siempre hay pérdida de peso y signos clínicos por mala alimentación.** (11)

La “dificultad alimentaria” de la infancia o la niñez se ha definido en una revista colombiana de psiquiatría y según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como el... “*rechazo parcial o total a comer o beber una cantidad suficiente y variada de alimentos para mantener una nutrición apropiada, lo que puede llevar a un déficit en el incremento de peso o una pérdida significativa de peso durante al menos un mes*”.

Puede ser una manifestación del proceso normal de desarrollo o una expresión sintomática de varias entidades clínicas que generalmente aparecen durante la infancia. (12) (4)

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



Algunos de estos niños con *dificultades en la alimentación*, tienen una dieta extremadamente limitada que puede afectar negativamente su desarrollo físico y psicosocial, aunque algunos son capaces de mantener o ganar peso; esta alteración no siempre se debe a un trastorno gastrointestinal u otra enfermedad médica (reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica, etc.). Los clínicos recomiendan considerar un trastorno de alimentación primaria, cuando los síntomas llegan a ser evidentes en las diferentes etapas de la infancia y la niñez temprana. Si estas dificultades se producen en ausencia de hambre o desencadenantes interpersonales, tales como la separación, el negativismo, o trauma, el clínico debe considerar un “trastorno de la alimentación principal”. (4) (6)

De acuerdo a Chatoor, una parte importante del desarrollo de la **regulación autonómica interna de la alimentación**, sucede en los primeros años de vida en esta instancia padres e hijos comparten el control de la alimentación y es el único período en el desarrollo del niño/a en que la ingestión de alimentos responde a un estado fisiológico de depleción o disminución, el niño presentará dificultades alimentarias cuando no pueda establecer patrones de alimentación regular, es decir, cuando no pueda regular su alimentación de acuerdo con los sentimientos fisiológicos de hambre o saciedad. (6)

Estudios observacionales han mostrado que los niños aprenden a aceptar ciertos alimentos por observación directa de personas cercanas. El rol modelador de la familia es clave.

Actualmente, es cada vez menos frecuente que el lactante y/o preescolar participe diariamente en la mesa familiar, lugar en donde debiera tener la oportunidad de interactuar con sus padres y/o hermanos y de adquirir hábitos saludables.

Sánchez y Cols, analizaron 34 casos de trastornos de alimentación de origen conductual en niños de 2 a 5 años de edad, provenientes del servicio de salud público y privado de Santiago, observando que éstos fueron más frecuentemente alimentados en forma separada del grupo familiar, comparados con un grupo



control ($p = 0,01$), donde se evidencia que el rol modelador de la familia es clave para mejorar la alimentación en los niños (7)

Así mismo, la influencia de otros cuidadores como educadores y asesoras domésticas también tiene un rol importante como modelo. Hughes y Cols, mostraron la influencia en el desarrollo de conductas saludables y no saludables que ejercieron 50 educadores de jardines infantiles sobre 549 niños en EEUU. (7)

A su vez Carruth y Cols, a través de encuestas telefónicas a más de 3000 familias de preescolares, demostraron que los niños que lograban una alimentación independiente a menor edad, dentro del segundo año de vida, tenían una mayor ingesta de nutrientes que aquellos que eran alimentados pasivamente.

Por esto es altamente recomendable permitir al niño explorar sus alimentos y facilitarle una dieta fácil de ser manipulada, ofrecerle una segunda cuchara mientras es alimentado y en un siguiente paso, considerar el primer período de la comida para que el niño explore e intente comer por sí mismo, para finalmente sólo ser supervisado a las horas de comida. (7)

CLASIFICACION DE LAS DIFICULTADES ALIMENTARIAS

1. Dificultad alimentaria debido a enfermedad orgánica.
2. Ingesta de alimentos altamente selectiva.
3. Pobre apetito debido a mala percepción de los padres.
4. Bajo apetito en un niño(a) fundamentalmente vigoroso/a.
5. Bajo apetito en un niño apático y retraído.
6. Miedo a la alimentación.

1. DIFICULTAD ALIMENTARIA DEBIDO A ENFERMEDAD ORGANICA

Si el niño presenta atragamiento o dolor al tragar, pérdida de peso, vómito, diarrea, sangre en las heces, alergia a los alimentos, eczema o urticaria, asma, infecciones frecuentes y retraso en el desarrollo sugieren la presencia de una



patología orgánica, incluyendo el dolor o malestar durante la alimentación, el estreñimiento y reflujo gastroesofágico.

2. INGESTA DE ALIMENTOS ALTAMENTE SELECTIVA

El niño usualmente mantiene un crecimiento normal pero puede estar en riesgo de deficiencias de micronutrientes (hierro, ácido fólico, yodo, vitaminas, etc.).

Para confirmar el diagnóstico se debe averiguar:

- Es deficiente la dieta del niño en uno o más grupos de alimentos
- Hay una reacción negativa a ciertas comidas debido a su textura, sabor, olor, apariencia.
- El niño presenta ansiedad si se fuerza a comer alimentos desagradables.

El tratamiento a seguir se basa en ofrecer comidas que el niño acepte sin protestar, prevenir la ansiedad del niño, al no darle importancia a su dieta limitada. No se debe ofrecer una comida que el niño escupa, se atore o vomite, más bien se debe continuar con los alimentos preferidos.

3. POBRE APETITO DEBIDO A MALA PERCEPCION DE LOS PADRES

El niño tiene poco apetito para el potencial genético del crecimiento según los padres, cuando en realidad su hambre es apropiado para su tamaño y necesidades nutricionales, *“esta excesiva preocupación de los padres puede llevar a métodos de alimentación represivos”*.

Para confirmar el diagnóstico se debe averiguar:

- Crecimiento, actividad y dieta aceptables sugieren una preocupación inadecuada de los padres.
- El niño es pequeño, pero ha logrado un crecimiento satisfactorio con base en las curvas de crecimiento del MSP.



El tratamiento a seguir se basa en ofrecer al niño 3 comidas y un refrigerio en la tarde a intervalos de 3 a 4 horas, también se debe servir porciones muy pequeñas repetidamente y limitar las comidas a 20 o 30 minutos de duración.

4. BAJO APETITO EN UN NIÑO(A) FUNDAMENTALMENTE VIGOROSO/A

El niño raramente tiene hambre, generalmente se siente satisfecho, se distrae al comer. El niño está alerta, activo y más interesado en jugar que en comer.

Para confirmar el diagnóstico se averigua:

- El niño es activo y curioso y es difícil de mantenerlos en la mesa durante las comidas, esta se debe diferenciar de la ingesta altamente selectiva.

El tratamiento a seguir es similar a la del pobre apetito por mala percepción de los padres, incluyendo que no se debe rogar ni negociar con el niño para que coma.

5. BAJO APETITO EN UN NIÑO APÁTICO Y RETRAÍDO

La falta de compromiso por una comunicación verbal y no verbal (sonrisas, balbuceos) entre el niño y la persona que lo cuida, lleva a una ingesta inadecuada de los alimentos y la falta de crecimiento. Puede haber evidencia de negligencia.

Para confirmar el diagnóstico se averigua:

- El niño se encuentra irritable o retraído con poco interés en el juego y tiene evidencia de deficiencias de falta de crecimiento. Se encuentra signos de abuso o negligencia (mala higiene, lesiones en la piel por maltrato etc.)

El tratamiento a seguir es brindar afecto ya que tienden a responder positivamente al mismo. Puede que sea necesario el uso de suplementos (Ensure, Ensoy, entre otros) para tratar la desnutrición.

6. MIEDO A LA ALIMENTACIÓN

También se denomina *desorden alimenticio post-traumático*. El niño se resiste a comer por medio del llanto, se arquea o se rehúsa abrir la boca. Al inicio el rechazo de los alimentos puede ser agudo después de ocurrir un evento traumático simple o puede estar seguido de daños traumáticos.

Para confirmar el diagnóstico se averigua:

- Investigar si ha habido eventos traumáticos como atragantamiento, respiración fuerte, vómitos, alimentación forzada, alimentación por sonda, de acuerdo a lo que ha comido el niño en los últimos 3 días.

En el tratamiento se debe intentar alimentarlo cuando está semidormido, si el niño tiene miedo a los alimentos sólidos, ofrézcale líquidos, luego avance a los purés, luego comidas blandas y eventualmente la comida normal de la familia. (4) (13)

En un estudio realizado por Fundación Hospital Alcorcón, en el año 2006, en la ciudad de Madrid - España. Se estudiaron las variables clínicas y terapéuticas sobre **“fobia a tragar, síntomas y diagnósticos”**. Se reportaron 41 casos de fobia entre 1978 a 2005. Los resultados fueron la fobia a tragar parece ocurrir con más frecuencia en las mujeres (2/3 de los casos) y tiene una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, el 41%, condiciones obsesivos 22%, y ansiedad por separación 15%). Acontecimientos de la vida y antecedentes traumáticos durante la alimentación se presentan con frecuencia (44% y 56% de los casos, respectivamente). (14)

Según la nutricionista pediátrica Kim Milano... **“los padres son fundamentales para resolver el problema de las dificultades alimentarias en los niños y no los pediatras”**, como muchas veces se piensa ya que ellos solamente transmiten el mensaje, pero el problema viene muchas veces del estilo de alimentación que el niño tenga en su hogar. Para que haya una buena relación entre los padres y los niños y se dé una adecuada alimentación el cuidador debe establecer límites. (15)



El estudio realizado por Chatoor I, y colaboradores, en el año 2000 ,en Washington DC EEUU, con el objetivo de delinear los criterios diagnósticos para el trastorno de la *alimentación postraumático* (PTFD) de la infancia y para diferenciar PTFD de *anorexia infantil* (IA) a través de la observación de las interacciones de alimentación, en la cual participaron tres grupos de lactantes (niños de 6-32 meses) los cuales fueron comparados con respecto a la edad, el género, la etnia y el estatus socioeconómico. Como resultado se observó que los grupos clínicos (PTFD e IA) demostraron interacciones más problemáticas de alimentación que el grupo de control. Sin embargo, el grupo más expuesto PTFD demostró más resistencia a tragar la comida durante las interacciones alimentarias que los otros dos grupos .Por lo tanto los historiales médicos y alimentarios de los bebés y las observaciones de la alimentación, son importantes para hacer el diagnóstico de PTFD y diferenciarlo de otros trastornos de la alimentación. (16)

2.1 DESARROLLO PSICOMOTOR

Cuando se revisa la bibliografía buscando la definición de “**desarrollo psicomotor**” se encuentra que aunque están interrelacionados y utilizados en ocasiones como sinónimos, los términos “maduración psicomotriz y desarrollo psicomotriz” tienen diferente significado.

“**Maduración psicomotriz**, es el proceso genéticamente determinado de organización progresiva de las estructuras morfológicas; mientras que “**desarrollo psicomotriz**”, refleja un incremento de las *habilidades funcionales* como por ejemplo: desarrollo de las funciones motoras gruesas (sostén cefálico, gateo y marcha), desarrollo de las funciones motoras finas (manipulación de objetos, manejo de utensilios y escritura), desarrollo de funciones sociales (sonrisa social, lenguaje, etc.), desarrollo emocional, de sus funciones adaptativas y de procesos de independencia.” (17) (18)

El término “*desarrollo psicomotor*” (DSM) fue utilizado por primera vez por el neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke. Se define como “un fenómeno evolutivo



de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia”. (19) Según Defontaine el desarrollo psicomotor es “dar significado a cada movimiento”. El término “psico” hace referencia a la cognición y a la afectividad; mientras que el término “motor” se expresa con el movimiento. (20) La vigilancia del “desarrollo psicomotor” es considerada una labor de suma importancia en la supervisión de salud del lactante y el preescolar.

El *desarrollo psicomotor* también puede ser definido como... *“un proceso multidimensional e integral, dinámico de organización sucesiva, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. Esto se traduce por un aumento de la autonomía del niño que va incrementando la capacidad de comunicación con su familia y la sociedad”*. (18) (21)

Cualquier *“acto motor”*, tiene su origen en el sistema nervioso central y es transmitido a partir de un sistema neurobiológico este acto motor requiere además del sistema músculo esquelético y de la información sensorial necesaria para que exista actividad cerebral (20).

Si bien el desarrollo normal es integral y armonioso cada fase puede aparecer en edades cronológicas distintas (18). Lo que un niño logra a 15 meses de edad otro lo realiza a los 12, esto se debe a la influencia de ciertos factores como:

- Factores hereditarios.
- Factores de acción del ambiente físico.
- Factores de acción del ambiente social.

En un estudio descriptivo realizado por Pediatric Surgery Department, Faculty of Medicine, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile en el año 2006 con una muestra de 81 niños y niñas con un rango de edad entre 3 y 4 años con el objetivo de describir la relación que existe entre desarrollo psicomotor, la estimulación ambiental y la condición socioeconómica de los niños en edad preescolar utilizando el test de Desarrollo Psicomotor (The Psychomotor Development Test),

la escala de observación de medio ambiente y el modelo de estandarización económica para clasificar el estado socioeconómico de los niños . Demostró que hay mayor correlación estadística entre el *desarrollo psicomotor y la estimulación ambiental*, esta puede ser el parámetro más relevante en el estudio del desarrollo psicomotor de los niños. El nivel socioeconómico por sí solo no parece estar muy relacionado con el desarrollo psicomotor de los niños en esta región. (22)

El desarrollo de los niños entre 1 a 5 años está encaminado a que este logre construir y reconstruir permanentemente mayor autoestima, autonomía, creatividad, etc. Según Arnold Gessel el desarrollo psicomotor se puede analizar mediante la observación de cuatro conductas:

2.1.1. Conducta motriz: esta depende de la actividad de los músculos, de los huesos y el SNC, se presenta céfalo-caudalmente (de la cabeza a los pies), y de los segmentos proximales a los distales (de lo más cercano del tronco a lo más alejado de él) esto le permite al niño un desplazamiento mayor y un control muscular adecuado; por lo tanto cuando se evalúa la conducta motriz se valoran los movimientos.

2.1.1.1. Niño Lactante (1 a 2 años): del primer al segundo año de edad se da un perfeccionamiento de lo adquirido en el primer año (movimientos de la cabeza, músculos oculomotores, los brazos, del tronco, de las manos, las piernas, los pies y los dedos). *De los 13 a los 16 meses:* casi todos los niños caminan, inicialmente con dificultad. *De los 21 a los 24 meses:* los niños son capaces de saltar en los dos pies, baja las escaleras sin alternar los pies.

2.1.1.2. Niño Preescolar (2 a 5 años): en esta etapa el niño desarrolla habilidades para controlar la postura y valerse por sí mismo. *De los 25 a 36 meses:* el niño se levanta sin apoyar sus manos, puede patear una pelota, también puede caminar hacia atrás, salta alternando sus pies. *De los 37 a 48 meses:* Baja las escaleras alternando sus pies, maneja triciclo y es capaz de pararse en un pie. *De los 49 meses a los 5 años:* Salta en línea recta 3 o más pasos con un pie.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



2.1.2. Conducta adaptativa: se refiere a que el niño adquiere funciones que permiten solucionar distintos problemas, mediante el uso de la mano como pinza.

2.1.2.1. Lactante (1 a 2 años): al cumplir los 24 meses de edad el niño podrá realizar una torre de más de 6 cubos, imita líneas verticales y horizontales, etc.

2.1.2.2. Niño Preescolar (2 a 5 años): *de los 25 a 36 meses:* el niño con una mano en forma secuencial realiza movimientos de aposición y oposición, es capaz de señalar objetos grandes y pequeños e inicia el dibujo de la figura humana (dibuja cabeza y pies). *De los 37 a 48 meses:* el niño puede abotonarse, cortar papel con tijeras, copiar un círculo y un cuadrado, dibuja una figura humana con cuello y tronco. *De los 49 meses a los 5 años:* el niño ahora con sus dos manos en forma secuencial realiza movimientos de aposición y oposición, puede amarrarse los zapatos, agrupa por color y forma, distingue arriba, abajo, adelante y atrás, dibuja la figura humana completa y nombra 5 o más colores.

“El dibujo infantil permite apreciar el nivel de maduración psicomotriz”. (17)

2.1.3. Conducta del lenguaje: esta se determina mediante la comunicación audible y visible.

2.1.3.1. Lactante (1 a 2 años): entre los 12 y 16 meses el niño dice varias palabras, puede combinar dos de ellas y llama a los objetos por su nombre, cada palabra tiene significado distinto según el contexto en el que lo dice. *De los 16 a 20 meses:* dice e 10 a 20 palabras incluido el nombre, obedece a ordenes sencillas, puede nombrar un dibujo, a los 18 meses dice la primera frase con significado y adquiere la capacidad de negación. *De los 21 a 24 meses:* hace frases e tres o más palabras y puede contar experiencias inmediatas.

2.1.3.2. Niño Preescolar (2 a 5 años): tiene una influencia del lenguaje que va a ser utilizado en el hogar, además la de otro medios como TV, radio, etc. *De los 25 a 36 meses:* el niño dice su nombre completo y su edad, así como el nombre de su mamá y su papá, utiliza oraciones completas de 3 palabras.



De los 37 a 48 meses: el niño perfecciona el uso de oraciones, responde preguntas simples, relata sus experiencias, describe bien un dibujo. *De los 49 meses a los 5 años:* el niño es preguntón, usa conjunciones y distingue los colores.

2.1.4. Conducta social: se define como el desarrollo de habilidades sociales o la conducta, relacionados con la cultura.

2.1.4.1. Lactante (1 a 2 años): de los 12 a los 24 meses el niño reconoce y nombra más de tres partes de su cuerpo además inicia el control de esfínteres, come solo, se refiere a sí mismo por su nombre.

2.1.4.2. Niño Preescolar (2 a 5 años): tiene la influencia de los miembros de la familia y de otros niños y adultos (compañeros y profesores). *De los 25 a 36 meses:* el niño hace la diferencia masculino-femenino, grande-pequeño y alto-bajo, obedece órdenes sencillas, define objetos por su uso y agarra bien la cuchara. *De los 37 a 48 meses:* el niño cuenta historias, tiene un amigo especial, come con cuchara, realiza juegos colectivos compartiendo sus juguetes. *De los 49 meses a los 5 años:* el niño logra vestirse y desvestirse sin ayuda, va al baño solo y organiza los juegos. (23)

El instrumento propuesto para la vigilancia del desarrollo psicomotor está basada en el contexto de AIEPI, donde se utiliza en la evaluación del niño información sobre factores de riesgo, la opinión de la madre sobre el desarrollo de su hijo y presencia de tres o más alteraciones fenotípicas, así como la observación de algunas posturas, comportamientos y reflejos presentes en determinados grupos etarios.

2.2 RELACION ENTRE DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y DESARROLLO PSICOMOTOR

El desarrollo psicomotor del niño no está solamente ligado a la maduración del cerebro, depende también de un buen régimen alimentario adecuado, de buenas condiciones de vida, de vivienda, de higiene y sobretodo de un clima afectivo, el amor familiar y materno es indispensable para el buen equilibrio del pequeño. (24)



Existe una interrelación entre nutrición y desarrollo psicomotor, en cualquier etapa evolutiva de la vida, pero sobre todo, en el primer año de vida, porque es precisamente en estos primeros tiempos, donde se produce en el orden antropométrico, un crecimiento y desarrollo intensivo y decisivo. En el orden psicológico y social, es el inicio y la etapa de reconocimiento y conocimiento del mundo que le rodea, de aprender habilidades. Un estado nutricional carencial, puede incidir en que este desarrollo psicomotor no avance adecuadamente y dentro de la normalidad, pero a su vez, un desarrollo psicomotor deficiente, sobre todo, cuando es a partir de un medio psicosocial desfavorable, incide en la nutrición y la alimentación, por lo que ambos factores se corresponden y se determinan.

En un estudio realizado por Adolfo Chávez y colaboradores, con una muestra de 82 unidades madre - hijo de bajo ingreso, del estrato campesino de pequeñas comunidades del Valle de Solís, municipio de Temascalcingo, Estado de México. El objetivo fue estudiar varios aspectos del desarrollo psicomotor temprano de estos niños, como la variable dependiente, y correlacionarlos con diversos aspectos de su alimentación, como la variable independiente. Se encontraron los siguientes resultados: sin lugar a dudas, un mayor consumo de energía suplementaria dió lugar a mejores resultados en las pruebas mentales ($r= 0.22$, $p< 0.05$), mejor reactividad y capacidad de dirigir acciones ($r= 0.30$, $p< 0.05$) y un mejor tono emocional. Todos los alimentos consumidos, incluyendo el azúcar, se asociaron con mejores resultados motores ($r= 0.23$, $p< 0.05$) y de comportamiento ($r= 0.35$, $p< 0.05$), incluyendo el tono emocional ($r= 0.25$, $p< 0.05$). El estudio logró demostrar que... *la alimentación y el desarrollo psicomotor si están asociados, ya que no sólo se obtuvo mejores resultados motores sino también mentales.* (25)

En esta investigación se realizará un análisis bajo la epidemiología crítica de los siguientes determinantes:

1. Los estratos sociales (dominio particular)
2. EL cuidador familiar (dominio singular)

1. Los estratos sociales

El “*estrato social*” consiste en familias que por la interacción “social” que tienen, culturalmente son consideradas simbolizadoras de igualdad entre sí pero que en la sociedad son diferentes a otras, siguen un ordenamiento jerárquico en virtud de unos criterios de valoración que son normativos en la sociedad. (26)

En la actualidad “*estrato social*” se realiza sobre la base de la estructura ocupacional (27). En nuestro país se toma la guía validada de Jaime Breilh, que se basa en el concepto de que “*las clases sociales están conformadas por personas que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo*”.

Breilh pone a disposición de los investigadores esta Operacionalización de autoría de miembros del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) para que puedan ser utilizados por quien los requiera. Es la siguiente: obrero, artesano y pequeño industrial, semiasalariado, empleado público, empleado de empresa privada, comerciante menor, profesional independiente, pequeño trabajador agrícola, administrador de su propia empresa, desocupado, otros (28) (**Ver anexo No. 1 “Categorías de Estrato Social (Breilh)”**)

2. El cuidador familiar

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

El ENNA escribe que en el Ecuador el 94% del cuidado de los niños y niñas está a cargo de las madres, que mantiene la tendencia a castigar, que el regaño y las privaciones son las correcciones más frecuentes. Cuando los abuelos son los cuidadores no cumplen con la función de educar sino de consentir. Los tíos,



hermanos u otros **“no imparten similares normas de convivencia como lo hacen sus padres creando confusión en los niños/as”**. (30) (31).

Según datos de Pilar Gómez Enterría, coordinadora del área de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), los niños que comen en familia por lo menos tres veces por semana disminuyen en un 32% el riesgo de padecer un trastorno alimentario y en un 15% la posibilidad de ser obesos. (32).

Otra revisión de estudios sobre cuidador familiar en relación a los hábitos alimentarios de los niños llevada a cabo por investigadores de la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign (Estados Unidos), nos dice que los niños que comían con sus familias de manera habitual eran un 24% más propensos a ingerir alimentos saludables que los niños que rara vez comían acompañados por sus padres o abuelos. (32)

Finalmente decimos que los problemas de dificultades alimentarias en relación al desarrollo psicomotor son el resultado de múltiples factores que afectan la depleción de la regulación hambre – saciedad en el niño y de una desmedida despreocupación de los diferentes organismos de salud encargados del buen desarrollo y crecimiento de los niños pre-escolares.

Mediante los distintos criterios se pretende mejorar el cuidado del crecimiento de los infantes entre 1- 5 años de edad de la ciudad de Cuenca.

Se debe establecer planes estratégicos mediante las distintas organizaciones de salud para prevenir este problema y se debe participar conjuntamente con padres, pediatras, psicólogos infantiles y nutricionista para encontrar un avance y un buen desarrollo de los niños y niñas.

III. HIPÓTESIS

Existe relación entre la prevalencia de las dificultades alimentarias de los niños y niñas preescolares de la ciudad de Cuenca y retraso del desarrollo psicomotor.

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de dificultades alimentarias en niños de 1 a 5 años de edad en relación con el retraso del desarrollo psicomotor en la ciudad de Cuenca durante el periodo de 6 meses del año 2013.

4.2. Objetivos Específicos

- 4.2.1. Clasificar a los niños del estudio según sexo, edad, tipo de cuidador, estrato social, residencia y desarrollo psicomotor.
- 4.2.2. Estimar la prevalencia de los niños y niñas con dificultades alimentarias según sexo, edad, tipo de cuidador, estrato social, residencia y desarrollo psicomotor.
- 4.2.3. Establecer la relación entre las dificultades alimentarias de los niños y niñas preescolares y el desarrollo psicomotor.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

V. DISEÑO METODOLOGICO

5.1. Tipo y Diseño General del Estudio

La presente investigación es un estudio cuantitativo de tipo observacional, de acuerdo al análisis y alcance de los resultados es Analítico, transversal o de prevalencia.

5.2. Área de Estudio

La investigación se realizó en base a la evaluación de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad de los centros y subcentros de salud urbanos del cantón Cuenca - Azuay, durante el periodo de 6 meses del año 2013.

5.3. Universo y muestra:

5.3.1. Universo: finito, heterogéneo, constituido por 2387 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los Centros y subcentros de Salud urbanos del cantón Cuenca - Azuay, durante el periodo de 6 meses del año 2013.

5.3.2. Muestra: probabilística aleatoria simple cuya fórmula para una variable dependiente cualitativa y para un universo finito es:

Usado la fórmula:

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

N= universo

p=probabilidad de ocurrencia del evento

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

z= nivel de confianza: 95% = 1.96

e= precisión, error de inferencia= 3%.

$$n = \frac{(2387)(0.07*0.93)(1.96)^2}{(2387-1)(0.03)^2 + (0.07*0.93)(1.96)^2} = 249$$

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.

JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA

SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Cálculo del tamaño de la muestra: para el cálculo se consideró una frecuencia de 7% de problemas de dificultad alimentaria, error de inferencia del 3%, el 95% de confianza. Se realizó el cálculo y se obtuvo una muestra de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad. Se añadió el 10% de pérdidas y se obtiene un total de 274. Se ratificó el cálculo realizando en el Sistema estadístico Epi- Info versión 6, Statcalc, population survey con los siguientes datos: frecuencia 7%, peor aceptable del 4%, nivel de confianza del 95%. Previa a la obtención de la muestra se realizó una base de datos de todos los niños y niñas del universo, se caracterizó a la población por Centro o subcentro de salud; se efectuó el sorteo con el software EPI- DATE proporcional.

Tabla No.1

Distribución de 28642 niños y niñas según Centros y subcentros de Salud. Cuenca. 2012.

No.	Área	Centros y subcentros de Salud	Niños 1 - 5a en el 2012	Sector	Dr. Unidad Operativa Control Niños
1	1	Centro de Salud N. 1 (Pumapungo)	2715	Pumapungo	Dra. Ma. José Vintimilla
2	1	Paraíso	802	Pumapungo	Dra. Lidia Troya
3	1	Machángara	913	Pumapungo	Dra. Susana Gutierrez
4	1	Totoracocha	1060	Pumapungo	Dra. Grace Vásquez
5	2	Centro de Salud N. 2 (José María Astudillo)	5213	Miraflores	Dra. Narcisca Cabrera
6	2	Terminal Terrestre	191	Miraflores	Dra. Karina Ordóñez
7	2	Barrial Blanco	672	Miraflores	Dr. Juan Torres
8	2	Uncovía	840	Miraflores	Dr. Fabián Barros
9	2	Cebollar	453	Miraflores	Dra. Cecilia Salgado
10	2	San Pedro de Cebollar	272	Miraflores	Dr. Wilson Sigüencia
11	3	Centro de Salud N. 3 (Nicanor Merchán)	3760	Tomebamba	Dra. Mónica Chávez
12	3	Tomebamba	566	Tomebamba	Dra. Maribel Valdivieso
13	3	Turi	835	Tomebamba	Dra. Gabriela Jerves
14	4	Centro de Salud N. 4 (Carlos Elizalde)	8206	Yanuncay	Dra. Patricia Guaraca
15	4	Baños	*	Yanuncay	Dra. Maritza Torres
16	4	Virgen de Milagro	648	Yanuncay	Dra. Janeth Cortéz
17	4	San Joaquín	663	Yanuncay	Dr. Franklin Iñiguez
18	4	Sayausí	779	Yanuncay	Dra. Ana Gómez
Total de niños y niñas 1 a 5 años			28588		

* la población está incluida en el Centro de Salud N. 4

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.2

Distribución de 249 niños y niñas de la muestra según Centro y subcentro de salud. Cuenca. 2012.

No	Área	Centros y subcentros de Salud	Promedio de Niños atendidos por día	Promedio de Niños atendidos por mes	% del total del universo	Número de la muestra
1	1	Centro de Salud N. 1 (Pumapungo)	8	227	9	27
2	1	Paraíso	2	67	3	1
3	1	Machángara	3	76	3	3
4	1	Totoracocha	3	89	4	3
5	2	Centro de Salud N. 2 (José María Astudillo)	14	435	18	66
6	2	Terminal Terrestre	1	16	1	1
7	2	Barrial Blanco	2	56	2	2
8	2	Uncovía	2	70	3	1
9	2	Cebollar	1	38	2	1
10	2	San Pedro de Cebollar	1	23	1	1
11	3	Centro de Salud N. 3 (Nicanor Merchán)	10	314	13	37
12	3	Tomebamba	2	47	2	1
13	3	Turi	2	70	3	3
14	4	Centro de Salud N. 4 (Carlos Elizalde)	23	684	29	99
15	4	Baños			0	0
16	4	Virgen de Milagro	2	54	2	2
17	4	San Joaquín	2	56	2	1
18	4	Sayausí	2	65	3	0
TOTAL:			80	2387	100	249

*Cálculo: 2387, frecuencia de dificultad alimentaria 7%, mínimo aceptable 4%= 249

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

5.5. Criterios de inclusión: niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asistieron al control del niño sano o control del niño enfermo en todos los centros y subcentros de salud urbanos del cantón Cuenca - Azuay, durante el periodo de 6 meses del año 2013.

5.6. Criterios de exclusión: los niños y niñas cuyos familiares no aceptaron la participación en el estudio o que no cumplieron con los requisitos necesarios como

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

la edad o que fueron diagnosticados de discapacidad, síndrome neurológico (epilepsia, convulsiones, etc.)

5.7. Variables

5.7.1. Variable Dependiente:

- Dificultades alimentarias en los niños de 1 a 5 años que acudieron a la consulta de los centros y subcentros de salud del cantón Cuenca.

5.7.2. Variable Independiente:

- Desarrollo psicomotor.

5.7.3. Variables Intervinientes:

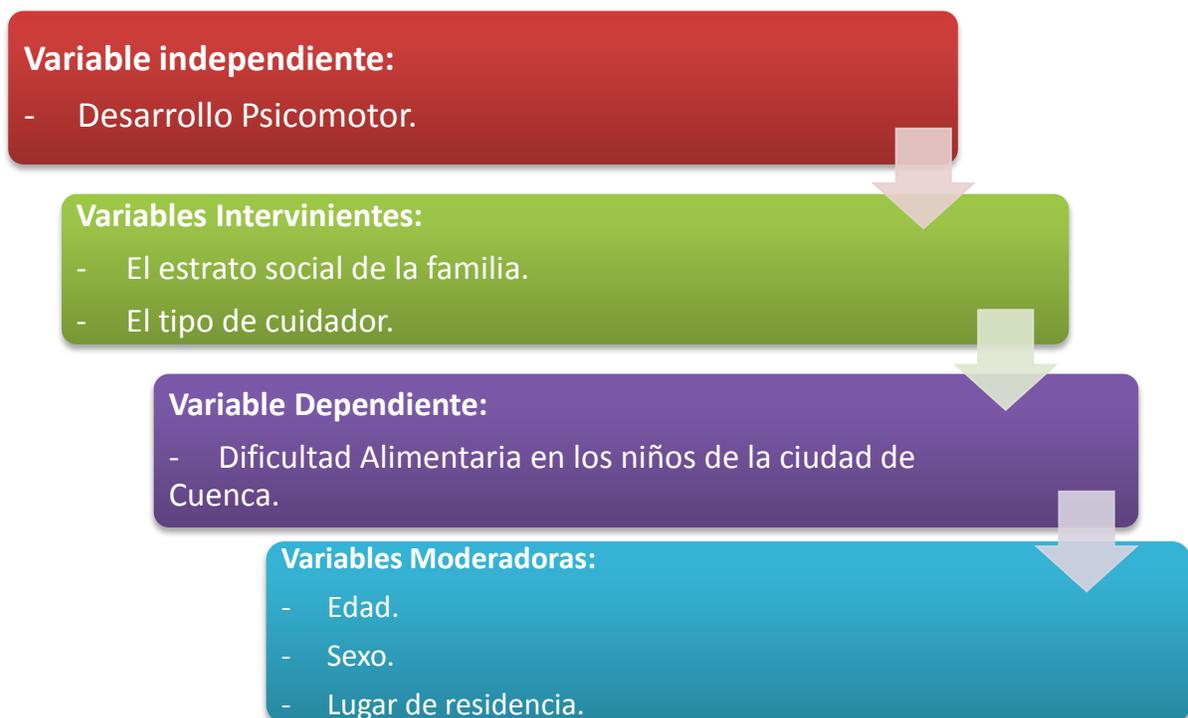
- Factores de riesgo como el estrato social de la familia y el tipo de cuidador.

5.7.4. Variables Moderadoras:

Sexo, edad y lugar de residencia

GRÁFICO No. 1.

JERARQUIZACIÓN DE LAS VARIABLES



AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

5.8. Operacionalización de variables:

(*Ver anexo No. 2* “Operacionalización de las variables”)

5.9. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar, métodos para el control y calidad de los datos, y tiempo asignado para recolectar la información

5.9.1 Instrumento de recolección de datos: formulario previamente diseñado y probado contiene datos de filiación, información general y de la investigación (*Ver anexo No. 3* “Formulario General de la Investigación”).

5.9.2 Descripción del proceso de valoración

- Formación del equipo de recolección de datos para la investigación: la responsable de la investigación, 3 estudiantes tesistas, 1 psicóloga infantil y 1 pediatra.
- Gestión ante las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) para el desarrollo del estudio.
- Mapeo y registro de los centros y subcentros de salud.
- Ajustes al proceso de recolección (*Ver anexo No. 4* “Instructivos para recolección de datos”).
- Verificación del número de niños, elaboración de la base de datos.
- Cálculo de la muestra.
- Firma de consentimientos informados, luego de informar a los cuidadores.
- Pilotaje en 30 niños y niñas sorteados pero que no formaron parte de la muestra.
- Talleres de repaso, ajuste teórico y de experiencia práctica entre los tesistas.
- Realización de cronograma de recolección, coordinación con los centros y subcentros de salud.
- Comunicación continúa y asertiva con los directores, médicos, enfermeras, internos de nutrición y con los padres de los niños y niñas.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

5.9.3. Recolección de la información

- ✓ Se realizó durante las mañanas en el horario de 8h00 a 12h00.
- ✓ Un miembro del equipo evaluador llenó con el cuidador, los datos de cada niño de: fecha de nacimiento, edad en meses al momento de la evaluación, sexo del niño(a), estrato social, tipo de cuidador y residencia del niño.
- ✓ Luego un estudiante tesista interrogó al cuidador con el cuestionario de dificultades alimentarias (**Ver anexo No. 5** “Formulario para la Detección de Dificultades Alimentarias” y a los niños se realizó la evaluación del Desarrollo Psicomotor con el AIEPI (**Ver anexo No. 6** “Formulario para la valoración del Desarrollo Psicomotor”). Tiempo por cada niño o niña 30 minutos.
- ✓ Los datos se colocaron en el formulario diseñado para la investigación.
- ✓ Los datos de cada formulario fueron revisados diariamente por los responsables de la investigación, cuidando la calidad de la información.
- ✓ Con los resultados de la evaluación se escribieron informes para cada uno de los niños y niñas, dando recomendaciones y derivándolos a un equipo de atención temprana para diagnóstico e intervención.
- ✓ El proceso de evaluación tomó 6 meses.
- ✓ Los resultados se entregaron a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas.

5.9.4. Control de calidad: para confirmar la certeza de la información, se aplicó una nueva evaluación al 5% de los niños y niñas que conformaron la muestra, es decir a 13 casos; la reevaluación se realizó dentro de los siete días siguientes a la evaluación inicial. La reevaluación fue igual a la inicial y fue aplicada por los responsables de la investigación. Estos niños y niñas fueron seleccionados por sorteo aleatorio simple.

5.10. Aspectos Éticos

- Antes de iniciar la investigación los padres o cuidadores firmaron los consentimientos informados de todos los niños y niñas que participaron en la investigación, los familiares recibieron una copia del mismo (**Ver anexo**

No. 7 “Consentimiento Informado”).

- Los niños y niñas que participaron en el estudio no fueron sometidos a riesgo porque es un estudio observacional.
- Los niños y niñas se beneficiaron de una valoración del desarrollo psicomotor que les permitió iniciar un plan de intervención.
- La aceptación a participar fue voluntaria y se les indicó que podían retirarse el momento que deseen.
- Se explicó el proceso de recolección de datos.
- El personal que participó en el estudio intentó demostrar calidad humana, solvencia ética, técnica y científica.
- Se garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.
- La investigación se desarrolló de acuerdo al diseño establecido en el protocolo.
- El informe de la investigación se entregó al personal competente guardando la confidencialidad de los datos individuales, aún más en el caso de los niños o niñas que fueron identificados con dificultades alimentarias, se utilizó una comunicación asertiva.

5. 11. Análisis Estadístico

5.11.1. Manejo de los datos: los datos precodificados fueron introducidos en formatos desarrollados en el sistema SPSS versión 15.0. Los pasos y las decisiones de análisis estadístico se narran a continuación:

1. Revisión de la calidad de la base de datos.
2. Identificación de datos perdidos (porque no hubo respuesta a la pregunta): no se encontraron datos perdidos.

5.11.2. **Análisis descriptivo:**

5.11.2.1. De la variable cuantitativa, edad en meses, primero observamos si es normal; utilizando el programa SPSS versión 15.0 sacamos la Asimetría y la Curtosis, obteniendo valores que se encuentran dentro de los sesgos normales (Curtosis entre -1 a +1 y la Asimetría entre -0,5 a + 0,5) lo que nos indica que nuestra muestra tiene una distribución mesocurtica. En la visualización en gráficos Q-Q se confirma la distribución “normal”. Se extrae las medidas de tendencia central y de distribución de la edad en meses que en este caso es la media, el mínimo, el máximo y el desvío estándar (Tabla 3).

5.11.2.2. Se recodifica la variable edad en meses a la variable ordinal “grupos de edad” tomando el punto de corte la media (30,8.); el primer grupo bajo la media y el segundo grupo sobre.

5.11.2.3. Se recodifica la variable tipo de cuidador a la variable nominal “cuidador” tomando en cuenta dos grupos, el primer grupo “Materno” donde se utiliza la opción madre, el segundo grupo “No materno” donde se considera a las opciones: padre. abuela/o, tío/a y otros (Tabla 8).

5.11.2.4. Se recodifica la variable “**desarrollo psicomotriz**” a la variable nominal “**Retraso confirmado del desarrollo psicomotor**” tomando en cuenta dos grupos, el primer grupo “Con retraso” donde se utiliza la opción retraso del desarrollo, el segundo grupo “Sin retraso” donde se considera a las opciones posible retraso del desarrollo y desarrollo normal (Tabla 12).

5.11.2.5. Se caracteriza a los niños de 1 a 5 años que acuden a los centros y subcentros de salud de la muestra en tablas con frecuencias y porcentajes por edad, sexo, estrato social, tipo de cuidador, residencia, desarrollo psicomotriz y dificultades alimentarias.

5.11.2.6. Se obtiene la prevalencia de dificultades alimentarias con los Intervalos de confianza al 95% y cuántos de ellos tienen relación con el desarrollo psicomotor.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

5.11.3. Plan de Tabulación: para el plan de tabulación de los datos en este estudio se utilizaron los siguientes elementos:

a) Tabla basal: en esta constara todas las variables en estudio y su relación con la variable dependiente.

Tabla a. Modelo de tabla basal y distribución de los datos a presentarse

Variable	Dificultades Alimentarias				Total	
	Si		No			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con Retraso						
Sin Retraso						
Total						

b) Tabla de Resultados: se la utilizó para presentar los resultados por variable en tablas simples.

Tabla b. tabla de doble entrada con sus componentes y distribución de los resultados presentarse.

Exposición a factor de riesgo	Dificultad Alimentaria	Dificultad Alimentaria	TOTAL
	SI	NO	
Positivo	A	B	a+b
Negativo	C	D	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

*a+b+c+d para los cálculos se le llamara "n"

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

A partir de aquello se calcularon los siguientes índices:

Prevalencia total:

$$Pt : \frac{a+c}{n} \times 100$$

Prevalencia en los Expuestos:

$$Pe : \frac{a}{a+b} \times 100$$

Prevalencia en los No expuestos:

$$Po : \frac{c}{c+d} \times 100$$

Razón de Prevalencia:

$$RP : \frac{Pe}{Po} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Valor de p: Este valor fue obtenido por medio de la utilización del programa informático Epidat 3.1.

Estos índices obtenidos de la tabla de 2x2 fueron interpretados de la siguiente manera:

- **Prevalencia Total:** prevalencia de dificultades alimentarias en los niños.
- **Prevalencia en los Expuestos:** prevalencia de dificultades alimentarias en los niños expuestos a factores de riesgo.
- **Prevalencia en los no Expuestos:** prevalencia de dificultades alimentarias en los niños no expuestos a factores de riesgo.
- **Razón de prevalencia:** mide la asociación del problema con los factores de riesgo.

La interpretación de la razón de prevalencia fue la siguiente:



Si RP: =1: No hay riesgo

<1: Efecto protector

>1: Riesgo

Este valor de “p” nos ayudó a rechazar o a aceptar nuestra hipótesis según la siguiente condición:

Si “p” > 0.05 significa que la probabilidad de que los datos se deban al azar es mayor al 5% y se considera que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable dependiente e independiente, es decir los resultados obtenidos se deben al azar. En este caso se acepta la Hipótesis nula.

Si $p < 0.05$ significa que la probabilidad de que los resultados se deban al azar es menor al 5%, valor que convencionalmente acepta el mundo de la ciencia, por lo tanto es muy probable que se deba a la influencia de la variable independiente. En este caso aceptamos la Hipótesis alterna.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

VI. RESULTADOS

Tabla No.3

Características generales de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud. Cuenca. 2013

Variables	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Edad (meses)	30,8	13,3	12	59

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

De la variable cuantitativa, edad en meses, se extrae las medidas de tendencia central y de distribución de la edad en meses que en este caso es la media (30,8 meses), el mínimo, el máximo y el desvío estándar; y a partir de la media se recodificara dicha variable cuantitativa. (Tabla 3).

Tabla No.4

Características generales de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud. Cuenca. 2013

VARIABLE	MASCULINO				FEMENINO				
	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo	p
Edad (meses)	31,9	13,7	12	59	29,6	12,8	12	59	0.27

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

La media de la edad en meses de los niños y niñas que asisten a los centros y subcentros de salud, no es diferente porque p (0,27) es mayor a 0.05. (Tabla 4)

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.5

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según sexo. Cuenca. 2013.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	131	52,61
Femenino	118	47,39
Total	249	100

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Se observa un porcentaje mayor de niños (52.6%) con respecto a las niñas (47,39%) que asisten a los centros y subcentros de salud para el control del niño sano o del niño enfermo. (Tabla 5).

Tabla No.6

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según la edad en meses. Cuenca. 2013.

EDAD (MESES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad<30,81	128	51,41
Edad>30,81	121	48,59
Total	249	100

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Para la división en dos grupos de edad se consideró la media que fue de $30,81 \pm 13,32$ meses, el primer grupo bajo la media y el segundo sobre, el grupo de edad con un mayor porcentaje fue < a 30,81 meses con un porcentaje de 51,41%.(Tabla 6).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.

JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA

SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.7

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según tipo de cuidador. Cuenca. 2013.

TIPO DE CUIDADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	197	79,12
Abuela/o	30	12,05
Otros	15	6,02
Tío/a	5	2,01
Padre	2	0,80
Total	249	100

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Los niños y niñas en su mayoría tienen como cuidador a la madre con un porcentaje del 79,12%, otro grupo importante de cuidadores son los abuelos con el 12,05%. Existen porcentajes de menos del 10% en los que tienen como cuidador a los tíos u otros. (Tabla 7).

Tabla No.8

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según cuidador. Cuenca. 2013.

CUIDADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Materno	197	79,12
No materno	52	20,88
Total	249	100

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Con la variable recodificada se observa que el grupo de mayor frecuencia sigue siendo el materno con el 72,12%. (Tabla 8).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.9

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según estrato social. Cuenca. 2013.

ESTRATO SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado empresa privada	80	32,13
Obrero	62	24,90
Empleado Público	27	10,84
Semiasalariado	21	8,43
Profesional independiente	19	7,63
Comerciante menor	15	6,02
Otros	12	4,82
Administrador de su propia empresa	5	2,01
Artesano pequeño industrial	4	1,61
Desocupado	2	0,80
Pequeño trabajador agrícola	2	0,80
Total	249	100

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Los niños y niñas pertenecen de preferencia al estrato social de empleados (10.84% públicos y 32.13% privados, es decir con el 42.97%), un grupo importante son obreros (24.9%). Existen porcentajes de menos del 10% en los grupos de semiasalariado, comerciante menor, profesional independiente y otros. Bajos porcentajes en el grupo de artesanos, trabajadores agrícolas, administradores de empresa propia y es muy importante recalcar el bajo porcentaje de desocupados con el 0.8% (Tabla 9).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.10

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según residencia. Cuenca. 2013.

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Eje Urbano	215	86,35
Área rural de influencia inmediata	34	13,65
Total	249	100

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

La mayoría de los niños y niñas tienen al eje urbano como residencia con el 86,35% en comparación con el 13,65% que residen en un área rural de influencia inmediata. (Tabla 10).

Tabla No.11

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según desarrollo psicomotriz. Cuenca. 2013.

DESARROLLO PSICOMOTRIZ (AIEPI)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desarrollo Normal	207	83,13
Posible Retraso del Desarrollo	24	9,64
Retraso del Desarrollo	18	7,23
Total	249	100

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

La mayoría de niños y niñas tienen un desarrollo psicomotriz normal según el AIEPI con un porcentaje del 83,13% en comparación con un retraso del desarrollo psicomotriz que abarca tan solo un 7,23% y un posible retraso con el 9,64%. (Tabla 9).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.12

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según desarrollo psicomotriz. Cuenca. 2013.

RETRASO CONFIRMADO DEL DESARROLLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin retraso	231	92,77
Con retraso	18	7,23
Total	249	100

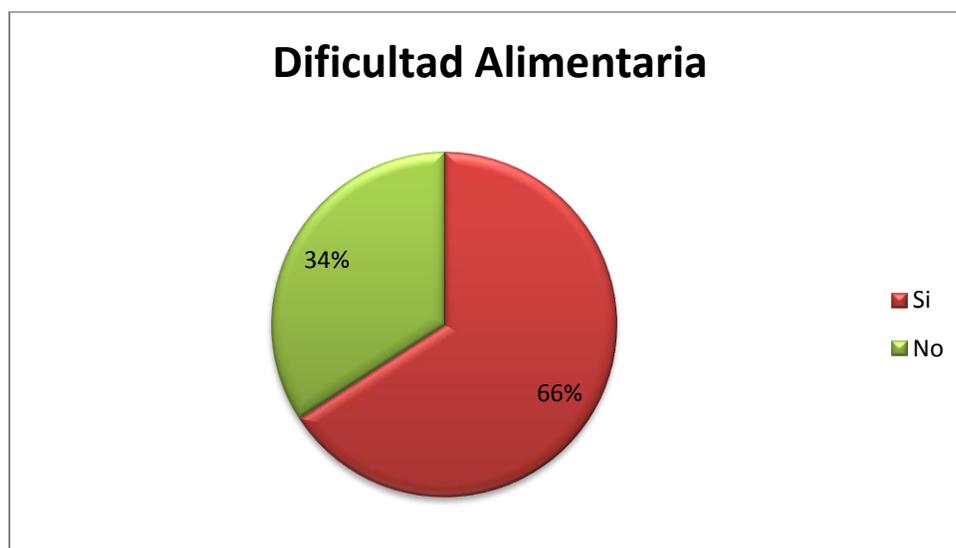
Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Con la variable recodificada se observa que el grupo de mayor frecuencia sigue siendo el sin retraso con un porcentaje de 92,77%. (Tabla 12).

Gráfico No.2

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según dificultad alimentaria. Cuenca. 2013.



Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

De 249 niños y niñas que asisten a los centros y subcentros de salud, un total de 164 niños y niñas (66%) tienen dificultad alimentaria, en este grupo están tanto los que tienen un retraso en el desarrollo psicomotriz como los que no presentan un

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

retraso, en comparación con 85 niños y niñas (34%) que no tienen dificultad alimentaria (Gráfico 2).

Tabla No.13

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según dificultad alimentaria y sexo. Cuenca. 2013.

SEXO	DIFICULTAD ALIMENTARIA				TOTAL		p	RP	IC 95%
	SI		NO		No	%			
	No	%	No	%			No	%	
Masculino	86	52,44	45	52,94	131	52,61	0,94	0,99	0,77 – 1,27
Femenino	78	47,56	40	47,06	118	47,39			
Total	164	100	85	100	249	100			

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

No hay influencia del sexo en la dificultad alimentaria $p > 0,05$. (Tabla 13).

Tabla No.14

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según dificultad alimentaria y edad en meses. Cuenca. 2013.

EDAD (MESES)	DIFICULTAD ALIMENTARIA				TOTAL		p	RP	IC 95%
	SI		NO		No	%			
	No	%	No	%			No	%	
Edad <30,81	77	46,95	51	60	128	51,41	0,05	0,78	0,62 -0,99
Edad >30,81	87	53,05	34	40	121	48,59			
Total	164	100	85	100	249	100			

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Si hay relación entre edad en meses y dificultad alimentaria demostrada por RP 0,78 con un IC (0,62 – 0,99). Esto significa que tener menos de 30,81 meses es un factor protector para la dificultad alimentaria. (Tabla 14).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.

JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA

SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.15

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según dificultad alimentaria y cuidador. Cuenca. 2013.

CUIDADOR	DIFICULTAD ALIMENTARIA				TOTAL		P	RP	IC 95%
	SI		NO		No	%			
	No	%	No	%					
							0,46	0,83	0,51 –1,36
Materno	132	80,49	65	76,47	197	79,12			
No materno	32	19,51	20	23,53	52	20,88			
Total	164	100	85	100	249	100			

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Entre cuidador y dificultad alimentaria no existe una relación estadísticamente significativa. (Tabla 15).

Tabla No.16

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según dificultad alimentaria y residencia. Cuenca. 2013.

RESIDENCIA	DIFICULTADES ALIMENTARIAS				TOTAL		P	RP	IC 95%
	SI		NO		No	%			
	No	%	No	%					
							0,31	1,44	0,70 – 2,94
Eje Urbano	139	84,76	76	89,41	215	86,35			
Área rural	25	15,24	9	10,59	34	13,65			
Total	164	100	85	100	249	100			

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

La residencia no influye sobre las dificultades alimentarias de los niños: $p > 0.05$ (Tabla 16).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.

JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA

SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

Tabla No.17

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según dificultad alimentaria y estrato social. Cuenca. 2013.

ESTRATO SOCIAL	DIFICULTAD ALIMENTARIA				TOTAL		P	RP	IC 95%
	SI		NO		No	%			
	No	%	No	%					
Empleado empresa privada	47	28,66	33	38,82	80	32,13	0,10	0,74	0,52 –1,06
Otros	117	71,34	52	61,18	169	67,87			
Total	164	100	85	100	249	100			
Obrero	51	31,10	11	12,94	62	24,90	0,002	2,40	1,32 –4,36
Otros	113	68,90	74	87,06	187	75,10			
Total	164	100	85	100	249	100			
Empleado Público	16	9,76	11	12,94	27	10,84	0,44	0,75	0,37 –1,55
Otros	148	90,24	74	87,06	222	89,16			
Total	164	100	85	100	249	100			
Semiasalariado	12	7,32	9	10,59	21	8,43	0,38	0,69	0,30 –1,57
Otros	152	98,68	76	89,41	228	91,57			
Total	164	100	85	100	249	100			
Profesional independiente	12	7,32	7	8,24	19	7,63	0,80	0,89	0,36 –2,17
Otros	152	98,68	78	91,76	230	92,37			
Total	164	100	85	100	249	100			
Comerciante menor	8	4,88	7	8,24	15	6,02	0,29	0,59	0,22 –1,58
Otros	156	95,12	78	91,76	234	93,98			
Total	164	100	85	100	249	100			
Admr. de su propia empresa	3	1,83	2	2,35	5	2,01	0,84	0,78	0,13 –4,56
Otros	161	98,17	83	97,65	244	97,99			
Total	164	100	85	100	249	100			
Artesano-pequeño industrial	4	2,44	0	0	4	1,61	0,36		
Otros	160	97,56	85	100	245	98,39			
Total	164	100	85	100	249	100			
Pequeño trabajador agrícola	1	0,61	1	1,18	2	0,80	0,78	0,52	0,03 –8,18
Otros	163	99,39	84	98,82	247	99,20			
Total	164	100	85	100	249	100			
Desocupado	2	1,22	0	0	2	0,80	0,78		
Otros	162	98,78	85	100	247	99,20			
Total	164	100	85	100	249	100			
Otros	8	4,88	4	4,71	12	4,82	0,80	1,04	0,32 –3,34
Los Anteriores	156	95,12	81	95,29	237	95,18			
Total	164	100	85	100	249	100			

Fuente: Formularios de la Investigación. **RP estrato social:** 1.00; IC 95%: 0,78 - 1.28; p: 1.00

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Al realizar el análisis bivariado de dificultad alimentaria con estrato social (con todos los grupos a la vez) se encuentra $p > 0.05$, RP de 1,00 (IC 95% de 0,78 a 1.28), es decir no existe asociación estadística, sin embargo al realizar el análisis por cada grupo como variables dummy en la tabla de 2 por 2 resulta que ser hijo/a

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

de obrero es un factor de riesgo para tener dificultad alimentaria ($p < 0.05$ y $RP > 1$) (Tabla 17).

Tabla No.18

Distribución de 249 niños y niñas de 1 a 5 años de edad que asisten a los centros y subcentros de salud según dificultad alimentaria y desarrollo psicomotriz. Cuenca. 2013.

DESARROLLO PSICOMOTRIZ	DIFICULTAD ALIMENTARIA				TOTAL		p	RP	IC 95%
	SI		NO		No	%			
	No	%	No	%					
							0,04	0,41	0,17 – 1.01
Con retraso	8	4,88	10	11,76	18	7,23			
Sin retraso	156	95,12	75	88,24	231	92,77			
Total	164	100	85	100	249	100			

Fuente: Formularios de la Investigación

Elaborado por: Maritza Segarra, Xavier Segarra, Silvia Tigre.

Existe relación entre retraso del desarrollo psicomotor y dificultad alimentaria ($p < 0.05$) y RP de 0,41 menor a 1, aunque el valor superior del IC este en el borde de 1. Esto nos indica que no tener retraso del desarrollo psicomotor, es un factor protector para la dificultad alimentaria (Tabla 18).

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES						RESPONSABLES
	1	2	3	4	5	6	
Presentación y aprobación del protocolo	✓						José Xavier Segarra Ortega
Elaboración del marco teórico		✓					
Revisión de los instrumentos de recolección de datos		✓					
Plan piloto		✓					Maritza Tatiana Segarra Ortega
Recolección de los datos			✓	✓	✓		Silvia Patricia Tigre Fajardo
Análisis e interpretación de los datos						✓	
Elaboración y presentación de la información						✓	
Conclusiones y recomendaciones						✓	
Elaboración del informe						✓	

VIII. RECURSOS Y TALENTOS

8.1 Recursos Humanos:

8.1.1. Recursos Humanos directos:

Autores: José Xavier Segarra Ortega, Maritza Tatiana Segarra Ortega y Silvia Patricia Tigre Fajardo “Estudiantes de la Escuela de Medicina”

Directora: Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén “Catedrática”

Asesora: Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén “Catedrática”

8.1.2 Recursos Humanos Indirectos:

Personal de centros y subcentros de salud de Cuenca (pediatra, psicóloga infantil)

8.2. Recursos Materiales:

Descripción	Número
Computador	3
Servicio de Internet	2
Software Nutricional	2
Software Estadísticos	2
Insumos de oficina	
• Copias	274
• Hojas de papel blancas formato A4	3
• Carpetas	274
• Impresora	2

8.3. Recursos Económicos:

Descripción	Valor
Servicio de Internet	240
Transporte	80
Insumos de oficina	
• Copias del formulario de recolección de datos	360
• Hojas de papel blancas formato A4	30
• Carpetas	60
• Cartuchos de tinta para impresora	180
• Otros (esferos, correctores, borradores, etc.)	50
Total:	1000

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

IX. DISCUSIÓN

En el abordaje de las “**dificultades del desarrollo**” de los niños, niñas se ha venido planteando de manera frecuente en los centros y subcentros de salud la evaluación a través de escalas generalizadas del desarrollo psicomotor diseñadas por el AIEPI (Atención Integral de Enfermedades prevalentes de la infancia), siendo esto fundamental para todos aquellos que nos vemos involucrados en el campo de salud, bajo el modelo de APS porque con ello lograríamos un diagnóstico temprano y se remitiría a los niños/as con problemas en su desarrollo a un manejo interdisciplinario y de esta manera elaborar programas que permitan progresos en la niñez cuencana. Sin embargo, esta investigación ha considerado que es importante incorporar una guía para detectar las dificultades alimentarias en los niños de 1 a 5 años, dado que es el momento en el que se produce el mayor crecimiento corporal y se adquieren las habilidades psicomotoras y sociales que les permiten a las personas un desarrollo satisfactorio durante su vida adulta (3). En el Ecuador y en Cuenca no se ha encontrado un estudio que incluya las dificultades alimentarias, es por eso que se considera importante determinar la prevalencia de la misma y la relación con factores asociados.

Esta investigación se realizó en los centros y subcentros de salud del cantón Cuenca, tomando en consideración que son de libre acceso por ser entidades públicas y están regidas por el MSP, encargado de garantizar el ejercicio del derecho a la salud, además cumple con las características de la investigación.

De las características generales de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad de la muestra (n=249) se puede decir que la media de edad en meses es de 30,8 fue parecida entre los niños y niñas ($p=0.27$). La distribución por sexo y grupos de edad son cercanas ($p>0.05$).

En el 79.12% los cuidadores familiares son la madres, le siguen los abuelos (12.05%) y se nota la poca participación del padre (0.80%). El cuidador materno



(79.12%) es más bajo que el porcentaje que se observa en nuestra bibliografía (94%) (30) (31).

Los centros y subcentros de salud del cantón Cuenca, tienen un libre acceso de atención en su servicio, sin embargo en este estudio se observa que en el 32,13% el jefe de hogar es empleado de empresa privada y en el 10.84% el jefe es un empleado público, demostrando así que estos dos grupos son los que tienen más acceso a los servicios básicos de salud posiblemente por conocimiento del sistema. También atienden a sus hijos/as en una entidad pública un gran porcentaje de obreros (24.90%), los profesionales independientes (7,63%), comerciantes menores (6,02%), artesanos (1.61%). Finalmente un pequeño porcentaje de niños y niñas pertenece al sector vulnerable como son los hijos e hijas de semiasalariados (8.43%) y desocupados (0,80%), resulta importante destacar el bajo porcentaje de desocupados que se marca en este estudio, que correspondería al aumento en el porcentaje del subempleo en el país.

La **mayoría de niños y niñas tienen un desarrollo psicomotriz normal** según el AIEPI con un porcentaje del 83,13% en comparación con un retraso del desarrollo psicomotriz que abarca tan solo un 7,23% y un posible retraso con el 9,64%. Todos estos datos se deben a varios programas implementados en los últimos años en beneficio de mejorar el desarrollo de los niños y niñas de nuestra ciudad, lo que permite no tener un porcentaje tan alarmante.

El 66% de los niños y niñas tienen dificultad alimentaria, es decir o tienen dificultad alimentaria sin retraso o tienen retraso en el desarrollo psicomotor. Este porcentaje se asemeja al de la bibliografía, donde en base a diferentes estudios demuestra que las dificultades alimentarias afectan entre el 20 al 80% de los niños de todo el mundo (4).

Es amplio el porcentaje de dificultades alimentarias, encontrado en este estudio esto se debe a que en el dominio general hay falta de programas y políticas



públicas que mejoren el cuidado del crecimiento y desarrollo de los infantes de 1 a 5 años de edad, todo esto se inserta en el dominio particular de las clases sociales y el contexto social en el cual los niños se desarrollan (escuelas, familia, etc.), entre otros factores. (1) (2) (3).

En el estudio realizado por Chatoor I, y colaboradores, en Washington DC EEUU, (16) en el año 2000, se concluye que tanto los historiales médicos y alimentarios de los niños/as, son importantes para hacer el diagnóstico de dificultad alimentaria. Lo que se asemeja a nuestra investigación en la cual hemos implementado guías de diagnóstico, con el fin de crear programas que permitan un mejor manejo de dificultades alimentarias y que disminuya la prevalencia de casos.

Al realizar un análisis de los factores asociados se encuentra que si hay relación entre edad en meses y dificultad alimentaria, ya que tener menos de 30,81 meses es un factor protector (IC 95%: 0.562 a 0.99; RP: 0,78 y $p = 0.05$) este hecho puede ser explicado, por las características socioculturales de nuestro país, ya que mientras más pequeños son los niños/as, hay más interés en alimentarlo adecuadamente por parte de sus cuidadores. Para confirmar sería importante llevar este factor a un estudio de casos y controles. Pero a su vez este dato es valioso para saber en qué grupo de edad vamos a enfatizar los programas subsecuentes.

En un estudio realizado por Carruth y Cols, (17) se demostró que los niños que lograban una alimentación independiente a menor edad, dentro del segundo año de vida, tenían una mayor ingesta de nutrientes que aquellos que eran alimentados pasivamente, esta investigación, podría explicar la razón por la que en nuestro estudio ser menor de 30,81 meses es un efecto protector.

Con respecto a la relación con estrato social, se indica que ser hijo de obrero es un factor de riesgo para tener dificultad alimentaria (IC 95%: 1.32 a 4.36 y



$p=0.002$), posiblemente por la falta de acceso a los servicios básicos y al bajo nivel educativo en los que se ven involucrados este grupo social.

Nuestros resultados que establecen la relación estrato social y dificultad alimentaria difieren con el estudio descriptivo realizado por Pediatric Surgery Department, Faculty of Medicine, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile (22) en el 2006, estableciendo que el estrato social por si solo no parece estar muy relacionado con el desarrollo psicomotor de los niños en dicha región.

No se encontró significancia estadística entre dificultad alimentaria en relación al sexo, tipo de cuidador y residencia

El no encontrar relación estadística entre dificultad alimentaria y tipo de cuidador, puede ser explicado por el estudio realizado por la nutricionista pediátrica Kim Milano quien nos dice que los padres son fundamentales para resolver el problema de las dificultades alimentarias en los niños y no los pediatras como muchas veces se piensa ya que ellos solamente transmiten el mensaje, pero el problema viene muchas veces del estilo de alimentación que el niño tenga en su hogar. Para que haya una adecuada alimentación el cuidador debe establecer límites. (15)

Nuestros resultados son diferentes al estudio realizado por Pilar Gómez Enterría, coordinadora del área de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), (32) en donde establece que los niños que comen en familia por lo menos tres veces por semana disminuyen en un 32% el riesgo de padecer una dificultad alimentario, lo cual no concuerda con nuestra investigación porque no se halla un efecto protector al cuidador materno o paterno. Otra revisión de estudios sobre cuidador familiar en relación a los hábitos alimentarios de los niños llevada a cabo por investigadores de la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign (Estados Unidos), (22) afirma que los niños que comían con sus familias de manera habitual eran un 24% más propensos a ingerir alimentos saludables que



los niños que rara vez comían acompañados por sus padres o abuelos, otro hecho que nos muestra que tener un cuidador familiar resulta un efecto protector, pero no se encuentra dicha relación en nuestra investigación.

Finalmente se encontró que existe una relación entre dificultad alimentaria y desarrollo psicomotor ($p < 0.05$) y RP de 0,41 menor a 1, aunque el valor superior del IC este en el borde de 1. Esto nos indica que no tener retraso del desarrollo psicomotor, es un factor protector para la dificultad alimentaria. Tal como el estudio realizado por Adolfo Chávez y colaboradores, en las pequeñas comunidades del Valle de Solís, municipio de Temazcalcingo, Estado de México. (25) donde se demostró que la alimentación y el desarrollo psicomotor si están asociados.

Los resultados de esta investigación serán difundidos en bibliotecas virtuales con el fin de que el lector se informe de la realidad de las dificultades alimentarias que afectan a los niños de nuestra ciudad y por medio de esto se implemente una herramienta para realizar un diagnóstico temprano y un manejo interdisciplinario.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

X. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

- En los centros y subcentro de salud urbanos del cantón Cuenca se determinó que de los 249 niños y niñas atendidos en el periodo de estudio, **164 niños tienen dificultad alimentaria, lo que corresponde a un 66% de la población estudiada**, siendo amplio este porcentaje lo que nos indica que se debe comenzar a evaluar las dificultades alimentarias implementando guías de intervención temprana, con el fin de mejorar el desarrollo de los niños/as de nuestra ciudad.
- Se determinó que la mayoría de niños y niñas tienen **un desarrollo psicomotriz normal según el AIEPI con un porcentaje del 83,13%**, debido a los programas implementados en los últimos años, logrando un diagnóstico temprano y manejo interdisciplinario oportuno, pero a pesar de esto existe un porcentaje del 7.23 % que presenta un retraso del desarrollo en los cuales se debe iniciar una intervención intentando encontrar las causas de este problema.
- Los resultados de esta investigación también demostraron que **si existe relación entre dificultad alimentaria y desarrollo psicomotriz**, lo que sirve para comenzar a efectuar programas de forma activa, con personal capacitado que intervenga en detectar el tipo específico de dificultad alimentaria, que sea capaz de recolectar información de la historia alimentaria del niño y con ello dar un manejo individualizado.

En conclusión, se abren nuevas expectativas para el abordaje de este tema, que cada día aumenta la prevalencia de casos de manera global, enfatizando la participación de padres, nutricionistas y pediatras para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. “Proforma del Presupuesto General del Estado 2012”. El Comercio (Quito), 2012. Disponible en: http://www.elcomercio.com/negocios/Proforma-Presupuesto-General-Estado-2012-Pro-forma_ECMFIL20111129_0007.pdf
2. LA COMISIÓN NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. “Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN)” Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Noviembre 2005. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Ffaolex.fao.org%2Fdocs%2Ftexts%2Fecu61790.doc&ei=M1jCUP3DDJGc9QSlmoBQ&usq=AFQjCNF4kM6DJ1WniGP3osp_OqEybnhXg&sig2=e0ElkKeM2bb172xUDN88Sg.
3. Amarante, Verónica et al. “El estado nutricional de los niños/as y las políticas alimentarias”. Montevideo – Uruguay. PNUD Uruguay. Junio 2007. Pág. 11 – 13. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEUQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.infamilia.gub.uy%2Fpageredirect.aspx%3F0%2C292&ei=DUa5UMaIlpLu8ATus4CoCQ&usq=AFQjCNGU7vvhSB_kaxlvRHEO_Q0apYvsRCg&sig2=y1T-Y1MjzvaWwURFvqQBNg
4. Ortiz Ruiz, Humberto. “Nueva Clasificación de los desórdenes alimentarios” El Valle – Colombia. Sociedad Colombiana de Pediatría. Programa de Educación continúa en Pediatría, Vol. 10, Núm. 4. Sin mes, 2011, pág. 44 – 45. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_10_vin_4/5_jtw.pdf
5. Bryant- Waugh, Rachel et al. “Feeding and Eating Disorders in Childhood”. USA. International Journal of Eating Disorders. 2010. Pág. 2. Disponible en: http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Reviews/RBW_child_IJED%202010.pdf
6. Steinberg C. “Feeding disorders of infants, toddlers and preschoolers”. BCMJ. 2007, Vol. 49, No. 4, Mayo 2007, pág. 183-186. Disponible en: <http://www.bcmj.org/article/feeding-disorders-infants-toddlers-and-preschoolers>
7. Bravo, Paulina, Isabel Hodgson. “Trastornos alimentarios del lactante y preescolar” Santiago – Chile. Scielo. Revista Chilena de Pediatría, Vol. 82,

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

- No. 2, Abril 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062011000200002&script=sci_arttext
8. Foro de la Niñez y Adolescencia. Ecuador país: Código de la Niñez y Adolescencia. Ecuador, 2004.
 9. Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. Plan de Protección Integral a la niñez y adolescencia del cantón Cuenca 2008- 2010. Cuenca. 2008.
 10. Segarra, Edgar. “Fisiología de los Aparatos y Sistemas”. Cuenca – Ecuador. Universidad de Cuenca. 2009. Pág. 77.
 11. “La Universidad de Cuenca investiga para mejorar la salud de los niños”. El Mercurio (Cuenca), 28 octubre 2012: 2B.
 12. Rueda, Gempeler et al. “Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado?.” Colombia. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Revista colombiana de psiquiatría, Vol. 37, Núm. 3, sin mes, 2008, pág. 357. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80611205006.pdf>
 13. Abbott Laboratorios del Ecuador Cía. Ltda. “Identificación y Manejo de las dificultades en la alimentación de los niños”. Quito – Ecuador. Abbott Laboratorios del Ecuador Cía. Ltda. Enero 2011.
 14. Tarecena, Lucas et al. “Swallowing Phobia: Symptoms, Diagnosis, and treatment” Madrid – España. Fundación Hospital Alcorcón. 2006. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/16991019/reload=0;jsessionid=Q972aHmS kj7x0850ckrU.2>
 15. Milano, Kim et al. “Third International Summit on the Identification and Management of Children with Feeding Difficulties”. Miami, Florida - USA. Abril 30 Mayo 1. Abbott Nutrition. Spring 2011.
 16. Chatoor, Irene, et al. “Observation of Feeding in the Diagnosis of Posttraumatic Feeding Disorder of Infancy”. Washington D.C - USA. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000. Disponible en: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)60691-2/abstract#](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)60691-2/abstract#)
 17. Cruz Hernández, M. “Tratado de Pediatría”. Novena Edición. España. Ediciones Ergón S.A. 2007. Tomo 1. Pág. 865, 870.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



18. Cusminsky, Marcos et al. "Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño". Segunda Edición. Washington DC – USA. Organización Panamericana de la Salud. 1994. Pág. 13 – 14, 54 - 55.
19. Álvarez, Jorge, Patricia Salinas y Luisa Schonhaut. "El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor". Santiago – Chile. Scielo. Revista Chilena de Pediatría, 79 Supl. Noviembre, 2008, pág. 26. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art05.pdf>
20. Molina, Remedios. "El Desarrollo Psicomotor". Andalucía – España. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. Núm. 15. Febrero, 2009. Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/REMEDIOS_MOLINA_2.pdf
21. Álvarez, Jorge, Patricia Salinas y Luisa Schonhaut, et al. "Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto". Santiago – Chile. Scielo. Revista Chilena de Pediatría, Vol. 81, No. 2, Abril 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000200004
22. Sanhueza, Doussoulin. "Psychomotor development, environmental stimulation, and socioeconomic level of preschoolers in Temuco, Chile.". Pediatrics and Pediatric Surgery Department, Faculty of Medicine, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. 2006. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=desarrollo%20psicomotor>
23. Gómez, Juan, Álvaro Posada y Humberto Ramírez. "El Niño Sano". Tercera Edición. Bogotá - Colombia. Editorial Médica Panamericana. 2005. Pág. 36 - 37, 131-134, 144-147.
24. Sarrameda, Elsa. "Factores de Riesgo Implicados en la Aparición de Dificultad en el aprendizaje en pre-escolares que ingresan al tercer nivel de la unidad educativa San Martín de Porres, durante el período Septiembre 2002-Septiembre 2003 en Valencia – Carabobo". Barquisimeto – Venezuela. Universidad Centrooccidental "Lizandro Alvarado". 2005 Disponible en:



http://web.intercom.es/jorgemas/universidad_alvarado_sobre_teoría_Jordi_Mas.pdf

25. Chávez, Adolfo et al. "Nutrición y Desarrollo Psicomotor durante el primer semestre de vida". Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F., México. Salud Pública de México, Vol. 40, No. 2. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n2/Y0400202.pdf>
26. López, J. "Estratificación social: fundamentos, teorías e indicadores". Rev. de Psicol. Gral. y Aplic, 1989; 42 (3):385-393.
27. Crompton R. "Clase social y estratificación". Bolgna - Italia. 1999.
28. Breilh, J. "Breve recopilación sobre Operacionalización de la clase social paa encuestas en la investigación social. CEAS: Centro de estudios y asesoría en salud". Quito. 2010.
29. "Algunas definiciones de cuidador". Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador_conceptos.htm.
30. Noroño Morales, N. "Influencia del Medio Familiar en niños con conductas agresivas". Rev. Cubana Pediatría (Cuba), 2002; 74: 138-144. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/infantil/conductas_agresivas.shtml.
31. INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Resultados del Censo de Población Y Vivienda 2010. 2010. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/home/>. Acceso 8 -12- 2011.
32. Rodríguez, José. "Comer en familia: un hábito saludable". Fundación Eroski. España. 10 de Octubre del 2012. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/infancia_y_adolescencia/2012/10/10/213686.php

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

ANEXOS

ANEXO 1: CATEGORÍAS DE ESTRATO SOCIAL (Breihl)

INSTRUCTIVO PARA RECOLECCION DE DATOS DEL ESTRATO SOCIAL

La estratificación social es la clasificación (ascendente o descendente) de una sociedad en categorías según ordenamiento jerárquico. Lo usual para la estratificación ha sido el empleo de los grupos ocupacionales. Según Breihl, realiza la categorización preguntando por el trabajo que realiza la persona que principalmente mantiene la casa:

1. Por **OBrero** se entenderá al trabajador productivo que labora bajo CONTRATO PERMANENTE por más de tres meses en EMPRESAS donde haya DIEZ o MÁS TRABAJADORES, inclusive si pertenece a empresas estatales (CEPE, industrias militares, etc.) siempre y cuando no cumpla tareas administrativas. Dentro de la categoría pueden ubicarse obreros de fábrica; minería; trabajadores no ejecutivos de bancos y seguros; trabajadores de firma comercial; trabajadores de servicios (hoteles, transporte); trabajadores de la construcción; trabajadores de industria agro-pecuaria y pesquera. También se incluyen aquí los obreros que reciben pago por trabajar como obreros en su propio domicilio (los obreros que trabajan en su casa-zapateros, sastres, pero lo hacen exclusivamente para fábricas de calzado, tejido, etc.).
2. Por **ARTESANO y PEQUEÑO INDUSTRIAL** se entenderá al MAESTRO independiente o DUEÑO de unidad productiva con DOS o DIEZ TRABAJADORES. Dentro de esta categoría se ubican panaderos, carniceros, sastres, carpinteros, costureras, modistas, zapateros, peluqueros, plomeros, cerrajeros, pintores, maestro mayor de construcción, técnicos de radio y TV., mecánicos, etc.
3. **SEMIASALARIADO** es aquel TRABAJADOR IRREGULAR que cumple labores inestables o “marginales” sobre todo en las áreas de los servicios comercio menor y actividades no fundamentales de la producción. (cuidadores de vehículos, vendedor ambulante, cocineras, lavanderas, aprendices y oficiales de artesanía, cargadores, lustrabotas, peones de construcción, jornaleros en general).
4. Por **EMPLEADO PÚBLICO** entendemos al empleado de institución ESTATAL o SEMIESTATAL (ministerios, universidades, municipios) que NO se halle directamente vinculado a fábricas aunque sean estatales. Son por ejemplo: profesional, técnico, secretaria, oficinista, administrador, profesor, guardián, chofer, jardinero, etc.

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



5. Por **EMPLEADO DE EMPRESA PRIVADA** entendemos el personal TÉCNICO-ADMINISTRATIVO de empresas productivas privadas con más de diez trabajadores bajo contrato permanente. Este empleado debe estar cumpliendo funciones de control técnico, coordinación, supervisión y administración. Aquí se incluirá también a los EMPLEADOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS vinculados a FÁBRICAS ESTATALES PRODUCTIVAS. Por ejemplo: las mismas categorías del grupo anterior pero en el sector privado.
6. Por **COMERCIANTE MENOR** se entiende al individuo que desarrolla sus actividades económicas en torno a la COMPRA DE PRODUCTOS ELABORADOS O SEMIELABORADOS y su posterior venta en LOCAL ESTABLE, con el apoyo de su familia y/o NO MÁS DE CINCO VENDEDORES (tendero, fondero, pequeña botica, pequeña ferretería, dueño de bazar, etc.)
7. Por **PROFESIONAL INDEPENDIENTE** se entiende al individuo dotado de ALTA CALIFICACIÓN, formación UNIVERSITARIA, o TÉCNICA (de nivel medio o alto), que tiene el EJERCICIO INDEPENDIENTE de su profesión como fuente principal de subsistencia. (médico, abogado, dentista, obstetra, ingeniero, arquitecto, topógrafo, técnicos altos y medios).
8. Por **PEQUEÑO TRABAJADOR AGRÍCOLA** se entiende al TRABAJADOR NO OBRERO NI JORNALERO (es decir no trabaja ni en empresa agroindustrial ni en relación transitoria por jornal) cuya subsistencia se basa en el TRABAJO COMO SEMBRADOR AL PARTIR, o como PROPIETARIO DE UNA PARCELA, o como MIEMBRO DE COOPERATIVA AGRÍCOLA, (cooperados, pequeño agricultor).
9. Por **ADMINISTRADOR DE SU PROPIA EMPRESA** entendemos a la persona DUEÑA DE FÁBRICA, MINA, EMPRESA DE SEGUROS, BANCO, FIRMA DE SERVICIOS, EMPRESA CONSTRUCTORA, EMPRESA AGROPECUARIA o PESQUERA, con DIEZ o MAS TRABAJADORES contratados. En el sector de comercio se considerará tan solo MÁS de CINCO TRABAJADORES para determinar si se trata de empresa (FIRMA COMERCIAL).
10. Por **DESOCUPADO** se entenderá la persona que habiendo sido trabajador activo, ha PERDIDO EL TRABAJO y se encuentra sin laborar desde al menos hace 1 semana.
11. Por **OTROS**, entendemos todas aquellas ocupaciones que no correspondan a las categorías analizadas (cesantes, jubilados, becarios, artistas, policías, militares)

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicador	Escala
Edad	Meses cumplidos desde el nacimiento.	Tiempo	Meses cumplidos	Cualitativa Ordinal: 1. Lactante = 12 a 24 meses 2. Preescolares = 25 a 60 meses
Sexo	Características fenotípicas o una condición orgánica, psicológica y social.	Fenotipo o condición orgánica.	Fenotipo	Cualitativa Nominal 0. Masculino 1. Femenino
Estrato Social de los padres	Grupo de personas con un modo y estilo de vida por estar en un lugar de la producción y desempeñar un papel en la organización del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Lugar en la producción. Relación de propiedad Organización del trabajo 	Tipo de Ocupación de la persona que en el hogar tiene la mayor fuente de ingreso.	Cualitativo Nominal 1. Obrero 2. Artesano. 3. Semiasalariado 4. Empleado público 5. Empleado de empresa privada 6. Comerciante menor 7. Profesional independiente 8. Pequeño trabajador agrícola 9. Administración de su propia empresa. 10. Desocupado 11. Otros
Tipo de cuidador familiar	Persona que vive con el niño o niña, satisface las necesidades de atención, afecto y otros en el hogar.		Persona que suministra la atención en las necesidades básicas, afecto y otros.	Cualitativa nominal: 0. Madre 1. Padre 2. Abuelos 3. Tíos 4. Otros
Cuidador no materno	Cuidado en la familia no propiciado por la madre sino por otro miembro de la familia		Persona que cuida al niño en la familia.	Cualitativa Ordinal 0. Cuidador no materno 1. Cuidador materno
Centro o Subcentros de Salud	Edificio que atiende a la población (niños y niñas de 1 a 5 años de edad) en un primer nivel asistencial sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> Niños y niñas de 1 a 5 años atendidos Lugar de atención 	Revisión de los documentos de recolección de datos que determina el lugar de atención.	Cualitativa Nominal: 1. Subcentro 2. Centro

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

CONTINUACIÓN DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicador	Escala
Desarrollo psicomotor	Desarrollo de aptitudes interrelación entre funciones neuromotrices y funciones psíquicas	-Conducta Motriz (Motricidad fina Motricidad gruesa) -Conducta adaptativa. -Conducta Social - Lenguaje	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el contexto del AIEPI.	Cualitativa Nominal: 0. Retraso del desarrollo psicomotor. 1. Posible Retraso del Desarrollo Psicomotor. 2. Desarrollo psicomotor normal.
Dificultad Alimentaria	Problemas que presentan los niños o niñas en el momento de comer y que causa tensión o conflicto en el cuidador y/o en la familia.	Psicología Nutricional.	Los formularios para la identificación y manejo de las dificultades alimentarias	Cualitativa Nominal: 0. Tiene dificultad alimentaria 1. No tiene dificultad alimentaria.
Lugar de residencia	Lugar establecido en donde se vive	Demografía	Lugar donde vive	Cualitativa Nominal: 0. Eje Urbano 1. Área rural de influencia inmediata

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

ANEXO 4: INSTRUCTIVOS PARA RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCTIVOS DE FORMULARIOS COMO RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

1. RESIDENCIA DEL NIÑO

0. Eje urbano: está dentro de las siguientes avenidas:

Centro Histórico

Zonas alrededor de las Universidades,

Zonas alrededor de las instalaciones militares

Zonas de las lagunas de oxigenación del sistema de alcantarillado

Zonas cercanas a centros médicos –hospitalarios y edificios de servicios profesionales de la salud.

Zonas frente a las avenidas grandes



Estas son:

1. Bellavista
2. Cañaribamba
3. El Batán
4. El Sagrario
5. El Vecino
6. Gil Ramírez Dávalos
7. Hermano Miguel
8. HuaynaCápac
9. Machángara
10. Monay
11. San Blas
12. San Sebastián
13. Sucre
14. Totoracocho

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.

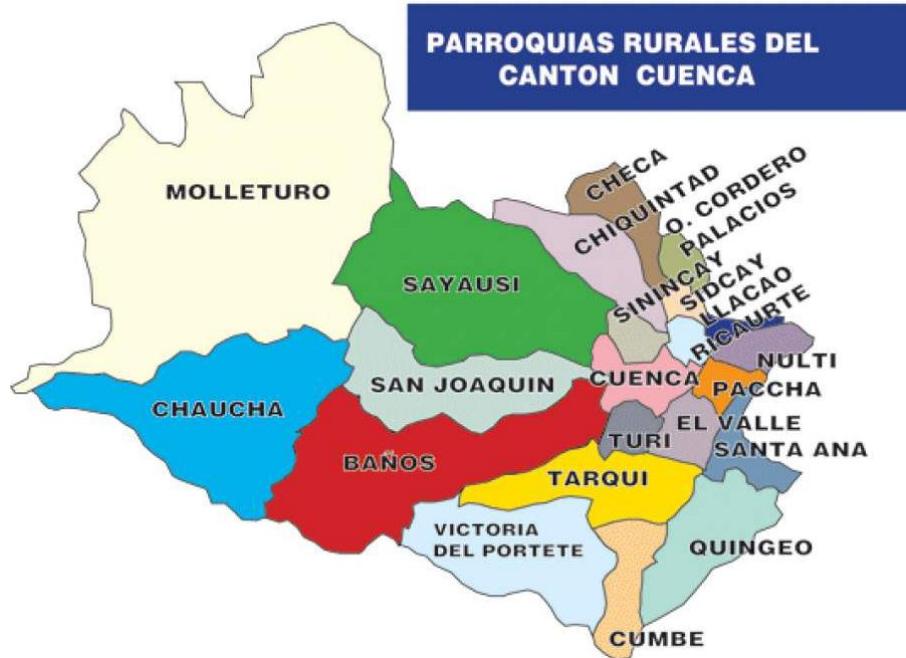
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA

SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

15. Yanuncay

1. **Área rural de influencia inmediata:** es el territorio rural circundante a la parte urbana, considerada como “zona de expansión Urbana

1. Baños
2. Chaucha
3. Checa
4. Chiquintad
5. Cumbe
6. El Valle
7. Llaoco
8. Molleturo
9. Nulti
10. Octavio Cordero
11. Paccha
12. Quingeo
13. Ricaurte
14. San Joaquín
15. Santa Ana
16. Sayausí
17. Sidcay
18. Sinincay
19. Tarqui
20. Turi
21. Victoria del Portete



CUIDADOR: Aunque el niño o niña viva con uno o dos de sus padres se llama cuidador a la persona que principalmente suministra el cuidado, la satisfacción de las necesidades de alimentación, vestuario, educación, recreación, participación, afecto



ANEXO 5: FORMULARIO PARA LA DETECCIÓN DE DIFICULTADES ALIMENTARIAS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE DIFICULTADES ALIMENTARIAS”

FORMULARIO PARA LAS DIFICULTADES ALIMENTARIAS

PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES

Formulario No. ____

Nombre del Centro de Salud: _____

Fecha de evaluación:
Día Mes Año

Nombre del niño o niña _____ Edad en meses: _____

Sexo: Masculino: ____ Femenino: ____

Nombre de la persona que acude con el niño o niña: _____

Nombre del médico que realiza la evaluación: _____ Celular: _____

Correo electrónico del médico: _____

I. DETECTE:

A. Pregunte: (Conteste como “si” cuando la madre indica que la conducta es “siempre” o “la mayor parte de las veces” y conteste como “no” cuando es “a veces” o “nunca”)	Si	No
1. ¿Usted <u>está muy preocupada/o</u> porque la niña o el niño <u>no come bien y por eso ocasiona problemas en el momento de comer</u> ?		
2. ¿El niño o la niña come tan poco y por eso está muy flaco o pequeño?		
3. ¿El niño o la niña prefiere jugar o hacer cualquier otra cosa menos comer?		
4. ¿El niño o la niña <u>siempre está tan triste</u> que no quiere comer? <i>Esta pregunta debe captar a los niños que por negligencia o maltrato no comen</i>		
5. ¿El niño o la niña escoge para comer menos de 15 alimentos por eso usted cree que él o ella es selectivo?		
6. ¿El niño o la niña se asusta (tiene miedo) cuando come ya sea porque llora o rechaza o escupe?		
7. ¿El niño o la niña <u>come mucho</u> ya sea porque come a cada rato (más de 5 veces al día) o porque se repite las porciones? (incluye seno y teta)		

Presencia de Dificultad Alimentaria: Cuando dos o más preguntas han sido contestadas como SI

Ausencia de Dificultad Alimentaria: Cuando seis o más preguntas han sido contestadas como NO

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.

JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA

SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.



ANEXO 6: VALORACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEGÚN AIEPI

Formulario No.: _____ Centro de Salud: _____

Fecha de evaluación: _____

Nombre del Niño/a: _____ Sexo: Masculino: ___ Femenino: ___

Fecha de Nacimiento: _____ Edad en meses: _____

Observar y explorar si el niño o niña cumple con lo siguiente (marcar con un √ cuando cumple y con una X cuando no cumple):

A partir de los 2 meses:	
• Eleva la cabeza	
• Reacciona a los sonidos	
4 meses:	
• Agarra objetos	
• Sonríe emitiendo sonidos	
6 meses:	
• Gira solo	
• Se vuelve al lugar del sonido	
9 meses:	
• Juega a taparse y descubrirse	
• Se sienta sin apoyo	
12 meses:	
• Camina con apoyo.	
• Agarra objetos con las puntas de los dedos índice y pulgar.	
18 meses:	
• Camina para atrás	
• Garabatea esporádicamente y dice por lo menos 3 palabras.	
24 meses:	
• Se quita por lo menos una prenda de vestir	
• Señala por lo menos dos figuras o dos partes del cuerpo	
36 meses:	
• Controla esfínteres	
• Sube la escalera solo o sola y sin apoyo	
48 meses:	
• Se viste y calza solo o sola	
• Relata acontecimientos simples y da nombre completo.	
60 meses:	
• Define 7 palabras	
• Acepta y sigue reglas de juegos de mesa	
• Copia un cuadrado.	
• Se equilibra en un solo pie por 7 segundos	

CLASIFICAR	EL	DESARROLLO	PRESENTA
Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño o niña.	Retraso del Desarrollo	-Referir para una evaluación por un especialista	
Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño o niña	Posible Retraso del Desarrollo	-Aconsejar a los padres o cuidadores sobre la estimulación de su hijo o hija de acuerdo a su edad -Hacer una consulta de seguimiento y control en 30 días. -Indicar a los padres o cuidadores que si el niño o niña no progresa en el desarrollo, volver lo antes posible.	
Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño o niña y no hay factores de riesgo	Desarrollo Normal	-Felicitarse a la madre. -Aconsejar a los padres o cuidadores para que continúen estimulando a su hijo o hija de acuerdo a la edad. -Hacer seguimiento cada 3 meses si tiene menos de un año y cada 6 meses a partir del año de edad hasta los 5 años. -Indique a los padres o cuidadores los signos de alarma para volver lo más pronto posible.	

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
 JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
 SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.

**ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PREVALENCIA DE LAS DIFICULTADES ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD
EN RELACIÓN CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR
CENTROS Y SUBCENTROS DE SALUD DEL MSP DE CUENCA. PERIODO DE 6 MESES DEL
AÑO 2013.**

Día: __|__ Mes: __|__ Año: __|__|__|__|

No de Identificación: __|__

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros, José Xavier Segarra Ortega, Maritza Tatiana Segarra Ortega y Silvia Patricia Tigre Fajardo, estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando nuestro trabajo de tesis titulado “Prevalencia de las Dificultades Alimentarias en los niños de 1 a 5 años de edad y el Desarrollo Psicomotor en Centros y subcentros de Salud del MSP. Cuenca - Azuay, Febrero a Agosto del 2013”, estudio que tiene como objetivo conocer el estado nutricional de sus hijos e hijas y el desarrollo adecuado para su edad. Esta investigación requiere la participación de niños entre 1 a 5 años de edad que acudan a la consulta de los centros y subcentros de salud establecidos.

Si acepta participar en el estudio, se hará a su hijo o hija una evaluación del Desarrollo Psicomotor mediante un formulario propuesto por el MSP, y llenará un cuestionario de Dificultades Alimentarias. Con todos estos datos se informará si su hijo o hija tiene o no dificultad alimentaria y alteración del desarrollo psicomotor.

No recibirá compensación económica por la participación en este estudio; sin embargo, el procedimiento no tiene costo alguno para usted, no implica ningún daño y se guardará la confidencialidad de la información. En caso que su hijo o hija tengan alteraciones en los datos del estudio, se dará mediante una orientación y pautas de cómo superar las dificultades de su hijo o hija. Además, su colaboración permitirá conocer mejor la magnitud de estos problemas en la comunidad.

La responsable de la supervisión la Dra. Lourdes Huiracocha Tutivén, directora de nuestro trabajo de tesis, se ha comprometido a responder las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de su hijo/a; para lo cual pone a disposición su dirección y teléfonos: Juan Bautista Vásquez 1-64. Teléfonos: 2810-204, celular 099987321.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, hemos decidido participar en forma libre y voluntaria, y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente, por consiguiente, yo
_____ padre, madre de
_____ autorizo la inclusión de mi hijo/a en el estudio.

Firma del padre, madre.

CI _____

AUTORES:

MARITZA TATIANA SEGARRA ORTEGA.
JOSÉ XAVIER SEGARRA ORTEGA
SILVIA PATRICIA TIGRE FAJARDO.