

## **Cátedra Seminario Final**

### **Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición.**

# **“Estado nutricional y dificultades alimentarias en niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS de Despeñaderos, de la provincia de Córdoba.”**

Autoras:

Arrieta, Fernanda Natalí.

Dasso, Indira Ayelén.

Oviedo, María Laura.

Directora: Mgter. Grande María del Carmen.

Co- directora: Lic. Troncozo Magalí.

Asesora: Dra. Román María Dolores.

**Año 2018**



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra  
Derivada 4.0 Internacional.

Se encuentra ubicada en la Biblioteca de la Escuela de Nutrición,  
Fac. de Ciencias Médicas, U.N.C.

Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición:

***“Estado nutricional y dificultades alimentarias en niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS de Despeñaderos, de la provincia de Córdoba.”***

**Autoras:**

Arrieta, Fernanda Natalí.

Dasso, Indira Ayelén.

Oviedo, María Laura.

**Directora:**

Mgter. Grande, María del Carmen.

**Co – directora:**

Lic. Troncozo, Magalí.

**Asesora:**

Dra. Román, María Dolores.

**Tribunal:**

Presidenta: Dra. Furnes, Raquel.

Miembros: Lic. Eandi, Mariana.

Mgter. Grande, María del Carmen.

**Calificación:**

**Fecha:**

*Art. 28: Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.*

**Agradecimientos:**

*A Marita, Magui y Dolo, quienes nos acompañaron y alentaron a lo largo de este proceso de aprendizaje compartiendo sus conocimientos.*

*A la Lic. Silvana Alarcón, a los directivos y a todo el equipo del CAPS “Divino Niño” de Despeñaderos por abrirnos las puertas de su institución y hacernos sentir parte de la misma. A las mamás que también colaboraron y los/as niños/as, actores principales que hicieron posible el desarrollo de esta investigación.*

*A nuestras familias, que constituyen un pilar fundamental en nuestras vidas y gran apoyo en el transcurso de toda nuestra carrera.*

*A nuestros/as amigos/as, que nos acompañaron brindándonos sus buenas energías en todo este proceso.*

*¡Muchas gracias!*

# Índice



Resumen.....	7
Introducción.....	9
Planteamiento y delimitación del problema.....	13
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Marco teórico.....	17
Estado nutricional, crecimiento, desarrollo y conducta alimentaria en la infancia temprana.....	18
Concepto de cuidador/a.....	20
Dificultades Alimentarias.....	21
Conceptualización.....	21
Síntomas, signos y señales.....	23
Clasificación según comportamiento alimentario.....	23
Estilos de cuidadores según las actitudes que toman frente a la alimentación de su niño/a.....	28
Evaluación del comportamiento alimentario pediátrico.....	29
Estado nutricional y Dificultades Alimentarias.....	30
Hipótesis.....	32
Variables.....	34
Operacionalización de variables.....	36
Diseño metodológico.....	46
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
Plan de análisis de los datos.....	51
Resultados.....	53
Discusión.....	69
Conclusión.....	76
Referencias bibliográficas.....	79
Anexos.....	86

Anexo I: Consentimiento informado.....	87
Anexo II: Tabla de características típicas de segmentos de la AAM.....	89
Anexo III: Patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	91
Anexo IV: Behavioral Pediatric Feeding Assessment Scale (BPFAS) - Escala de evaluación del comportamiento alimentario pediátrico.....	95
Glosario.....	98

# Resumen





## **Estado nutricional y dificultades alimentarias en niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS de Despeñaderos, de la provincia de Córdoba.**

**Área temática de investigación:** Nutrición Clínica y Dietoterapia.

**Autores:** Arrieta FN, Dasso IA, Oviedo ML, Román MD, Troncozo M, Grande MC.

**Introducción:** Las Dificultades Alimentarias (DA) son una serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia, también involucran la percepción por parte del/la cuidador/a de que el/la niño/a no se alimenta de forma adecuada. Pueden surgir por diversas causas, sin embargo son frecuentes durante períodos en los que suceden grandes cambios en la alimentación. **Objetivo:** Analizar la relación entre el estado nutricional y dificultades alimentarias de los niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS “Divino Niño” en la localidad de Despeñaderos, provincia de Córdoba en el año 2017 - 2018. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, correlacional de corte transversal, n=33. Se indagó con el BPFAS el comportamiento alimentario pediátrico. Se calcularon diferencias de proporciones, y pruebas de asociación de las variables estado nutricional y dificultades alimentarias. **Resultados:** El 24% de la muestra presentó dificultades alimentarias; el 3% de los/as cuidadores/as percibieron que su niño/a tenía dificultades alimentarias; de ellos/as el 50% presentó un estado nutricional dentro de los parámetros esperados ( $p < 85$ ), el 37,5% exceso de peso ( $p > 85$ ) y 12,5% bajo peso ( $p < 10$ ). **Conclusión:** No hubo asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la presencia de dificultades alimentarias.

**Palabras claves:** Estado nutricional – Dificultades alimentarias– Cuidadores/as nutricionales – Comportamiento alimentario.

# Introducción



La exposición alimentaria en la infancia temprana (niños/as desde los 0 a 3 años, según el Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil, CESNI) cumple un rol trascendente en la conformación de las bases de los hábitos alimentarios, que acompañarán al individuo a lo largo de su vida. Sin embargo, se ha reportado que la dieta de los/as niños/as pierde calidad progresivamente a partir de los 6 meses de edad<sup>1</sup>. Carmuega manifestó que entre los 6 y 12 meses es muy frecuente que los padres elaboren una comida especial para e/la niño/a, que tiende a ser más saludable que lo que recibe el resto de la familia: *“Sin embargo, la rápida inclusión del niño en los hábitos del entorno familiar lo ponen en riesgo de un consumo excesivo de azúcares, sodio y grasas, que además de disminuir la calidad de la dieta pueden afectar la conformación de los circuitos de saciedad, recompensa y señales fisiológicas complejas que se instalan en los primeros 1000 días críticos”*<sup>2</sup>. Durante la infancia temprana, los/as niños/as representan un grupo biológico de gran demanda nutricional, por su velocidad de crecimiento, sus elevados y específicos requerimientos nutricionales y sus características inmunológicas.

En la alimentación infantil se pueden distinguir tres etapas; el *período inicial de lactancia materna exclusiva*, el *período de transición* en el que el/la niño/a incorpora progresivamente alimentos complementarios y por último el *período de incorporación a las pautas familiares*<sup>3</sup>. En estas tres etapas de la vida se va constituyendo la conducta alimentaria que depende del tipo de alimento que se ofrece, del/la niño/a que lo recibe, del/la adulto/a que lo/la alimenta, y el ambiente en que se desarrolla la alimentación<sup>4</sup>. La conformación de la misma es importante ya que sentará las bases para la formación de conductas alimentarias futuras.

Las Dificultades Alimentarias (DA), son una serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia (niños/as desde los 0 a 8 años, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF) y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta. Asimismo involucran la percepción por parte del/la cuidador/a, de que el/la niño/a no se alimenta de forma adecuada<sup>4, 5</sup>. El/la cuidador/a es la persona que alimenta y cuida a lactantes o niños/as pequeños/as la mayor

parte del tiempo y/o toma decisiones sobre cómo deben ser alimentados/as<sup>6</sup>. Existen entre ellos relaciones sociales y familiares, generalmente en forma de parentesco<sup>7</sup>.

Las DA pueden surgir por diversas causas. Sin embargo son frecuentes durante períodos en los que suceden grandes cambios en la alimentación, como el inicio de la comida semisólida, el pasaje del pecho materno al biberón y a la taza, o el inicio de la alimentación con su mano<sup>4</sup>.

En un estudio realizado por Machado y col. en Montevideo Uruguay, se encontró que el 42,4% de la población estudiada (n=205 niños/as entre 1 y 5 años), no comía de manera adecuada, según la percepción del/la cuidador/a. Una preocupación compartida entre cuidadores/as y profesionales es si las DA tendrán consecuencias sobre la salud, tales como alteraciones del estado nutricional (EN), retraso del crecimiento, consumo sub óptimo de nutrientes, alteraciones crónicas del comportamiento alimentario, estigmatización social, fallas en la interacción cuidador/a – hijo/a y retraso en el desarrollo. Las DA pueden alcanzar una prevalencia de 20-45% entre niños/as con desarrollo normal y hasta el 80% entre niños/as con alteraciones en el desarrollo durante la primera infancia<sup>4</sup>.

Según Ortiz la persistencia de no comer adecuadamente o tener una dieta extremadamente limitada puede afectar negativamente el desarrollo físico y psicosocial del niño/a; aunque algunos son capaces de mantener o ganar peso<sup>8</sup>. Estos/as niños/as suelen tener dietas caprichosas y desequilibradas que pueden conducir a un cuadro de carencia de macro y/o micronutrientes, el cual podría producir a su vez anorexia y cerrar un círculo vicioso<sup>9</sup>

En Argentina no se han publicado aún estudios acerca de la temática. Por lo tanto es de fundamental importancia conocer la presencia de DA y su relación con el EN de la población infantil, con la finalidad de que tanto el Licenciado en Nutrición como otros profesionales de la salud puedan reconocer y abordar esta problemática.

El presente trabajo pretende dar información acerca de los comportamientos alimentarios pediátricos de los/as niños/as a partir del BPFAS y la posible

asociación entre la presencia de DA y el EN de los/as lactantes mayores y preescolares, para contribuir con información significativa para la población de esta región.

# Planteamiento y delimitación del problema



¿Cuántos/as niños/as desarrollan dificultades alimentarias y cuál es la relación que existe entre la misma y el estado nutricional en los niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) “Divino Niño” en la localidad de Despeñaderos, provincia de Córdoba en los años 2017 - 2018?

# Objetivos





**Objetivo general:**

Analizar la relación entre el estado nutricional y dificultades alimentarias de los niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS “Divino Niño” en la localidad de Despeñaderos, provincia de Córdoba en los años 2017 - 2018.

**Objetivos específicos:**

- Describir características socioeconómicas del hogar de los/as niños/as.
- Determinar el estado nutricional que presentan los/as niños/as.
- Identificar a los/as niños/as con dificultades alimentarias.
- Identificar los/las cuidadores/as nutricionales y su percepción respecto al comportamiento alimentario de sus niños/as.
- Describir los comportamientos alimentarios deseables y no deseables de los/as niños/as con y sin dificultades alimentarias.
- Evaluar la asociación del estado nutricional y las dificultades alimentarias.

# Marco teórico



## **Estado nutricional, crecimiento, desarrollo y conducta alimentaria en la infancia temprana:**

El EN de un individuo o grupos de individuos es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutricionales del mismo, necesarios para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas<sup>10</sup>.

El EN se evalúa en base a cuatro dimensiones: dietética, bioquímica, clínica y antropométrica. La dimensión dietética indaga acerca de qué consumen los individuos, el grado de adecuación de su dieta y las causas principales de posibles deficiencias nutricionales. En cuanto a los indicadores bioquímicos, se lleva a cabo un análisis de biomarcadores para determinar el estado metabólico, deficiencias nutricionales y como complemento de otros métodos de valoración. Mediante el examen clínico, se puede evidenciar cuando el organismo se ajusta al cambio del abastecimiento de nutrientes (por carencia o exceso) reduciendo niveles funcionales o cambiando el tamaño o estado de los compartimientos corporales afectados. Por otro lado, la antropometría evalúa el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo de un individuo y al compararlas con patrones de referencia, suministra información sobre la situación nutricional actual y pasada. Al mismo tiempo, refleja la salud y el bienestar general de los individuos y de las poblaciones<sup>11</sup>.

Luego del nacimiento, la velocidad de crecimiento y el avance madurativo, no siguen una marcha uniforme, se pueden determinar tres períodos: el período de crecimiento acelerado de la lactancia, el período de crecimiento estable de la etapa preescolar y escolar, y el período de aceleración del crecimiento de la etapa puberal. Desde el nacimiento hasta los 28 días de vida extrauterina se denomina período neonatal. El período de lactancia puede dividirse en dos subperíodos, lactante menor (desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad) y lactante mayor (desde los 12 meses hasta los 23 meses de edad). Dentro del período de crecimiento estable se encuentra la etapa preescolar, que comprende a los/as niños/as desde los 2 años hasta los 5 años de vida inclusive<sup>12</sup>.

Los/as niños/as de 1 a 3 años de edad tienen un ritmo de crecimiento longitudinal de aproximadamente 12 cm en el segundo año y de 8 a 9 cm en el tercero, mientras que la ganancia de peso está entre 2 y 2,5 kg/año<sup>13</sup>. La velocidad de crecimiento disminuye progresivamente en niños/as mayores de 12 meses, y es por ello que en la etapa preescolar los/as niños/as manifiestan menos apetito, disminuyen el volumen de su ingesta, y su patrón de alimentación puede ser variable e impredecible<sup>14</sup>.

El menor gasto en el metabolismo basal y en el crecimiento condiciona que tenga una menor necesidad energética<sup>13</sup>. La consecuente disminución del apetito, causa preocupación en los padres, generalmente por la selectividad, el consumo escaso de verduras y carnes y la ingesta alta de golosinas<sup>14</sup>.

La infancia temprana es un período preferentemente madurativo, con importantes avances en el desarrollo psicomotor, en donde los/as niños/as pueden experimentar dificultades en la masticación de algunos alimentos<sup>13</sup>. En esta etapa los/as niños/as manipulan utensilios, tazas y vasos de forma eficiente, y se sientan en la mesa para comer. Pueden tener períodos de falta de interés por la comida, de todas maneras se debe promover la comensalidad estimulándolos a compartir la mesa, aún si no desean comer. Lo recomendado a esta edad es lograr su permanencia en la mesa, y se consideran de 15 a 20 minutos como un período razonable<sup>14</sup>.

En la etapa preescolar, los/as niños/as comienzan a comprender cuándo y cómo se come, qué diferentes tipos de comidas les ofrecen, y que existen situaciones especiales donde se consumen alimentos de manera diferente<sup>14</sup>. Los/as niños/as seleccionan alimentos, desarrollan preferencias, y van modulando el desarrollo del hábito alimentario, influenciados por pautas ambientales, tales como el momento del día, las porciones de alimentos que les ofrecen y qué posibilidades tienen de poder autoregular su ingesta de acuerdo con el modelo de crianza y prácticas de alimentación que expresan sus cuidadores/as. Los/as niños/as dependen de la oferta que realizan los/as adultos/as de alimentos, y ellos/as mismos son los/as encargados de decidir el volumen de la ingesta, progresando de una alimentación por demanda, hacia un patrón de alimentación familiar<sup>14</sup>.

### **Concepto de cuidador/a:**

El término cuidar, se caracteriza en primer lugar por englobar bajo su definición un amplio abanico de trabajos y tareas, marcados por relaciones interpersonales y determinadas por circunstancias y necesidades de diversa índole, siendo absolutamente indispensables para la estabilidad tanto física como psíquica de los miembros que integran cada grupo social, así como también para el mantenimiento de la cohesión familiar y comunal<sup>15</sup>.

Desde UNICEF el cuidado se define como la provisión a nivel familiar y comunitario de tiempo, atención y apoyo para satisfacer las necesidades físicas, mentales y sociales de los/as niños/as en crecimiento y otros miembros del hogar. La ingesta de nutrientes, la salud y el desarrollo cognitivo y psicosocial de niños/as se ven afectados particularmente por un conjunto de comportamientos implementados por los/las cuidadores/as para la satisfacción de estas necesidades<sup>16</sup>.

El/la cuidador/a es la persona que alimenta y cuida a lactantes o niños/as pequeños/as la mayor parte del tiempo y/o toma decisiones sobre cómo deben ser alimentados<sup>6</sup>. Existe entre ellos relaciones sociales y familiares, generalmente en forma de parentesco<sup>7</sup>.

Las prácticas alimentarias de los/as niños/as menores de 5 años de edad, dependen en gran medida de los/las cuidadores/as nutricionales que son casi exclusivamente las mujeres madres, responsables de la selección, preparación y distribución de los alimentos al interior del hogar y del establecimiento de las pautas que se ponen en juego en el momento mismo de la alimentación, acompañadas en muchos casos por la familia extendida (abuelos/as, tíos/as, hermanos/as) y en menor medida por organizaciones o instituciones del entorno próximo<sup>16</sup>. Los/as niños/as desde muy temprano establecen una íntima relación recíproca con la figura primaria que lo cuida y que es habitualmente la madre; esta relación de apego establecida en el primer semestre de la vida, es determinante en la adquisición de su conducta alimentaria y de su adecuado desarrollo posterior<sup>17</sup>.

De este modo, se puede definir a las prácticas de cuidado nutricional infantil como “el entrecruzamiento de las formas socialmente aprendidas de resolver cotidianamente la selección, preparación y distribución de los alimentos como parte de las estrategias de consumo de las familias y las acciones de los adultos encaminadas a orientar el desarrollo de los niños, vinculadas a la crianza y cuidado de ellos”<sup>18</sup>.

### **Dificultades Alimentarias:**

#### **Conceptualización:**

Las DA, son una serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta. Asimismo involucran la percepción por parte del/la cuidador/a, de que el/la niño/a no se alimenta de forma adecuada<sup>4,5</sup>.

Las DA pueden surgir por diversas causas. Sin embargo son frecuentes durante períodos en los que suceden grandes cambios en la alimentación, como el inicio de la comida semisólida, el pasaje del pecho materno al biberón y a la taza, o el inicio de la alimentación con su mano<sup>4</sup>. Las mismas pueden afectar negativamente el proceso por el cual los/las cuidadores/as proveen alimentos a niños/as pequeños/as.

Como muestra la figura 1, las DA no incluyen a los “trastornos de la alimentación”, entidades de mayor gravedad, que resultan de alteraciones severas, somáticas y/o del comportamiento, con probables secuelas orgánicas, nutricionales o emocionales<sup>4</sup>.

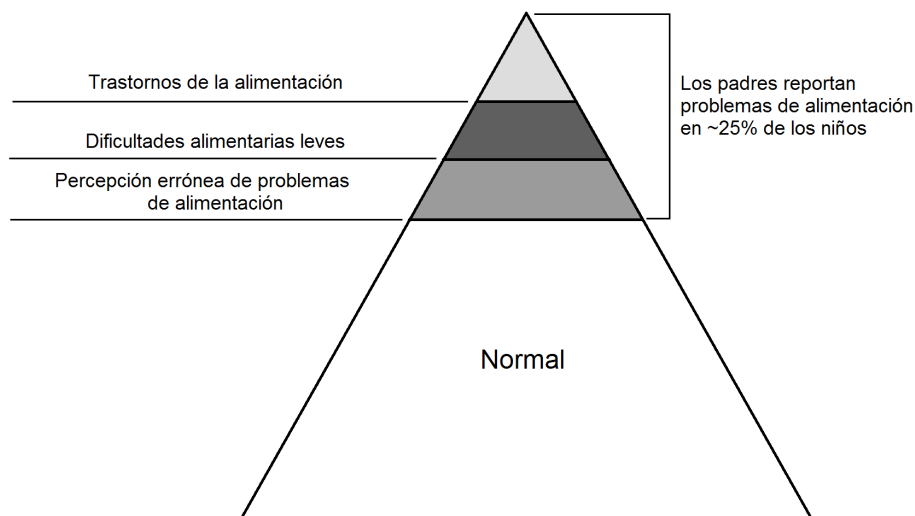


Figura 1: Representación piramidal de las conductas alimentarias de los/as niños/as pequeños/as.

Revisiones bibliográficas sugieren que clínicamente sería útil un sistema de clasificación que tenga en cuenta la interacción entre factores biológicos y psicológicos. Los problemas alimentarios surgen muchas veces por causas multifactoriales y las clasificaciones de trastornos basados en una dicotomía orgánica versus en una no orgánica, no logran proveer un sistema que represente las interacciones complejas entre problemas médicos, contexto familiar, y dificultades en el comportamiento asociado con desórdenes alimentarios<sup>5</sup>. Asimismo, Davies y col.<sup>19</sup> consideran que las DA deben conceptualizarse como un trastorno relacional entre el/la cuidador/a y el/la niño/a, de manera que, los estilos de alimentación de los/las cuidadores/as, deben ser incorporados en el manejo de estos problemas.

Las DA pueden desencadenar manifestaciones conductuales que son lo suficientemente serias como para afectar las relaciones del/la niño/a con pares, en la escuela y/o la familia, pero que no implica un nivel de severidad suficiente como para diagnosticar un trastorno mental<sup>19</sup>. Además la falta de identificación y la carencia de un adecuado manejo de esta entidad, puede provocar desde estudios invasivos hasta llegar a tratamientos extremos como alimentación enteral<sup>20</sup>.

### **Síntomas, signos y señales:**

Según Kerzner<sup>21</sup> existen un conjunto de signos y síntomas que pueden sugerir el padecimiento de una DA en un/a niño/a, las mismas pueden ser signos de alarma orgánica, conductuales y/o síntomas sugestivos.

Los **síntomas sugestivos** de las DA pueden ser: horarios de comida prolongados, rechazo a la comida que perdura por lo menos un mes, comidas disruptivas y estresantes, falta de alimentación independiente, alimentación nocturna en niños/as pequeños/as, distracción para aumentar la ingesta, alimentación prolongada con leche materna o biberón y fracaso para avanzar en las texturas de los alimentos.

Los **signos orgánicos** que pueden sugerir la presencia de DA son aquellas tales como: disfagia, aspiración, dolor aparente con la alimentación, vómitos, diarrea, retraso del desarrollo, síntomas cardio-respiratorio crónicos y falla de medro.

Algunas de las **señales de alarma conductuales** pueden ser: fijación alimentaria (limitaciones dietarias extremas), alimentación nociva (forzada y/o persecutoria), interrupción brusca de la alimentación después de un evento disparador, náuseas anticipatorias y retraso en el desarrollo<sup>21</sup>.

### **Clasificación según comportamiento alimentario:**

Kerzner<sup>21</sup> clasifica las DA en tres grupos: el/la niño/a con apetito limitado; el/la niño/a con ingesta selectiva de alimentos; el/la niño/a con miedo a la alimentación.

**Apetito limitado:** El apetito limitado es una DA no específica que podría estar asociada con diversos problemas. Incluye desde niños/as que comen adecuadamente, pero que parece que comen demasiado poco (percepción errónea por parte de los/las cuidadores/as), a aquellos con enfermedad orgánica manifiesta.



El autor define cuatro subcategorías:

Percepción errónea: La característica más importante de la interpretación errónea de la falta de apetito, es la excesiva preocupación de los padres, a pesar del crecimiento normal del/la niño/a. Los padres comúnmente perciben a los/as niños/as genéticamente pequeños/as con un apetito “pequeño” consecuente como pobres consumidores/as.

Los padres fallan en apreciar que la tasa de crecimiento se desacelera hacia el final del primer año, y en el segundo año de vida con una concomitante disminución del apetito. Esta percepción errónea puede ser la base de una DA, si los padres ansiosos adoptan prácticas inadecuadas de alimentación<sup>21</sup>.

El/la niño/a activo/a enérgico/a con apetito limitado: Este problema se desarrolla durante la transición a la autoalimentación; característicamente, estos/as niños/as son activos/as, enérgicos/as, curiosos/as, y mucho más interesados/as en jugar y hablar que en comer. Se niegan a permanecer sentados durante las comidas, comen pequeñas cantidades, y con frecuencia dejan de ganar peso. No existe una explicación orgánica subyacente.

Una característica distintiva es el conflicto entre el/la cuidador/a y el/la niño/a, que si no se resuelve puede obstaculizar la capacidad del/la niño/a para alcanzar su potencial cognitivo óptimo. Esto refleja conflictos en el medio ambiente hogareño, más que una baja ingesta de nutrientes. Estos/as niños/as muchas veces, son diagnosticados/as con fallo de medro no orgánico, y retraso del crecimiento nutricional. Chatoor y col. se refieren a ellos/as como portadores de “anorexia infantil”<sup>21</sup>.

El/la niño/a apático/a aislado/a: Estos/as niños/as son inactivos/as, están desinteresados/as tanto en la comida como en su medioambiente, y se comunican pobremente con sus cuidadores/as. Ellos/as pueden parecer poco exigentes, y a menudo no hacen contacto visual, balbucean, o tienen dificultades en el habla. Ellos/as y sus cuidadores/as parecen deprimidos/as y en general interactúan poco. La desnutrición es evidente en estos/as niños/as.

La misma puede ser una causa de depresión y anorexia, creando un círculo vicioso en el que la anorexia y la mala nutrición se exacerbaban<sup>21</sup>.

Powell y Low realizaron un estudio con niños/as de 3 a 34 meses de edad que fueron diagnosticados/as con falla en el desarrollo (*Failure To Thrive- FTT*) de causa no orgánica. Demostraron seis características de comportamiento interpersonal en estos/as niños/as: llanto ante el acercamiento de otra persona, ausencia o falta de vocalización, ausencia de demostración de afecto, poco contacto visual, ausencia de respuestas con sonrisas e indiferencia a la separación<sup>22</sup>.

En un trabajo con niños/as de 6 a 16 meses de edad, Rosenn, Loeb y Jura concluyeron que aquellos/as con FTT no orgánica tendían a preferir encuentros sociales distantes y objetos inanimados, mientras que aquellos/as con FTT orgánica y enfermedades médicas respondían de manera más positiva a interacciones personales cercanas<sup>22</sup>.

Enfermedad orgánica: Para identificar a estos/as niños/as, el autor utilizó la modificación de Burklow y col. de la clasificación de Rudolph y Link para la consideración de las condiciones más relevantes que pueden concluir en una DA. Las mismas pueden ser: estructurales, gastrointestinales, cardiorrespiratorias, nerviosas, y metabólicas<sup>21</sup>.

Alimentación selectiva: Los/as niños/as considerados/as selectivos/as varían entre los/as que comen adecuadamente para su etapa de desarrollo (percepción errónea por parte de los/las cuidadores/as), y los/as que representan aversiones sensitivas relacionadas o enfermedad orgánica<sup>21</sup>. Los/as niños/as con ingesta altamente selectiva rechazan alimentos específicos, con gusto, textura, olor o apariencia particular. Este comportamiento va más allá de la resistencia normal a la introducción de nuevos alimentos (ejemplo neofobia), a una resistencia más acentuada que persiste en el tiempo<sup>23</sup>.

El autor establece cuatro subcategorías:

Percepción errónea: La neofobia es frecuentemente mal percibida por los/las cuidadores/as como selectividad inapropiada. Sin embargo, es un comportamiento normal, que comienza al final del primer año de vida, alcanza su pico máximo entre los 18 y 24 meses, y finalmente se resuelve. La mayoría de los/as niños/as aceptan nuevos alimentos, especialmente los vegetales amargos solamente después de exposiciones repetidas<sup>21</sup>.

Selectividad leve: Incluye a un gran grupo de niños/as que a menudo son denominados/as “consumidores caprichosos/as”. Estos/as niños/as consumen menos alimentos que el promedio. Dovey y col. señalaron que a diferencia de la neofobia, la exposición repetida a alimentos rechazados, no tiende a dar lugar a la aceptación por estos consumidores exigentes. Sin embargo, estos/as niños/as suelen tener un crecimiento y desarrollo normales y tienen ingesta de energía y nutrientes adecuados.

La mayor preocupación con estos/as niños/as, no es su nutrición, sino que la familia gira en torno a una alimentación coercitiva, y a sus posteriores consecuencias en el comportamiento, pudiendo ser un problema bidireccional que afecte la conducta del/la niño/a. En un estudio de niños/as definidos/as por sus cuidadores/as como exigentes, Jacobi y col. demostraron una mayor incidencia de problemas conductuales subsecuentes, como ansiedad, depresión, agresión, y delincuencia<sup>21</sup>.

El/la niño/a altamente selectivo/a: Aquí las consecuencias son lo suficientemente graves, como para considerarlo un trastorno de la alimentación. Estos/as niños/as limitan su dieta a menos de diez a quince alimentos. Chatoor se refiere a estos/as niños/as como portadores/as de “aversiones alimentarias sensoriales”: la negativa de comer categorías completas de alimentos en relación a su sabor, textura, olor, temperatura, y/o apariencia. Este problema puede interrumpir el desarrollo de las habilidades motoras orales normales. Algunos de estos/as niños/as pueden tener manifestaciones sensoriales adicionales, el autismo es un ejemplo extremo<sup>21</sup>.

**Selectividad orgánica:** La alimentación selectiva puede ser la consecuencia de condiciones médicas y se observa a menudo en los/as niños/as con retraso en el desarrollo debido a anoxia, causas cromosómicas, mitocondriales, o inexplicables de daño neurológico. La selectividad puede estar relacionada con respuestas hipersensibles o hiposensibles a las propiedades sensoriales de los alimentos y/o con el retraso en el desarrollo de pautas de motricidad oral<sup>21</sup>.

**Miedo a la alimentación:** Cualquier experiencia severamente aversiva relacionada con la alimentación puede causar temor a la misma. Dicha experiencia puede ser continua o condicionada por eventos pasados. Se distinguen tres patrones distintos: miedo a la alimentación después de un solo evento, en particular de asfixia o atragantamiento; miedo a la alimentación en el/la niño/a que ha sido sometido/a a procedimientos orales desagradables o dolorosos; y miedo a la alimentación en niños/as que son alimentados/as por sonda o tubo, o que han perdido pautas de alimentación, que carecen de experiencia, y/o se sienten amenazados/as cuando la comida es introducida por vía oral<sup>21</sup>.

El autor define cuatro subcategorías:

**Percepción errónea:** Esto sucede con algunos/as lactantes con conducta de llanto excesivo, que son mal percibidos/as como hambrientos/as y temerosos/as de la alimentación, ya que suelen resistirse al biberón o al pecho. Sin embargo la mayoría de ellos/as lloran por otras razones (por ejemplo por incapacidad para calmarse a sí mismos, o por cólicos). En casi todos los casos estos/as niños/as reciben cantidades adecuadas de nutrientes<sup>21</sup>.

**Miedo a la alimentación en el/la lactante:** Esto sucede en lactantes que aparentemente se encuentran hambrientos/as, pero que cuando comienzan a alimentarse se desprenden del pezón luego de algunas succiones con aparente dolor. Sin embargo estos/as niños/as comen en mayor cantidad cuando se encuentran somnolientos/as. Con el tiempo emerge un temor evidente en la alimentación y a veces la presencia del pecho o biberón induce resistencia y llanto en el/la niño/a<sup>21</sup>.

Miedo a la alimentación en el/la niño/a mayor: Esto se ve en el/la niño/a que se atraganta, regurgita o vomita la comida, y luego deja de comer. Se da más a menudo con alimentos sólidos. Estos casos suelen denominarse disfagia funcional, fobia por ahogamiento, o fagofobia. Algunas veces es el resultado de un padre que fuerza enérgicamente la alimentación del/la niño/a. Esto puede ser lo suficientemente grave para provocar pérdida de peso<sup>21</sup>.

Miedo por causa orgánica: Cualquier condición orgánica resultante en dolor significativo que se relacione con la alimentación, tiene el potencial de causar temor a comer. Los/as niños/as dependientes de la alimentación por sonda son un ejemplo destacado, así como la odinofagia debido a esofagitis<sup>21</sup>.

### **Estilos de cuidadores según las actitudes que toman frente a la alimentación de su niño/a:**

Las actitudes de los/as cuidadores/as alteran la conducta alimentaria de un/a niño/a. Los diferentes estilos están influenciados por las normas culturales, las preocupaciones de los/as cuidadores/as y las características del/la niño/a.

Los/as **alimentadores/as sensibles** siguen el concepto de la división de la responsabilidad; el/la cuidador/a determina dónde, cuándo y qué come el/la niño/a y éste/a último/a determina cuánto. Los/as alimentadores/as sensibles guían al/la niño/a a comer en lugar de controlarlo/a, fijan límites y modelos apropiados para comer, hablan positivamente acerca de la comida y responden a las señales de alimentación del/la niño/a.

Este estilo de alimentación ha dado lugar a que los/as niños/as coman más frutas, verduras y productos lácteos y menos “comida chatarra”, lo que resulta en un menor riesgo de sobrepeso posterior.

Los/as **alimentadores/as controladores/as** ignoran las señales de hambre del/la niño/a y pueden usar la fuerza, el castigo o recompensas inapropiadas para coaccionar al/la niño/a a comer. Estas prácticas parecen inicialmente efectivas, pero se vuelven contraproducentes, resultando en un pobre ajuste de la ingesta de energía, en un menor consumo de frutas y verduras, y en un mayor riesgo de sobrepeso o bajo peso.

Los/as **alimentadores/as indulgentes** satisfacen al/la niño/a. Ellos/as tienden a alimentar al/la niño/a cuando lo demanda, frecuentemente preparando comidas especiales o variadas. Este/a alimentador/a siente que es imprescindible cumplir con todo lo que el/la niño/a necesita, pero al hacerlo ignora las señales de hambre del/la mismo/a y no establece límites. Las consecuencias de estas prácticas de alimentación incluyen un menor consumo de alimentos adecuados, que contienen importantes nutrientes y un consumo desproporcionado de productos ricos en grasas, aumentando el riesgo de sobrepeso posterior.

Los/as **alimentadores/as negligentes** abandonan la responsabilidad de alimentar al/la niño/a y pueden dejar de ofrecer alimentos o poner límites. Cuando alimentan a sus bebés, pueden evitar el contacto visual y parecer desinteresados/as. A menudo dejan que los/as niños/as más grandes se valgan por sí mismos/as<sup>21</sup>.

#### **Evaluación del comportamiento alimentario pediátrico:**

Es importante distinguir si los comportamientos alimentarios se constituyen en un problema clínico o no, y si lo son, ser capaces de evaluar la mejoría con el tratamiento. Es preciso identificar a aquellos que realmente tienen un problema para poder intervenir e impactar positivamente en la salud del/la niño/a e inclusive en la de su familia.

El BPFAS (Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale), es un cuestionario que está diseñado para evaluar comportamientos a la hora de la comida de niños/as pequeños/as (9 meses a 12 años) y las conductas parentales y filiales.

De este cuestionario se obtienen las puntuaciones de frecuencia total (PFT) y la puntuación total del problema (PTP). Los puntajes de frecuencia demuestran cuán a menudo se presentan los comportamientos de cuidadores/as y niños/as, mientras que las puntuaciones de problemas reflejan el número de conductas que los/as cuidadores/as consideran que son un problema en la alimentación<sup>24</sup>.

Crist, autor del BPFAS, estableció un punto de corte para el PFT > 84 y para el PTP > 9. Dovey desarrolló un estudio de caso y control que buscaba identificar un punto de corte para el BPFAS que pudiera ser usado como screening para identificar DA en los pacientes a los que se aplicara. Los puntos de corte que estableció fueron > 61 para el PFT y > 20 para PTP, con estos valores incluirían de forma fiable a los/as niños/as con problemas en la alimentación<sup>24</sup>.

### **Estado nutricional y Dificultades alimentarias:**

De acuerdo a revisiones bibliográficas, no todas las DA conducen a una falla de crecimiento, y no todos/as los/as niños/as con falla de crecimiento, tienen DA. En consecuencia, varios autores han sugerido que esta falla, podría ser vista como un síntoma más que como un diagnóstico de DA<sup>25</sup>.

Machado comparó el EN entre niños/as con o sin DA y evidenció, desnutrición aguda en 2,3% y 0,8%; sobrepeso en 12,6% y 17,8%; obesidad en 1,1% y 1,1% y talla baja en 18,4% y 10,2% respectivamente. En ninguno de los casos la diferencia fue significativa<sup>4</sup>. En Bogotá, se realizó un estudio (en niños/as de 5 a 12 años de edad), en el cual se analizó la relación entre el EN según el IMC y la presencia o no de DA, utilizando el BPFAS con el punto de corte propuesto por el autor del mismo, se evidenció bajo peso en 7,3% y 0,5%; peso normal 56,1% y 58,8%; sobrepeso 26,8% y 18,6% y obesidad 7,3% y 15,7% respectivamente. Dichas cifras reflejaron diferencias significativas en la detección de bajo peso<sup>24</sup>.

Por otro lado, teniendo en cuenta la clasificación de las DA, dos estudios en los cuales se abordó específicamente la selectividad alimentaria y la aversión sensorial, Dubois y col., concluyeron que una mayor proporción de niños/as selectivos/as tenían peso insuficiente, y una menor proporción de ellos/as estaban en riesgo de sobrepeso en comparación con los/as niños/as que nunca presentaron selectividad para comer<sup>26</sup>. En relación a los/as niños/as con aversión sensorial de los alimentos, Chatoor señaló que muchos/as llevan a cabo dietas altas en alimentos azucarados o snacks salados. Algunos/as de

ellos/as desarrollan sobrepeso, como también niveles altos de colesterol en sangre<sup>27</sup>.

En otro trabajo prospectivo longitudinal en niños/as y adultos/as jóvenes, se demostró que aquellos/as niños/as que poseían alimentación selectiva, conflictos alimentarios, atragantamiento, y/o experiencias de comidas no placenteras en la infancia temprana, tenían mayor correlación con el diagnóstico de anorexia nerviosa en la adolescencia o la etapa temprana de la adultez<sup>28</sup>.



# Hipótesis



Los/as niños/as de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS “Divino Niño” de Despeñaderos que presentan dificultades alimentarias, poseen un estado nutricional por fuera de los parámetros esperados.

# Variables



Sexo.

- Edad.
- Nivel socioeconómico.
- Estado nutricional.
- Cuidador/a nutricional.
- Dificultades alimentarias.

# Operacionalización de variables



## **Sexo**

-Definición teórica: Es la condición biológica que distingue al hombre de la mujer<sup>30</sup>.

-Definición operacional: Variable cualitativa nominal dicotómica, ya que sólo se puede tomar uno de dos valores posibles.

Femenino: Niña.

Masculino: Niño.

## **Edad**

-Definición teórica: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento<sup>31</sup>.

-Definición operacional: En esta investigación se consideró la edad del/la niño/a (en meses) cumplida al momento de su participación en el estudio. Es una variable cuantitativa continua que será categorizada en los siguientes grupos:

Lactantes mayores: de 12 a 23 meses.

Preescolares: de 24 a 36 meses.

## **Nivel socioeconómico (NSE):**

-Definición teórica: Posición económica y social individual o familiar en relación a otras familias<sup>32</sup>. Es una variable de tipo cualitativa ordinal.

-Definición operacional: Para construir esta variable se siguió el modelo empleado por la Asociación Argentina de Marketing (AAM) del año 2006 (Anexo II)<sup>33</sup>. A partir de la combinación de sus dimensiones (nivel educativo y ocupación) se conformó la variable NSE, que permitió caracterizar la situación de niños/as en estudio. Para la determinación de estas dimensiones se tuvo en cuenta el/la principal sostén del hogar (PSH)<sup>33</sup>. El/la mismo/a es aquella persona que recibe mayor remuneración dentro del hogar y que además realiza el aporte más importante a la economía familiar.

La AAM establece siete categorías para la variable NSE, sin embargo se realizó una adaptación para obtener las siguientes categorías (Anexo II):

NSE Alto: (alto + medio alto).

NSE Medio: (medio medio + medio bajo + bajo superior).

NSE Bajo: (bajo inferior + marginal).

La dimensión *nivel educativo de PSH* se refiere al máximo nivel de educación alcanzado por el/la mismo/a. Se divide en las siguientes categorías<sup>34</sup>:

**-Sin estudios**: Persona que nunca concurrió a un establecimiento de enseñanza formal.

**-Primario incompleto**: Persona que asistió al nivel primario de enseñanza formal pero no llegó a completarlo.

**-Primario completo**: Persona que cursó y aprobó el último grado del nivel primario de enseñanza formal.

**-Secundario incompleto**: Persona que asistió al nivel secundario de enseñanza formal pero no llegó a completarlo.

**-Secundario completo**: Persona que cursó y aprobó el último año del nivel secundario de enseñanza formal.

**-Terciario incompleto**: Persona que asistió al nivel terciario de enseñanza formal pero no llegó a completarlo.

**-Terciario completo**: Persona que cursó y aprobó el último año del nivel terciario de enseñanza formal.

**-Universitario incompleto**: Persona que asistió al nivel universitario de enseñanza formal pero no llegó a completarlo.

**-Universitario completo**: Persona que cursó y aprobó el último año del nivel universitario de enseñanza formal.

La dimensión *ocupación de PSH* hace referencia a aquellas actividades remuneradas sujetas a los mecanismos del mercado. Se divide en las siguientes categorías:

**-Categoría A:** Socio/a; dueño/a; directivo/a de empresas, profesional independiente con ocupación plena, profesional dependiente con ocupación plena.

**-Categoría B:** Profesional dependiente, profesional independiente sin ocupación plena, docente universitario/secundario/primario de ocupación plena, jefe/a de empresa, empleado/a con ocupación plena, jubilado/a y/o pensionado/a con educación secundaria completa.

**-Categoría C:** Trabajo inestable, planes estatales de trabajo, jubilado/a y/o pensionado/a con educación primaria incompleta/completa, desocupado/a.

El siguiente cuadro refleja el resultado de la variable, mediante el cruce de sus dos dimensiones. Sin embargo para la clasificación de la variable NSE, se hizo mayor énfasis en las categorías de la ocupación del PSH debido a que las mismas son el indicador más preciso acerca del dinero disponible para la compra de alimentos.



Tabla 1: Operacionalización de la variable NSE.

NSE	Ocupación principal del PSH		Educación del PSH
	Categoría	Descripción	
<b>Alto</b>	<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socio/a - dueño/a – directivo/a de empresas grandes, medianas y/o pequeñas.</li> <li>- Profesionales independientes/ dependiente con ocupación plena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitario completo.</li> <li>- Posgrado.</li> </ul>
<b>Medio</b>	<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional dependiente.</li> <li>- Profesional independiente sin ocupación plena.</li> <li>- Jefe/a en empresas grandes, medianas y/o pequeñas.</li> <li>- Cuentapropista ocupado pleno.</li> <li>- Docente primario/ secundario/ universitario con ocupación plena.</li> <li>- Cuentapropista de calificación operaria.</li> <li>- Empleado/a con ocupación plena.</li> <li>- Jubilado/a o pensionado/a con educación terciaria/ secundaria completa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitario/ terciario completo/ incompleto.</li> <li>- Secundario completo/ incompleto.</li> <li>- Primaria completa.</li> </ul>
<b>Bajo</b>	<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empleado/a sin ocupación plena.</li> <li>- Cuentapropista no calificado.</li> <li>- Trabajo inestable.</li> <li>- Planes estatales de trabajo.</li> <li>- Jubilado/a o pensionado/a con educación primaria o inferior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaria completa/ incompleta.</li> <li>- Sin estudios.</li> </ul>

### **Estado nutricional:**

-Definición teórica: Resultado entre el aporte nutricional que recibe un individuo y las demandas nutricionales del mismo, necesarios para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas<sup>10</sup>. El EN se constituye de cuatro dimensiones: antropométrica, dietética, bioquímica, clínica. En el presente trabajo se tomó sólo la dimensión antropométrica. Es una variable de tipo cualitativa ordinal.

-Definición operacional: Se evaluó el EN de cada niño/a utilizando dos índices, que se detallarán más adelante. Para categorizar los resultados se utilizaron las gráficas de patrones de crecimiento infantil del Estudio Multicéntrico de la OMS 2006<sup>35</sup> (Anexo III).

**Longitud/ estatura para la edad:** Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición<sup>36</sup>.

Baja talla: Aquellos/as niños/as con talla igual o por debajo del percentil 3, según sexo y edad<sup>37</sup>.

Normal: Aquellos/as niños/as con talla por encima del percentil 3, según sexo y edad<sup>37</sup>.

**Índice de masa corporal para la edad:** Es el peso al cuadrado de la talla (peso/talla<sup>2</sup>) el cual, en el caso de niños/as, debe ser relacionado con la edad. Define la proporcionalidad de la masa corporal<sup>38</sup>.

Bajo peso: Aquellos/as niños/as con IMC menor al percentil 3, según sexo y edad<sup>37</sup>.

Riesgo de bajo peso: Aquellos/as niños/as con IMC entre los percentilos 3 y 10, según sexo y edad<sup>37</sup>.

Normopeso: Aquellos/as niños/as con IMC entre los percentilos 10 y 85, según sexo y edad<sup>37</sup>.

Sobrepeso: Aquellos/as niños/as con IMC entre los percentilos 85 y 97, según sexo y edad<sup>37</sup>.

Obesidad: Aquellos/as niños/as con IMC mayor al percentil 97, según sexo y edad<sup>37</sup>.

### **Cuidador/a Nutricional:**

-Definición teórica: Se define como la persona encargada de realizar todo el conjunto de actividades, tareas o atenciones que configuran los cuidados relacionados a la alimentación del/la niño/a<sup>18</sup>. Es una variable de tipo cualitativa nominal.

-Definición operacional:

Madre.

Padre.

Otro/a familiar.

Otro/a sin vínculo familiar.

### **Dificultades alimentarias:**

-Definición teórica: Serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta. Este concepto involucra la percepción, por parte del/la cuidador/a, de que el/la niño/a no se alimenta en forma adecuada<sup>4</sup>.<sup>5</sup> Es una variable de tipo cualitativa nominal dicotómica.

-Definición operacional: La presencia de DA se estableció mediante el instrumento BPFAS<sup>39</sup> (Anexo IV). El mismo consta de 35 preguntas que se realizaron al/la cuidador/a de cada niño/a, obteniendo un puntaje de 1 a 5 por cada pregunta realizada. Luego de la obtención de los puntajes, se aplicó una serie de operaciones mediante el formulario de puntuación para la evaluación del comportamiento alimentario pediátrico, que arrojó dos resultados numéricos

finales: la puntuación de frecuencia total (PFT) y la puntuación total del problema (PTP).

La dimensión *PFT* está constituida por los comportamientos de niños/as y cuidadores/as. Para la determinación de la misma se utilizaron dos puntos de cortes, uno dado por Crist (autor del BPFAS) debiendo ser mayor a 84 y el otro dado por Dovey mayor a 61<sup>24</sup>.

Puntuación de frecuencia total (PFT): Demuestra cuán a menudo se presentan los comportamientos de niños/as y cuidadores/as.

- **Niño/a con DA: >84 según Crist<sup>39</sup>.**
- **Niño/a sin DA: ≤84 según Crist<sup>39</sup>.**
- **Niño/a con DA: >61 según Dovey<sup>24</sup>.**
- **Niño/a sin DA: ≤61 según Dovey<sup>24</sup>.**

La dimensión *PTP* está constituida por la percepción del/la cuidador/a con respecto al comportamiento alimentario del/la niño/a. Para la determinación de la misma se utilizaron dos puntos de cortes, uno dado por Crist mayor a 9 y el otro dado por Dovey mayor a 20<sup>24</sup>.

Puntuación total del problema (PTP): Refleja la percepción del/la cuidador/a con respecto al comportamiento alimentario del/la niño/a.

- **Percepción por parte del/la cuidador/a de que el/la niño/a presenta una DA: >9 según Crist<sup>39</sup>.**
- **Percepción por parte del/la cuidador/a de que el/la niño/a no presenta una DA: ≤9 según Crist<sup>39</sup>.**
- **Percepción por parte del/la cuidador/a de que el/la niño/a presenta una DA: >20 según Dovey<sup>24</sup>.**
- **Percepción por parte del/la cuidador/a de que el/la niño/a no presenta una DA: ≤20 según Dovey<sup>24</sup>.**

Comportamiento alimentario: Dentro del instrumento BPFAS existen distintos tipos de preguntas que reflejan una serie de comportamientos deseables y no deseables que podrían contribuir a que un/a niño/a presente o no una DA.

- **Comportamientos deseables:** Son aquellas preguntas que están redactadas de manera positiva, por lo tanto puntúan a la inversa<sup>24</sup>.

¿Come frutas?

¿Disfruta de la comida?

¿Prueba nuevos alimentos?

¿Come carnes (vaca, pollo, pescado, cerdo, otras)?

¿Toma leche?

¿Viene fácilmente cuando lo llaman a comer?

¿Come verduras?

¿Come alimentos ricos en almidón (pan, papa, arroz, fideos, batata)?

¿Se siente seguro/a de que su niño/a come lo suficiente?

¿Se siente confiado/a en su capacidad de controlar el comportamiento de su niño/a a la hora de la comida?

- **Comportamientos no deseables:** Son aquellas preguntas que están redactadas de manera negativa<sup>24</sup>.

¿Tiene problemas para masticar la comida?

¿Se ahoga o escupe durante las comidas?

¿Demora más de 20 minutos para terminar su comida?

¿Come comidas tipo snacks pero no come a la hora de la comida?

¿Vomita antes, durante o después de las comidas?

¿Come únicamente comidas molidas, trituradas o blandas?

¿Se levanta de la mesa mientras come?

- ¿Deja la comida en su boca y no la traga?
- ¿Se queja o llora a la hora de comer?
- ¿Hace berrinches a la hora de comer?
- ¿Tiene poco apetito?
- ¿Escupe la comida?
- ¿Habla para retrasar las comidas?
- ¿Prefiere tomar líquidos que comer alimentos sólidos?
- ¿Se niega a comer durante las comidas pero pide alimentos inmediatamente después?
- ¿Intenta negociar qué va a comer y qué no?
- ¿Ha requerido alguna vez alimentarse con sonda para mantener un estado nutricional adecuado?
- ¿Se siente frustrado/a o ansioso/a cuando alimenta a su niño/a?
- ¿Engaña a su niño/a para que pruebe los alimentos?
- ¿Usa amenazas para que su niño/a coma?
- ¿Si a su niño/a no le gusta lo que está servido, prepara otra cosa?
- ¿Cuando su niño/a rechaza la comida, se la mete en la boca por la fuerza si es necesario?
- ¿Está en desacuerdo con otros adultos (ej.: su esposo/a, abuelos/as, familiares) sobre cómo alimentar a su niño/a?
- ¿Siente que los hábitos alimenticios de su niño/a afectan su estado de salud?
- ¿Se molesta tanto con su niño/a durante la comida que necesita luego un tiempo para calmarse?

# Diseño metodológico



**Tipo de estudio:** Descriptivo, observacional, correlacional de corte transversal<sup>29</sup>. Se considera que es descriptivo porque produce conocimientos describiendo aspectos de la realidad; observacional debido a que no se ejecuta una intervención; correlacional simple ya que busca determinar la asociación entre las variables en estudio (EN y DA), y de corte transversal ya que analiza las variables en un momento único.

**Universo:** Todos/as los/as niños/as de 12 a 36 meses de edad que asisten a los CAPS del departamento Santa María de la provincia de Córdoba en los años 2017 - 2018.

**Muestra:** Todos/as los/as niños/as de 12 a 36 meses de edad que asistieron al CAPS “Divino Niño” de la localidad de Despeñaderos, departamento Santa María, provincia de Córdoba, en los meses de noviembre y diciembre del 2017, la muestra final fue de n=33 niños/as, quienes cumplieron con los criterios de inclusión quedando 3 niños/as fuera de la muestra debido a que sus cuidadoras se negaron a participar en la investigación por falta de tiempo.

**Criterios de inclusión:**

- Niño/a que no padezca ningún tipo de patología aguda o crónica.
- Niño/a cuyo/a cuidador/a sea mayor de 18 años.
- Niño/a cuyo/a cuidador/a haya aceptado participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo I).



# Técnicas e instrumentos de recolección de datos



### **Estado nutricional: Medición antropométrica.**

El peso de los/as niños/as se tomó con una balanza pesa bebés para el grupo de lactantes mayores y con una báscula para el grupo de preescolares. Se le solicitó a cada cuidador/a que le retire el pañal (en caso que sea necesario), y el calzado, como así también se le solicitó que desvista parcialmente al/la niño/a para que quede con vestimenta liviana durante la toma de peso<sup>38</sup>.

En el grupo de lactantes mayores se tomó la longitud del/la niño/a en posición acostada utilizando el infantómetro, la medición abarcó desde la coronilla hasta los talones y lo realizaron dos de las estudiantes de manera conjunta. Se sostuvo al/la niño/a para asegurarse que su pelvis esté en contacto con la porción horizontal del infantómetro y la coronilla con la tabla cefálica vertical realizando presión hacia abajo sobre las rodillas. En el grupo de preescolares se tomó la talla a través de un estadiómetro de pared, se solicitó al/la cuidador/a que ayude al/la niño/a a retirarle el calzado y ubicarse en el tallímetro de pie y de espalda a la pared. El/la niño/a se encontró con la protuberancia occipital, las nalgas, y los talones tocando la pared; los pies bien asentados en el suelo, con los talones juntos formando un ángulo de 45°. Se aplicó una ligera tracción en la cabeza, hacia arriba a partir de la hipófisis mastoidea con la mano izquierda, mientras que con la derecha se colocó una escuadra sobre la coronilla realizando una ligera presión para comprimir el cabello, realizándose así la lectura con precisión<sup>38</sup>.

Los instrumentos utilizados para llevar a cabo las mediciones antropométricas: Balanza pesa bebés marca Systel, báscula marca CAN, infantómetro, tallímetro.

### **Dificultades alimentarias:**

Se aplicó el BPFAS<sup>39</sup> mediante una encuesta al/la cuidador/a responsable de cada niño/a que conformó la muestra. El instrumento es una adaptación que se realizó a partir del cuestionario original de Crist para los fines de esta investigación.

Previo a la recolección de datos, se realizó la puesta a punto del instrumento mediante la realización de 10 encuestas a cuidadores/as que no formaban parte de la muestra, con el fin de detectar posibles dificultades en la comprensión de las preguntas.

El BPFAS, es un cuestionario diseñado para evaluar comportamientos a la hora de la comida de niños/as pequeños/as (9 meses a 12 años) y las conductas parentales y filiales. Contiene 35 preguntas en las cuales los/las cuidadores/as responden para cada una en una escala de 1 a 5 (nunca a siempre) indicando la frecuencia con la que se presenta el ítem preguntado. Responden además si ese comportamiento es un problema para ellos/as contestando “sí” o “no” a la pregunta “¿es un problema para usted?”<sup>24</sup>.

Para las preguntas 1, 6, 8, 16 y 18 que corresponden al consumo de alimentos, se elaboró para este estudio una escala más específica para unificar criterios al momento de registrar las respuestas del/la cuidador/a. Siendo la misma **1=** < dos veces por semana, **2=** dos a tres veces por semana, **3=** cuatro a cinco veces por semana, **4=** seis veces por semana, **5=** todos los días.

Los primeros 25 elementos del cuestionario se centran específicamente en los comportamientos de los/as niños/as, y los últimos 10 en los sentimientos y estrategias que utilizan los/las cuidadores/as para el manejo de los problemas. Hay preguntas redactadas en direcciones positivas que se corresponden a los comportamientos deseables y negativas que refieren a comportamientos no deseables, las preguntas redactadas en positivo puntúan de manera inversa<sup>24</sup>. El formulario de puntuación para la evaluación del comportamiento alimentario pediátrico, arroja como resultado dos valores numéricos, la PFT y la PTP. Se utilizaron dos puntos de cortes para la PFT, uno de Crist > 84 y el otro de Dovey > 61. Para la PTP se utilizó el punto de corte de Crist > 9 y el de Dovey > 20.

# Plan de análisis de datos



Al finalizar la recolección de datos, se llevó a cabo el procesamiento de los mismos. En una primera instancia se ingresaron a una base de datos, utilizando el programa Microsoft Excel, llevando a cabo la codificación de los valores obtenidos y su agrupación en categorías según las distintas variables.

Se inició el análisis estadístico mediante una exhaustiva exploración de las variables de interés. Se construyeron tablas y gráficos de distribución de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Las variables cuantitativas continuas fueron descritas mediante el cálculo de medidas resumen (media) y de dispersión (desvío estándar, valor mínimo y máximo).

Posteriormente se realizó un análisis estratificado del EN y DA según sexo y grupos de edad. De acuerdo a los resultados obtenidos se calcularon diferencias de proporciones mediante el programa Epidat, para valorar la variabilidad en los datos de acuerdo a los diferentes grupos de edad y sexo que conformaron la muestra.

Por último se realizaron pruebas de asociación de variables mediante el test de Fisher. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el software Stata 13.1 (StataCorp, 2013).

# Resultados



A continuación se exhiben los resultados del presente trabajo, organizados en las siguientes secciones:

- Caracterización de la muestra según datos demográficos, socioculturales, EN y otras variables de interés.
- Caracterización de DA según el instrumento BPFAS.
- Análisis de asociación de las variables EN y DA.

### **Caracterización de la muestra según datos demográficos, socioculturales, EN y otras variables de interés.**

La localidad de Despeñaderos pertenece al departamento Santa María de la provincia de Córdoba y se encuentra situada a 50 km de la Capital, fue fundada en el año 1913. La agricultura es la principal actividad económica, sin embargo el turismo también tiene cierta relevancia, ya que se encuentra rodeada de un imponente marco natural por la presencia de su principal atractivo, el río Xanaes<sup>40</sup>.

Su población total es de 5.988 habitantes según el Censo de población, hogares y viviendas del año 2010. El 82% de la población mayor de 10 años es alfabeto; el 43% de la población total se encuentra ocupada mientras que un 3% desocupada y un 30% inactiva<sup>40</sup>.

La muestra estudiada (n=33) estuvo compuesta por un 57,58% de niños y un 42,42% de niñas.

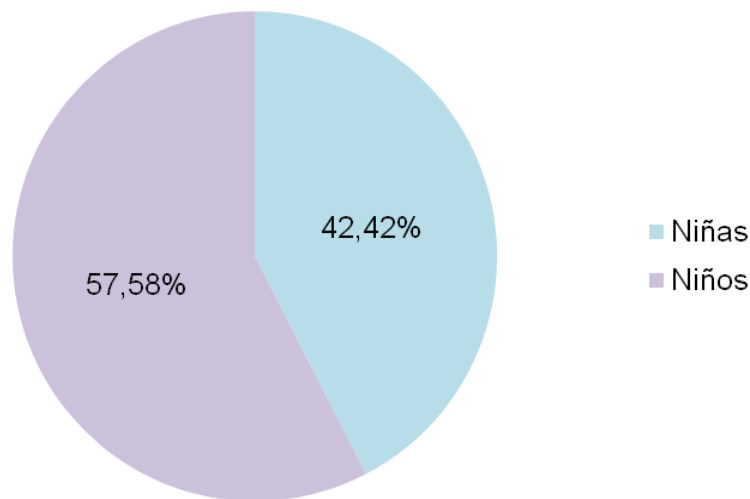


Figura 2: Distribución de frecuencias de la muestra según sexo. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017-2018.



La edad promedio de la muestra fue de 23 meses con una mínima de 12 y una máxima de 36 meses de edad. La distribución según grupos de edad fue de 58% lactantes mayores y 42% preescolares.

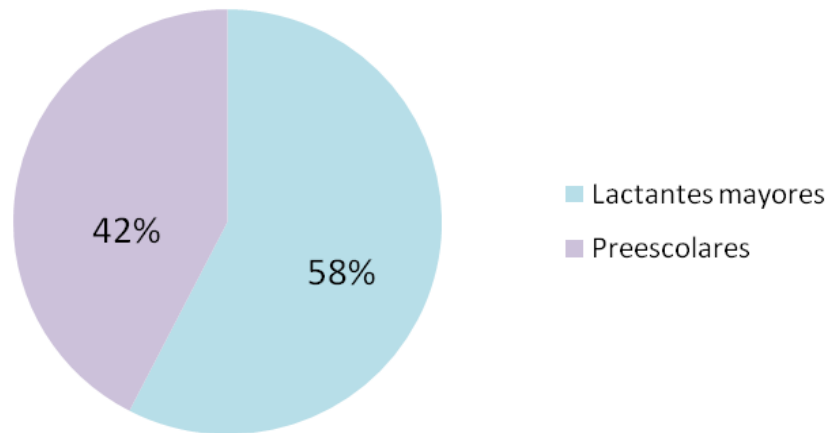


Figura 3: Distribución de frecuencias de la muestra según grupo de edad. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017-2018.

Teniendo en cuenta la combinación de los datos de nivel educativo y ocupación del/la PSH se conformó la variable NSE. Como resultado se obtuvo que el 67% de la muestra estudiada perteneció al NSE medio, mientras que ninguno correspondió al NSE alto.

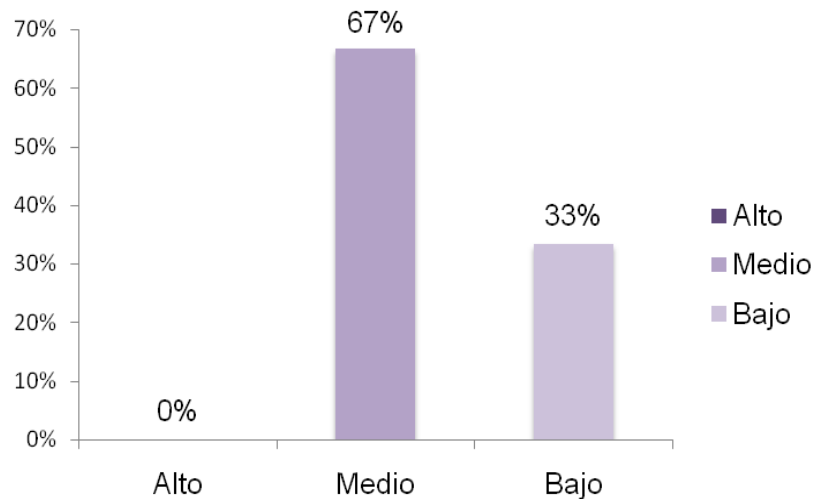


Figura 4: Distribución de frecuencias de la muestra según NSE. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017-2018.

La tabla 2 muestra las medidas resúmenes de los datos antropométricos del total de la muestra según grupos de edad.

Tabla 2: Medidas resúmenes de datos antropométricos de la muestra según grupos de edad. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017-2018.

<b>Lactantes</b>				
	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Peso (kg)</b>	10,93	1,59	7,41	13,84
<b>Talla (m)</b>	0,8	0,05	0,7	0,89
<b>IMC (kg/m)</b>	16,91	1,35	15,08	19,38
<b>Preescolares</b>				
	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Peso (kg)</b>	13,9	2,25	10,34	18,55
<b>Talla (m)</b>	0,92	0,05	0,83	1
<b>IMC (kg/m)</b>	16,44	1,59	13,92	19,1

La distribución del EN según el IMC fue de 52% para la categoría normopeso, mientras que el 39% de la muestra presentó exceso de peso y el 9% tuvo un IMC por debajo de los parámetros esperados señalados por la OMS<sup>37</sup>.

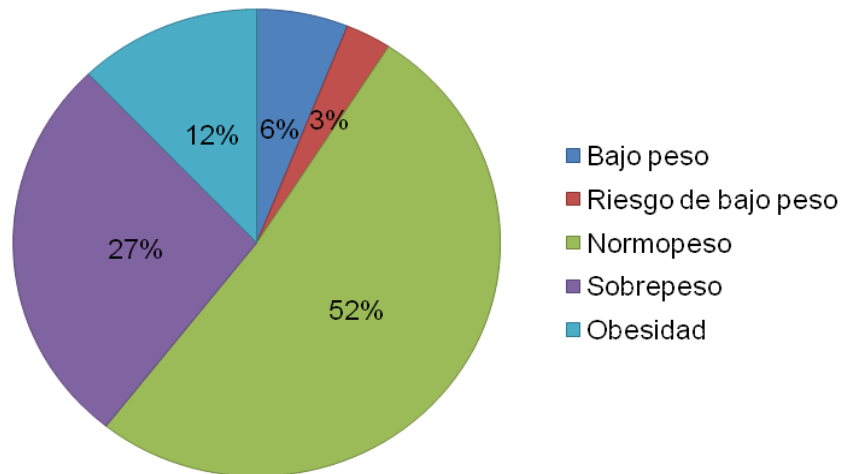


Figura 5: Distribución de frecuencias de la muestra según EN. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

### Caracterización de DA según el instrumento BPFAS.

El 100% de los/as cuidadores/as fueron mujeres, siendo el 97% madres y el 3% otra familiar (tabla 3).

Tabla 3: Distribución de cuidadores/as según sexo y parentesco. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

Sexo de cuidador/a	n	%	Parentesco	n	%
Femenino	33	100	Madre	32	97
Masculino	0	0	Otro familiar	1	3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

La tabla 4 muestra los porcentajes obtenidos del total de la muestra con y sin DA, como así también la presencia y ausencia de la percepción de DA de las cuidadoras, según los distintos puntos de corte propuestos por los autores.

Teniendo en cuenta los puntos de cortes propuestos por Crist (PFT >84 y PTP > 9) y Dovey (PFT >61 y PTP >20) se destaca que Según Crist, sólo una de las cuidadoras (3%) tuvo la percepción de que su niño/a presentaba DA. Según Dovey, el 24% de los/as niños/as presentó DA.

Tabla 4: Distribución de frecuencias de la muestra según presencia o ausencia de DA y presencia o ausencia de percepción por parte de las cuidadoras según autor. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

Dimensión (PFT)	Según Crist n (%)	Según Dovey n (%)	Dimensión (PTP)	Según Crist n (%)	Según Dovey n (%)
Niños/as con DA	0 (0)	8 (24)	Presencia percepción	1 (3)	0 (0)
Niños/as sin DA	33 (100)	25 (76)	Ausencia de percepción	32 (97)	33 (100)
<b>Total</b>	<b>33 (100)</b>	<b>33 (100)</b>	<b>Total</b>	<b>33 (100)</b>	<b>33 (100)</b>

La figura 6 muestra la distribución de los/as niños/as con DA según Dovey, según grupos de edad. El 87,5% de los/as niños/as pertenecieron al grupo de lactantes mayores.

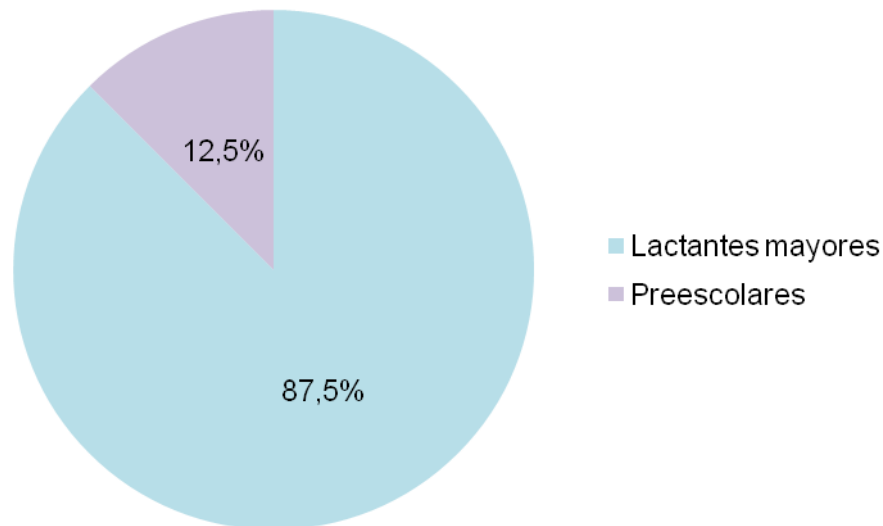


Figura 6: Distribución de los/as niños/as con DA según Dovey según grupos de edad. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

En la tabla 5, se pueden ver reflejadas las preguntas que las cuidadoras de los/as niños/as consideraron con mayor frecuencia un problema. De este modo, 5 de 8 (63%) cuidadoras de niños/as con DA manifestaron que la pregunta n° 10 era un problema. Mientras que 3 de 25 (12%) cuidadoras de niños/as sin DA respondieron que las preguntas n° 5, 13 y 26 eran un problema.

Tabla 5: Frecuencias absolutas y relativas de las preguntas que las cuidadoras de los/as niños/as con y sin DA según Dovey consideraron con mayor frecuencia un problema. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

	Preguntas consideradas un problema	n	%
<b>Niños/as con DA</b>	10. ¿Come comidas tipo snacks pero no come a la hora de la comida?	5	63
	33. ¿Está en desacuerdo con otros adultos/as sobre cómo alimentar a su niño/a?	4	50
	34. ¿Siente que los hábitos alimenticios de su niño/a afectan su estado de salud?	4	50
<b>Niños/as sin DA</b>	5. ¿Prueba nuevos alimentos?	3	12
	13. ¿Se levanta de la mesa mientras come?	3	12
	26. ¿Se siente frustrada o ansiosa cuando alimenta a su niño/a?	3	12

Las tablas 6 y 7 muestran las frecuencias relativas de los puntajes obtenidos en las preguntas que corresponden a comportamientos no deseables; n° 7 (¿demora más de 20 minutos en terminar su comida?), n° 10 (¿come comidas tipo snacks pero no come a la hora de la comida?), n° 12 (¿come únicamente comidas molidas, trituradas o blandas?), n° 22 (¿prefiere tomar líquidos que comer alimentos sólidos?), n° 23 (¿se niega a comer durante las comidas pero pide alimentos inmediatamente después?), n° 27 (¿engaña a su niño/a para que pruebe alimentos?), n° 33 (¿está en desacuerdo con otros adultos sobre cómo alimentar a su niño/a?) y n° 34 (¿siente que los hábitos alimenticios de su niño/a afectan su estado de salud?).

Más de la mitad de los/as niños/as con DA según Dovey (62,5%) demoró más de 20 minutos para terminar su comida la mayoría de las veces/siempre, mientras que en los/as niños/as sin DA esto ocurrió en el 48%.

El 84% de los/as niños/as sin DA nunca dejó de comer en el horario de las comidas por haber consumido alimentos tipo snacks, en tanto que de aquellos/as niños/as con DA, el 37,5% nunca tuvo este comportamiento. El 75% de los/as niños/as con DA la mayoría de las veces/siempre comió

únicamente comidas molidas, trituradas o blandas, a diferencia de los niños sin DA, que se reflejó en el 16%.

El 37,5% de los/as niños/as con DA siempre prefirió tomar líquidos que comer alimentos sólidos, en comparación con un 8% de los/as niños/as sin DA. Ningún/a niño/a sin DA se negó a comer durante las comidas y pidió alimentos inmediatamente después, sin embargo el 25% de los/as niños/as con DA la mayoría de las veces/siempre presentó este comportamiento.

En cuanto a los comportamientos no deseables referidos a los sentimientos y estrategias de las cuidadoras de los/as niños/as con y sin DA se obtuvo que el 50% y el 24% alguna vez engañó a su niño/a para que pruebe alimentos; el 75% y el 28% respectivamente alguna vez estuvieron en desacuerdo con otros/as adultos/as sobre cómo alimentar a su niño/a. Además el 50% y el 12% alguna vez sintieron que los hábitos alimenticios de su niño/a afectaban su estado de salud.

*Tabla 6: Frecuencias relativas de los puntajes obtenidos en las preguntas que corresponden a comportamientos no deseables en niños/as con DA según Dovey. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.*

Escala de BPFAS	Número de pregunta (%)							
	7	10	12	22	23	27	33	34
<b>5. Siempre</b>	37,5	12,5	37,5	37,5	12,5	12,5	25	12,5
<b>4. La mayoría de las veces</b>	25	12,5	37,5	0	12,5	0	0	12,5
<b>3. A veces</b>	12,5	12,5	0	0	25	37,5	25	25
<b>2. Pocas veces</b>	12,5	25	0	12,5	0	0	25	0
<b>1. Nunca</b>	12,5	37,5	25	50	50	50	25	50
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabla 7: Frecuencias relativas de los puntajes obtenidos en las preguntas que corresponden a comportamientos no deseables en niños/as sin DA según Dovey. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

Escala de BPFAS	Número de pregunta (%)							
	7	10	12	22	23	27	33	34
<b>5. Siempre</b>	40	4	16	8	0	0	0	0
<b>4. La mayoría de las veces</b>	8	0	0	8	0	4	8	8
<b>3. A veces</b>	12	0	0	4	20	20	20	4
<b>2. Pocas veces</b>	8	12	0	4	12	0	0	0
<b>1. Nunca</b>	32	84	84	76	68	76	72	88
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Las tablas 8 y 9 muestran las frecuencias relativas de los puntajes obtenidos en las preguntas que corresponden a comportamientos deseables; n° 5 (¿prueba nuevos alimentos?), n° 9 (¿viene fácilmente cuando lo/a llaman a comer?).

Todos los/as niños/as con DA según Dovey siempre probaron nuevos alimentos, mientras que sólo el 68% de los/as niños/as sin DA tuvo este comportamiento. El 88% de los/as niños/as sin DA siempre acudieron fácilmente cuando lo/a llamaron a comer y el 25% de los/as niños/as con DA nunca respondieron ante ese llamado.



Tabla 8: Frecuencias relativas de los puntajes obtenidos en las preguntas que corresponden a comportamientos deseables en niños/as con DA según Dovey. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

Escala de BPFAS	Número de pregunta (%)	
	5	9
<b>Siempre</b>	100	37,5
<b>La mayoría de las veces</b>	0	25
<b>A veces</b>	0	12,5
<b>Pocas veces</b>	0	0
<b>Nunca</b>	0	25
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabla 9: Frecuencias relativas de los puntajes obtenidos en las preguntas que corresponden a comportamientos deseables en niños/as sin DA según Dovey. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017- 2018.

Escala de BPFAS	Número de pregunta (%)	
	5	9
<b>Siempre</b>	68	88
<b>La mayoría de las veces</b>	12	0
<b>A veces</b>	16	12
<b>Pocas veces</b>	4	0
<b>Nunca</b>	0	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

En las figuras que se presentan a continuación (figuras 7 y 8) se puede observar la frecuencia de consumo semanal de distintos alimentos, que son comportamientos deseables: frutas, carnes, leche, verduras y alimentos ricos en almidón (pan, papa, arroz, fideos, batata). Se encontró que el 25% de los/as niños/as con DA según Dovey consumió tanto una porción de fruta como también de verdura todos los días, mientras que en los/as niños/as sin DA se obtuvo un 48% y 36% respectivamente.

En los/as niños/as sin DA, se obtuvo el mismo porcentaje (84%) para el consumo diario de carne y leche, en comparación con el grupo de niños/as con DA, el cual presentó un consumo del 37,5% para carnes y un 75% para leche. Todos los/as niños/as con DA consumieron 6 veces por semana o más, alimentos ricos en almidón, de manera similar, el porcentaje obtenido en los/as niños/as sin DA fue del 96%.

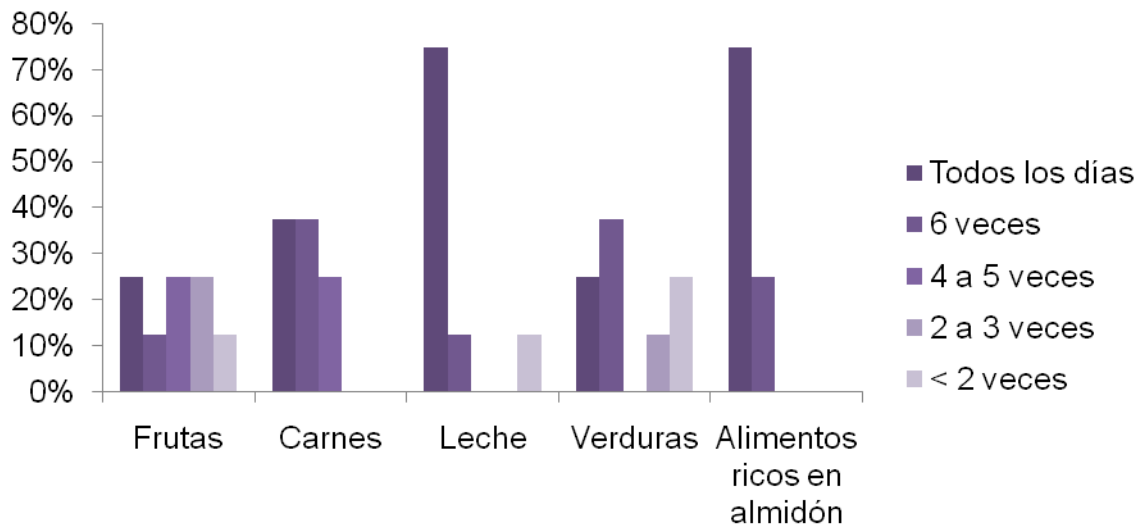


Figura 7: Frecuencias relativas de consumo semanal de distintos alimentos: frutas, carnes, leche, verduras y alimentos ricos en almidón en niños/as con DA según Dovey. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017-2018.

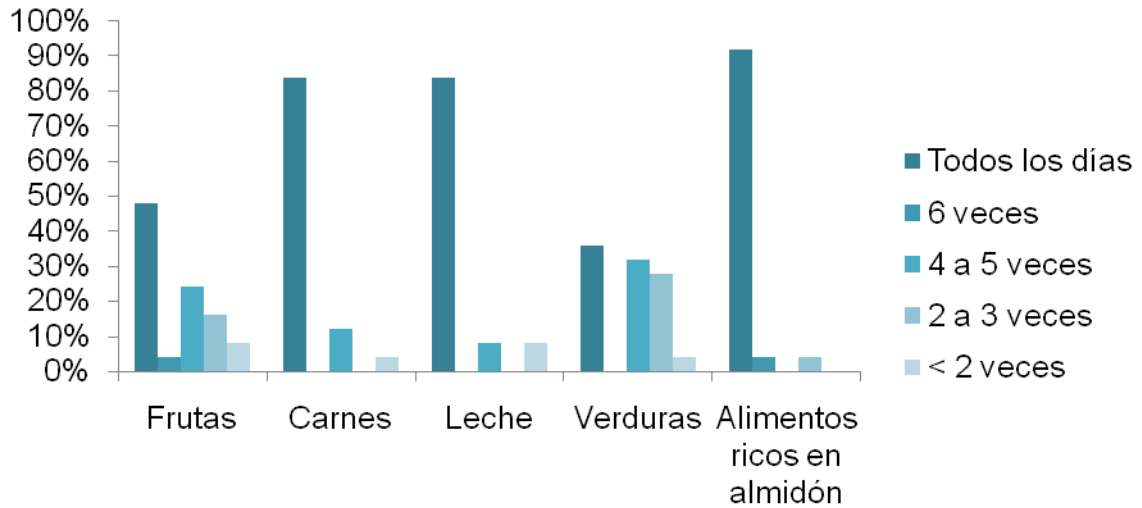


Figura 8: Frecuencias relativas de consumo semanal de distintos alimentos: frutas, carnes, leche, verduras y alimentos ricos en almidón en niños/as sin DA según Dovey. Despeñaderos - Córdoba. Año 2017-2018.

### Análisis de asociación de las variables EN y DA.

La figura 9 muestra el EN según el IMC de los/as niños/as con y sin DA según Dovey. Valores similares se obtuvieron en la categoría normopeso en ambos grupos. Sin embargo se pudo observar que el 50% de los/as niños/as con DA tuvieron un EN por fuera de los parámetros esperados. A su vez, el 37,5% de ellos/as presentó exceso de peso.

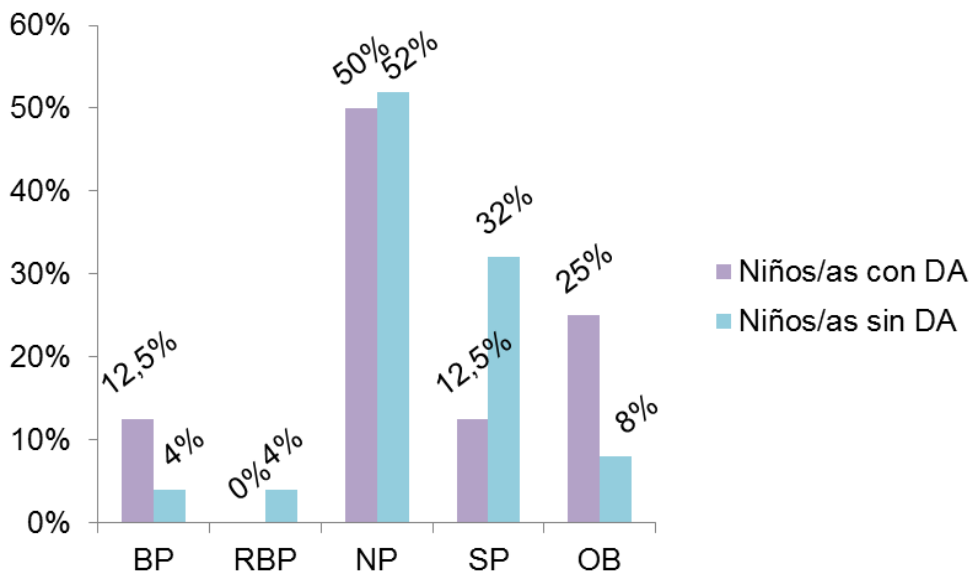


Figura 9: Distribución del EN según IMC de los niños/as con y sin DA según Dovey. Despeñaderos – Córdoba. Año 2017 – 2018.

Según la tabla 10 no existieron diferencias significativas en la proporción de los/as niños/as en todas las categorías del EN entre los/as que presentaron DA y los/as que no presentaron DA según Dovey. Por lo tanto es de esperar que la variable EN no esté asociada con la presencia o ausencia de DA, ya que todos los valores p fueron mayores a 0,05.

Tabla 10: Distribución del EN según presencia de DA según Dovey en niños/as. Despeñaderos - Córdoba 2017-2018.

EN	Niños/as con DA n(%)	Niños/as sin DA n(%)	Valor p*
BP	1 (12,5)	1 (4)	0,98
RBP	0 (0)	1 (4)	0,54
NP	4 (50)	13 (52)	0,75
SP	1 (12,5)	8 (32)	0,53
OB	2 (25)	2 (8)	0,51

La tabla 11 muestra el análisis de asociación de las variables mediante el Test de Fisher, por lo que se interpreta que no existieron diferencias significativas entre la presencia de DA según Dovey y un EN por encima de los parámetros esperados.

Tabla 11: Distribución del EN según presencia de DA según Dovey en niños/as. Test de Fisher. Despeñaderos - Córdoba 2017-2018.

EN por encima de los parámetros esperados	Niños/as con DA n(%)	Niños/as sin DA n(%)	Total n(%)
No	5 (62,5)	15 (60)	20 (60,61)
Si	3 (37,5)	10 (40)	13 (39,39)
<b>Total</b>	<b>8 (100)</b>	<b>25 (100)</b>	<b>33 (100)</b>

Valor p 1,000

# Discusión



La prevalencia de las DA es variable, sobre todo por el uso de diferentes denominaciones<sup>4</sup>. En teoría, cualquier niño/a tiene el potencial de desarrollar DA, su incidencia en la población sana es de alrededor del 25%, aunque esta cifra puede aumentar cerca del 50% cuando los/as cuidadores/as manifiestan su presencia y hasta aproximadamente el 80% cuando se trata de niños/as con discapacidades en el desarrollo<sup>41</sup>.

En el presente estudio se tuvieron en consideración dos puntos de cortes para el BPFAS; el original de Crist<sup>39</sup> y otro propuesto por Dovey<sup>24</sup>. Éste último desarrolló un estudio donde se evaluaron 573 familias en el Reino Unido con niños/as entre los 20 y 85 meses de edad durante los años 2010 – 2012, divididos en dos grupos, 64 niños/as tenían diagnóstico de desórdenes de la alimentación mientras que los 509 restantes fueron el grupo control de pacientes sanos. Su objetivo fue identificar un punto de corte que pudiera ser usado como screening para identificar desórdenes de la alimentación<sup>24</sup>. Con los valores que obtuvo manifestó que la escala demostraba sensibilidad y especificidad para discriminar entre pacientes con DA de aquellos sin DA, convirtiéndolo en el cuestionario psicométrico más confiable para la valoración de niños/as con problemas en la alimentación<sup>24</sup>.

De este modo, se encontró que el 24% de los/as niños/as que conformaron la muestra presentaron DA según Dovey y un 3% de las cuidadoras percibió una DA en su niño/a según Crist. Cabe destacar que la cuidadora que tuvo esta percepción coincidió con que su niño/a presentó DA. Esto genera preocupación porque existieron cuidadoras que no lograron detectar alteraciones en el comportamiento alimentario de su niño/a. Es por ello que resultó importante utilizar ambos puntos de corte ya que con la puntuación de Dovey para la PFT (>61) se podría detectar de manera precoz alguna alteración en el comportamiento alimentario del/la niño/a, y el punto de Crist para la PTP (>9) sería relevante para la identificación temprana de la preocupación de los/as cuidadores/as.

Los resultados de este estudio difieren de otros hallazgos. Por ejemplo, en un estudio realizado por Castañeda se obtuvo que un 53% presentó DA y el 8% de los/as cuidadores/as percibió DA en su niño/a según Dovey; en paralelo, se

obtuvo un 17% en la presencia de DA y un 33% de los cuidadores/as percibió una DA en su niño/a según Crist<sup>24</sup>. Machado, quien realizó un estudio sobre DA en Montevideo, Uruguay (n=205), determinó que el 42% presentó DA<sup>4</sup>. Por otro lado, en un estudio realizado por Alarcón, en Cuenca Ecuador, se obtuvo que el 64% de la población presentó DA<sup>15</sup>.

El 97% de las cuidadoras fueron madres, lo que podría haber llevado a obtener una menor prevalencia de DA debido a que ser alimentado por la madre es un factor protector del desarrollo de la misma. En los seres humanos, las prácticas de alimentación, las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros años. La madre tiene un rol fundamental en la educación y adquisición de pautas alimentarias del/la hijo/a<sup>4</sup>.

Las cuidadoras de los/as niños/as con DA identificaron como principales problemas las preguntas ¿come comidas tipo snacks pero no come a la hora de la comida? y ¿está en desacuerdo con otros/as adultos/as sobre cómo alimentar a su niño/a? Esto podría significar que las cuidadoras reconocieron que los snacks son alimentos pocos saludables y podrían tener escasa flexibilidad para aceptar sugerencias externas.

Entre los comportamientos no deseables que se pudieron ver en los/as niños/as con DA, demorar más de 20 minutos en terminar su comida, dejar de comer a la hora de las comidas por haber consumido alimentos tipo snacks y no ir fácilmente cuando lo/a llaman a comer, podrían estar relacionados con un tipo de DA en la cual prevalece el apetito limitado. Esto puede darse en niños/as enérgicos/as, activos/as y curiosos/as, quienes se interesan más en jugar y/o hablar que en comer, por lo cual ingieren alimentos en pequeñas cantidades; o bien en niños/as apáticos/as que están desinteresados/as tanto en la comida como en su medio ambiente<sup>21</sup>. Cabe destacar que en otras investigaciones llevadas a cabo en Perú y Uruguay, se obtuvo que el 66% y el 39% de los/as niños/as demoró más del tiempo esperado en comer<sup>42, 4</sup>.

Los comportamientos relacionados a comer únicamente comidas molidas, trituradas o blandas; preferir tomar líquidos que comer alimentos sólidos; y



negarse a comer durante las comidas pero pedir alimentos inmediatamente después, podrían estar relacionados al tipo de DA en la cual prevalece la selectividad. Puma Araujo encontró, resultados similares, ya que el 60% de los/as niños/as prefirió texturas blandas, además el tipo de consistencia con mayor aceptabilidad fue el tipo puré y licuados<sup>42</sup>.

Chacón explica esta selectividad haciendo referencia a que la palatabilidad general, es la fuerza motriz que estimula la selección y la preferencia temprana de un alimento en los/as niños/as. La textura influencia a los menores en la medida que afecte la facilidad con que se mastica, prefiriendo aquellos alimentos fáciles de masticar. Los/as niños/as tienen músculos maxilares menos desarrollados, así como una menor cantidad de dientes, aspectos que combinados resultan en una diferente percepción de la textura y en una más lenta liberación de sustancias estimulantes del gusto durante la masticación. La introducción de la dieta sólida no debe ser pospuesta por más allá de los nueve meses, pues a partir de este período se hace más dificultosa la aceptación de las texturas, aspecto que podría prolongarse en el tiempo y estar relacionado con rechazo de alimentos, aún a edades tan tardías como los 7 años. Los/as niños/as desde la ablactación e incluso hasta los 8 años tienden a encontrar ardua la percepción de mezclas de sabores y sobre todo de texturas, condición que puede llevar a su rechazo<sup>43</sup>.

Los/as niños/as que se niegan a comer durante las comidas pero inmediatamente después piden alimentos, podrían denominarse según diferentes autores como consumidores/as exigentes o caprichosos/as. Estos/as niños/as se niegan selectivamente a comer ciertos alimentos según el sabor, textura, olor o apariencia de estos en particular, sin embargo, comen mejor si se les ofrecen sus alimentos preferidos<sup>25</sup>.

Dentro de los comportamientos deseables se encuentran probar nuevos alimentos y el consumo de alimentos. Teniendo en cuenta la edad que abarca este estudio, un comportamiento normal podría ser que los/as niños/as presenten neofobia, resolviéndose ésta alrededor de los 18 – 24 meses; esto se refleja en los resultados obtenidos por Puma Araujo, donde el 55% (n=90) tuvo ciertas dificultades para incorporar alimentos nuevos<sup>42</sup>. Sin embargo, en el

presente estudio todos/as los/as niños/as con DA siempre probaron nuevos alimentos, lo que podría sugerir que la DA que presentaron estos/as niños/as no esté relacionada al miedo de incorporar nuevos alimentos.

En cuanto al consumo de alimentos en la muestra estudiada se observó una ingesta semanal de frutas y verduras que no alcanzó la frecuencia recomendada. Además, en el grupo de niños/as con DA el consumo de estos alimentos, fue más bajo en comparación con el grupo de niños/as sin DA. Con respecto a las carnes, los/as niños/as con DA consumieron menos de la frecuencia recomendada, esto podría deberse a las características de la textura, el desarrollo madurativo de los músculos maxilares y la dentición, mencionados anteriormente. En relación al consumo diario de leche, se observó que los/as niños/as sin DA obtuvieron un mayor porcentaje (84%). Sin embargo, podría haberse esperado que el porcentaje mayor correspondiera al grupo de niños/as con DA, debido a que el 50% de ellos/as alguna vez prefirió tomar líquidos que comer alimentos sólidos. Además en una investigación de Machado se destacó que recibir más de un litro de leche al día se asoció significativamente a presentar DA. Esta conducta no coincide con las recomendaciones de buenas prácticas de alimentación, ya que determina una ingesta calórica significativa, que puede causar saciedad y determinar rechazo por otros alimentos. Además el/la niño/a habituado a ingerir alimentos líquidos puede rechazar consistencias diferentes<sup>4</sup>.

La frecuencia de consumo de los alimentos anteriormente mencionados podría estar relacionada a factores socio-culturales como situación socioeconómica, estilo de vida, lugar de residencia entre otros, que también son determinantes de las prácticas alimentarias. Otro factor importante son los modelos de alimentación infantil aplicados por los/as cuidadores/as, que están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los/as niños/as durante la comida. La exposición repetida del/la niño/a a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario<sup>44</sup>.

Haciendo referencia al EN, del total de niños/as que presentaron DA el 50% se encontró dentro de los parámetros esperados señalados por la OMS<sup>37</sup>, el 37,5% presentó exceso de peso y el 12,5% bajo peso. Machado evidenció en su trabajo que el 2,3% de los/as niños/as con DA presentó bajo peso y el 13,7% exceso de peso<sup>4</sup>. En tanto que, la investigación llevada a cabo por Castañeda reveló que el 8,4% de los/as niños/as con DA tenía bajo peso, el 61,8% presentó un EN dentro de los parámetros esperados, y el 29,8% presentó exceso de peso<sup>24</sup>.

En la presente investigación no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de los/as niños/as para todas las categorías del EN entre los/as que presentaron DA y los/as que no. Del mismo modo con el Test de Fisher se pudo concluir que no existió asociación entre las variables EN y DA ( $p=1,000$ ). Castañeda en su investigación con niños/as de 5 a 12 años ( $n=245$ ), concluyó que no encontró asociación entre dichas variables utilizando el mismo punto de corte propuesto por Dovey<sup>24</sup>.

Finalmente es necesario mencionar algunas limitaciones. Los escasos estudios publicados en Argentina sobre la temática como así también las distintas terminologías para hablar sobre la misma, limitaron las primeras instancias de este trabajo. Otra limitación fue el tamaño muestral condicionado por la cantidad de niños/as que asisten al CAPS “Divino niño” de Despeñaderos, como así también el rango etáreo establecido por el programa “Control de crecimiento y desarrollo”. Se recomienda realizar investigaciones en estas áreas con diferente y/o más amplio rango de edad.

En cuanto a los obstáculos correspondientes al instrumento se destacó que existen distintos autores que proponen diferentes puntuaciones para identificar la presencia de DA. Es por ello que sería importante estudiar y validar el instrumento en el ámbito local con el fin de establecer una puntuación adecuada teniendo en cuenta las características socioculturales. Asimismo resulta fundamental para detectar aquellos comportamientos alimentarios del/la niño/a y del/la cuidador/a que representan debilidades y fortalezas, y de este modo poder trabajar sobre las mismas desde la individualidad en una consulta pediátrica, más allá de la presencia o no de una DA y del EN del/la niño/a. Por

último, el cuestionario no indaga acerca de características socioeconómicas y datos antropométricos, por lo que se decidió agregar al mismo una serie de preguntas para obtener más información.

# Conclusión



El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el EN y DA de los/as niños/as de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS “Divino Niño” en la localidad de Despeñaderos de la provincia de Córdoba en los años 2017-2018.

Dentro de los resultados obtenidos, el 24% del total de la muestra presentó DA según Dovey, el 50% de éstos presentaron un EN por fuera de los parámetros esperados señalados por la OMS. El 3% de las cuidadoras tuvo la percepción de que su niño/a presentó DA según Crist. Es por ello que sería recomendable utilizar el instrumento BPFAS como herramienta en las consultas nutricionales y ambos puntos de cortes, hasta que se lleve a cabo el desarrollo de la adaptación de la puntuación a nivel local, para tener una mirada crítica en la valoración del comportamiento alimentario del niño/a y del cuidador/a en el momento de la alimentación.

En cuanto a los comportamientos no deseables, el 75% de los/as niños/as con DA la mayoría de las veces/siempre comió únicamente comidas molidas, trituradas o blandas, mientras que sólo el 16% los/as niños/as sin DA presentaron este comportamiento. Por otro lado, el 37,5% de los/as niños/as con DA se negó a comer siempre o la mayoría de las veces durante las comidas y pidió alimentos inmediatamente después. El 25% de los/as niños/as con DA nunca acudió fácilmente cuando lo/a llamaron a comer, mientras que el 88% de los/as niños/as sin DA siempre respondió a ese llamado.

En referencia a los comportamientos deseables, se encontró que todos los/as niños/as con DA probaron siempre nuevos alimentos. El consumo de frutas y verduras estuvo por debajo de las recomendaciones en ambos grupos, aunque en el grupo de niños/as con DA fue aún más bajo. El 84% de los/as niños/as sin DA consumió de manera diaria carne, en comparación con el 37,5% de los/as niños/as con DA.

Se puede concluir que los/as niños/as con DA presentaron mayor porcentaje en los comportamientos no deseables y menor porcentaje en comportamientos deseables a excepción de probar nuevos alimentos.

A partir del análisis realizado, se puede decir que la hipótesis inicial puede aceptarse parcialmente ya que si bien no se encontró asociación estadísticamente significativa, que puede deberse a un tamaño muestral pequeño, se observó que la mitad de los/as niños/as con DA tuvieron un EN por fuera de los parámetros esperados.

Aunque las DA no estén directamente asociadas con un EN por fuera de los parámetros esperados, podrían afectar otros aspectos tanto biológicos (carencias de micronutrientes) como psicosociales (vínculo con el alimento, comensalidad y relaciones interpersonales familiar y con pares). Asimismo las consecuencias de las DA podrían manifestarse en corto o largo plazo.

Este estudio aporta a la formación del/la Lic. en Nutrición para seguir investigando sobre la temática y profundizar en los diferentes tipos de DA (alimentación selectiva, apetito limitado, miedo a la alimentación y estilos de cuidadores/as), ya que esto es motivo de preocupación en los/as cuidadores/as, por lo tanto tema frecuente en la consulta pediátrica. Es por eso que podría servir como base para generar herramientas para la detección precoz de DA, su manejo dentro de la asistencia atendiendo las particularidades de cada niño/a y su cuidador/a, con el fin de prevenir carencias o excesos nutricionales que conduzcan a otras formas de malnutrición.

# Referencias bibliográficas





1. Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil [Internet]. Argentina. Estudio de Alimentación en la Infancia Temprana. Abril 2017.[Citado el 2017 mayo 27] Disponible en: <http://cesni.org.ar/archivos/Estudio-de-Alimentaci%C3%B3n-en-la-Infancia-Temprana-informe-.pdf>
2. Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil [Internet]. Argentina. Estudio de Alimentación en la Infancia Temprana. Abril 2017.[Citado el 2017 octubre 16] Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/2017/04/estudio-de-alimentacion-en-la-infancia-temprana/>
3. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Guías Alimentarias para la población Infantil, consideraciones para los equipos de salud. [Internet] 2010. [Citado el 2017 mayo 19] Disponible en: [http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF\\_Equipo\\_baja.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf)
4. Machado K, Denis N, Fernández N, Miguez C. Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay. Rev Chil Nutr. 2016; 43(3):228-232.
5. Waugh R, Markham L, Kreipe R, Walsh B. Feeding and Eating Disorders in Childhood. International Journal of Eating disorders. 2010. 43(2): 98-111.
6. Gagliardo A, Nazetta M, Priotti V, Rosa SM, González AL. Alimentación perceptiva desde las prácticas del cuidador primario en el niño/a menor de 2 años. Rev de la Facultad de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2016 [citado el 2017 agosto 23]; (1): 321- 322. Disponible en: <http://webs.fcm.unc.edu.ar/revista/articulos/Epidemiologia/321-322.pdf>
7. Bergero T, Gómez M, Herrera A, Mayoral F. Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2000; XX: (73): 127-135.

8. Ortiz H. Nueva Clasificación de los Desórdenes Alimentarios. Rev. CCAP. 10(4): 44-58.
9. Miñana I, Serra J. El niño pequeño poco comedor, Aspectos prácticos. Rev. Pediatr. Aten. Primaria. 2006; 8(I): 27-36.
10. Mataix J, Llopis J. Evaluación del estado nutricional. En: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina, Mataix Verdú, editores. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson. 1995; p73-89.
11. Batrouni L. Evaluación Nutricional. Córdoba: Brujas; 2016.
12. Beas F. Factores reguladores del crecimiento y el desarrollo prenatal y posnatal. En: Ed J. Meneguello, E. Fanta, E., Paris, T.F Puga. Pediatría Meneguello. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997 p. 1857-1862.
13. Muñoz Calvo M, Hidalgo Vicario M, Clemente Pollán J. Atención al niño y adolescente sano: desarrollo, evolución y EPS. En: instituto Monsa de ediciones S.A. Pediatría, Fundamentos Clínicos para Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona; 2010. p. 105-124.
14. Setton D, Fernandez A. Alimentación del preescolar. Nutrición en Pediatría, bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos. 1ª ed. CABA, Argentina: Médica Panamericana; 2014. P. 143 – 146.
15. Alarcón García, E. Las prácticas de cuidados en las sociedades prehistóricas: La cultura argárica. Arqueología y Territorio. 2007[citado el 2017 agosto 30]; (4): 233-249. Disponible en: <https://www.ugr.es/~arqueologyterritorio/PDF4/Alarcon.pdf>

16. Scruzzi GF, Lucchese M. Prácticas de cuidado nutricional infantil, representaciones de cuidadores nutricionales y efectores de salud. *Revista de Salud Pública*. 2016; XX (3): 32-47.
17. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr*. 2002; 29: (3): 280 – 285.
18. Barbero L, Martina D, Scruzzi G, Iavicoli T, Pérez M. Promoción de buenas prácticas de cuidado nutricional infantil. Entrecruzando docencia, extensión e investigación [Internet]. 2012 [citado el 2017 agosto 30]. Disponible en: <http://www.agro.uncor.edu/~paginafacu/FORO/Archivos/Articulacion%20Entre%20Docencia,%20Investigacion%20y%20Extension/54Martina.pdf>
19. Hobart Davies, W y col. Reconceptualizing Feeding and Feeding Disorders in Interpersonal Context: The case for a Relational Disorder. *Journal of Family Psychology*. 2006; 20 (3): 409-417.
20. Bravo P, Hodgson I. Trastornos alimentarios del lactante preescolar. *Rev Chil Pediatr*. 2011; 82 (2): 87-92.
21. Kerzner B y col. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. 2015; 135 (2): 135-244.
22. Chatoor I y col. A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother- Infant Interactions in the First Three Years of Life. *Infant Mental Health Journal*. 1997; 18 (1): 76-91.
23. Kerzner B. Clinical Investigation of feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clinical Pediatrics*. 2009; 48 (9): 960-965.

24. Castañeda, KS. Frecuencia de los problemas de la alimentación en escolares en Bogotá aplicando la encuesta Behavioral Pediatrics Feeding Assessment [tesis]. Bogotá, Colombia; 2015.
25. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2002; 11: 163- 183.
26. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2007; 4(9).
27. Chatoor I. Sensory Food Aversions in Infants and Toddlers. *Zero to Three [Internet]* 2009 [citado el 2017 Agosto 02]; (44 – 49).
28. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D’Olimpo F, Chatoor I. Feeding Disorders of Infancy: A Longitudinal Study to Middle Childhood. *Int J Eat Disord.* 2011; 00 (00): 1-9.
29. Sabulsky J. Diseño Metodológico. Investigación científica en salud-enfermedad. Córdoba, Argentina. ed Cosmos; 2000. P. 97 – 124.
30. Oxford Dictionaries, Español [Internet]. Universidad de Oxford. 2017. [Citado el 2017 junio 04]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/sexo>
31. Oxford Dictionaries, Español [Internet]. Universidad de Oxford. 2017. [Citado el 2017 junio 04]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/edad>
32. Centro de Estudios Sobre nutrición Infantil [Internet]. Argentina. Proyecto Tierra del Fuego: Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición. 1995. [Citado el 2017 noviembre 17]. Disponible en:

<http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/75Proyecto%20Tierra%20del%20Fuego.pdf>

33. Asociación Argentina de Marketing. NSE 2006. Diciembre 2006. [Citado el 2017 noviembre 20]. Disponible en: <http://www.saimo.org.ar/archivos/observatorio-social/NSE2006-23nov2006-Informe-final.pdf>
34. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Sistema de estadísticas sociodemográficas. Área educación. Argentina [Citado el 2018 febrero 12]. Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/definiciones\\_sesd\\_educacion.pdf](https://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/definiciones_sesd_educacion.pdf)
35. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. 3<sup>a</sup> ed. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría; junio 2013.
36. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Documento de Resultados. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
37. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estudio Multicéntrico sobre el Patrón de Crecimiento (EMPC). Ginebra, Suiza; 2006. [Citado el 2017 junio 10]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/es/>
38. Ministerio de Salud de la Nación. Evaluación del Estado Nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante Antropometría. Gilardón EO, Calvo EB, Durán P, Longo EN, Mazza C. 1a ed. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2009.
39. Evans M. Administration of the Behavioral Pediatrics Feeding Assessments Scale (BPFAS) to parents of High-risk Infants. How to best identify those at risk for feeding difficulties. Georgia State University. 2012.

40. Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda. Presidencia de la Nación. [sede Web]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [citado el 2017 noviembre 17]. Despeñaderos. Disponible en: <http://www.gobiernolocal.gob.ar/?q=node/354>
41. Dovey TM, Aldridge VK, Martinc CI, Wilkend M, Meyer C. Identifying clinically relevant feeding problems and disorders. JCHC. 2010; 14 (3): 261 – 270.
42. Puma Araujo FS. Relación entre características de inicio de alimentación complementaria y aversión sensorial a los alimentos en preescolares del Centro maternoinfantil Villa María del Triunfo, 2015 [tesis]. Lima, Perú; 2015.
43. Chacón A. Recepción de alimentos en el primer lustro de vida: aspectos innatos, causalidad y modificaciones derivadas de la experiencia alimentaria. Redalyc. 2011; 11 (3): 1 – 35. [citado el 2018 febrero 12]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/447/44722178004/>
44. Domínguez Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Chile. [citado el 2018 marzo 20]. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez\\_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

# Anexos



## **ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Somos estudiantes de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Estamos realizando nuestro Trabajo de Investigación para la Licenciatura en el cual tal vez podría participar. El mismo se llama “Estado Nutricional y Dificultades Alimentarias en niños/as de 12 a 36 meses que asisten a los CAPS de Despeñaderos”.

Si accede a participar, en esta etapa del trabajo mediremos y pesaremos a su niño/a, además le haremos a usted 35 preguntas breves acerca de la alimentación de su niño/a. El tiempo que durará este encuentro será aproximadamente de 20 minutos.

El objetivo principal de este estudio es poder analizar la relación que existe entre la presencia de dificultades alimentarias y el estado nutricional de los niños/as. La información recogida a través de esta encuesta es totalmente confidencial, es decir que quedará bajo absoluto secreto y será conocida solamente por las participantes de este trabajo. Al finalizar el estudio, se darán a conocer cifras referidas al total de la población sin mencionar los datos personales de cada participante.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y usted puede elegir libremente participar o no en este trabajo. Sin embargo, su colaboración será de gran importancia para conocer y contribuir al estado de salud y nutrición de los niños de su comunidad. Si usted decide no participar en esta investigación, se le seguirá brindando la misma calidad de atención que ha tenido hasta ahora en el Centro de Salud.

Necesitamos que otorgue su consentimiento para que podamos proceder, tras considerar que:

- Se le ha ofrecido información suficiente y clara acerca de la investigación.
- Se le ha dado la oportunidad de manifestar dudas, inquietudes u objeciones.
- Entender que los datos son confidenciales y que serán resguardados con respeto.
- Entender que la participación en la investigación no ocasionará ningún tipo de daño a su hijo/a.

### Contacto de estudiantes autoras:

Fernanda Arrieta - 0351 157022\*\*\*

Indira Dasso - 02954 15577\*\*\*

María Laura Oviedo - 0351 152183\*\*\*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

¿Acepta participar en esta encuesta? SI / NO

\_\_\_\_\_

Firma de padre/ madre/ tutor.

\_\_\_\_\_

Firma de estudiante autora.

\_\_\_\_\_

Firma de testigo.

**ANEXO II: TABLA DE CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE SEGMENTOS DE LA AAM.**

Segmento	Ocupación principal del PSH		Educación del PSH
	Calificación	Descripción	
<b>AB</b>	Profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socio/dueño de empresas medianas o grandes.</li> <li>- Directivos de grandes empresas.</li> <li>- <b>Rentista.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universidad completa.</li> <li>- Posgrado.</li> </ul>
<b>C1</b>	Profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directivos de pymes.</li> <li>- Directivos de 2da. línea de gran empresa.</li> <li>- Socio/dueño de empresas pequeñas.</li> <li>- Profesionales independientes con ocupación plena.</li> <li>- Profesional dependiente.</li> <li>- <b>Rentista.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universidad completa.</li> <li>- Posgrado.</li> </ul>
<b>C2</b>	Técnico profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional dependiente.</li> <li>- Profesionales independientes sin ocupación plena.</li> <li>- Jefes en empresas medianas y grandes.</li> <li>- Docente universitario ocupado pleno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universidad incompleta.</li> <li>- Terciario completo.</li> </ul>
<b>C3</b>	Técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empleado.</li> <li>- Jefes de empresas chicas y medianas.</li> <li>- Cuentapropista ocupado pleno.</li> <li>- Docente primario/ secundario ocupado pleno.</li> <li>- Jubilados/pensionados c/educación terciaria completa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secundaria completa.</li> <li>- Terciaria incompleta.</li> <li>- Universitaria incompleta.</li> </ul>
<b>D1</b>	Operario sin calificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empleado.</li> <li>- Cuentapropista de calificación operario.</li> <li>- Jubilados/pensionados c/educación secundaria completa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secundaria incompleta.</li> <li>- Primaria completa.</li> </ul>
<b>D2</b>	Sin calificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empleado.</li> <li>- Cuentapropista no calificado.</li> <li>- Empleada doméstica.</li> <li>- Jubilados/pensionados c/educación primaria o inferior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaria incompleta.</li> </ul>
<b>E</b>	Sin calificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo inestable.</li> <li>- Cartonero.</li> <li>- Plan “Trabajar”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaria incompleta.</li> <li>- Sin estudios.</li> </ul>

En rojo: la asignación deberá basarse en la consideración adicional de otros parámetros.

En azul: en base a los únicos datos disponibles en la EPH. En el futuro deberá asignarse en función de la ocupación anterior y ajustarse el nivel en la proporción que se determine oportunamente.

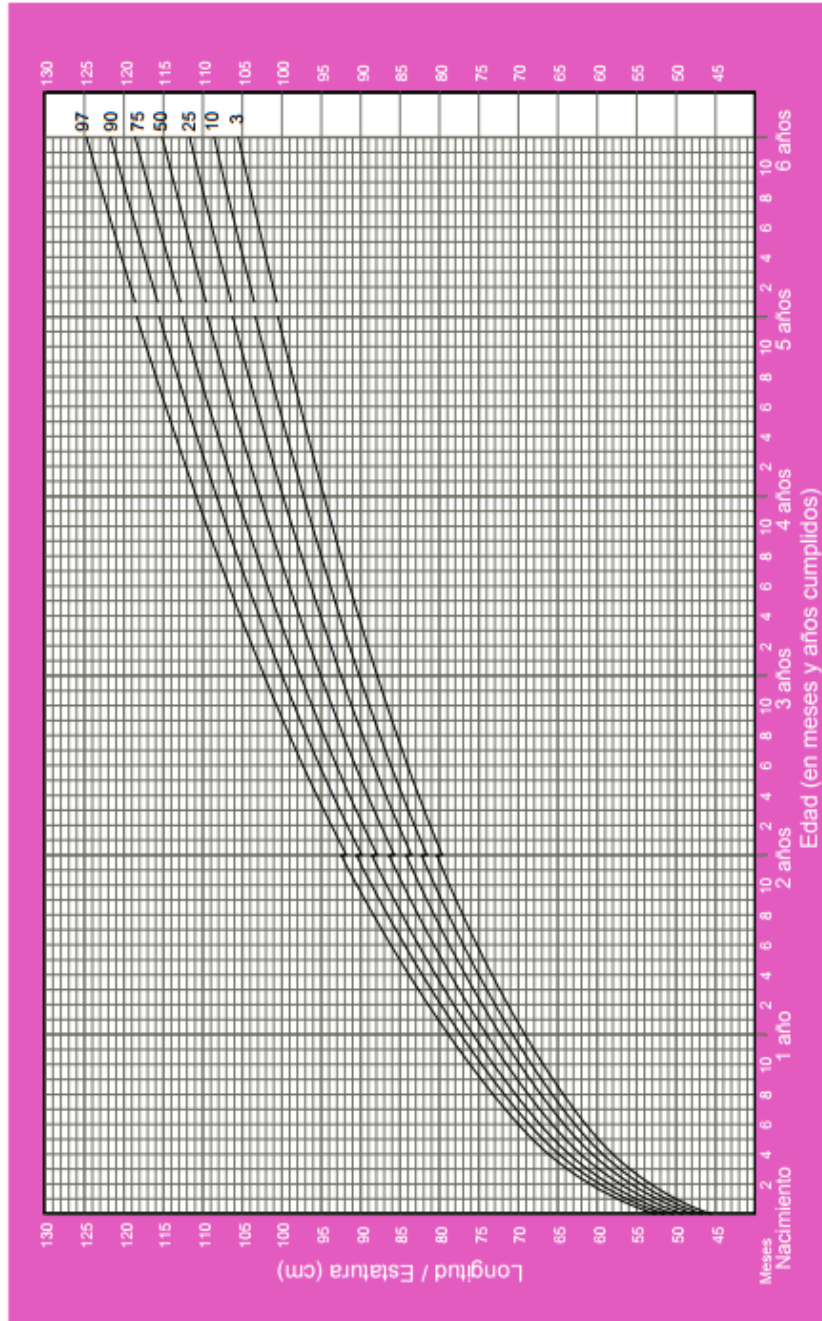
**TABLA DE ASIGNACIÓN DE NIVELES:**

NSE			Adaptación categórica para el presente trabajo
7	AB	Alto	Alto
6	C1	Medio alto	
5	C2	Medio medio	Medio
4	C3	Medio bajo	
3	D1	Bajo superior	Bajo
2	D2	Bajo inferior	
1	E	Marginal	

**ANEXO III: PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).**

**Longitud/Estatura para la edad Niñas**

Percentiles (Nacimiento a 6 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

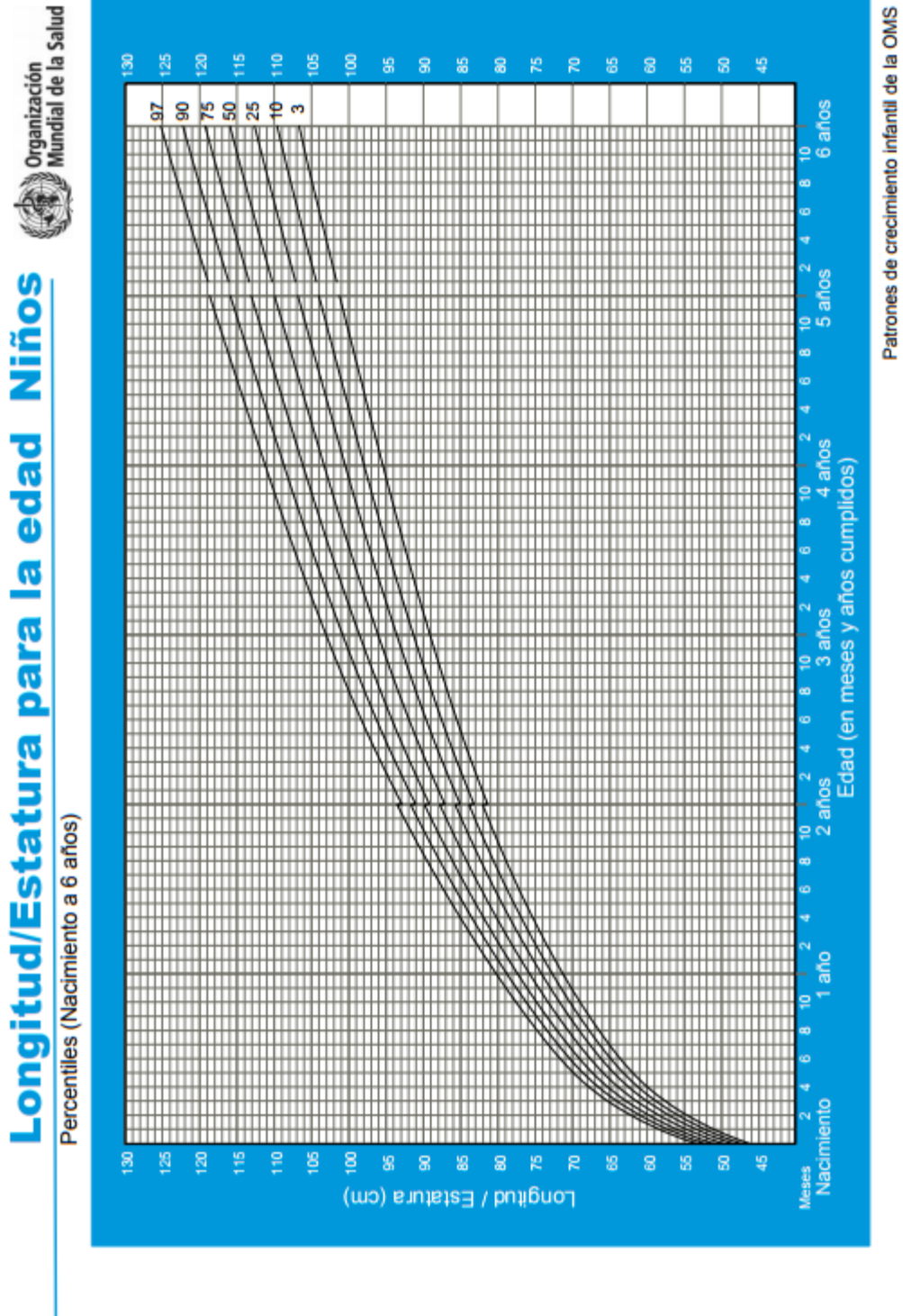


Gráfico N° 19

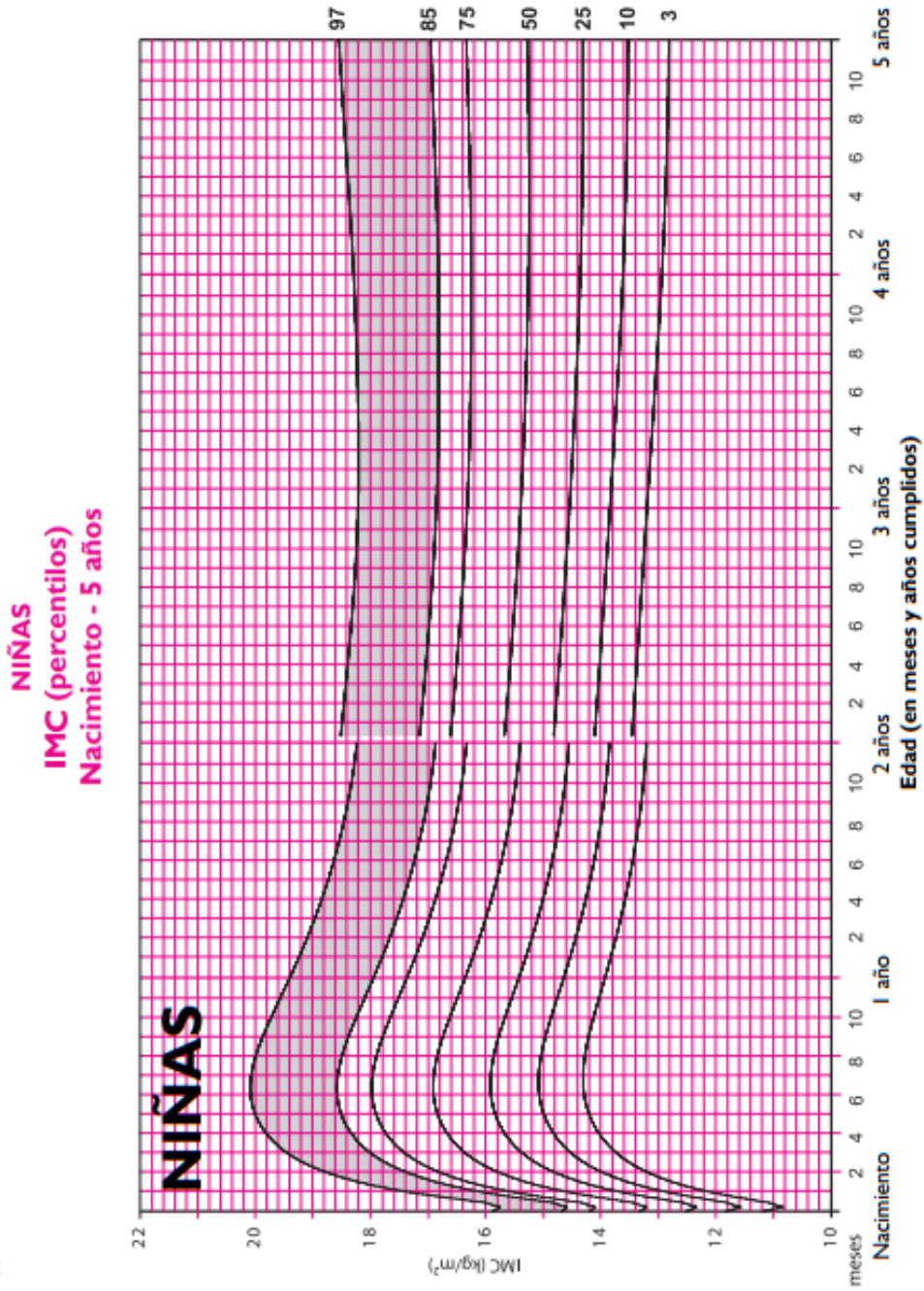
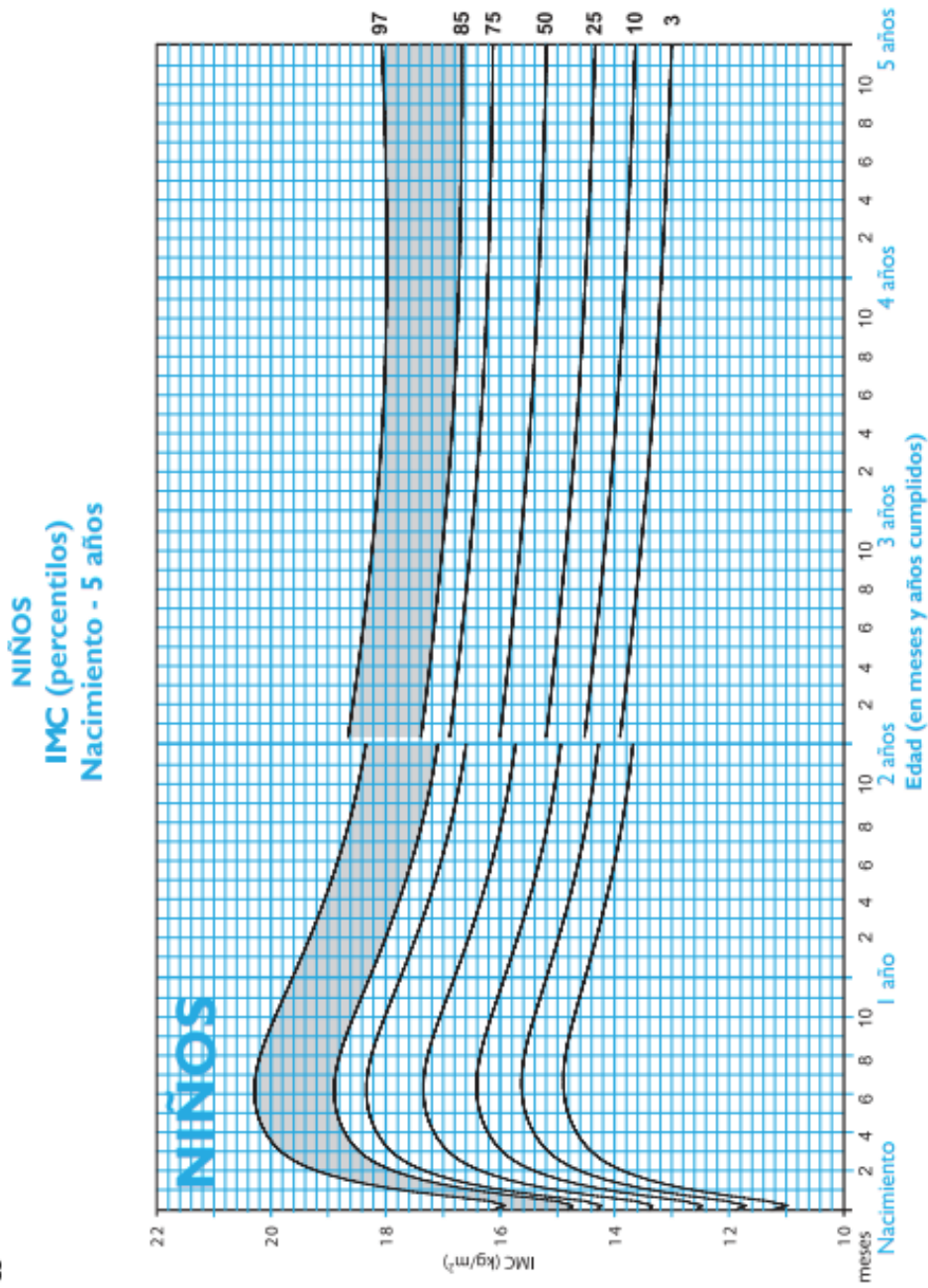


Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del estudio Multicéntrico de la OMS.

Gráfico N° 43



**ANEXO IV: BEHAVIORAL PEDIATRICS FEEDING ASSESSMENT SCALE (BPFAS) – ESCALA DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO PEDIÁTRICO.**

Nº de cuestionario: \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco de cuidador/a con el niño/a: \_\_\_\_\_  
 Nivel educativo de PSH: \_\_\_\_\_ Ocupación de PSH: \_\_\_\_\_  
 Peso del niño/a: \_\_\_\_\_ Longitud/ talla del niño/a: \_\_\_\_\_ IMC del niño/a: \_\_\_\_\_

MI NIÑO/A	NUNCA	A VECES			SIEMPRE	¿ES UN PROBLEMA PARA USTED?	
		1	2	3		4	5
1. Come frutas	1	2	3	4	5	SI	NO
2. Tiene problemas para masticar la comida	1	2	3	4	5	SI	NO
3. Disfruta de la comida	1	2	3	4	5	SI	NO
4. Se ahoga o escupe durante las comidas	1	2	3	4	5	SI	NO
5. Prueba nuevos alimentos	1	2	3	4	5	SI	NO
6. Come carnes (vaca, pollo, pescado, cerdo, otras)	1	2	3	4	5	SI	NO
7. Demora mas de 20 min para terminar su comida	1	2	3	4	5	SI	NO
8. Toma leche	1	2	3	4	5	SI	NO
9. Viene fácilmente cuando lo llaman a comer	1	2	3	4	5	SI	NO
10. Come comidas tipo snacks pero no come a la hora de la comida	1	2	3	4	5	SI	NO
11. Vomita antes, durante o después de las comidas	1	2	3	4	5	SI	NO
12. Come únicamente comidas molidas, trituradas, o blandas	1	2	3	4	5	SI	NO
13. Se levanta de la mesa mientras come	1	2	3	4	5	SI	NO
14. Deja la comida en su boca y no la traga.	1	2	3	4	5	SI	NO
15. Se queja o llora a la hora de comer	1	2	3	4	5	SI	NO
16. Come verduras	1	2	3	4	5	SI	NO
17. Hace berrinches a la hora de comer	1	2	3	4	5	SI	NO
18. Come alimentos ricos en almidón (pan, papa, arroz, fideos, batata)	1	2	3	4	5	SI	NO
19. Tiene poco apetito	1	2	3	4	5	SI	NO
20. Escupe la comida	1	2	3	4	5	SI	NO
21. Habla para retrasar las comidas	1	2	3	4	5	SI	NO
22. Prefiere tomar líquidos que comer alimentos sólidos	1	2	3	4	5	SI	NO
23. Se niega a comer durante las comidas pero pide alimentos inmediatamente después	1	2	3	4	5	SI	NO
24. Intenta negociar que va a comer y que no	1	2	3	4	5	SI	NO
25. Ha requerido alguna vez alimentarse con sonda para mantener un estado nutricional adecuado	1	2	3	4	5	SI	NO



CUIDADORES/AS:	NUNCA	A VECES			SIEMPRE	¿ES UN PROBLEMA PARA USTED?	
		2	3	4		SI	NO
26. Se siente frustrado/a o ansioso/a cuando alimenta a su niño/a	1	2	3	4	5	SI	NO
27. Engaña a su niño/a para que pruebe los alimentos	1	2	3	4	5	SI	NO
28. Usa amenazas para hacer que su niño/a coma	1	2	3	4	5	SI	NO
29. Se siente seguro de que su niño/a come lo suficiente	1	2	3	4	5	SI	NO
30. Se siente confiado en su capacidad de controlar el comportamiento de su niño/a a la hora de la comida	1	2	3	4	5	SI	NO
31. Si a su niño/a no le gusta lo que está servido, prepara otra cosa	1	2	3	4	5	SI	NO
32. Cuando su niño/a rechaza la comida, se la mete en la boca por la fuerza si es necesario	1	2	3	4	5	SI	NO
33. Está en desacuerdo con otros adultos (ej.: su esposo/a, abuelos/as, familiares) sobre cómo alimentar a su niño/a	1	2	3	4	5	SI	NO
34. Siente que los hábitos alimenticios de su niño/a afectan su estado de salud	1	2	3	4	5	SI	NO
35. Se molesta tanto con su niño/a durante la comida que necesita luego un tiempo para calmarse	1	2	3	4	5	SI	NO

**BEHAVIORAL PEDIATRICS FEEDING ASSESSMENT SCORING FORM – FORMULARIO DE PUNTUACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO PEDIÁTRICO.**

1) Suma de puntuación de frecuencia de todas las preguntas   
Box 1

2) Suma de puntuación de la frecuencia de las preguntas 1,3,5,6,8,9,16,18,29,30   
Box 2

3)  -  =   
Box 1      Box 2      Box 3

4) 60 -  =   
Box 2      Box 4

5)  +  =   
Box 3      Box 4      **Puntuación de frecuencia total**

6) Suma de las respuestas “SI” de la entrevista =   
**Puntuación total del problema**

# Glosario



**AAM:** Asociación Argentina de Marketing.

**Alimentación enteral:** Consiste en administrar los diferentes elementos nutritivos a través de una sonda, colocada de tal forma que un extremo queda en el exterior y el otro en distintos tramos del tubo digestivo, como el estómago, el duodeno o el yeyuno, suprimiendo las etapas bucal y esofágica de la digestión.

**Anorexia:** Trastorno alimentario que implica limitar la cantidad de alimento que una persona come, ocasionando inanición y una incapacidad para permanecer en un peso corporal mínimo, considerado normal para su edad y estatura.

**Anoxia:** Falta casi total del O<sub>2</sub> en un tejido.

**Autismo:** Condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida. Afecta cómo una persona se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende.

**Aversión sensorial:** Estado en el que la presencia de ciertos alimentos, texturas, sabores u olores causan al niño el rechazo a comer esa comida o alimento en concreto.

**BPFAS:** Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scoring.

**Comensalidad:** Remite al hecho de comer y beber juntos alrededor de la misma mesa. Es el espacio simbólico en el que el grupo social comparte y transmite sus valores y sentidos sociales, es decir su identidad cultural.

**Conducta alimentaria:** Comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

**Desnutrición:** Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

**Desarrollo psicomotor:** Adquisición de habilidades motoras que un niño adquiere a lo largo de su infancia. Se corresponde con una maduración del sistema nervioso y se forma a partir del juego y del hacer.

**Dificultades alimentarias:** Serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta. Este concepto involucra la percepción, por parte del adulto, de que el/la niño/a no se alimenta en forma adecuada.

**Disfagia:** Dificultad o imposibilidad de tragar.

**Esofagitis:** Inflamación del esófago.

**FTT:** Failure To Thrive: Falla en el desarrollo.

**Fagofobia:** Miedo irracional a ahogarse (atragantarse) al ingerir alimentos, bebidas o pastillas.

**Falla de medro:** Incapacidad para sostener una velocidad de crecimiento normal, tanto en peso como en talla, en niños menores de 3 años de edad.

**Neofobia:** Miedo o fobia incontrolable e injustificada conscientemente hacia experiencias o alimentos nuevos.

**Odinofagia:** Dolor de garganta producido al tragar alimentos o líquidos.

**Regurgitar:** Expulsar por la boca, sin vómito, sustancias sólidas o líquidas contenidas en el estómago o en el esófago.

**Signos:** Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente.

**Síntomas:** Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

**Trastorno en la alimentación:** Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

**Trastorno mental:** Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

