



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA.
UNIDAD XOCHIMILCO.**

DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD

TESIS

**CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS CON DIAGNÓSTICO
DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO**

**Que para obtener el grado de
MAESTRA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA**

Presenta:

Lic. Nut. Silvia Méndez Celayo

Directora de tesis:

MRN. María Magdalena Sánchez Jesús

Aesora:

Dra. Patricia Muñoz-Ledo Rábago

México, D.F. 14 de Diciembre, 2009.

Índice

	Pág.
I. Introducción	3
II. Antecedentes	5
1. Hipotiroidismo congénito	6
1.1 Principales problemas de neurodesarrollo	6
1.2 Alimentación en el niño con HC	6
2. Conducta alimentaria	8
Concepto y componentes básicos de la conducta alimentaria.	8
2.1 Evaluación de la conducta alimentaria	11
2.2 Adquisición de habilidades de alimentación durante la infancia.	12
Desarrollo motor, cognitivo, emocional-social ligados a las habilidades de alimentación en edad preescolar	
3. Influencia materna: importancia en la formación de la conducta alimentaria del niño. Influencia materna en función de la selección y preparación de alimentos	17
3.2 Influencia de Cuidado integral del niño con hipotiroidismo congénito	18
III. Justificación y planteamiento del problema	19
IV. Objetivos	20
V. Metodología	21
1. <i>Definición de la población objetivo</i>	21
2. <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i>	21
3. <i>Definición de la muestra</i>	21
4. <i>Tipo de estudio</i>	21
5. <i>Tipo de diseño</i>	21
6. <i>Variables</i>	21
7. <i>Definición operativa de las variables</i>	22
8. <i>Recursos: materiales, humanos y de infraestructura</i>	22
9. <i>Procedimientos</i>	22
10. <i>Descripción de los instrumentos</i>	24
VI. Resultados	28
VII. Discusión y conclusiones	38
VIII. Bibliografía	43
IX. Anexos	45
1. Cuestionario de la conducta alimentaria	46
2. Guía de observación	50
3. Preguntas Abiertas niños.	52

I. Introducción

En México el hipotiroidismo congénito (HC) es un problema de salud pública que tiene una incidencia nacional que va de 1:1,951 a 1:2,458 nacidos vivos. (1)

El hipotiroidismo congénito se define como la situación resultante de una disminución congénita de la actividad biológica tisular de las hormonas tiroideas, bien por producción deficiente, ya sea a nivel hipotálamo-hipofisario (hipotiroidismo central), o a nivel tiroideo (hipotiroidismo primario), o bien por resistencia a su acción o alteración de su transporte en los tejidos diana (hipotiroidismo periférico).

Las hormonas tiroideas son indispensables para el desarrollo cerebral desde las etapas tempranas del desarrollo, ya que intervienen en la neurogénesis, migración neuronal, formación de axones y dendritas, sinaptogénesis, mielinización y regulación de neurotransmisores específicos [2]. Del mismo modo, las hormonas tiroideas tienen un papel fundamental en la nutrición humana, ya que intervienen en el metabolismo de algunas proteínas, en la lipogénesis y la lipólisis, además de estimular el consumo de oxígeno y la producción de calor; por lo que cualquier alteración de estas hormonas causará, metabolitamente, un desequilibrio importante que deberá ser tratado en etapas tempranas para evitar problemas futuros.

El tratamiento hormonal sustitutivo temprano debe ser supervisado continuamente en función de la edad del niño para evitar desajustes hormonales hipotiroideos o hipertiroideos, que pueden resultar en ciclos de anorexia-hiperfagia.

La comida no es sólo nutrición; comer es un acto reiterativo y estereotipado para cualquier ser humano. Al repetir el acto de comer tantas veces, inevitablemente se asocia a circunstancias emocionalmente significativas desde el momento mismo del nacimiento y el bebé es amamantado por su madre. Durante el proceso de socialización, aprender a comer sin ayuda es por sí mismo un hecho importantísimo en el desarrollo del niño. El pequeño interioriza lo que es "bueno" para comer, y eso quedará marcado en su subconsciente durante toda su existencia.

La alimentación se convierte en un proceso recíproco que depende de las capacidades y de las características de la madre o el cuidador y del niño [3]; por lo tanto, las habilidades y la conducta alimentaria que se está formando en el niño pueden ser moduladas por la persona encargada de la alimentación del pequeño. Es importante resaltar que la transmisión de buenos hábitos de alimentación puede prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y/o trastornos de alimentación que en la actualidad aquejan a una gran parte de la población. [4]

La conducta alimentaria que un niño va desarrollando durante su etapa de crecimiento y formación es aprendida de los patrones y conductas alimentarias de la familia en la que el niño se desenvuelve, por lo que esta también va a depender de muchos factores tales como las costumbres, la cultura, el número de hijos, el ingreso económico familiar, la disponibilidad de alimentos, la selección de éstos en función de lo que los padres consideran alimentos "ideales" para la nutrición de los niños, el tiempo que se dedica a la alimentación, y principalmente, y motivo de este estudio, la conducta alimentaria y la conceptualización de alimentación y nutrición infantil que la madre tiene disponible para transmitir e inculcar a su hijo. [3], [4].

Por este motivo es importante analizar la relación que existe entre la conducta alimentaria de la madre con la de su hijo, en este caso preescolar con hipotiroidismo congénito, con el propósito de detectar alteraciones que repercutan en el crecimiento y desarrollo del niño.

Con la finalidad de poder describir la conducta alimentaria de los niños con hipotiroidismo congénito, se diseña el Cuestionario de la Conducta Alimentaria, que permite conocer aquellos aspectos de alimentación que son importantes para el desarrollo de unos adecuados hábitos de alimentación. Del mismo modo, permite que las madres expresen datos relevantes en materia de alimentación infantil, que tienen que ver con los gustos y preferencias de ambos, costumbres familiares e incluso con la relación que ambos entablan a la hora de comer.

II. Antecedentes

1. Hipotiroidismo congénito

La glándula tiroides es la fuente de diferentes tipos de hormonas: la tiroxina (T_4), que constituye el 90% de las hormonas secretadas por la glándula; la 3,5,3' triyodotironina (T_3) que conforma el 9% de las hormonas secretadas por la tiroides, y la 3,3',5' triyodotironina (rT_3) que constituye el 1% de las hormonas que ésta glándula secreta. La T_4 , el principal producto de secreción de la glándula, es relativamente inactivo y es convertido a T_3 en los tejidos periféricos. El 85% de T_3 , el compuesto biológicamente activo, es derivado de la conversión periférica de T_4 por la 5' monodeiodinasa.

Las hormonas tiroideas son importantes para la maduración normal humana, interviniendo en la maduración de los huesos y del pulmón en el estado prenatal. Contribuyen al desarrollo normal del cerebro durante el periodo fetal y neonatal, regulan la proliferación y la diferenciación neuronal, la mielinogénesis, el crecimiento neuronal y la formación de sinapsis. (2) Estas hormonas estimulan el consumo de oxígeno, la producción de calor, aumenta la síntesis y degradación de proteínas, así como la lipogénesis y la lipólisis, siendo esta última la más afectada con el hipotiroidismo.

El hipotiroidismo congénito se define como la situación resultante de una disminución congénita de la actividad biológica tisular de las hormonas tiroideas, bien por producción deficiente, ya sea a nivel hipotálamo-hipofisario (hipotiroidismo central), o a nivel tiroideo (hipotiroidismo primario), o bien por resistencia a su acción o alteración de su transporte en los tejidos diana (hipotiroidismo periférico).

El hipotiroidismo congénito tiene una importancia extraordinaria en el niño por su potencial repercusión sobre su desarrollo intelectual, dado que las hormonas tiroideas son imprescindibles para el desarrollo cerebral durante las etapas prenatales y postnatal.

Los recién nacidos con hipotiroidismo congénito puede parecer clínicamente sanos; los signos y síntomas aparecen de forma variable de acuerdo con el tipo y severidad en el primer mes de vida e incluyen: piel moteada y seca, letargo, pobre apetito, macroglosia, fontanela anterior y posterior amplias, hernia umbilical, ictericia, estreñimiento, llanto ronco, letargo y somnolencia, las cuales conforman el índice de Québec, utilizado para clasificar y calificar la severidad de la enfermedad. En los primeros días de vida no existe retardo en el crecimiento, aunque la edad ósea comienza a retrasarse, sobre todo en los casos de atiroxis, si no se da tratamiento el crecimiento lineal puede verse disminuido, además de presentarse hipertrofia pseudomuscular y retraso en el desarrollo dental, además de hipertrofia cardiaca o malformaciones cardíacas. (2)

Tanto en el niño sano como en el niño hipotiroideo la alimentación y la nutrición resulta de suma importancia ya que es un factor determinante para el crecimiento y desarrollo integral.

1.1 Principales problemas de neurodesarrollo

Las hormonas tiroideas son indispensables para el desarrollo cerebral desde las etapas tempranas del desarrollo, ya que intervienen en la neurogénesis, migración neuronal, formación de axones y dendritas, sinaptogénesis, mielinización y regulación de neurotransmisores específicos. La ausencia o insuficiencia de hormonas tiroideas en cualquier periodo de la gestación y durante el primer año de vida, ocasiona la aparición de alteraciones en la conducción y en la transmisión neuronal. (2)

Algunos autores refieren que en niños de cinco años de edad no se han encontrado diferencias en el coeficiente intelectual (CI) ni en el aprovechamiento escolar de aquellos que iniciaron el tratamiento temprano, con respecto a la población general. La mayoría de los autores coinciden que el desarrollo psicomotor en hipotiroideos poco graves o moderados, tiene un estado equivalente al que se encuentra en niños sanos normales hasta la edad de 10-12 años, en estudios controlados por edad, sexo y escolaridad (6); Sin embargo, otros autores que han conducido investigaciones exhaustivas en la evaluación del infante hipotiroideo y han aplicado pruebas computarizadas para valorar la atención en forma sostenida, han logrado detectar problemas subclínicos. El hipotiroideo severo tiene una morbilidad reducida, pero a largo plazo, se informa de la existencia de dificultades en la función cognitiva, habilidades viso-espaciales, habilidades motoras finas, el lenguaje, la atención y la memoria, lo que pone en predisponer a un infante quede con un coeficiente menor de dos desviaciones estándar de la media de referencia. (8)

Los infantes con mayor riesgo de tener una disfunción subclínica o evidente, son aquellos que presentan atiroxis o aquellos que tengan concentraciones de tiroxina (antes de iniciar el tratamiento) menores a 43 nmL/L.24; del mismo modo pueden verse afectados con mayor frecuencia los niños que tengan un mal control endocrinológico durante el primer año de vida. (8)

1.2 Alimentación en el niño con HC

Las hormonas tiroideas, tiroxina (T_4) y triyodotironina (T_3) son necesarias durante todas las fases de la vida para una función normal del sistema nervioso central (SNC). Son especialmente cruciales durante el desarrollo del SNC, pues una insuficiencia de estas hormonas se acompaña de lesiones y defectos neurológicos permanentes e irreversibles.

Ambas hormonas contienen yodo, cuatro átomos por molécula en el caso de la T_4 , tres en el caso de la T_3 . Sin yodo no es posible su síntesis, a pesar de lo cual a lo largo de la evolución no han aparecido otras hormonas capaces de sustituirlas y que no tengan esta total dependencia de un elemento, que suele encontrarse en cantidades muy pequeñas fuera del ambiente acuático marino. En cambio, ha evolucionado una estructura, el folículo tiroideo, capaz de minimizar las consecuencias de un aporte asaz variable del yodo, obtenido en su mayor parte a través de los alimentos y el agua.

Es la única estructura endocrina capaz de almacenar estas hormonas en forma de prohormona (la tiroglobulina), con tal eficacia que un adulto que ha tenido una nutrición adecuada de yodo, puede hacer frente a las necesidades hormonales de su organismo durante varios meses después de iniciarse un período de carencia total del mismo en su alimentación. A su vez, la glándula tiroidea es capaz de evitar las posibles consecuencias nocivas de la producción de un exceso de hormonas tiroideas, que podrían producirse al llegarle cantidades muy altas de yodo. Si embargo, surgen problemas importantes cuando la deficiencia de yodo en la alimentación se hace crónica, o cuando la exposición a un exceso de yodo es muy prolongada, sobre todo cuando esto ocurre durante un período del desarrollo en que la glándula aún no está plenamente preparada para ello. De no resolverse estos problemas, o de resolverse a destiempo, pueden producirse déficits más o menos graves e irreversibles del SNC.

Los efectos de las hormonas tiroideas sobre la síntesis de proteínas no están limitados al cerebro, y la administración de dichas hormonas o su deficiencia influye sobre muchos tejidos.

Acción calorígena. Una reacción característica de los organismos homeotérmicos a la hormona tiroidea consta del incremento del consumo de oxígeno.(2) Casi todos los tejidos periféricos contribuyen a esta respuesta; la hormona tiroidea estimula de modo notorio al corazón, músculo esquelético, hígado y riñones. En realidad, entre el 30 al 40% del incremento de consumo de oxígeno depende de la hormona tiroidea y puede atribuirse a estimulación de la contractibilidad cardíaca. Varios órganos, entre ellos el cerebro, las gónadas y el bazo no muestran respuesta a los efectos calorígenos de la hormona tiroidea.

La lipogénesis dependiente de la hormona tiroidea puede constituir un sumidero de energía importante desde el punto de vista cuantitativo. En estudios con ratas se ha demostrado que alrededor del 4% del incremento del gasto calórico se debe a la lipogénesis. (17)

Un enlace entre lipogénesis y termogénesis es la estimulación de la lipólisis por la triiodotironina. Además la hormona tiroidea induce la expresión de varias enzimas lipógenas, entre ellas, la enzima málica y el ácido graso sintetasa. Aunque no queda claro, pareciera haber una respuesta específica que la hormona tiroidea para regular el valor establecido de gasto de energía y conservar la "maquinaria" metabólica necesaria para sostenerlo.

Así mismo, las hormonas tiroideas estimulan el metabolismo del colesterol hacia los ácidos biliares, y la hipercolesterolemia es un dato característico de estados hipotiroideos. (2) Se ha demostrado que las hormonas tiroideas incrementan la unión específica de lipoproteínas de baja densidad (LDL) por las células hepáticas y que cuando hay hipotiroidismo, ocurre una disminución de la concentración de receptores hepáticos para LDL, lo cuál es un determinante de la concentración plasmática de colesterol.

Por otro lado, el hipotiroidismo genera decremento de la absorción de glucosa a partir del intestino y disminución de la producción de insulina. También torna lenta la captación periférica de glucosa, aunque no se trastorna la utilización de glucosa en el cerebro (2).

2. Conducta alimentaria

La alimentación es el conjunto de productos consumidos por un individuo con objeto de procurarse satisfacciones sensoriales y cubrir los requerimientos de su organismo y el aporte necesario de nutrimentos.

Entendamos por alimentación el acto social y voluntario que ejercemos los seres humanos para saciar las necesidades nutrimentales del cuerpo; además de aquellas que tienen que ver con gustos, preferencias de sabores, y el acto social como tal.

Podemos definir nutrición como el acto no voluntario que es la suma de procesos que incluye la ingestión, digestión, absorción, transporte, utilización y excreción de sustancias alimenticias. Función que tiene por objeto el asegurar al organismo un desarrollo óptimo, no obligatoriamente máximo, así como la integridad de todos los mecanismos físicos, psicológicos.

Dicho lo anterior tenemos que la alimentación y la nutrición van de la mano y que forman una díada inseparable que depende una de la otra y que a su vez se ven reflejadas en el crecimiento, la ganancia de peso y en la salud en general de un niño.

Para un niño hipotiroideo la alimentación constituye un factor importante coadyuvante en el tratamiento

La comida no es solo nutrición; comer es un acto reiterativo y estereotipado para cualquier ser humano. Al repetir el acto de comer tantas veces, inevitablemente se asocia a circunstancias emocionalmente significativas desde el momento mismo del nacimiento y el bebé es amamantado por su madre. El anhelo del bebé de obtener alimento, satisfacer su hambre y de tal manera lograr placer coincide, afortunadamente, con el deseo de la madre de salvaguardar la supervivencia y el desarrollo del niño.

Los niños desde muy temprano están capacitados para establecer 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.

Durante el proceso de socialización, aprender a comer sin ayuda es por sí mismo un hecho importantísimo en el desarrollo del niño. El pequeño interioriza lo que es "bueno" para comer, y eso quedará marcado en su subconsciente durante toda su existencia.

La alimentación se convierte en un proceso recíproco que depende de las capacidades y de las características de la madre o el cuidador y del niño. [3]

Es por lo anterior que las habilidades y la conducta alimentaria que se está formando en el niño, y que quedarán establecidas hacia los 5 primeros años de vida, depende casi totalmente de la persona encargada de la alimentación del pequeño, teniendo en cuenta que las bases sólidas y los buenos hábitos podrán evitar que el niño

desarrolle en un futuro enfermedades crónicas no transmisibles y/o trastornos de alimentación que en la actualidad aquejan a una gran parte de la población. [6]

La madre tiene aquí, un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, teniendo en cuenta que lo que la madre sabe en cuanto a estos temas ella lo ha aprendido de sus antecesores lo que lo convierte en una sucesión de conocimientos que son heredados a través del tiempo y las generaciones y también dependientes de las costumbres de las diferentes culturas. Tenemos entonces, que la conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. [4]

Y no podemos limitar la definición a los aspectos antes mencionados ya que hay muchos otros que tienen que ver con el correcto desarrollo de una adecuada conducta alimentaria que se vuelve fundamental para la vida de todo ser humano.

La conducta alimentaria que un niño desarrolla en los primeros años de vida es aprendida de los patrones y conductas alimentarias de la familia en la que se encuentra inmerso. Las costumbres, la cultura, el número de hijos, el ingreso económico familiar, la disponibilidad de alimentos, la selección de éstos en función de lo que los padres consideran alimentos "ideales" para la nutrición de los niños, el tiempo que se dedica a la alimentación, la conducta alimentaria y la conceptualización de alimentación y nutrición que la madre tiene y transmitirá e inculcará a sus hijos son esos otros factores sumamente importantes para el establecimiento de la conducta alimentaria.[4]

La definición de conducta alimentaria en un contexto más amplio involucra las interacciones del niño con su madre (cuidador) y el medio. Barnard y Eyres han propuesto un modelo ecológico en el que el medio ambiente, los padres y los niños están en interacción recíproca y que la alteración de una de las partes afecta inevitablemente a las otras, explicando así la adquisición de trastornos en el desarrollo.[5]

La conducta alimentaria del ser humano empieza desde una alimentación láctea (seno materno) hasta la transición al esquema de alimentación propio del hogar; el cuál es un reflejo de la amplitud de alimentos de consumo humano y de sus modos de preparación. De una alimentación láctea semejante entre todas las culturas se pasa a una variedad de dietas determinadas de acuerdo a la cultura a la que pertenece el grupo familiar.

Desde la alimentación al seno materno es importante empezar a establecer horarios adecuados de alimentación para que el niño comience a formar hábitos que pronto formarán parte de la propia conducta alimentaria y que permitirán la integración a la dieta familiar. Este manejo considerado de las comidas diarias del niño, con un grado razonable de determinación y selección, resultará útil para resguardar el apetito del niño y establecer patrones alimentarios que formarán parte del constante desarrollo de la conducta alimentaria.

Esto último puede ser el origen de alteraciones de la conducta alimentaria y estos pueden ser secundarios a un manejo inadecuado por parte de la madre y que se remontan desde la época de lactancia, y de alguna manera más frecuentemente durante estas etapas psicológicas del niño de separación o individualización, desde los 6 meses a los 3 años de edad.

La relación con la madre, puede entonces, actuar en forma adversa sobre la alimentación no sólo a través de su aspecto negativo, sino a través de la intensidad misma del vínculo positivo.

Podemos identificar puntos críticos dentro de la alimentación infantil que pueden evidenciar alteraciones del desarrollo de la conducta alimentaria [5]

Puntos críticos de la alimentación infantil que pueden evidenciar alteraciones del desarrollo de la conducta alimentaria

- Establecimiento de la lactancia materna
- Cambio de alimentación al seno materno exclusivo a fórmula láctea o mixta
- Introducción de la primera alimentación sólida
- Autoalimentación con la mano-cuchara
- Cambio de consistencia de la papilla
- Incorporación a la comida del hogar y a la mesa
- Percepción materna de normalidad de la alimentación infantil

Es necesario plantear el uso del biberón como "consolador" de la ansiedad del bebé, en el sentido de que muchas veces este instrumento es utilizado cada vez que el niño llora o para que pueda conciliar el sueño; marcando con esto una posible alteración y que más adelante el niño solo pueda calmar su ansiedad comiendo.

Las preferencias de los niños por el sabor cuentan sólo un 9-13% de la variabilidad de patrones de consumo [18], sugiriendo que hay otros factores involucrados como los gustos y disgustos de otras personas en su ambiente social, como sus padres, parientes, etc., por lo que es importante que el niño tome sus alimentos en un ambiente tranquilo que le permita disfrutar la comida para que no se vuelva para él una situación de estrés que provoque rechazos alimentarios.

El establecimiento de hábitos alimentarios adecuados se ve suficientemente garantizado ni por el conocimiento del funcionamiento del aparato digestivo del infante, ni por la información correcta sobre sus exigencias nutritivas. Para tener éxito, el régimen alimentario debe tomar en cuenta la cooperación voluntaria del infante para cuyo beneficio se establece. Cuando la persona que es responsable de la alimentación del niño no sabe ganarse la cooperación del niño, conspira contra su propio objeto y en vez de beneficiar la actitud del infante ante el alimento, puede dañarla, en esta fase temprana de la vida, la actitud ante el alimento tiene una importancia suprema en relación con el proceso del desarrollo físico y psicológico.

Davis (1928, 1930), pediatra de Chicago, llevó a cabo un experimento ampliamente conocido que consistió en permitirle a quince infantes en edad de destete que eligiesen lo que ellos quisieran comer entre una amplia variedad de productos

naturales simples. Los resultados fueron excelentes desde el punto de vista de nutrición. Los niños igualaron o sobrepasaron las normas de crecimiento y resultaron excepcionalmente libres de trastornos digestivos. Repitió la experiencia con niñas cuyas edades iban desde la preescolar hasta la adolescencia y que se hallaban en el área de ortopedia de un hospital.

De este modo, Davis, demostró con éxito de esta manera que aun cuando no pueda confiarse por entero en que un niño sabrá seleccionar su alimento en circunstancias corrientes, incluso después de haber tenido ya la ocasión de formarse gustos y desagrados muy definidos), los infantes y los niños tiene una capacidad de autorregulación. (19)

2.2. Evaluación de la conducta alimentaria

El estudio de los patrones de alimentación y los contextos en los que ocurren, se hace, la mayoría de las veces mediante registros indirectos (cuestionarios de frecuencia de consumo, encuestas y diarios de consumo de las últimas 24 horas, inventario de hábitos alimentarios, entre otros). Los registros de la conducta del niño en los contextos de comida se encuentran principalmente orientados al análisis de los procesos de aprendizaje en la alimentación, como el modelamiento de los adultos (20). El interés por estudiar estos procesos de alimentación provoca que los estudios se concentren en niños sanos y con buenas condiciones nutricias, dejando de lado a aquellos niños que presentan algún tipo de patología e incluso marginando a los problemas de alimentación propios de la edad y que son, sin duda, los que presentan las alteraciones nutricionales más importantes.

Frecuencia de consumo.

Consiste en preguntar al paciente la periodicidad con que consume diferentes alimentos de una lista predeterminada. Tiene como objetivo conocer el consumo de diferentes grupos de alimentos en el pasado lejano, lo cuál permite conocer los hábitos alimentarios del paciente.

Es de aplicación más sencilla y rápida que el registro de siete días o que el método de recordatorio de 24 horas. Los datos son fáciles de recolectar y de procesar y en teoría representan la ingesta a lo largo de un periodo extenso, que usualmente es el marco temporal de interés para las enfermedades crónicas.

Dicho cuestionario consta de dos partes esenciales: 1) una lista de alimentos con porciones más frecuentemente utilizadas y 2) un conjunto de opciones de respuesta en relación con la frecuencia con la que cada alimento fue consumido durante un periodo determinado de tiempo.

El número de la lista puede variar. El rango en la literatura va desde 15 hasta 278 (Instituto Nacional de Salud Pública). La composición del listado depende de: a) si se están evaluando hábitos alimentarios generales, o b) si solamente determinados alimentos o nutrimentos son de interés en relación a la hipótesis específica.

También existe flexibilidad en cuanto al número de opciones de respuesta en relación a la frecuencia. La información obtenida por una encuesta de frecuencia de consumo se puede utilizar de diversas maneras. La frecuencia reportada o el número de veces que un alimento o un grupo de alimentos es consumido en un tiempo específico puede usarse para calcular un puntaje nutricional que representará la cantidad de un nutrimento consumido en una unidad de tiempo seleccionada, tal como un día o una semana.

Al ser aplicable a los estudios dietéticos en gran escala, el método de frecuencia de consumo ofrece un instrumento breve y relativamente barato, que puede utilizarse para definir la ingesta actual y pasada de individuos o grupos. También permite ordenar a los individuos de acuerdo a sus niveles relativos de ingesta de nutrimentos.

Es necesario diseñar cuidadosamente una encuesta de frecuencia de acuerdo a los hábitos dietéticos regionales y a su disponibilidad de alimentos.

Recordatorio de 24 horas

Este instrumento cuantitativo presenta una excelente alternativa para evaluar el consumo actual del paciente. Consiste en registrar todos los alimentos y bebidas que el paciente consumió durante las 24 horas previas a la entrevista. Si es aplicado en dos o más ocasiones, puede utilizarse para evaluar el consumo habitual del paciente.

Es un método barato que lleva alrededor de 20 minutos y es muy fácil de entender. Se puede aplicar a la gran mayoría de la población y si es realizado adecuadamente arroja una información muy valiosa para la evaluación de la dieta del sujeto.

El recordatorio de 24 horas pretende enlistar los alimentos consumidos durante un día completo, de preferencia el día anterior a la entrevista. Se pregunta hora del día, alimento y como fue la preparación, así como las cantidades utilizadas para el mismo.

Este instrumento se enfrenta a algunas desventajas, ya que depende exactamente de la información que el paciente brinda, siendo que las cantidades no serán exactas y puede sub o sobreestimar la ingesta de ciertos alimentos.

2.2 Adquisición de habilidades de alimentación durante la infancia

Las destrezas que el niño ha adquirido hacia los 3 años de edad, le permiten desempeñar un papel mucho más activo en su relación con el ambiente: se desplaza libremente, siente gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo, es autosuficiente y busca ser independiente. La etapa preescolar se inicia alrededor de los 2 años, con el surgimiento de la marcha y el lenguaje y se prolonga hasta los 5 o 6 años. Las tareas principales en esta etapa son: [11]

- Dominio de habilidades neuromusculares.
- Inicio de la socialización
- Logro de la autonomía temprana

- Inicio de la tipificación sexual
- Desarrollo del sentimiento de iniciativa.
- Desarrollo de la conducta alimentaria (establecimiento de gustos y preferencias).

Desarrollo motor

El desarrollo motor mejora considerablemente en esta etapa. El desarrollo físico aumenta rápidamente durante los años preescolares sin diferencias importantes en el crecimiento de niños y niñas. Los sistemas muscular y nervioso y la estructura ósea están en proceso de maduración, crecimiento, desarrollo y especialización y están presentes todos los dientes de leche. Los niños muestran progreso en la coordinación de los músculos grandes y pequeños y en la coordinación visomotora. Podemos observar algunas características de este desarrollo en las siguientes conductas propias del niño de 2 a 4 años: [11]

- Camina, corre, salta en dos pies, camina en punta de pies, sube y baja escaleras,
- Comienza a abrochar y desabrochar botones,
- Copia figuras geométricas simples,
- Comienza a comer solo, maneja la cuchara y se la lleva a la boca aunque en ocasiones derrama, y suele tomar la comida con las manos ya sea para comerla o para atraparla con el cubierto.

Desarrollo cognitivo

La creciente facilidad que el preescolar adquiere para manejar el lenguaje y las ideas le permite formar su propia visión del mundo, a menudo sorprendiendo a los que lo rodean. Desarrolla su capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones, y comienza a manejar conceptos como edad, tiempo, espacio. Sin embargo, aún no logra separar completamente lo real de lo irreal, y su lenguaje es básicamente egocéntrico. Todavía le cuesta aceptar el punto de vista de otra persona. Piaget, plantea que esta es la etapa del pensamiento preoperacional, es decir, la etapa en la cual se empiezan a utilizar los símbolos y el pensamiento se hace más flexible. La función simbólica se manifiesta a través del lenguaje, la imitación diferida y el juego simbólico.

En esta etapa, los niños comienzan a entender identidades, funciones y algunos aspectos de clases y relaciones, pero todo se ve limitado por el egocentrismo. Las principales características del desarrollo cognitivo en esta etapa pueden reunirse en:

1. Desarrollo de la función simbólica, es decir de la capacidad para representarse mentalmente imágenes visuales, auditivas o cinestésicas que tienen alguna semejanza con el objeto representativo.

2. **Comprensión de identidades:** comprensión de que ciertas cosas siguen siendo iguales aunque cambien de forma, tamaño o apariencia. El desarrollo y convencimiento de esto no es definitivo pero es progresivo.
3. **Comprensión de funciones.** El niño comienza a establecer relaciones básicas entre dos hechos de manera general y vaga, no con absoluta precisión. Esto apunta a que su mundo ya es más predecible y ordenado, pero aún existen características que hacen que el pensamiento preoperacional esté desprovisto de lógica.
 - a. **Centración:** el niño se centra en un aspecto de la situación, sin prestar atención a la importancia de otros aspectos.
 - b. **Irreversibilidad:** si le preguntamos a un preescolar si tiene una hermana, puede decir "sí". Si le preguntamos si su hermana tiene un hermano dirá "no".
 - c. **Acción más que abstracción:** el niño aprende y piensa mediante un despliegue de "secuencias de la realidad en su mente".
 - d. **Razonamiento "transductivo":** ni deductivo, ni inductivo. Pasa de un específico a otro no específico, sin tener en cuenta lo general. Puede atribuir una relación de causa-efecto a dos sucesos no relacionados entre sí.
 - e. **Egocentrismo:** un niño a esta edad se molesta con una mosca negra y grande que zumba y le dice "mosca, ándate a tu casa con tu mamá". Piensa que otras criaturas tienen vida y sentimientos como él y que puede obligarlos a hacer lo que él quiere. Entre los 3 y los 6 años, el preescolar comienza a dominar varios conceptos:
 1. **Tiempo:** maneja cualquier día pasado como "ayer" y cualquier día futuro como "mañana".
 2. **Espacio:** comienza a comprender la diferencia entre "cerca" y "lejos", entre "pequeño" y "grande".
 3. **Comienza a relacionar objetos por serie, a clasificar objetos en categorías lógicas.**

El niño demuestra que puede percibir características específicas como olor, forma y tamaño y comprende el concepto general de la categorización. La capacidad verbal juega aquí un rol muy importante para que el niño pueda calificar lo que percibe. Los preescolares recuerdan, procesan información. En general se dice que su capacidad de reconocimiento es buena y su recuerdo es pobre pero ambos mejoran entre los 2 y los 5 años.

Este desarrollo cognitivo, acompañado de lenguaje puede permitir al niño ir dando forma a los gustos y preferencias ya que mediante el lenguaje puede expresar que es lo que sí desea comer y lo que no le gusta, de hecho puede darse a entender cuando tiene hambre o cuando no comerá por mucho que se le pida por parte del cuidador.

Desarrollo emocional-social

En el primer período de esta etapa, se va consolidando el sentido de autonomía. La capacidad para expresar sus necesidades y pensamientos a través del lenguaje les ayuda a ser más "independientes". Comienzan a diferenciarse más claramente del mundo. El conflicto básico a esta edad es, según Erickson, el de la iniciativa, que les permite emprender, planear y llevar a cabo sus actividades, versus la culpa por las cosas que quieren hacer. Esta culpa se debe en parte a la rigidez del super yo. Los niños tienen que aprender a equilibrar el sentido de responsabilidad y la capacidad de gozar la vida. Los niños comienzan a jugar con pares a esta edad, pero si consideramos que su pensamiento es muy egocéntrico, y que tienen dificultad para distinguir entre una acción física y la intención psicológica que hay detrás de esa acción, podemos observar que estos juegos se producen junto a otros, no con otros. Si bien, a finales de la etapa comienzan a establecer relaciones de amistad verdadera, las relaciones fundamentales son con sus padres. [12]

Los niños integran valores y actitudes de la cultura a la que pertenecen y van viviendo un proceso de identificación con otras personas; es un aprendizaje emocional y profundo que va más allá de la observación y la imitación de un modelo, generalmente con el padre del mismo sexo. Se produce así en estos años, un proceso de tipificación sexual en el cual los niños van captando mensajes de la sociedad acerca de cómo se deben diferenciar niños y niñas. Los niños son recompensados por comportamientos de estereotipos del género (masculino o femenino) al que pertenecen, que los padres creen apropiados, y son castigados por comportamientos inapropiados. Al mismo tiempo que el niño va aprendiendo a través de la obediencia y el castigo, aprende a evaluar de acuerdo a las consecuencias y va formando sus primeros criterios morales.

El preescolar se mueve entre distintas fuerzas, se identifica, imita, aprende de modelos y por otra parte busca diferenciarse, independizarse, desarrollar su autonomía. Surge el negativismo y el oposicionismo en ésta, la edad de la obstinación. Los niños son aún lábiles emocionalmente y su imaginación tiende a desbocarse. Desarrollan fácilmente temores a: la oscuridad, los espíritus, los monstruos, los animales. Es posible que a esta edad los niños hayan experimentado alguna situación de miedo como perderse, ser golpeados o recibir una herida, o bien han escuchado contar experiencias de miedo a otras personas. Muchas veces como método para poner límites, los padres amenazan con algún efecto negativo a sus hijos y esto crea inseguridad al igual que cuando los padres sobreprotegen a sus hijos ya que les dan la sensación de que el mundo es un lugar peligroso. A medida que los niños crecen y pierden la sensación de ser indefensos, muchos de sus temores desaparecen.

En esta etapa el niño debe ir adquiriendo una progresiva independencia en su alimentación, proceso que a veces la madre no está muy dispuesta a aceptar, generando con ello tensiones con el niño y rechazo alimentario. [12] En este caso queda claro que la relación entre la madre y el hijo es de suma importancia y la manera en la que ésta se lleva a cabo influye de manera contundente en el desarrollo de la conducta alimentaria, así como también en muchos otros aspectos de la vida.

Adquisición de habilidades de alimentación

Es necesario entender que la alimentación requiere de un número de órganos que deben funcionar coordinadamente, incluyendo partes del sistema nervioso central y periférico; nos referimos a los centros de hambre, sed y saciedad (regulados por centros límbicos y por el hipotálamo), así como pares craneales y núcleos relacionados con la percepción e interpretación de olores y sabores.

En cuanto a las estructuras físicas tenemos involucrados a los labios, la lengua, la mucosa bucal, los músculos de la masticación, los dientes, las glándulas salivales y los músculos asociados con la deglución (orofaringe, laringe, paladar blando, glotis, etc) (19)

Por otro lado, algunos de los reflejos con los que el bebé nace le permiten alimentarse, van integrándose a otros comportamientos de mayor complejidad con la edad, por lo tanto el niño debe desarrollar nuevas habilidades sensorio – motrices que le permitan alimentarse; entre estas podemos identificar a aquellas que le van a permitir consumir alimentos cada vez más sólidos, alimentarse por si solo, tomar los instrumentos como la cuchara, la taza o su propio biberón, así como también empezará a calcular la porción de comida que puede llevarse a la boca. [13]. Del mismo modo, la masticación rotatoria sólo aparece después de la masticación vertical, y ésta después de la masticación primitiva y de la succión. (15)

Maldonado y Saucedo (1998) plantean 3 fases denominadas “Las fases de la alimentación” que tiene que ver con el funcionamiento de ciertos mecanismos involucrados con la alimentación del niño.

1ª fase Toma de la comida: Incluyendo desde el pecho materno hasta la alimentación sólida, el niño tiene que poner en práctica mecanismos tanto físicos como neurológicos que lo preparan para recibir el alimento. El niño debe entender que hay alimento disponible y se le está ofreciendo, hacer movimientos de preparación como abrir la boca y poner los labios en cierta posición para recibir alimento, cerrar los labios de forma que pueda recoger el alimento de la cuchara, mantenerla dentro de la boca y evitar que salga.

2ª fase Preparación del bolo alimenticio: el proceso que permite que el alimento, dentro de la cavidad bucal sea deglutido. Con la participación de los pares craneales V y VII y la participación de la coordinación de los músculos de la masticación procesan los alimentos sólidos a semi-sólidos.

3ª fase Faríngea o de deglución: Con la participación de la lengua se desencadena el reflejo de deglución, proceso involuntario que requiere de la participación de los pares craneales X y XII, así como la participación de los músculos supra e infrahioides. Al mismo tiempo se requiere una coordinación adecuada de los mecanismos de deglución – respiración.

La alimentación es una habilidad sensoriomotriz altamente compleja que madura con el paso del tiempo. Cuando esta habilidad se desarrolla normalmente resulta placentera y agradable de lo contrario desencadena una serie de problemas que afectan el desarrollo general del niño; esto lo podemos ver reflejado en el retraso del crecimiento, desnutrición, etc., lo que va a ocasionar angustia por parte de la madre o la persona encargada de la alimentación. [15]

3. Influencia materna en la formación de la conducta alimentaria del niño

Al nacer es indispensable que se produzca un vínculo recíproco entre la madre y el hijo y entre el hijo y la madre. Ésta fuerza, que mueve tanto al hijo como a la madre a formar el vínculo, es una conducta instintiva (paleocórtex).¹ El hecho de que no se lleve a cabo este apego o que lo haga de forma inadecuada, traerá consigo un sin fin de problemas que repercutirán en el niño, ya que éste apego se relaciona con los lazos afectivos que se formarán entre la madre y el niño e influyen directamente sobre el desarrollo emocional, social, biológico, psicológico, etc.

Napoleón señala "la conducta futura de un niño, sea buena o sea mala, depende por completo de la madre". [12] Alguna literatura señala que la influencia de la madre ya no es la única que tiene una intervención directa en el infante, pero si es de suma y central importancia en el desarrollo.

Los niños desde edad temprana están capacitados para establecer 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.

La relación con la madre, puede actuar en forma adversa sobre la alimentación no sólo a través de su aspecto negativo, sino a través de la intensidad misma del vínculo positivo. Con lo anterior nos referimos a que durante la construcción del vínculo madre-hijo pueden darse ciertas alteraciones que en arrojarán como resultado dificultades para alimentar al niño y esto se puede dar desde el primer año de vida. Estos problemas pueden ser, clasificados como:

- Poca información y/o falta de experiencia, los cuales se traducirán en dificultad para detectar la regulación de la alimentación del niño y en una inadecuada interacción madre-hijo durante los tiempos de comida.
- Aislamiento social que puede estar dado por: depresión u otro trastorno mental por parte de la madre, dando lugar a la falta de cuidados para el niño. En este aspecto encontramos a las madres con alteraciones de la conducta alimentaria que tienen ideas distorsionadas sobre la alimentación, la gordura y la salud.
- Madres con malos hábitos de alimentación.

Lo anterior propiciará una lucha de voluntades, conflictos de autonomía, necesidad de controlar al niño en todo aspecto, impedir la exploración y los juegos durante la comida. Generalmente las madres tienen un modelo interno de la alimentación, en el que la diversión o los juegos están prohibidos y se limitan ya sea por limpieza o por el tiempo que esto conllevaría. En ocasiones la madre suele no prestar atención a las señales del niño relacionadas con sus preferencias poniendo por delante las preferencias mismas del adulto. La madre adopta la posición de controlar el momento de comida del niño decidiendo si debe explorar la comida o no, y determinar si comerá y qué comerá. (23)

¹ BRAND G., Lilian Brand. Humanizando la relación madre- hijo. Construyendo una sociedad basada en el amor. p.6

3.1 Influencia del programa de cuidado integral del niño

El programa de cuidado integral del niño es complementario del tratamiento hormonal sustitutivo. El programa está centrado en el cuidado del niño, orientando el aprendizaje de la madre respecto a su papel en la organización, modificación y fomento de las capacidades de su hijo mediante acciones específicas de protección y cuidado en general que requiere el niño.

En el Programa de cuidado integral se considera que el desarrollo infantil es un proceso íntimamente relacionado con la salud y la educación; ambos ligados a la organización familiar en la cuál pueden percibirse como procesos de cuidado y protección. (10)

Como se ha mencionado anteriormente el niño con hipotiroidismo congénito muestra signos fácilmente observables y que causan gran preocupación en la madre; nos referimos a la falta de apetito, las alteraciones durante la alimentación, el estreñimiento, la piel reseca entre otros. El programa de cuidado integral se encarga de emplear y transmitir estrategias específicas de manejo para organizar y disminuir estos problemas además de promover un proceso de relación recíproca entre madre y su hijo.

Por otro lado debemos tomar en cuenta que las características de la madre en esta relación pueden predisponer una condición de riesgo de alteraciones para el niño, si no se fomenta este proceso de relación recíproca madre-hijo. El programa de cuidado integral también vigila estrechamente la interacción didáctica durante el proceso de construcción.

La relación madre-hijo durante la alimentación del niño puede volverse monótona y se llega a mecanizar alimentando al niño en un lugar separado del resto de la familia, en horario diferente y en ocasiones sin dirigir palabras y/o miradas. Esto no causa trastornos en algunos niños pero sí en otros, que entonces no tendrán interés en alimentarse. El tiempo de comida resulta ser un momento "muerto" en que el niño se encuentra solo y no hay personas a su alrededor que lo animen a comer o lo inviten a probar nuevas comidas, que modelen la forma de comer y como disfrutar de el momento y de la compañía. Esto es común en familias con un alto nivel de estrés, donde sus miembros están muy ocupados y la alimentación en vez de ser una situación de encuentro se vuelve una actividad mecánica que hay que realizar de cualquier manera.

La madre del niño hipotiroideo con problemas durante la alimentación, si el niño que presenta poco apetito e incluso presenta bajo peso para la edad puede pensar en su propia incapacidad o falta de habilidad para cuidar a su hijo, lo que daña el vínculo madre-hijo y lo envuelve en una situación de tensión y estrés para ambos en donde mamá cuenta cada cucharada y presiona intensamente al niño a comer un bocado más, sintiendo temor si éste lo rechaza. A menudo el padre con este patrón está también ansioso respecto de otros aspectos de la vida del niño y puede temer que muera, que lo va a perder, que se va a enfermar. (15)

III. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tanto la glándula tiroides como las hormonas tiroideas que ésta secreta son de suma importancia nutricional. Estas hormonas están relacionadas con el metabolismo de las proteínas, tienen que ver con la lipogénesis y la lipólisis, estimulan el consumo de oxígeno y la producción de calor. Estos últimos también relacionados con el proceso digestivo (efecto termogénico de los alimentos) y la termogénesis.

La formación de la conducta alimentaria depende, en general de dos aspectos importantes. Los factores intrínsecos, que son aquellos que dependen propiamente de la bioquímica del cuerpo humano. Por otro lado tenemos a aquellos factores extrínsecos que son los que vienen del medio y que dependen, en su mayoría, de la madre o del cuidador principal.

En el caso de los niños hipotiroideos, además de los factores ya mencionados como intrínsecos, debemos tomar en cuenta que se encuentran sujetos a un tratamiento hormonal sustitutivo y que la bioquímica de su cuerpo depende en gran medida de la adherencia al tratamiento y el ajuste de las dosis. Si el hipotiroideo no tiene buena adherencia al tratamiento y/o la dosis hormonal se encuentra mal ajustada, los niños se comportarán como hiper o hipotiroideos, lo que acarrea problemas alimentarios como la anorexia infantil, hiperfagia, disfagia, además problemas ya conocidos como el retraso en el crecimiento, puede haber pérdida de peso o lenta ganancia del mismo y retraso en la edad ósea.

Los hábitos de alimentación y la conducta alimentaria que el niño adquiere en sus primeros años de vida tienen gran influencia sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles; sin embargo, estos hábitos dependen en gran medida de los hábitos transmitidos por la madre, la cual tiene un rol fundamental en la educación y pautas alimentarias del hijo. Considerando que lo que la madre sabe acerca de alimentación y nutrición infantil lo ha aprendido de sus antecesores, esto se convierte en una sucesión de conocimientos que son heredados a través de las generaciones; dependiendo de las costumbres de las diferentes culturas.

La conducta alimentaria de una persona esta también influida por factores sociales como, el ingreso económico de la familia, la disponibilidad de los alimentos, la participación y dedicación de la madre para alimentar a sus hijos, además de la selección de los alimentos que los padres creen son los "ideales" para fomentar la salud de los niños, el número de hijos y el lugar que ocupa el niño entre los hermanos.

Adicionalmente la manera de alimentarse de cualquier persona resulta de las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos y preparaciones, siendo fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida, aun cuando cada persona tiene cierta programación para hacer la selección de sus alimentos.

En este contexto, los niños con hipotiroidismo congénito tienen la influencia de la programación, el medio socio-cultural y las prácticas de cuidado del niño, el cual

podría influir sobre las decisiones que toma la madre acerca de la alimentación y nutrición infantil, surgiendo la siguiente pregunta de investigación:

¿La conducta alimentaria del niño con hipotiroidismo congénito de 3 a 6 años es el resultado de la influencia de la selección y preparación de alimentos que hace la madre y la forma de establecer sus interacciones durante la alimentación?

IV. Objetivos

General.

- Describir la conducta alimentaria de niños de 3 a 6 años con hipotiroidismo congénito en función de los gustos, preferencias y actitudes frente a la alimentación.

Específicos

- Describir los criterios de selección y preparación de alimentos que usa la madre para la alimentación del niño.
- Identificar y describir los factores alimentarios de la madre que repercuten directamente sobre los gustos y preferencias del niño como indicadores de su conducta alimentaria.
- Describir la interacción madre-hijo durante una sesión de alimentación como modulador de las actitudes frente a la alimentación del niño.

V. METODOLOGÍA

1. Definición de la población objetivo

Niños con hipotiroidismo congénito detectado por tamiz neonatal bajo tratamiento hormonal sustitutivo y sin antecedentes de daño perinatal.

2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de Inclusión:

1. Niños con hipotiroidismo congénito de 3 a 6 años cumplidos, que acudan al Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.
2. Residentes del área metropolitana
3. Cuyos padres acepten participar en el estudio.
4. Que cumplan al menos con una evaluación nutricional, una entrevista y una grabación de sesión de alimentación
5. Que no presenten enfermedades agudas en el momento de la evaluación.

Criterios de Exclusión:

1. Niños con hipotiroidismo congénito con encefalopatías perinatales y malformaciones congénitas.

Criterios de eliminación:

1. Niños cuyos padres retiren el consentimiento.
2. Niños que no completen la evaluación (nutricional, entrevista, sesión alimentación)

3. Definición de la muestra

1. *Tamaño de la muestra:* La muestra incluyó 25 niños con diagnóstico confirmado de Hipotiroidismo Congénito que asistieron al Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo pertenecientes a la cohorte 2003-2004.
2. *Tipo de muestreo:* No probabilístico, por cuota.

4. Tipo de estudio

- Descriptivo

5. Tipo de diseño

- Longitudinal, prospectivo.

6. Variables:

De la madre: Independiente	Clasificación:
1. Edad	Categórica, cuantitativa, continua
2. Ocupación	Categórica, cualitativa, nominal
3. Conducta alimentaria: - Hábitos alimenticios - Selección y preparación de alimentos	Categórica, cuantitativa, discontinua
Del niño: Dependiente	Clasificación
1. Edad	Categórica, cuantitativa, continua
2. Conducta alimentaria	Categórica, cualitativa, nominal
3. Estado de nutrición	Categórica, cualitativa, ordinal

7. Definición operativa de las variables

- **Edad de la madre:** medida en años.
 - **Ocupación:** Con empleo, ama de casa, otro.
 - **Conducta alimentaria de la madre:** comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos, medida a través de frecuencia de consumo, recordatorio de 24 hrs. y cuestionario
 - **Hábitos alimenticios:** en función de la variedad y cantidad de alimentos consumidos, medidos a través de frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas.
 - **Selección y preparación de alimentos:** Alimentos que las madres escogen para alimentar a sus hijos y las variantes culinarias que existen para la preparación de los mismos medido a través de un cuestionario.
-
- **Edad del niño:** medido en años, meses y días.
 - **Conducta alimentaria del niño:** Comportamiento y actitud del niño frente a los alimentos, la hora de comer, la manera de hacerlo, medido a través del cuestionario "Conducta alimentaria"
 - **Gustos y preferencias:** Alimentos por los que el niño tiene predilección o rechazos; así como también a los horarios, utensilios, compañías, etc, medible a través del cuestionario "Conducta alimentaria" y la guía de observación
 - **Frecuencia de consumo.** Uno de los métodos más comúnmente utilizados debido a que permite obtener información del modelo de consumo habitual a largo plazo.

8. Recursos: materiales, humanos y de infraestructura

Para el presente estudio fueron necesarios los siguientes recursos materiales:

- Formato del cuestionario de Conducta Alimentaria (Anexo 1)
- Tablas de la CDC/NCHS (Anexo 2)
- Báscula de pedestal con estadímetro.
- Modelos de alimentos.
- 1 mesa pequeña
- 2 sillas
- Computadora

9. Procedimientos.

El primer contacto se realizó con las madres vía telefónica para la descripción del estudio y obtener el consentimiento, una vez que aceptaron participar en el proyecto se les solicitó que el día de su cita llevaran consigo un pequeño refrigerio para el pequeño, algo que no fuera muy elaborado, pero que al mismo tiempo nos pudiera permitir conocer lo que los niños desayunan normalmente, el control de los cubiertos y sus actitudes a la hora de comer.

El día que asistieron a su cita en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, se aplicó el cuestionario de Conducta Alimentaria (Anexo 1) dirigido a las madres. Posteriormente se realizó a través de una guía de observación el registro del comportamiento del niño. Para llevar a cabo este último procedimiento, se solicitó al niño que comiera lo que mamá le llevó de refrigerio. En primer lugar, se le pidió a ambos (madre-hijo) que dispusieran sus lugares en la mesa, para que posteriormente el niño ingiriera sus alimentos y de este modo se iba registrando la guía de observación.

Al final de la sesión se realizaron algunas preguntas al niño con la finalidad de explorar los conocimientos que ellos expresan sobre la alimentación.

10. Descripción de los instrumentos

Cuestionario Conducta Alimentaria (CA)

El cuestionario de la conducta alimentaria presentado en esta investigación, fue diseñado con base en la información que proporciona el libro "Problemas de alimentación en el niño". Evalúa cuantitativamente, cualitativamente y comparativamente; gustos y preferencias alimentarias, aversiones, habilidades de la madre para detectar las señales del niño en cuanto a alimentación se refiere. Se aplica el mismo modelo en el hospital infantil Federico Gómez y es aprobado por nutriólogos, trabajadora social, médicos internistas y fonoatras que son los profesionistas relacionados con el cuidado del niño. Propone un instrumento para poder detectar los problemas de alimentación en la primera infancia que pueden ser identificados fácilmente.

Originalmente el instrumento está dividido en 9 secciones que se refieren a:

- Estimación objetiva de la alimentación.
- Duración de las comidas y forma de comer
- Empleo de cubiertos.
- Características agradables y desagradables de los alimentos.
- Cantidades ingeridas.
- Comportamiento del niño mientras come.
- Ambiente que rodea el tiempo de comida.
- Jerarquía de alimentos
- Orden jerárquico de aceptación.

Esta versión del cuestionario aplicado fue modificado en función de un pilotaje previo con niños de la cohorte de bajo riesgo. La versión final del cuestionario únicamente contiene 6 secciones y la mayoría es calificada mediante escalas de Likert. (Anexo 1)

- Duración de las comidas y forma de comer / Cantidades ingeridas.
- Empleo de cubiertos
- Características agradables y desagradables de los alimentos
- Comportamiento del niño mientras come.
- Ambiente que rodea el tiempo de comida.
- Frecuencia de consumo de alimentos / agrado

Mediante la experiencia de aplicación fue observable la capacidad del niño de expresar datos importantes en cuanto a su alimentación; por lo tanto se plantea una guía de observación que refleje los conocimientos que el niño tiene sobre este tema. La guía de observación está planteada en el marco del juego con el niño, una sesión de alimentación en presencia de la madre y la exploración mediante juguetes en donde se puede observar el control de cubiertos y utensilios, así como la posibilidad de diferenciar entre "comida buena o mala", frutas y verduras, etc.

Guía de observación

La guía de observación esta basada en un sistema de observación para la detección del riesgo en el infante (28) que fue elaborado en la Universidad Veracruzana como respuesta a las inquietudes sobre la importancia del contexto social sobre la desnutrición infantil.

Se ha reconocido en los últimos tiempos que las diversas interacciones entre la ingesta de alimento y algunos factores mediadores de tipo biológico y afectivo y otros propios del contexto social, pueden representar factores de riesgo. Es por lo anterior que esta guía de observación supone presenciar como es que las madres interactúan con sus pequeños a la hora de tomar los alimentos, poniendo especial atención al clima afectivo que se establece, así como la sensibilidad del adulto para reconocer las señales relacionadas con las necesidades de alimentación.

Debido a que los cuestionarios de Frecuencia de consumo o el recordatorio de 24 horas son instrumentos que permiten aproximarnos a los hábitos alimenticios de manera indirecta, surge la necesidad de tener un instrumento que además de acercarnos a dichos hábitos, también nos proporcione información valiosa sobre la formación de la conducta alimentaria infantil y como es que la madre o el cuidador principal juega un papel fundamental, además de permitir identificar en las interacciones aquellos rasgos que puedan arrojar información sobre prácticas inadecuadas o negligentes y su impacto en los niños. Las interacciones madre-hijo se organizaron en 3 categorías:

Presentación/consumo de alimentos. Alimentos que la madre decidió elegir para el pequeño y las estrategias empleadas por la madre para lograr que el niño consuma los alimentos presentados.

MAMA:

- Tipo de alimentos y preparaciones (Naturales, caseros, industrializados)
- Maneras de ofrecer el alimento (dar en la boca, restringe por limpieza o seguridad, "modelo", solo facilita, etc.)

NIÑO:

- Come por si solo, con ayuda
- Acepta/rehúsa/rechaza el alimento

Vocalizaciones. Expresiones vocales emitidas durante la sesión.

MAMA:

- Menciona alimentos
- Características organolépticas.
- Propiedades nutricias.
- Sobre la conducta del niño.
- Otro tema

NIÑO:

- Menciona alimentos.
- Pide otros o más alimento
- Expresa gustos y disgustos.
- Otro tema

Compañía/orientación. La posición que toma el adulto en una situación de alimentación con respecto al niño y este a su vez con respecto al alimento o a otras situaciones del ambiente.

MAMA:

- Posición del cuidador mientras el niño come (de frente, a lado, próximo, alejado)

NIÑO:

- Posición del niño frente al alimento (hacia el alimento, hacia el cuidador o hacia otros objetos)

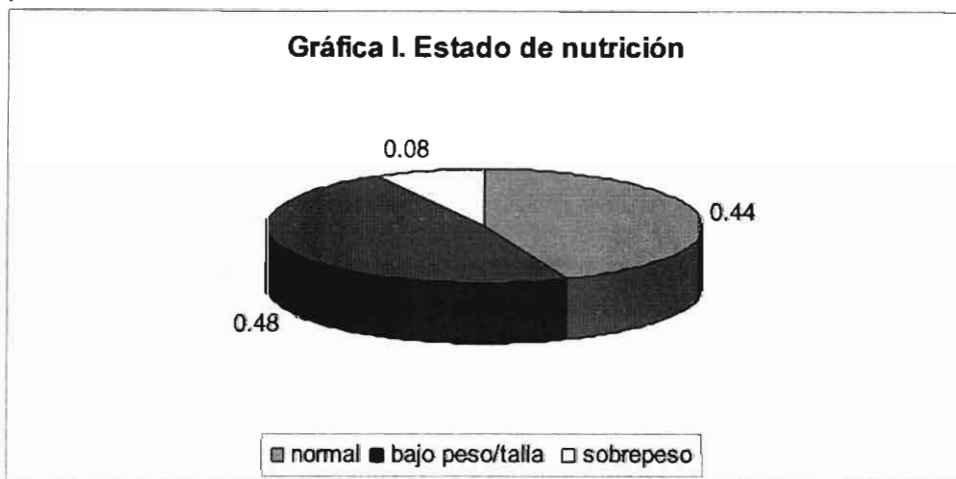
VIII. Resultados

Caracterización de la población: madre-hijo.

El presente estudio contó con la participación de 25 diadas madre:hijo.

Los niños que se incluyeron son pertenecientes a la cohorte 2003-2004 de hipotiroidismo congénito que se encuentra en seguimiento y en programa de cuidado integral del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría. Se estudiaron a 20 niñas y 5 niños; en un rango de edad de 3 años a 5 años 2 días.

Para evaluar su estado de nutrición se tomó en cuenta el último registro de somatometría reportado en el expediente clínico del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (peso y talla) y se clasificó según el indicador de peso para la talla. La Gráfica I, muestra que el 0.46 de la población se encontró en el peso normal y esperado tanto para su edad como para la talla; mientras que el 0.46 se encontró en desnutrición en sus tres grados; leve, moderada y severa. El 0.8 restante se encontró con sobrepeso por arriba de la percentila 85 según las tablas de la CDC/NCHS.



Las 25 madres que participaron en el estudio, tuvieron un promedio de edad de 30.5 años y la mayoría se dedicaban al hogar, por lo que son las principales responsables de la alimentación de los hijos.

Cuestionario de frecuencia de consumo

Con la finalidad de conocer la frecuencia de consumo familiar se llevó a cabo un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, la cual arroja resultados importantes en cuanto al número de veces por semana en los que se consume un alimento. Para este estudio, la frecuencia de consumo incluyó los siguientes grupos de alimentos: verduras, frutas, productos de origen animal, leguminosas, cereales, lácteos y productos industrializados. Con este instrumento, las madres de los pequeños pudieron expresar la cantidad de veces que el niño consume los alimentos mencionados.

Con relación al consumo de verduras, la que se consume mayor número de veces a la semana fue el jitomate, aunque en este rubro se incluyó el que es utilizado en guisos. Las verduras que siguieron en frecuencia fueron la zanahoria y la calabaza, el

chayote, el chícharo, los nopales, dejando muy de lado el resto de las verduras como el brócoli, la espinaca, entre otras.

En el caso de las frutas, la situación no fue muy diferente. Las frutas es un grupo alimenticio que debe ser consumido diariamente, al igual que las verduras. Para esta población, la frecuencia de consumo de las frutas mostró que estas fueron consumidas con mayor regularidad. Sin embargo, la mayoría de los niños registraron una frecuencia de 1 a 3 veces por semana siendo mayor el consumo de plátano y manzana.

Las leguminosas registradas con mayor frecuencia de consumo fueron el frijol, la lenteja y haba respectivamente, dejando de lado, al alverjón y las alubias de las que incluso se reportó que los niños nunca las habían probado.

El consumo de productos de origen animal incluyó a la carne de pollo, res y cerdo, el huevo, el pescado o atún, el queso, los embutidos (tocino, chorizo y longaniza) y el jamón o salchicha de pavo. Para este grupo alimenticio las frecuencias de consumo semanal se reportaron como bajas, oscilando de 1 a 3 veces por semana, siendo el queso el producto que más se consume. La carne de cerdo se consume menos de una vez por semana en el 96% de las familias, cuestión similar al pescado y/o el atún.

Los productos lácteos fueron consumidos con mayor frecuencia, en este rubro se incluye la leche, la crema, la mantequilla, el "yakult" y el "danonino", teniendo para estos últimos consumos que oscilan entre las 5 y 7 veces por semana.

El grupo de los cereales encontramos a la tortilla y el pan tanto dulce como blanco, estos fueron consumidos diariamente por la mayoría de la población.

Los productos industrializados incluyeron a los alimentos que no son mencionados en ningún otro grupo y que además son preparados fuera del hogar y cuya fabricación requiere de un proceso industrial, además de ingredientes artificiales. En este caso se tomó en cuenta el refresco, los jugos, dulces, chocolates y las papas fritas de los cuales se obtuvo un consumo que osciló entre 1 y 3 veces por semana; siendo el refresco y los jugos lo que más se ingirieron.

En el Cuadro II, se resume la frecuencia de consumo y a su vez el agrado de cada uno de estos alimentos. En la primera columna se encuentra el nombre del alimento, de la segunda a la quinta columna se agruparon las veces por semana (0 - implica que se consume menos de una vez por semana, 1 - de una a tres, 2 - de cuatro a cinco y 3 - de seis a siete veces por semana). En la última columna se encuentra el agrado teniendo que el cero representa "no le gusta", el uno "le gusta" y dos "le gusta mucho".

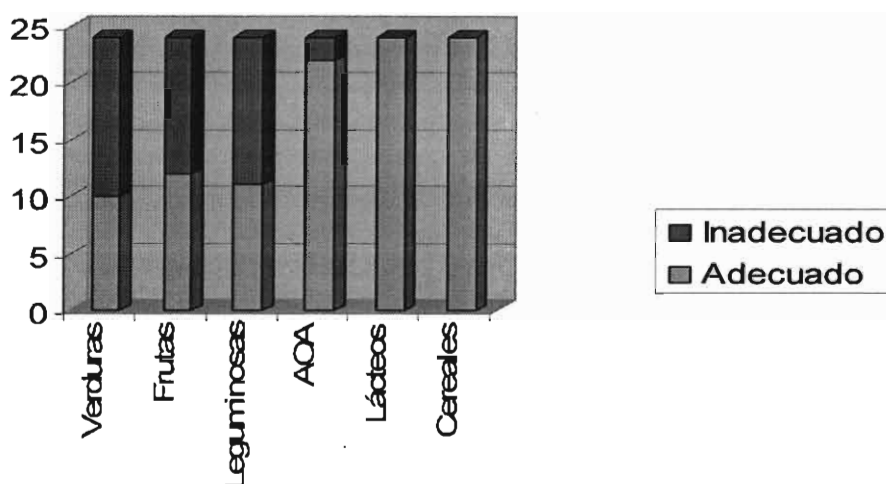
Cuadro I. Frecuencia de consumo / Agrado.

Veces X sem	0 (-1)	1 (1-3)	2 (4-5)	3 (6-7)	Agrado		
					0	1	2
Verduras							
Acelga	9	11	2	3	7	13	5
Aguacate	2	21	2	0	3	11	11
Betabel	25	0	0	0	25	0	0
Brócoli	6	15	2	2	8	6	11
Calabaza	0	15	6	4	2	4	19
Champiñón	14	11	0	0	13	6	6
Chayote	2	14	6	3	3	6	6
Chícharo	5	17	1	2	6	1	18
Coliflor	7	12	5	1	7	13	5
Ejote	0	22	2	1	5	10	10
Espinaca	10	10	2	3	7	10	8
Jícama	6	16	3	0	2	8	15
Jitomate	4	2	5	14	4	4	17
Lechuga	3	17	5	0	2	12	11
Nopal	2	16	3	4	4	4	17
Pepino	1	19	4	1	0	3	22
Rábano	22	1	2	0	21	2	2
Tomate	8	16	1	0	5	13	7
Zanahoria	0	14	6	5	3	0	22
Frutas							
Cereza	24	1	0	0	24	0	1
Chabacano	18	7	0	0	11	9	5
Durazno	8	17	0	0	9	9	7
Fresa	7	2	0	0	9	9	7
Guayaba	3	18	2	2	1	8	16
Limón	1	2	4	12	0	3	22
Mandarina	3	19	1	2	0	10	15
Mango	6	17	0	2	0	10	15
Manzana	2	4	8	11	1	0	24
Melón	2	16	3	3	0	8	16
Naranja	0	14	3	8	0	4	21
Pera	2	15	2	6	2	4	19
Piña	12	12	0	1	11	5	9
Plátano	0	10	5	10	0	1	24
Sandía	0	18	3	0	3	8	13
Papaya	3	12	4	6	3	7	15
Uva	4	17	3	1	0	3	22
Leguminosas							
Frijol	3	8	3	11	1	1	23
Alubia	20	5	0	0	16	6	3
Soya	25	0	0	0	25	0	0
Garbanzo	19	6	0	0	10	12	4
Lenteja	5	18	2	0	3	9	13
Haba	15	9	1	0	9	11	5
Alverjón	19	5	0	0	16	9	0

Cuadro I. Frecuencia de consumo / Agrado. (Continuación)							
Veces X sem	0 (-1)	1 (1-3)	2 (4-5)	3 (6-7)	Agrado		
					0	1	2
AOA							
Pescado	15	7	3	0	3	9	13
Carne de Res	6	18	1	0	6	12	7
Huevo	5	10	5	5	0	10	15
Pollo	2	10	5	8	4	3	18
Carne de cerdo	23	1	0	0	11	7	7
Queso	0	1	5	19	0	0	25
Pavo	2	7	7	9	0	3	16
Embutidos	24	1	0	0	7	14	4
Lácteos							
Leche	0	0	1	24	0	0	25
Yogurt	3	2	6	14	2	0	23
Yakult	1	13	0	11	1	2	22
Danonino	3	11	1	10	1	2	22
Mantequilla	8	17	0	0	2	13	10
Crema	6	15	3	1	1	12	12
Cereales							
Trigo	0	6	2	17	0	1	24
Maíz	0	4	0	21	0	3	22
Arroz	0	3	17	5	0	2	23
Avena	15	7	1	2	6	9	10
Papa	2	9	11	3	0	4	21
Marca comercial	0	11	8	6	0	0	25
Industrializados							
Refresco	6	19	0	0	1	0	24
Jugos lata	4	21	0	0	2	4	19
Dulces	3	7	7	8	0	1	24
Chocolate	4	11	8	2	1	2	22
Papas fritas	12	11	2	0	4	7	14

A partir del cuadro anterior y con base en las recomendaciones diarias alimenticias que proporciona la OMS para el consumo infantil, se construyó la Gráfica 2. De esta manera, el criterio de consumir un alimento de cada grupo alimenticio, fue establecido para considerar una dieta como adecuada o inadecuada. Así, se consideró como adecuado un consumo de por lo menos un alimento de cada grupo en la frecuencia de 7 veces a la semana, o bien, varios alimentos (mínimo 3) en la frecuencia de 4 a 7 veces por semana.

Gráfica 2. Consumo de alimentos



El cuestionario de la Conducta Alimentaria (CA), incluyó también un apartado de preguntas abiertas. Dichas preguntas fueron realizadas a las madres y estuvieron enfocadas a conocer aquellos factores que las madres toman en cuenta para alimentar a sus hijos, así como los conceptos de alimentación infantil y la importancia de la misma, del mismo modo presenta la oportunidad de conocer la capacidad de las madres para reconocer las señales del niño en materia de alimentación, es decir, como saber cuando tienen hambre, cuando se encuentran satisfechos, conocen alimentos favoritos y aquellos que no son agradables para cada uno de sus hijos.

El Cuadro 2, presenta la frecuencia de respuestas que dieron las madres en torno a los alimentos que ellas creen, son los ideales para los niños.

Cuadro 2. Alimentos que la madre prefiere dar a sus hijos

Tipo de respuesta	Frecuencia.	Proporción
Naturales, y hechos en casa	9	.36
Los mas nutritivos	9	.36
Los que necesita para crecer y estar sano	4	.16
Los que mas le gustan y los de mejor sabor	3	.12
Total	25	1

Como muestra el Cuadro 3, la mayoría de las madres refirieron que la información que ellas tienen sobre la alimentación infantil la han obtenido de sus familiares más cercanos y que cuentan con mayor experiencia, fue muy baja la proporción de mamás que refirieron que la información la obtuvieron del personal de salud.

Cuadro 3. Persona que informa a la madre sobre la alimentación infantil

Tipo de respuesta	Frecuencia	Proporción.
Familiares (madre, suegra)	16	.64
Nadie, experiencia de hijos anteriores	5	.20
Personal de salud	4	.16
Total	25	1

En el Cuadro 4, se puede observar la apreciación materna sobre la alimentación de sus hijos, es decir, si ellas mismas consideran que sus hijos se encuentran bien alimentados o no y las razones que dieron como válidas para considerar a un niño con buena alimentación se encuentran en el Cuadro 6.

Cuadro 4. Apreciación materna de la alimentación de los niños

Tipo de respuesta	Frecuencia	Proporción
Si está bien alimentado	17	.68
No está bien alimentado	8	.32
Total	25	1

Cuadro 5. Consideraciones de la madre para que su hijo esté bien alimentado

Tipo de respuesta	Frecuencia	Proporción
"Comer de todo" (todo tipo de alimentos y sobretodo leche, frutas y verduras)	21	.84
"Que los alimentos sean nutritivos"	3	.12
"Que no esté gordo"	1	.04
Total	25	1

Hacia los 2 años de vida aproximadamente, los niños deben encontrarse incluidos completamente en la dieta familiar, es decir, que además de consumir la mayoría de los alimentos que come la familia, es posible que ya no se hagan preparaciones especiales. El Cuadro 6, reporta los resultados en este aspecto.

Cuadro 6. Preparación de los alimentos infantiles

Tipo de respuesta	Frecuencia	Proporción
Junto con los de toda la familia	23	.92
Por separado a los de la familia	2	.08
Total	25	1

Una de las preguntas se refería hacia las preparaciones y lo que la comida de los niños debe o no debe llevar. Las madres dieron mas referencia de lo que no debe llevar la comida de los niños (Cuadro 7).

Cuadro 7. La comida del niño no debe llevar

Tipo de respuesta	Frecuencia	Proporción
No debe llevar picante	14	.56
No debe ser grasosa	9	.36
No debe estar muy salada y/o azucarada	2	.08
Total	25	1

El Cuadro 8, resume las preocupaciones que las madres expresaron sobre la alimentación de los pequeños. La mayor proporción de respuestas se orientó a la angustia de que hay periodos en los que el apetito de los niños es muy variable, así como aquellas madres que no expresaron preocupación alguna. Siguió en proporción la inquietud de que los niños no aumenten de talla y/o peso y la frecuencia mas baja correspondió a las madres cuya preocupación radica en tener niños que no consuman gran variedad de alimentos, mejor conocidos como niños remilgosos.

Cuadro 8. Preocupaciones de la madre sobre la alimentación de su hijo

Tipo de respuesta	Frecuencia	Proporción
Que hay días de anorexia infantil	8	.32
No hay preocupaciones	8	.32
Que no aumente de peso y/o talla	5	.20
Que sea remilgoso	4	.16
Total	25	1

De las últimas 4 preguntas, las repuestas fueron coincidentes en una sola respuesta. Todas las madres que fueron encuestadas en este estudio se mostraron capaces de conocer los gustos y las preferencias alimentarias de sus hijos, ya que por las edades de los niños, ellos son capaces de expresar a través del lenguaje o de ciertas actitudes de agrado o de desagrado frente a los alimentos sus preferencias. Del mismo modo, pueden interpretar las señales de hambre y saciedad.

El cuestionario de conducta alimentaria, aplicado a las madres, se diseñó con la finalidad de detectar oportunamente ciertas características de la alimentación infantil que pudieran señalar alteraciones. En este sentido, el cuestionario abarca los puntos más importantes y más significativos de la conducta alimentaria cotidiana como son: el tiempo que tarda en comer, la posición, los utensilios que dominan y algunas características organolépticas.

Analizando un solo tiempo de comida, el desayuno; el promedio del tiempo que los niños tardaron en ingerir sus alimentos fue de 32 minutos; siendo 60 minutos el tiempo mayor y 10 minutos el tiempo mínimo.

La posición que predominó en la mayoría fue la posición de sentado, solo 1 niño solicita ayuda para comer, la mitad de los niños come sin mancharse y la otra mitad ocasionalmente se ensucia.

La percepción materna en cuanto al consumo del niño en cada tiempo de comida fue muy similar, 18 (0.72) niños comen todo lo que le es servido y el restante, acostumbra dejar un poco de comida en el plato.

Sólo 4 niños (0.16) utilizan el cuchillo como herramienta diaria. Un niño (.04) aún toma líquidos en biberón y los demás (0.96) toman en vaso. Todos utilizan la cuchara y 21 (0.84) también utilizan el tenedor.

De los niños 8 (0.32) no les gusta que sus alimentos se mezclen y prefieren tomar todo por separado.

Todos consumen alimentos sólidos y son capaces de consumirlos en todas las formas de cocinado (hervido, horneado, frito, empanizado, etc.)

La conducta de los niños durante las horas de comida, muestran diferentes actitudes, predominando, de acuerdo con el reporte de las madres, el hablar, jugar, comer con la boca abierta y pedir con frecuencia de beber. Algunas otras relacionadas con hacer mal uso de los utensilios no fue reportada. (Cuadro 9). Durante la sesión de alimentación se observó que las conductas mas frecuentes fueron jugar y hablar; lo que coincide con lo reportado por las madres. En la categoría de "otros" pudimos observar que 8 niños se levantan de la silla mientras están comiendo.

Cuadro 9. Comportamiento del niño mientras come

Comportamiento	Percepción materna		Observación directa	
	Frec*	Prop*	Frec.	Prop
1. Juega	18	0.72	23	0.92
2. Habla	23	0.92	22	0.88
3. Come con la boca abierta	11	0.44	3	0.12
4. Hace ruidos con la boca	7	0.28	2	0.8
5. Cierra la boca	2	0.8	0	0
6. Escupe la comida	3	0.12	0	0
7. No mastica	2	0.8	0	0
8. Tarda mucho masticando	7	0.28	19	0.76
9. No traga	0	0	0	0
10. Pide con frecuencia beber	10	0.40	17	0.68
11. Tira comida fuera del plato	2	0.8	16	0.64
12. Voltea la cuchara	0	0	0	0
13. Golpea los cubiertos	0	0	0	0
14. Otros	0	0	8	0.32

* La suma de las proporciones no es 1, ya que los comportamientos se mezclan en un mismo niño.

Para analizar el ambiente que rodea las comidas se tomaron en cuenta 3 aspectos importantes: los estímulos señalizadores de las horas de comida, las consecuencias y los estímulos distractores. En cuanto al primer punto 19 niños (0.76) respondieron ante ciertas acciones o momentos del día, es decir, saben, por la hora o bien por la

rutina, que se acerca la hora de comer; mientras que 6 (0.24) respondieron a frases del adulto indicándoles que debe sentarse a comer.

Las consecuencias de los estímulos señalizadores fueron sin excepción frases y acciones de la madre en respuesta a las demandas de los pequeños.

Los estímulos distractores que rodean las horas de comida fueron en 10 casos (.40) juguetes, en 18 (0.72) televisión y 12 (0.48) otras personas.

El tipo de refuerzos que las madres utilizan para hacer que el niño coma pudieron observarse en dos vertientes; aquellos que son positivos y los negativos. Los positivos fueron: ofrecer dulces, lo que funciona con 9 niños (0.36), jugar fuera o dentro de casa es efectivo en 6 casos (0.24) y 3 niños (0.12) responden con el refuerzo de salir de paseo. Los refuerzos negativos fueron principalmente regañar, insistir, obligar y castigar que es utilizado con 9 (0.36) niños. 4 madres (0.16) aseguraron no utilizar refuerzo alguno.

La última parte del cuestionario fue la guía de observación, la cual nos permitió, prestar atención de manera directa a las actitudes de los niños frente a los alimentos, así como los conocimientos que tienen de la alimentación en general.

La primera parte hizo referencia hacia los instrumentos que utilizamos comúnmente para comer (platos y cubiertos) y los resultados se describen en el Cuadro 10.

Cuadro 10. Conocimiento, manejo y control de utensilios

Plato		Taza		Vaso		Cuchara		Tenedor		Cuchillo		Servilleta	
Fr	Pr	Fr	Pr	Fr	Pr	Fr	Pr	Fr	Pr	Fr	Pr	Fr	Pr
25	1	23	.92	25	1	25	1	21	.84	6	.24	25	1

Observaciones

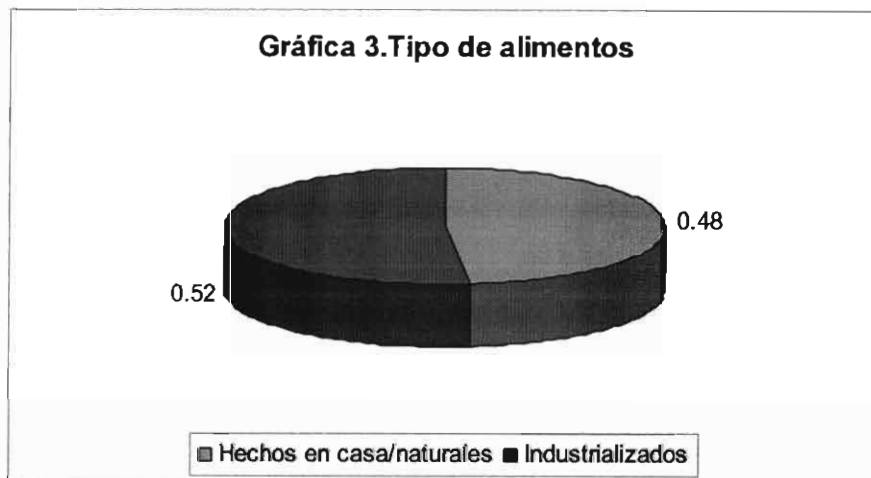
2 niños no supieron el nombre de la taza, pero mencionaron su utilidad: “es la del café”, “es para el atole”.

Los 25 niños saben que el cuchillo es para cortar, sin embargo, solo 6 lo utilizan correctamente.

Posteriormente, al observar el momento de alimentarse, el manejo de la comida fue variado; 21 niños (0.84) tomaron la comida con las manos, ya sea para empujarla y subirla a los cubiertos o para llevarla a la boca directamente. Del mismo modo, 6 niños (0.24) utilizaron las manos para sacar comida de la boca y devolverla al plato. 16 niños (0.64) aún tiran comida fuera del plato, ya sea durante la alimentación o una vez terminado el platillo se observan restos en la mesa; y de estos, 3 pequeños (0.12) dejaron restos de comida en el piso.

Con relación a los conocimientos que los niños tiene sobre la alimentación 15 niños (0.60) pudieron identificar que el desayuno se hace por la mañana, 24 (0.96) identificaron que la comida es a medio día, 18 (0.72) saben que la cena es por la noche y 12 (0.48) pudieron identificar una colación (en este caso el “lunch” o el refrigerio que se hace en la escuela).

La presentación y el consumo de los alimentos se observó en ambos participantes: madre e hijo. De la primera tenemos que en cuanto al tipo de preparaciones el 0.52 de las madres optaron por llevar alimentos industrializados a la sesión de alimentación y el 0.48 prefirió alimentos naturales y hechos en casa (Gráfica 3).



La manera de ofrecer el alimento a los niños para que éstos comenzaran a comer se limitó únicamente a destapar envases y a facilitar los utensilios necesarios, solamente en un caso la madre comenzó dando de comer en la boca para que posteriormente el niño lo hiciera por si mismo

Respecto a los niños, 24 (0.96) comieron solos y 1 necesitó ayuda. 21 (0.84) aceptó el alimento, 2 (.08) rehúso comer en ese momento, 1 lo rechazó por completo y 1 pidió que se le cambiara un alimento por otro.

Las vocalizaciones que se percibieron durante el proceso fueron igualmente separadas tanto las de las madres y las propias de los niños. Sólo 2 madres (.08) mencionaron los alimentos que les iban a ofrecer a los pequeños, 3 (0.12) hablaron sobre las características organolépticas como el sabor, el olor, la textura, etc. La mayoría de las madres 19 (0.76) hablaron sobre la conducta del niño. Mientras que el niño comía, 18 madres entablaron conversaciones de otros temas con sus pequeños. Sólo se observó en 1 caso que la madre no emitió ninguna vocalización.

En el caso de los niños, las vocalizaciones estuvieron enfocadas en 13 casos (0.52) a expresar gustos y disgustos, 8 (0.32) fueron capaces de pedir mas alimento o cambiar por algún otro y sólo 4 (0.16) hablaron sobre los alimentos que estaban ingiriendo. De los 25 niños, 18 (0.72) entablaron conversaciones con sus madres referentes a otros temas.

La categoría de compañía y orientación se mostró muy homogénea, ya que 19 madres (0.76) optaron por sentarse a lado de sus hijos, 3 (0.12) se sentaron de frente a los niños. 2 madres (.08) se sentaron próximas, es decir, a un lado pero a mayor distancia. Una madre decidió sentarse atrás del pequeño. La posición de los 25 niños fue de sentado hacia el alimento.

Con relación a las preguntas abiertas dirigidas a los niños, no se logró respuesta en la mayoría de ellos. Algunos aún no tienen un lenguaje claro, lo cual dificultó la

comunicación, otros se rehusaron a contestar, probablemente por desconocer el tema. Sin embargo, las respuestas que se pudieron obtener se reportan en el Anexo 3.

IX. Discusión y Conclusiones

El presente estudio fue realizado en 25 niños y sus madres de la cohorte de hipotiroidismo congénito, lo que nos permite acercarnos a uno de los aspectos más importantes para su manejo integral.

El hipotiroidismo congénito por si mismo, representa un problema de alimentación, ya que los niños con dicho problema presentan falta de apetito, estreñimiento y un ligero retraso en el crecimiento y es muy común que la talla se encuentre por debajo de las percentilas esperadas para la edad, sobretodo en los primeros años de vida. Por otro lado, es sabido que si el tratamiento hormonal sustitutivo se empieza lo más tempranamente posible, podemos asegurar que el crecimiento y desarrollo de los pequeños puede ser normal. (2)

Sin embargo, nos enfrentamos a un problema frecuente, el control y el ajuste de las dosis, la falta de consistencia por parte de las madres y la adherencia al tratamiento integral representan un obstáculo constante en la intervención de los pequeños.

El mal funcionamiento de la glándula tiroides, aunado a desajustes constantes en la dosis de la hormona sustitutiva ya sea por parte del médico o por mal manejo por parte de la madre, coloca al niño en periodos de anorexia o de hiperfagia; lo que representa para las madres un verdadero problema constante de alimentación. Este estudio brindó a las madres la oportunidad de expresar los problemas mas frecuentes a los que se enfrentan a la hora de la comida. Entre los mas importantes, mencionaron que, en general, son niños que no piden de comer por que tengan hambre, que comen poco y sólo una de ellas mencionó que cuando se le ajusta la dosis a su pequeño, este puede expresar que tiene hambre, come mucho mejor y que incluso, hasta sube de peso.

En un solo caso, al pedir el recordatorio de 24 horas, se relató desde la toma de la hormona sustitutiva, que debe ser en ayunas y que además sigue la recomendación de no ofrecerla con leche. En ningún otro caso se menciona el tratamiento en absoluto o algunas especificaciones que se tomen en cuenta por ser hipotiroideos. Esto nos hace sospechar, que probablemente la adherencia al tratamiento no es buena, que probablemente haya ocasiones en las que se olvida completamente la toma de la pastilla y que por estos motivos los desajustes hormonales son muy dramáticos.

Por otro lado, esta investigación permitió una aproximación directa a la conducta alimentaria en formación de los niños con hipotiroidismo congénito y a aquellos aspectos que la madre toma en cuenta para la alimentación infantil, lo cual será la base para la construcción de la conducta alimentaria en la vida adulta.

El cuestionario de la Conducta Alimentaria arrojó resultados muy importantes en cuanto a las pautas alimentarias tanto de los niños como de las madres:

En primera instancia podemos decir que la alimentación no representa una situación que implique preocupación por parte de las madres, ellas lo consideran un acto normal y natural que todo ser humano debe llevar a cabo y ninguna de ellas se

mostró conciente de que el hipotiroidismo congénito puede representar un problema en si mismo que repercute en materia de alimentación y del crecimiento y desarrollo infantil (8).

La frecuencia de consumo y el recordatorio de 24 horas permiten, de manera indirecta, un acercamiento a las pautas alimentarias de las familias y de los niños en un determinado periodo de tiempo. Ambos instrumentos nos permitieron concluir que las dietas de los niños son poco variadas, monótonas y no están equilibradas ni adecuadas para la edad preescolar. Por otro lado, la gama de alimentos que los niños consumen son aquellos que conocen y que incluso tienen que ver con los gustos, las costumbres y el poder adquisitivo de la familia, existiendo alimentos que nunca han probado como el caso del alverjón, el cuál podría ser una buena opción para variar la dieta, es económico y es proteína de alta calidad.

Los recordatorios de 24 horas permitieron contrastar las respuestas de las madres con lo que consumió el niño el día anterior, por ejemplo, madres que en la frecuencia de consumo aseguraron que los niños comen fruta a diario, el recordatorio de 24 horas demostró lo contrario; del mismo modo, aquellas que afirmaron no permitir el consumo de alimentos industrializados se contradijeron. Este mismo fenómeno sucedió cuando se les solicitó un refrigerio que nos permitiera saber que es lo que el niño acostumbra desayunar normalmente. La mitad optó por alimentos industrializados, probablemente debido a la practicidad.

Las respuestas de la mayoría de las madres estuvieron enfocadas a la salud de los pequeños; afirmando que los alimentos naturales y caseros son los mas nutritivos y que aportan mayor beneficio a la salud en general. Sin embargo, surge la duda después de analizar la frecuencia de consumo y el recordatorio de 24 horas, si este pensamiento es realmente un saber que ponen en práctica a menudo o simplemente obedece a lo que los medios de comunicación difunden con mayor frecuencia.

Algunas madres aprovecharon la entrevista sobre alimentación como un desahogo sobre todos esos obstáculos que se les presentan a diario a la hora de comer con los pequeños, sobretodo en cuanto a la conducta de los niños, lo remilgosos que pueden llegar a ser, las cantidades que consumen, etc. Este último punto consideramos que puede estar en función del tamaño de la ración de comida que les es servida en un principio. Algunas de las madres no son concientes de que el estómago del niño es más pequeño y por lo tanto la cantidad de comida que necesita es menor, sin embargo las mamás sirven las raciones de tamaño parecido al de un adulto por lo que el niño suele dejar comida en el plato y al final pareciera que el pequeño comió mal o de menos.

Hacia los 3 años los niños se encuentran integrados a la dieta familiar, ya son capaces de consumir alimentos sólidos y en cualquier tipo de cocinado (frito, capeado, horneado, etc.). Sin embargo, las características organolépticas con frecuencia no son tomadas en cuenta y pasan a un segundo plano, cuando es justamente en la primera infancia, la etapa en que se debe tratar de que los niños prueben una gran variedad de sabores y para esto es necesario que los platillos sean atractivos para ellos tanto en color, como en sabor, olor y textura.

Los niños se mostraron reactivos durante la sesión de alimentación y todos cooperaron de una manera muy positiva. Hacia la edad preescolar los pequeños reconocen los utensilios propios de la comida, aunque no los manejen, como es el caso del cuchillo, del que pudiéramos pensar si no lo utilizan por costumbre familiar o por seguridad.

Los conocimientos que los niños manejan en materia de alimentación aún son escasos en el sentido de no poder distinguir las diferentes horas de comida, confundiendo el desayuno con la cena y viceversa.

Las interacciones madre-hijo durante la sesión de alimentación mostraron que estos momentos son grandes oportunidades para reafirmar la relación entre ambos, sin embargo, encontramos algunas situaciones que llaman la atención, por ejemplo, el caso del pequeño al que aún le dieron de comer en la boca a pesar de ser de los más grandes de edad. Otro caso que llama la atención es el de la madre que decide sentarse atrás del pequeño, guardando una distancia considerable, esto coincidió con la ausencia de emisiones vocales, no se observó en ningún momento contacto cara-cara. En este caso el niño fue diagnosticado con desnutrición, lo que podría ser un reflejo de la interacción deficiente observada y probablemente a la poca importancia que esta familia otorga a la alimentación. Se considera en estos casos, la importancia de analizar otro tipo de factores como los sociales y económicos en estudios futuros.

El cambio de alimentos, esta capacidad de "negociar" la ingesta de un alimento en lugar de otro, ya sea por petición del niño o por iniciativa del adulto, puede ser indicador de prácticas de crianza responsiva, ya que pueden ser indicadores que señalan la sensibilidad de la madre para detectar las necesidades de alimentación del niño y sus preferencias. (28) Dicho proceso, solamente pudo ser observado en un caso, en el que el pequeño negoció con su madre terminar un alimento en su totalidad en lugar de dejar dos a medias y la habilidad de la madre para convencer al niño de elegir el más completo, sano y nutritivo.

De esta manera, el presente estudio enfatiza la importancia de inculcar en los niños, lo más tempranamente posible, hábitos adecuados de alimentación, sobretodo tomando en cuenta que son hipotiroideos, lo que ya implica un problema de alimentación *per se*.

Es importante trabajar con las madres en el sentido de que puedan crear una conciencia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, la consistencia con sus citas y de procurar una alimentación mucho más sana.

En el transcurso de este proyecto se hicieron presentes las necesidades de ajustar el cuestionario, los obstáculos y las debilidades del mismo, por lo que se dejan varias líneas de investigación abiertas; en primer lugar, la simplificación de la encuesta para que conlleve menos tiempo, así mismo, modificar aquellos rubros que tienen que ver con las características organolépticas de los alimentos que, para esta edad son de suma importancia y que el formato de estos aspectos en esta encuesta impidió que se ahondara en ellos.

Probablemente, sería útil también, el análisis de un tiempo de comida desde la casa de los participantes, para no condicionar la elección de alimentos por la practicidad y el transporte, el tiempo, etc. Y por último se propone hacer el mismo estudio con un grupo control, que permitiera hacer notorias las diferencias, si es que las hay, entre la alimentación de un niño con hipotiroidismo congénito y un niño sano.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Arreola-Ramírez G, Reyes RHB, Jiménez-Quiroz R, Torres MAR, Cervantes ES, Granados-Cepeda ML, et al. Neurodesarrollo en infantes con antecedentes de hipotiroidismo congénito. *Perinatol Reprod Hum*. 2005 diciembre 2005;19(3 y 4):141-51.
2. Vanderpas J. Nutritional Epidemiology And Thyroid Hormone Metabolism. *Annu Rev Nutr*. 2006 26, abril, 2006;26:293-322.
3. Satter, E., *The Feeding Relationship*. Zero to Three Journal, Elyn Satter Institute, 1992: p. 5
4. Bertran, M., *Determinantes socioculturales del consumo de alimentos y riesgo de obesidad*. Nutrición hoy, Órgano del FNN de FUNSALUD, 2005. **1**(2): p. 1.
5. Osorio E., J., Weisstaub N., Gerardo y Castillo D., Carlos, *Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones*. Revista Chilena de Nutrición, 2002. **29**, nº3: p. 9.
6. Vega, F.G.A., Alanis, S, *Comportamiento del preescolar durante su alimentación*. Boletín médico, Hospital Infantil de México, 1983. **40**: p. 4.
7. Radovick S y McGillivray M. *Pediatric Endocrinology A practical clinical guide* Ed. Humana Press Estados Unidos 2003, pags 275-287.
8. Bargagna S, Dinetti D, Pincherl A, Marcheschi M, Montanelli L, Presciuttini S, Luca CH. School attainments in children with congenital hypothyroidism detected by neonatal screening and treated early in life. *European Journal of Endocrinology* (1999) **140** 407–413
9. Joanne F., Rovet PhD, Ehrlich R. Psychoeducational Outcome in Children With Early-Treated Congenital Hypothyroidism. *Pediatrics* 2000;105;515-522
10. Figueroa-Olea M., Rivera R., Sánchez C., Figueroa F., Mandujano, M. Interacción madre-hijo, en niños con hipotiroidismo congénito menores de un año de edad, que reciben programa de intervención temprana. *Revista de Ciencias Clínicas*, 2004,2 (5) p. 57-67.
11. Watson E., L.G., *Crecimiento y desarrollo del niño*. 1995, México: Trillas. 166-171.
12. Craig., G., *Desarrollo psicológico*. 7 ed. 1997, México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. 332-337.
13. Papalia, D.E., Wendkos, S, *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. 1992, México: Mc Graw-Hill,. 162.
14. Hurtado, M., Hagel, Isabel, Araujo, Marian et al. , *Creencias y prácticas alimentarias e higiénicas en madres, según el estado nutricional de su hijo*. *Anales Venezolanos de nutrición*, jul, 2004. **17**, nº 2: p. 15.
15. Lartigue T., M., D. Avila, H, *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. 1998, México: Plaza y Valdés. 235-255.
16. Marin B., V.y.C.D., Carlos, *El niño que no quiere comer*. . Revista Chilena de Nutrición, 2002. **71**, nº2: p. 139-141.
17. Joane R. *Children With Congenital Hypothyroidism and Their Siblings: Do They Really Differ?*. *Pediatrics* 2005;115;e52-e57
18. Nebeling, L. El color de una dieta saludable. En: *Pediatric Basics*., 2002. Nº 34. P. 2-9.
19. Maldonado M., Saucedo M. El desarrollo normal de la capacidad de comer y de la alimentación. En : Lartigue T., M., D. Avila, H, *La alimentación en la*

primera infancia y sus efectos en el desarrollo. 1998, México: Plaza y Valdés: 53.

20. Beal, V. Nutrición en el ciclo de vida. Ed Uthea Noriega Editores. México 1999.
21. Birch, L. *Development of food preferenes*. Annu. Rev. Nutr. 1999. 19:41–62
22. Olivera, J.E. (2000). Aliementación del niño de 2 a 6 años. Los comedores escolares. VOL. XXXIV NUM. 2, S VASCO-NAV PEDIATR; 34: 85-89.
23. Ramsay M. Feeding skill, appetite and feeding behaviours of infants and young children and their impact on growth and psychosocial development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-9. Dispñible en: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/RamsayANGxp.pdf>
24. Metz-spruijt D, Lindquist C, Birch L. Fisher J. Goran M. Relation between mother's child-feeding practices and children's adiposity. *Am J Clin Nutr* 2002;75:581–6.
25. Johannsen D. Johannsen Neil. Specker Bonny. Influence of parents eating and child feeding practices on children's weight status. *OBESITY* 2006 March; 14(3): 431-39.
26. Trujols J. Luquero E. Tejero A. Pérez de los Cobos J. Estadios de cambio en los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre su conceptualización y evaluación. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(3):184-86.
27. Restrepo S. Gallego M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología, Colombia* 2005; 19(36):127-48.
28. Cortés A, Sánchez P, Castro R, Hernández R. Estilos Interactivos y Desnutrición. Sistema de Observación para la Detección de Riesgo en el Infante. *Psicología y Salud*, enero-junio 14(001). Universidad Veracruzana:57-66.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de la Conducta Alimentaria.

Anexo 2. Guía de observación.

Anexo 3. Cuadro resumen. Preguntas abiertas niños.

Anexo 1

Cuestionario conducta de alimentación

Nombre del niño _____

Escolaridad: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Edad mama: _____ Ocup: _____

1. Duración de las comidas y forma de comer

	Desayuno	Comida	Cena	Colacion 1	Colación 2
Tiempo que tarda (min)					
Posición					
1. Sentado					
2. De pie					
3. Ambos					
0. otros					
Como come					
1. Solo					
2. Con ayuda					
3. Ambos					
2. Empleo de cubiertos					
Utensilios					
1. Biberón					
2. Vaso					
3. Cuchara					
4. Tenedor					
5. Tenedor y cuchillo					
1. Se mancha/2. No se mancha					

3. Características agradables y desagradables de los alimentos..

Mezcla de productos					
1. Mezclados 2. No mezclados					
Sabor					
1. Dulce					
2. Salado					
3. Sabores mezclados					
4. Especies (señalar)					
0. Otros					
Consistencia					
1. Sólido					
2. Picado o semi molido					
3. Papilla					
4. Líquido					
5. Espeso					
6. Mezcla de consistencias					
0. Otros					
Cocinado					
Cocido					
Frito					
Plancha					
Horno					
Empanizado					
Capeado					
Hervido					
Otras formas					
Consumo (percepción materna)					
1. Come todo, 2 Deja algo, 3 Come 3/4 partes, 5 Come 1/4, 6 Otras					

4. Evaluación del comportamiento del niño mientras come

	Desayuno	Comida	Cena	Colacion 1	Colación 2
Comportamiento					
Juega					
Habla					
Come con la boca abierta					
Hace ruido con la boca					
Cierra la boca para no comer					
Escupe la comida					
No mastica					
Tarda mucho masticando					
No traga					
Pide con frecuencia de beber					
Tira la comida fuera del plato					
Voleta la cuchara					
Golpea los cubiertos					
Otros					

5. Ambiente que rodea la comida

Estímulos distractores					
Estímulos señalizadores					
Consecuencias					
Orden jerárquico de refuerzos para lograr que coma el niño.					
Mencione comenzando por el más eficaz, los refuerzos que utiliza para convencer al niño para comer					

6. Frecuencia de consumo de alimentos.

	diario	3-4 v/s	1-2 veces/sem	1 vez /sem	nunca	Agrado
Verduras						
Acelga						
Aguacate						
Betabel						
Brócoli						
Calabaza						
Champiñón						
Chayote						
Chicharo						
Coliflor						
Ejote						
Espinaca						
Jicama						
Jitomate						
Lechuga						
Nopal						
Pepino						
Rábano						
Tomate						
Zanahoria						
Frutas						
Cereza						
Chabacano						
Durazno						
Fresa						
Guayaba						
Limon						

Frutas (continuación)	diario	3-4 v/s	1-2 veces/sem	1 vez /sem	nunca	Agrado
Mandarina						
Mango						
Manzana						
Melon						
Naranja						
Pera						
Piña						
Platano						
Sandía						
Papaya						
Uva						
Leguminosas						
Frijol						
Alubia						
Soya						
Garbanzo						
Lenteja						
Haba						
alverjon						
Proteína de origen animal						
Pescado/atun						
Carne de res						
Huevo						
Pollo						
Carne cerdo						
Pavo(jam/sal)						
Embutidos						
Leche						
Leche						
Queso						
Yogurt						
Yakult						
Danonino						
Mantequilla						
Crema						
Cereales						
De trigo (pan, galle)						
De maíz(tortilla)						
Arroz						
Avena						
Papa						
Marca comercial						
Productos industrializados						
Refresco						
Jugos enlatados						
Chocolate en polvo						
Dulces/caramelos						
Chocolates						
Papas fritas						
Gelatina						
OTROS						

Preguntas abiertas para mamá:

1. ¿Qué alimentos prefiere dar a su hijo? ¿Por qué?
2. ¿Quién le informó sobre como alimentar a un niño? ¿Qué recomendaciones son las que pone en práctica? ¿Por qué?
3. ¿Qué necesita un niño para poder estar bien alimentado?
4. ¿Su niño está bien alimentado? ¿Por qué lo piensa?
5. ¿Los alimentos del niño los prepara aparte o junto con todos los de la familia?
6. ¿Qué es lo que la comida del niño debe o no debe llevar?
7. ¿Qué le preocupa de la alimentación de su hijo?
8. ¿Usted conoce las preferencias alimentarias de su niño? ¿Cuáles son?
9. ¿Cómo es que usted sabe que el niño tiene hambre?
10. ¿Cómo es que sabe cuando ya está satisfecho?
11. ¿Cómo es que usted se da cuenta de que algún alimento no le gustó?
12. ¿Cuándo sabe que un alimento le ha gustado mucho?

Anexo 2.

Guía de observación

Instrucciones: Es necesario marcar con una X las casillas de acuerdo a la observación directa del comportamiento del niño.

1. Conocimiento y manejo de los utensilios diarios. (¿Sabes que es esto?, ¿Que ponemos aquí? señalando el utensilio)

Plato ext.	Plato hondo	Taza	Vaso	Cuchara	Cuchillo	Tenedor	Servilleta

2. Control de cubiertos. (¿Sabes que es esto y para que sirve?)

Cuchara	Cuchillo	Tenedor

3. Coordinación entre cubierto, plato, boca. Observación directa.

Cuchara	Cuchillo	Tenedor

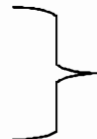
4. Manejo de la comida. (toma con las manos, tira la comida fuera del plato, etc)

5. Comportamiento durante la comida (tarda mucho tiempo, mastica, escupe, habla, juega, etc.)

6. Identifica tiempo de comida (desayuno mañana, comida medio día, cena tarde)

Desayuno	Comida	Cena	Otro

- 7. Conocimientos de alimentación.
- 8. Identificación de tiempos de comida.
- 9. Gustos y preferencias.



Evaluados mediante las preguntas abajo mencionadas

Preguntas abiertas al niño:

1. ¿Qué es esto? (señalando los utensilios: plato, cubierto, vaso, etc.)
2. ¿Para que sirven?
3. ¿Qué es la comida?
4. ¿Para que sirve la comida?
5. ¿Quién hace la comida y porqué te la da?
6. ¿Por qué debes comerte la comida?
7. ¿Cuál es la comida buena? ¿Por qué?
8. ¿Hay comida que sea mala? ¿Por qué?
9. ¿Cuál es la comida que mas te gusta? ¿Por qué?
10. ¿Cuál es la comida que no te gusta? ¿Por qué?
11. ¿Sabes cuáles son las verduras? ¿Cuáles? ¿Son buenas o malas? ¿Te gustan?
12. ¿Sabes cuáles son las frutas? ¿Cuáles? ¿Son buenas o malas? ¿Te gustan?
13. ¿Cuáles son los cereales? ¿Cuáles? ¿Son buenos o malos? ¿Te gustan?

14. ¿Sabes de que animalito sale la carne que nos comemos? ¿Cuál es la que más te gusta?
15. ¿Es bueno o malo tomar refrescos y comer muchos dulces?

Presentación/consumo de alimentos.

MAMA:

- Tipo de alimentos y preparaciones
- Maneras de ofrecer el alimento (dar en la boca, restringe por limpieza o seguridad, “modelo”, etc.)

NIÑO:

- Come por si solo, con ayuda
- Acepta/rehúsa/rechaza el alimento

Vocalizaciones:

MAMA:

- Menciona alimentos
- Características organolépticas.
- Propiedades nutricias.
- Sobre la conducta del niño.

NIÑO:

- Menciona alimentos.
- Pide otros o más alimento
- Expresa gustos y disgustos.

Compañía/orientación.

MAMA:

- Posición del cuidador mientras el niño come (de frente, a lado, próximo, alejado)

NIÑO:

- Posición del niño frente al alimento (hacia el alimento, hacia el cuidador o hacia otros objetos)

Anexo 3.

Preguntas abiertas al niño

<p>¿Qué es la comida?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Lo que comemos" - "Pues de comer" - "Es cuando mi mamá hace en la cocina con la comida" - "Pus lo que comemos" - "Pues de esta" (señala su plato) - "Lo que a veces mi mamá compra para que cuando tenemos hambre te lo comas" - "Unas cositas que se comen" - "Lo que nos comemos en la casa" 	<p>¿Cuál es la comida que más te gusta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Los tacos de pollo" - "El espagueti con queso" - "El arroz que es como rosita" - "Los frijoles, las conchitas, el queso, las salchichas y a veces me gusta el atún" - "Es que me gusta que cuando quiero tortillas, mi mamá les pone queso"
<p>¿Para que sirve la comida?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Para comer" - "Para crecer" - "Para que cuando tienes hambre te la comas" - "Para cocinar" - "Es para llevar a la escuela o traer aquí" - "Para que no este flaco" - "Es que si no me voy a quedar chaparrita" 	<p>¿Cuál es la comida que no te gusta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "No me gusta el pescado" - "Las calabazas y los arbolitos verdes" - "Es que un poquito no me gustan las de la sopa" - "A veces no quiero carne, porque es como mas dura y me canso" - "No me gusta lo que huele mal"
<p>¿Quién hace la comida y por qué te la da?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Mi mamá, por que me quiere" - "Mi mamá" (8) - "A veces la compramos en una tiendita" 	<p>¿Sabes cuáles son las verduras? ¿Son buenas o malas? ¿Te gustan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Son las zanahrias y las papas y las calabazas, son buenas, pero hay unas que no me gustan" - "Las manzanas y los verdes" - "No me gustan"
<p>¿Por qué debes comerte la comida?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Para crecer" - "Para tener energía" - "Para que tenga fuerza de jugar" - "Para estar grande" 	<p>¿Sabes cuáles son las frutas? ¿Son buenas o malas? ¿Te gustan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Las manzanas y el platanito son frutas y si me gustan" - "El jitomate no?, Es que no me gusta" - "El plátano, las peras, las uvas, esas si me gustan"
<p>¿Cuál es la comida buena? ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Las Frutas" - "La zanahoria, las manzanas , por que saben rico" 	<p>¿Sabes cuáles son los cereales? ¿Son buenas o malas? ¿Te gustan?</p>
<p>¿Hay comida que sea mala? ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "La grasa por que engorda" - "las tortillas" - "el pollo porque no me gusta" 	<p>¿Es bueno o malo tomar refrescos y comer muchos dulces?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Es feo porque lastima los dientes"
<p>¿Sabes de qué animalito sale la carne y el huevo o la leche que nos comemos? ¿Cuál es la que mas te gusta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Pues hay una carne que es del pollo y de la vaca, la leche también de la vaca y el huevo de las gallinas, me gusta el pollo y la leche" - "Del pollo pero no me gusta" - "De los puercos pero esa es fea, la leche de la vaca y el huevo del refri". - "Es que el huevo está en el cartón y la leche sale de las vacas" - "La carne de la vaca y del pollo y del cerdo y una vez comí de venado, creo. La leche de la vaca sale, las frutas y las otras de la tierra y el huevo de las gallinas" - "De la casa de mi abuelita porque ella nos ayuda a ir al mercado" 	