

Universidad Evangélica de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Nutrición y Dietética



Comportamiento alimentario de niños de 2 a 9 años de edad en la Región
Metropolitana de San Salvador.

Integrantes:

Quinteros López, Claudia Marisela

Reyes Piche, Karen Jazmín

Santamaría Granada, Josselyn Beatriz

Asesor:

Licda. Ana Beatriz Alvarado Martínez

San Salvador, 13 de septiembre de 2020

Universidad Evangélica de El Salvador

Autoridades

Lic. Cesar Emilio Quinteros

Rector

Dra. Cristina Juárez de Amaya

Vicerrectora de Investigación y Proyección Social

Ing. Sonia Rodríguez

Secretaria General

Dr. Carlos Miguel Monchez Avalos

Decano en funciones de la Facultad de Medicina

Lic. José Armando Velasco

Director de Escuela de Nutrición

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
A. Situación problemática	2
B. Enunciado del problema	5
C. Objetivos de la investigación	5
D. Justificación del estudio.....	5
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
1. Conducta alimentaria.....	8
1.1. Influencia del ambiente familiar.....	8
1.2. Fisiología del apetito y de la saciedad	11
2. Contexto sociocultural	12
2.1. Puntos críticos de la alimentación infantil que pueden evidenciar alteraciones del desarrollo de la conducta alimentaria.	14
3. Cuestionario de comportamiento alimentario (CEBQ).....	15
4. Estudios asociados.....	17
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
A. Enfoque y tipo de Investigación.....	20
B. Sujeto y objeto de estudio	20
C. Variables e indicadores	22
D. Técnicas materiales e instrumentos	22
E. Aspectos éticos de la investigación	30
F. Procesamiento y análisis de la información.....	30
G. Estrategia de utilización de resultados	31

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	32
A. Análisis descriptivo	33
B. Discusión de resultados.....	46
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
A. Conclusiones.....	50
B. Recomendaciones.....	52
FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS	53
ARTÍCULO CIENTÍFICO DE INVESTIGACIÓN	61
ANEXOS	83
ANEXO N° 1. Consentimiento informado en Formulario de Google Forms	83
ANEXO N°2. Formulario de Google Forms del Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ)	84
ANEXO N°3. Presupuesto	96
ANEXO N° 4. Cronograma de actividades.....	97

INTRODUCCIÓN

En El Salvador, según el resumen de resultados del IV Censo Nacional de Talla y I Censo Nacional de Peso; realizado en escolares de primer grado en mayo de 2016, menciona que estudios realizados en otros grupos de población y al igual que en el resto de países, la obesidad en las últimas décadas ha experimentado aumentos importantes. Es, por tanto, que la presente investigación tiene como objetivo identificar el comportamiento alimentario en niños de 2 a 9 años de edad en la región metropolitana de San Salvador por medio de la determinación de las dimensiones pro ingesta y anti ingesta del comportamiento alimentario en los niños.

El patrón de conducta alimentaria familiar tiene un papel relevante en el comportamiento de alimentación del niño, constituyendo un factor modificable para la prevención de la obesidad infantil. Por consiguiente, la temática que se abordará conlleva al estudio de las conductas alimentarias infantiles mediante la utilización del Cuestionario de Comportamiento Infantil (por sus siglas en inglés, CEBQ) y hasta el momento no se han encontrado estudios en el país con referencia a conducta alimentaria en niños que tome en cuenta los aspectos del cuestionario CEBQ y/o investigaciones relacionadas al tema a investigar.

El instrumento sirvió para poder observar tendencias de patrones alimentarios y como estos podrían repercutir en su estado nutricional de adulto mediante la imitación de los mismos, adquiridos durante la infancia. Se pretende brindar un abordaje de prevención de la doble carga de malnutrición en edades tempranas para poder fomentar hábitos de alimentación saludables que garanticen un mejor estilo de vida, tanto actual como a futuro.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

El sobrepeso (SP) y la obesidad (OB), ha sido calificada como la epidemia del Siglo XXI, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los países en desarrollo con economías emergentes, la prevalencia de obesidad infantil de los niños en edad preescolar supera el 30%. Por ello, la prevalencia de obesidad está aumentando de manera progresiva, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y en todos los grupos de edad. La obesidad es una enfermedad multifactorial que afecta a alrededor de 600 millones de personas en el mundo, de los cuales, cerca de 40 millones corresponden a niños menores de 5 años, según la OMS. En las niñas y niños menores de 5 años, a pesar que las cifras de sobrepeso en estos grupos venían aumentando desde 1998, desde el 2008 se ha detenido el incremento n América Latina se ha observado una tendencia al aumento del sobrepeso y la obesidad infantil, convirtiéndose en un problema relevante para la salud pública.¹

Los factores de riesgo más importantes relacionados con la obesidad infantil incluyen: el peso de nacimiento, la obesidad de los progenitores, las horas dedicadas a la televisión, el rebote temprano de adiposidad y la duración del sueño. Entre otros factores conductuales asociados a la obesidad se puede mencionar el temperamento del niño y la preocupación de los padres por el peso del niño, entre otros.¹

En El Salvador, según el resumen de resultados del IV Censo Nacional de Talla y I Censo Nacional de Peso; realizado en escolares de primer grado en mayo de 2016, menciona que estudios realizados en otros grupos de población y al igual que en el resto de países, la obesidad en las últimas décadas ha experimentado aumentos importantes. El sobrepeso y obesidad aún en edades tempranas se obtuvo

prevalencias muy altas en ambas categorías con un 17.1% y 13.64%, afectando a un total de 34,426 niños y niñas a nivel nacional.²

Por lo cual, seis de cada cien niños menores de 5 años tienen sobrepeso, o pesan demasiado para su talla, según las encuestas FESAL 2008 y MICS 2014. En 2012, alrededor de 44 millones (6,7%) de menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos, mientras que en 1990 eran solo 31 millones (5%).¹

En la Asamblea mundial de la Salud en 2012 los países acordaron trabajar para detener nuevos aumentos de la proporción de niños con sobrepeso, una de las seis metas mundiales en materia de nutrición destinadas a mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño para 2025.^{3,4} La lactancia materna exclusiva desde el parto hasta los 6 meses de vida es una de las formas de contribuir a la prevención del sobrepeso en niños pequeños.⁵

Diversos estudios señalan que el aumento en los índices de obesidad experimentados en el último tiempo se debe principalmente a cambios ambientales, como el incremento del sedentarismo^{6,7} y la ingesta de alimentos altamente energéticos, ricos en grasas y azúcares,^{7,8} creando un escenario al que se le ha denominado “ambiente obesogénico”.⁴

Sin embargo, no todas las personas que viven en este ambiente obesogénico responden de la misma forma a los estímulos alimenticios, observándose gran variabilidad en parámetros como el índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de grasa abdominal entre los individuos de una misma población.⁴ Esta variabilidad sería el resultado de la interacción entre componentes genéticos heredables, el entorno social y familiar al que los individuos se encuentran expuestos,^{9,10} los que

afectarían los mecanismos que regulan el apetito y el comportamiento alimentario.

11,12

Generalmente, se acepta que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales; ya que la conducta alimentaria individual se estructura a partir de un conjunto específico de dimensiones de comportamiento respecto a la propia alimentación.¹³

Por lo tanto, sugieren que las acciones encaminadas a la promoción de hábitos alimentarios saludables deben tener mayor énfasis en los niños. La adquisición mediante la influencia familiar está determinada por el nivel educacional de los padres y el conocimiento en alimentación que será traspasada a sus hijos, así como las conductas alimentarias que estos adquieran.¹³ Las consecuencias de la obesidad se asocian al desarrollo de dislipidemias, hipertensión arterial e insulinoresistencia, diabetes mellitus, arterioesclerosis, enfermedades cardiovasculares, desórdenes músculo-esqueléticos y cáncer.⁵

La conducta alimentaria se forma en los primeros años de vida, y los hábitos alimentarios que se tiene en la edad adulta están relacionadas con las que se aprenden en la infancia.¹³ Por ello, estas situaciones demuestran la importancia de la investigación de la conducta alimentaria en edades tempranas.¹³

B. Enunciado del problema

¿Cuál es el comportamiento alimentario de niños de 2 a 9 años de edad en la región Metropolitana de San Salvador?

C. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Identificar el comportamiento alimentario en niños de 2 a 9 años de edad en la región Metropolitana de San Salvador

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar las dimensiones proingesta del comportamiento alimentario en los niños.
- ✓ Determinar las dimensiones antiingesta del comportamiento alimentario en los niños.

D. Justificación del estudio

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias dentro de una comunidad.^{14,15} En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación.^{16,17,18} Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.¹⁹

Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario.²⁰

Todo ello como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro.²¹ Por otro lado, factores como situación socioeconómica, estilo de vida, lugar de residencia entre otros, también son determinantes de las prácticas alimentarias.^{22, 23, 24}

En este contexto, también se ha reconocido el papel de la publicidad dirigida hacia los niños. La constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos en todo lugar al que los niños concurren, ha inducido un cambio importante en el patrón de alimentación infantil.²⁵

Existen evidencias que indican que el patrón de conducta alimentaria familiar tiene un papel relevante en el comportamiento de alimentación del niño, constituyendo un factor modificable para la prevención de la obesidad infantil. Sin embargo, es necesario reconocer la tremenda complejidad de los factores que determinan la conducta alimentaria de un individuo y que se relacionan con una red de influencias de tipo biológico, familiar y social.²⁵

Actualmente en el país según el Resumen de resultados del IV Censo Nacional de Talla y I Censo Nacional de Peso, en relación al sobrepeso y obesidad se obtuvo prevalencias muy altas en ambas categorías con un 17.1% y 13.64% respectivamente, afectando a un total de 34,426 niños y niñas distribuidos a nivel nacional.¹

Por esta razón, se exploraron las conductas alimentarias de los niños de 2 a 9 años, con el fin de determinar y abordar de manera precoz, los factores que pueden contribuir con el sobrepeso y obesidad en edades tempranas, que contribuirán a su vez a la prevención de una alimentación inadecuada en la adultez.⁵

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Conducta alimentaria

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. En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. ²⁶

En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa). ²⁶

1.1. Influencia del ambiente familiar

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. ²⁶

Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario.²⁶

Siendo consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro. El contexto social en el que funciona la familia moderna, ha hecho que en la actualidad las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación.²⁶

Por lo cual, se ha sugerido que esta forma democrática de funcionamiento familiar está determinada por el estatus laboral de los progenitores y el poco tiempo que están en casa. La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de las estrategias usadas por los padres para “controlar lo que come el niño”, a las que el niño responde usando diferentes mecanismos de adaptación y que finalmente se reflejarán en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad.²⁶

La madre es la responsable de incorporar al niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia. Este rol lo ejerce con la participación de un entorno familiar variable. Por ejemplo, en ambientes pobres, es frecuente que la familia sea de tipo extendida, donde la madre vive de allegada en el hogar de los abuelos, junto

a sus hijos y al padre de sus hijos. En esta situación la crianza del niño, incluyendo su alimentación, es compartida con la abuela o asumida directamente por esta.²⁶

En ambientes socioeconómicos medios o altos aumenta la frecuencia de trabajo de la madre fuera del hogar en una familia de tipo nuclear, por lo que el desarrollo de la conducta alimentaria pasa a ser compartida con una asesora del hogar o con un jardín infantil. 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.²⁶

Sin embargo, un estudio de caso control longitudinal realizado por Lobo et al, demostró que los niños con fracaso del desarrollo tenían contactos menos frecuentes y menos positivos con sus madres. Dado que estas alteraciones pueden ser causadas por un manejo inadecuado de la madre, en la evaluación del rol materno es necesario estudiar si hay trastornos serios de su personalidad (depresiones, problemas de conducta alimentaria, personalidades caóticas) o familiares (violencia intrafamiliar, dificultades conyugales).²⁶

En este contexto, recientes resultados de un estudio realizado en madres con trastornos alimentarios (anorexia o bulimia) demostraron que los conflictos alimentarios de sus hijos eran menores en aquellas madres capaces de reconocer las manifestaciones de sus hijos y poner de lado sus propias preocupaciones alimentarias; los conflictos alimentarios de los niños aparecían porque la psicopatología alimentaria de la madre interfería con su respuesta frente a sus hijos.²⁶

El desarrollo de la conducta alimentaria se puede analizar en 4 componentes: fisiología del apetito y saciedad; aspectos socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito.²⁶

1.2. Fisiología del apetito y de la saciedad

Se entiende por apetito al conjunto de señales internas y externas que guían a un individuo en la selección e ingestión de alimentos. Saciedad es la sensación fisiológica de plenitud que determina el término de la ingesta alimentaria. Hay múltiples señales orgánicas que regulan el momento de iniciar una nueva ingestión de alimentos. Son señales principalmente digestivas de vaciamiento gástrico e intestinal (mecánicas u hormonales).²⁶

Por lo tanto, a ellas se suman señales sensoriales visuales, olfatorias, gustativas, táctiles y también metabólicas, tales como el lactato, la glicemia y las concentraciones de mediadores en el suero y en el sistema nervioso central (aminoácidos como la tirosina). Estas señales son integradas básicamente a nivel de centros hipotalámicos con la participación de péptidos y neurotransmisores.²⁶

Dado que uno de los objetivos principales de la regulación de la ingesta alimentaria es el control del peso corporal, también hay señales que integran la regulación de la ingestión de alimentos, con señales provenientes de las reservas corporales, especialmente de energía (grasa y leptina), traducándose en la mantención del peso corporal, con fluctuaciones estrechas o con un aumento estable y controlado cuando se trata de un niño.²⁶

En la modulación del apetito y de la saciedad, el sentido del gusto tiene una participación significativa. Los gustos básicos en el ser humano son el dulce (asociado filogenéticamente a alimentos comestibles y placenteros) y el amargo (asociado a alimentos no comestibles).²⁶

Posteriormente se desarrollan los gustos ácido y salado, con la participación del contexto social. Los alimentos ingeridos en el primer año de vida son de preferencia dulces, con una presencia ocasional del sabor ácido. El niño va aprendiendo progresivamente a ingerir alimentos con mezclas de sabores, integrados con señales olfatorias o de otro tipo. En el transcurso del segundo año de vida entra en contacto con el sabor salado y en edades posteriores con el sabor amargo. Estas tendencias las estimula y exagera la industria alimentaria, para favorecer la ingesta de sus productos.²⁶

2. Contexto sociocultural

Los trastornos alimentarios y del estado nutricional no pueden ser entendidos en forma aislada del entorno sociocultural y tampoco enfrentarse de la misma forma en las distintas sociedades y culturas. La transición desde una alimentación láctea en el primer año de vida, al esquema de alimentación propio del hogar, es un reflejo de la amplitud de alimentos de consumo humano y de sus modos de preparación.²⁶

Para la cual, una alimentación láctea semejante entre todas las culturas durante el primer año de vida se pasa a una variedad de dietas determinadas de acuerdo a la cultura a la que pertenece el grupo familiar. De esta forma en cualquier cultura el grueso de los alimentos y modos de consumirlos de un adulto ya han sido incorporados a la edad preescolar.²⁶

Basado en lo anteriormente expuesto, los trastornos de la conducta alimentaria se establecen habitualmente en etapas muy precoces de la infancia, sin que sean percibidos como tales por los padres o por el equipo de salud; generalmente comienzan a considerarlo como un trastorno, cuando se asocian a un retraso del crecimiento. El niño aprende a comer principalmente de su madre, quien a su vez ha adquirido en forma oral categorías y conceptos de alimentación infantil principalmente de su madre (abuela del niño), lo que determina una transmisión cultural por vía femenina.²⁶

Pero a este tronco de transmisión se suma en décadas recientes la influencia de la educación por el equipo de salud. Ejemplo de esta intervención de salud es el aumento de la duración de la lactancia materna observado en Chile en las últimas dos décadas. La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias.²⁶

Por ejemplo, las representaciones que tiene ella sobre el cuerpo ideal del hijo pueden corresponder a la de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las recomendables y exigirá al hijo que deje el plato vacío. En países como Chile, hay puntos críticos en la alimentación infantil en los cuales se pueden hacer evidentes los trastornos de conducta alimentaria. Entre ellos aparecen como aspectos de importancia la introducción de fórmulas lácteas y de alimentos sólidos.

26

2.1. Puntos críticos de la alimentación infantil que pueden evidenciar alteraciones del desarrollo de la conducta alimentaria. ²⁶

- Establecimiento de la lactancia materna
- Cambio de alimentación materna exclusiva a artificial o materna más artificial
- Introducción de la primera alimentación sólida
- Auto alimentación con la mano-cuchara
- Cambio de consistencia de la papilla
- Suspensión del tercer biberón
- Incorporación a la comida del hogar y a la mesa
- Percepción materna de normalidad de la alimentación infantil

En todos los factores mencionados, participa en forma significativa el estrato socioeconómico al que pertenece el niño. De acuerdo con los estudios antropológicos de Aguirre, en poblaciones de diversos estratos socioeconómicos de Buenos Aires, cada estrato establece modos de alimentarse de acuerdo al grupo al que pertenece, aunque con múltiples interacciones entre estratos. ²⁶

Por ejemplo, al niño proveniente de un estrato pobre se le inculca desde pequeño la ingestión de alimentos baratos y saciadores, tales como el pan y las pastas; en los estratos con mayores ingresos se incorpora crecientemente la necesidad que los alimentos ingeridos sean sanos y favorezcan una figura corporal más estilizada. Es así como en ambientes socioeconómicos más pobres aún se percibe como saludable un niño con tendencia a la obesidad; la madre es valorada positivamente en la medida que cría un hijo con sobrepeso. ²⁷

Esto implica que las madres perciban como adecuado que las porciones y tipos de alimentos deben ser abundantes, que el plato debe ser vaciado antes de completar el horario de alimentación, o que los biberones deben ir adicionadas de componentes “llenadores”, tales como cereales y bastante azúcar. Las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas alimentarias de los padres tiene fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos.²⁷

3. Cuestionario de comportamiento alimentario (CEBQ)

El cuestionario de comportamiento alimentario CEBQ (término en inglés *Child Eating Behaviour Questionnaire*) fue diseñado con el fin de evaluar la conducta alimentaria en la etapa infantil. El CEBQ está siendo ampliamente utilizado en la literatura en la actualidad, habiendo mostrado una aceptable correlación con dimensiones de ingesta, un alto grado de consistencia interna.²⁷

El CEBQ tiene como propósito determinar el estilo de alimentación infantil e identificar factores de riesgo de obesidad y/o desórdenes alimentarios. Las variaciones individuales de la conducta alimentaria podrían contribuir en el desarrollo de los estados de desnutrición, sobrepeso y obesidad, siendo factores de riesgo modificables que podrían ser el foco de intervenciones de salud encaminadas a la prevención de obesidad.²⁸

Esta estrategia preventiva adquiere importancia al considerar que en la actualidad la obesidad está alcanzando niveles de epidemia, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Esto representa un importante problema de salud pública que no muestra signo de mejoría a corto plazo y cuyo tratamiento a largo plazo no ha demostrado ser sustentable. En este sentido, se ha planteado que los

niños obesos tendrían una respuesta incrementada frente a las características externas de los alimentos, una tendencia a comer en mayor cantidad como respuesta a estímulos emocionales y una tendencia a comer más rápidamente.²⁸

El CEBQ se desarrolló por primera vez y se validó en el Reino Unido, desde entonces ha sido utilizado en países Europeos y en Chile^{29,30,31}. Está formado por 8 escalas como respuesta a los alimentos (RA), las cuales son las siguientes: disfrute de los alimentos (DA), deseo de beber (DB), respuesta a la saciedad (RS), lentitud para comer (LC), exigencia a los alimentos (EA), sobrealimentación (SOE) y subalimentación emocional (SUE). El CEBQ es una de las medidas más utilizadas de la conducta alimentaria en niños²⁹

Tabla 1. Dimensiones de la conducta alimentaria infantil en el CEBQ.²⁷

Abreviatura	Dimensión	Definición
DA	Disfrute de los alimentos	Reflejan la alimentación en respuesta a señales ambientales de los alimentos.
RA	Respuesta frente a los alimentos	Susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales.
RS	Respuesta a la saciedad	Representa la capacidad del niño por reducir la ingesta después de comer y regular su consumo de energía.
LC	Lentitud para comer	Se caracteriza por una reducción en la tasa del consumo de alimentos por la falta de interés o el disfrute de la alimentación. Tendencia a comer más lentamente en el curso de una comida y a prolongar sus tiempos de duración.
EA	Exigencia frente a los alimentos	Se entiende como el rechazo de la cantidad de alimentos y de nuevos alimentos. Exigencia condicionada que limita la gama de los productos de alimentación que son aceptados.
DB	Deseo de beber	Manifiesta el deseo de tomar bebidas, habitualmente azucaradas.
SOE	Sobrealimentación emocional	Tendencia a incrementar la ingesta en contextos emocionales negativos.
SUE	Subalimentación emocional	Tendencia a reducir la ingesta en contextos emocionales negativos.

Fuente: Adaptación y aplicación del cuestionario de conducta de alimentación infantil CEBQ de A. Gonzalez y J.L.Santos Martínez, 2007.

Dichas escalas se agrupan en dos sub grupos. El primero de ellos es la antiingesta caracterizada, por la disminución de la ingesta de alimentos; este se encuentra conformado por lentitud para comer, subalimentación emocional, exigencia a los alimentos y respuesta a la saciedad. El segundo grupo es la proingesta en la cual, estimulan la ingesta alimentaria, ²⁷ y se encuentra conformado por disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta a los alimentos y sobrealimentación emocional. ²⁷

Tabla 2. Dimensiones del cuestionario CEBQ

Antiingesta	Proingesta
Lentitud para comer (LC)	Disfrute de los alimentos (DA)
Subalimentación emocional (SUA)	Deseo de beber (DB)
Exigencia a los alimentos (EA)	Respuesta a los alimentos (RA)
Respuesta a la saciedad (RS)	Sobrealimentación emocional (SOA)

Fuente: elaboración propia

4. Estudios asociados

Posterior a la revisión bibliográfica, se encontró los siguientes estudios que están relacionados al tema de investigación; en los cuales han utilizado el cuestionario CEBQ:

1. Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional.

El estudio concluyó, que los niños entre 6 a 8 años, independiente al tipo de establecimiento educacional al que pertenezcan, presentan similar comportamiento alimentario, asociándose positivamente los niños obesos a las conductas de

proingesta, siendo más rápidos para comer, con menor respuesta a la saciedad y presentando una mayor ingesta alimentaria en situaciones emocionales negativas. Por lo tanto, podría concebirse la hipótesis de que los niños con estado nutricional normal de colegios públicos y subvencionados de acuerdo a su conducta alimentaria son más propensos a presentar malnutrición por exceso a futuro.⁶

2. Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares chilenos.

El estudio concluyó en 130 hombres y 117 mujeres, con una malnutrición por exceso del 58.6% y 49.6%, respectivamente. Las puntuaciones de conducta alimentaria (CA) proingesta presentaron una asociación positiva y significativa con el estado nutricional y la dimensión respuesta a los alimentos. En cuanto a las puntuaciones de CA antiingesta, se observó una tendencia inversa no significativa con el estado nutricional; sin embargo, existe una asociación negativa y significativa en las dimensiones respuesta a la saciedad y lentitud para comer, ya que la conducta alimentaria proingesta se asocia directamente con el estado nutricional y la conducta antiingesta, de manera inversa solo con ciertas dimensiones.³²

3. Niños de comportamiento alimentario Cuestionario: asociación con el IMC en niños de 3 años de edad - 10 años de Bosnia y Herzegovina.

El estudio concluyó que el análisis factorial del CEBQ reveló una solución de ocho factores de diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala CEBQ se encontraron dentro de las categorías de IMC para todas las subescalas, excepto CEBQ Irritabilidad Alimentación. Por otro lado, la puntuación Z del IMC de los niños mostraron un aumento lineal con la subescala de enfoque alimentario del CEBQ.³³

Por lo cual, el estudio sugiere que el CEBQ es valioso para identificar estilos alimentarios que esta asociados con el estado de peso y pueden considerarse como determinantes importantes y modificables implicados en el desarrollo y mantenimiento de sobrepeso / obesidad, así como el bajo peso.³³

4. Cuestionario de comportamiento alimentario de los niños: asociaciones

El estudio concluyo la importancia del concepto de estilo de alimentación radica en su contribución a la comprensión de las vías de comportamiento a la obesidad. Los resultados sugieren que la CEBQ es una herramienta valiosa para identificar específicos estilos de alimentación que pueden estar implicados en el desarrollo de la obesidad en los niños. El uso del CEBQ en la investigación futura podría ayudar aún más a la comprensión de los fenotipos de comportamiento heredados, y orientar las iniciativas de educación para la salud conductual.³⁴

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

La investigación fue de tipo descriptiva, ya que busco especificar las propiedades y las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. Es decir, únicamente pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta a los conceptos o las variables a las que se refieren. Su objetivo no es indicar como se relacionan estas; sólo describió la tendencia de un grupo o población. En la investigación se buscó conocer el comportamiento alimentario de los niños de 2 a 9 años, identificando las dimensiones del comportamiento alimentario.³⁵

La investigación fue cuantitativa porque el instrumento generó datos numéricos que fueron cuantificados, y se realizó un análisis estadístico descriptivo. No es experimental debido a que se realizó sin la manipulación deliberada de variables, ni se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. A su vez es transversal descriptivo, ya que indagó las incidencias de las modalidades, categoría o niveles de una o más variables en una población.³⁵

B. Sujeto y objeto de estudio

1. Unidades de análisis población y muestra

La unidad de análisis fueron los padres de familia de niños de 2 a 9 años, que residen en la zona Metropolitana de San Salvador, en el periodo de junio a julio del 2020.

La zona metropolitana de San Salvador, que está formada por 14 municipalidades, las cuales son San Salvador, Nejapa, Tonacatepeque, Apopa, Ciudad Delgado, Mejicanos, Cuscatancingo, Ayutuxtepeque, San Martín, Ilopango, Soyapango, San Marcos, Antiguo Cuscatlán y Santa Tecla. Tiene una extensión de 652.31 km² con una población de 2,177,432 habitantes. En 2014 se registraron 464,102 personas económicamente inactivas, El 3.30% de los hogares de la región se encontraron en situación de pobreza extrema en 2016. ³⁶

La muestra es no probalística por conveniencia. Se recopilaron los correos electrónicos y números telefónicos de padres de familia, amistades, familiares, vecino o compañeros de trabajo de las investigadoras; que cumplieron con los criterios de inclusión. Posteriormente, se les envió el consentimiento informado y el formulario de forma virtual a través de Google Forms. Se recopiló un mínimo de 30 padres de familia que pertenecían a los municipios de San Salvador, Soyapango, Santa Tecla y Ciudad Delgado.

2. Criterios de inclusión y exclusión

-Criterios de inclusión

- Padres de familia de niños de 2 a 9 años
- Residan en la zona Metropolitana de San Salvador
- Acceso a dispositivos electrónicos con internet

-Criterios de exclusión

- Niños con un trastorno psicomotor o de salud
- Padre de familia que desconozca los patrones alimentarios del niño.

C. Variables e indicadores

El comportamiento alimentario se define como el conjunto de acciones que establece la relación del ser humano con los alimentos, pudiendo ser clave en la incidencia de la obesidad.⁴⁶ Los indicadores por medio de los cuales se midió la variable fueron los dos subgrupos de donde se originan las 8 escalas que conforman el cuestionario CEBQ.

Los indicadores del comportamiento son antiingesta que se caracteriza por la disminución de la ingesta de alimentos; y se encuentra conformado por lentitud para comer, subalimentación emocional, exigencia a los alimentos y respuesta a la saciedad. Y el segundo componente es la proingesta que estimula la ingesta alimentaria.⁴³ Además se encuentra conformado por Disfrute de los alimentos, Deseo de beber, Respuesta a los alimentos y sobrealimentación emocional.

D. Técnicas materiales e instrumentos

1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

La técnica que se empleó para la recopilación de la información, se detalla a continuación:

1. Se obtuvieron los números de teléfono o correo electrónico de padres de familia niños de 2 a 9 años de la región metropolitana de San Salvador , de amistades , familiares y/o compañeros de trabajo de las investigadoras.
2. Se elaboró una base de datos con los contactos recolectados .
3. Se verificaron los criterios de inclusión.
4. Se envió el consentimiento informado virtual a través de Google Forms .
5. Se envió el formulario virtual a través de Google Forms.

6. Se exportaron los datos recolectados en Google Forms a una Hoja de cálculo de Excel para ser tabulados.

2. Instrumentos de registro y medición

Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario CEBQ, que se desarrolló por primera vez y se validó en el Reino Unido y ha sido utilizado en diversas ocasiones en países europeos y latinoamericano. ^{29, 30,31,38}

Se realizó una prueba piloto con el 10% de la muestra total, que cumplió con el criterio de inclusión. Luego rellenar el consentimiento informado, completaron el instrumento electrónicamente. En vista que los participantes no presentan ninguna dificultad en comprender el instrumento, no se realizó ningún ajuste del mismo.

El cuestionario CEBQ fue rellenado por los padres de familia, constó de 35 preguntas, la cuales son: dimensión proingesta (inclinación positiva hacia la ingesta) y dimensión antiingesta (inclinación negativa hacia la ingesta) con 4 subdimensiones para cada dimensión. Las preguntas consistieron en afirmaciones sobre la conducta de los niños, que los padres respondieron en una escala tipo Likert desde 1 hasta 5. ^{6, 27} (Anexo N °2)

Tabla 3. Cuestionario CEBQ⁶

Preguntas	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTE	SIEMPRE
<p>1.Mi hijo/a termina su comida rápidamente</p> <p>2.Mi hijo/a tiene interés en las comidas y alimentos</p> <p>3.Mi hijo/a rechaza los alimentos que no conoce cuando se le ofrecen por primera vez</p> <p>4.Mi hijo/a disfruta cuando hay gran variedad de alimentos</p> <p>5.Mi hijo/a come más cuando está preocupado</p> <p>6.Mi hijo/a deja comida en el plato al término del almuerzo y/o una comida</p> <p>7.Mi hijo/a demora más de 30 minutos para terminar un almuerzo o una comida</p> <p>8.Mi hijo/a espera ansiosamente las horas de la comida</p> <p>9.Mi hijo/a come menos cuando está enojado</p> <p>10. Mi hijo/a disfruta comiendo</p> <p>11.Mi hijo/a se satisface fácilmente con la comida</p> <p>12.Mi hijo/a está interesado en probar alimentos que no ha probado antes</p> <p>13. Mi hijo/a decide que no le gusta una comida, aun antes de haberlo probado</p> <p>14. Mi hijo/a le encanta comer</p> <p>15.Mi hijo/a come más cuando está molesto</p> <p>16.Mi hijo/a está siempre pidiendo algo para beber</p> <p>17. Mi hijo/a come lentamente</p> <p>18.Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre to-mando algo de beber</p> <p>19.Mi hijo/a esta siempre pidiendo comida</p> <p>20.Mi hijo/a come de más cuando no tiene nada que hacer (aburrido)</p> <p>21.Si fuera por él (ella) mi hijo/a comería todo el tiempo</p> <p>22. Mi hijo/a es difícil de dar en el gusto con la comida</p> <p>23.Incluso cuando está satisfecho/a, mi hijo/a esta dispuesto a comer su comida favorita</p> <p>24.Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría tomando líquidos todo el día</p>					

<p>25. Mi hijo/a come menos cuando está cansado</p> <p>26. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre comiendo algo</p> <p>27. Mi hijo/a come cada vez más lento durante el transcurso del almuerzo o la comida</p> <p>28. Mi hijo/a disfruta probando nuevos alimentos</p> <p>29. Mi hijo/a está satisfecho antes de terminar su comida</p> <p>30. Mi hijo/a come más cuando está ansioso</p> <p>31. Mi hijo/a come menos cuando está triste</p> <p>32. Si se lo permitiera, mi hijo comería en exceso</p> <p>33. Mi hijo/a no puede almorzar o cenar si ha comido algo antes</p> <p>34. Mi hijo/a tiene un gran apetito</p> <p>35. Mi hijo/a come más cuando está contento/a</p>					
---	--	--	--	--	--

Fuente: Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional, 2018.

Por lo tanto, las ocho subdimensiones de la conducta alimentaria (cada dimensión con 4 subdimensiones) con las que consta el CEBQ, son:

A. Proingesta:

Las cuatro subdimensiones tienen inclinaciones positivas hacia la comida; estas son:

1. Disfrute de los alimentos: pregunta 2, 8, 10 y 14.
2. Respuesta a los alimentos: pregunta 19, 21, 23, 26 y 32.
3. Sobre-alimentación emocional: pregunta 5, 15, 20 y 30.
4. Deseo de beber: pregunta 16, 18 y 24.

B. Antiingesta:

Las cuatro subdimensiones evalúan inclinaciones negativas hacia la ingesta, estas son:

1. Respuesta a la saciedad: pregunta 6, 11, 29, 33 y 34.
2. Lentitud para comer: pregunta 1,7, 17 y 27.
3. Subalimentación emocional: pregunta 9, 25, 31 y 35.
4. Exigencia a los alimentos: pregunta 3, 4, 12, 13, 22 y 28.

Sin embargo, hay un grupo de preguntas que tienen un tipo de puntuación reversa y estas son: 1, 4, 12, 28 y 34.

Tabla 4. Dimensiones y subdimensiones de la conducta alimentaria del cuestionario CEBQ⁶

Criterio Proingesta	Criterio Antiingesta
<p>1. Disfrute de los alimentos (DA): Pregunta 2 (P2): Mi hijo/a tiene interés en las comidas y los alimentos. Pregunta 8 (P8): Mi hijo/a espera ansiosamente las horas de la comida. Pregunta 10 (P10): Mi hijo/a disfruta comiendo. Pregunta 14 (P14): A mi hijo/a le encanta comer.</p>	<p>1. Respuesta a la saciedad (RS): Pregunta 6 (P6): Mi hijo/a deja comida en el plato al término del almuerzo y/o la comida. Pregunta 11 (P11): Mi hijo/a se satisface fácilmente con la comida. Pregunta 29 (P29): Mi hijo/a está satisfecho antes de terminar su comida. Pregunta 33 (P33): Mi hijo/a no puede almorzar o cenar, si ha comido algo antes. Pregunta 34 (P34): Mi hijo/a tiene un gran apetito.</p>
<p>2. Respuesta a los alimentos (RA): Pregunta 19 (P19): Mi hijo/a está siempre pidiendo comida. Pregunta 21 (P21): Si fuera por él (ella), mi hijo/a comería todo el tiempo. Pregunta 23 (P23): Incluso cuando está satisfecho, mi hijo/a está dispuesto a comer su comida favorita. Pregunta 26 (P26): Si le diera la oportunidad, mi hijo/a siempre estaría comiendo algo. Pregunta 32 (P32): Si lo permitiera, mi hijo/a comería en exceso.</p>	<p>2. Lentitud para comer (LC): Pregunta 1 (P1): Mi hijo/a termina su comida rápidamente Pregunta 7 (P7): Mi hijo/a demora más de 30 minutos para terminar un almuerzo o una comida. Pregunta 17 (P17): Mi hijo/a come lentamente. Pregunta 27 (P27): Mi hijo/a come cada vez más lento durante el transcurso del almuerzo o la comida.</p>

<p>3.Sobrealimentación emocional (SOA): Pregunta 5 (P5): Mi hijo/a come más cuando está preocupado. Pregunta 15 (P15): Mi hijo/a come más cuando está molesto. Pregunta 20 (P20): Mi hijo/a come de más cuando no tiene nada que hacer. (aburrido) Pregunta 30 (P30): Mi hijo/a come más cuando está ansioso.</p>	<p>3.Sub alimentación emocional (SUA): Pregunta 9 (P9): Mi hijo/a come menos cuando está enojado. Pregunta 25 (P25): Mi hijo/a come menos cuando está cansado. Pregunta 31 (P31): Mi hijo/a como menos cuando esta triste Pregunta 35 (P35): Mi hijo/a come más cuando está contento/a.</p>
<p>4.Deseo de beber (DD): Pregunta 16 (P16): Mi hijo/a está siempre pidiendo algo para beber. Pregunta 18 (P18): Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre tomando algo de beber. Pregunta 24 (P24): Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría tomando líquido todo el día.</p>	<p>4.Exigencia a los alimentos (EA): Pregunta 3 (P3): Mi hijo/a rechaza los alimentos que no conoce cuando se le ofrecen por primera vez. Pregunta 4 (P4): Mi hijo/a disfruta cuando hay una gran variedad de alimentos. Pregunta 12 (P12): Mi hijo/a está interesado en probar alimentos que no ha probado antes. Pregunta 13 (P13): Mi hijo/a decide que no le gusta una comida, aun antes de haberla probado. Pregunta 22 (P22): Mi hijo/a es difícil de dar en el gusto con la comida. Pregunta 28 (P28): Mi hijo/a disfruta probando nuevos alimentos.</p>

Fuente: Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional, 2018.

Para obtener el puntaje y evaluar el cuestionario después de ser complementado, se realiza de acuerdo a la dimensión y subdimensión, Para cada dimensión de la conducta alimentaria, se calcula el puntaje total; sumando los puntajes en una escala de 1 a 5 se dividen los puntos totales de cada dimensión entre el número de cada pregunta de esa dimensión. ⁶

Cabe destacar que el cuestionario CEBQ se aplica preferentemente en una entrevista directa con las madres o padres de familia que son los responsables de

la alimentación del niño/a, y se realiza en presencia del niño/a en un entorno tranquilo.⁶

Tabla 5. Matriz de congruencia

Tema: Comportamiento alimentario de niños de 2 a 9 años de edad en la Región Metropolitana de San Salvador.						
Enunciado del problema: ¿Cuál es el comportamiento alimentario de niños de 2 a 9 años de edad en la Región Metropolitana de San salvador?						
Objetivo general: Identificar el comportamiento alimentario en niños de 2 a 9 años de edad en la Región Metropolitana de San Salvador						
Objetivos específicos	Unidades de análisis	Variables	Operacionalización de variables	Indicadores	Técnicas a utilizar	Items
-Determinar las dimensiones pro ingesta del comportamiento alimentario en los niños.	Padres de familia de niños de 2 a 9 años que residen en la zona Metropolitana de San Salvador, en el periodo de Junio a Julio del 2020.	Comportamiento alimentario	Clasificación del cuestionario CEBQ	-Disfrute de los alimentos -Respuesta a los alimentos Sobrealimentación emocional -Deseo de beber	Encuesta virtual a través de Google Forms	-2, 8, 10 y 14. -19, 21, 23, 26 y 32. -5, 15, 20 y 30. -16, 18 y 24.
-Determinar las dimensiones anti ingesta del comportamiento alimentario en los niños.	Padres de familia de niños de 2 a 9 años que residen en la zona Metropolitana de San Salvador, en el periodo de Junio a Julio del 2020.	Comportamiento alimentario	Clasificación del cuestionario CEBQ	-Respuesta a la saciedad -Lentitud para comer -Subalimentación emocional -Exigencia a los alimentos	Encuesta virtual a través de Google Forms	-6, 11, 29, 33 y 34. -1,7, 17 y 27. -9, 25, 31 y 35. -3, 4, 12, 13, 22 y 28.

E. Aspectos éticos de la investigación

En la presente investigación se buscó el principio de no maleficencia, el cual consistió en no causar algún daño a las personas que participaron en la investigación. La información recopilada no fue utilizada ni compartida para ningún beneficio individual o de terceras personas, permitiendo que las respuestas únicamente fueran utilizadas de acuerdo a lo descrito en el consentimiento informado, proporcionado a los padres de familia (Anexo N°1), previo a completar el cuestionario de comportamiento alimentario infantil CEBQ.

Adicionalmente, ninguna de las preguntas formuladas incluyó datos personales que pusieran en riesgo la integridad de los niños y padres de familia. Dentro de 6 meses se eliminará toda la información primaria recopilada en el formulario y la base de datos, y sólo se dejarán los datos consolidados presentados en esta investigación, todo con el propósito de poder resguardar la confidencialidad y seguridad de las personas que brindaron esta información.

F. Procesamiento y análisis de la Información

El procesamiento y análisis de la información inicio con la recolección en la base de datos la cual estuvo conformada por las respuestas obtenidas del formulario del cuestionario CEBQ a través del formulario de Google Forms. completado por los padres de familia, posteriormente los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y en gráficas con el objetivo de realizar el respectivo análisis estadísticos y descriptivos de los resultados obtenidos.

G. Estrategia de utilización de resultados

Al finalizar la investigación, se pretende utilizar los resultados obtenidos de la siguiente manera:

- El informe final de la investigación estará disponible en físico en la biblioteca UEES. También, se pretende entregar y publicar los resultados de la investigación a la Unidad de Nutrición del MINSAL y en plataformas del Ministerio de Educación y al público en general; al cual corresponda tener conocimientos sobre esta investigación.
- Publicar resultados obtenidos en instituciones del sistema educativo público y privado, a través de un material didáctico a padres de familia y maestros.
- Socializar la investigación a través de boletines en los departamentos de psicología y nutrición y dietas, en diversos hospitales nacionales que cuentan con servicios de pediatría. De igual forma en Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la recopilación de la información todo se realizó de manera virtual, debido a la pandemia mundial provocada por el COVID-19 y la suspensión de actividades académicas incluyendo el cierre total e indefinido de los centros educativos a nivel nacional, y las medidas de confinamiento que limitaron la movilidad de las personas.

El análisis de la información obtenida tomó en cuenta las variables de edad, sexo y las dimensiones y subdimensiones por las que se encuentra conformado el Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil. Por lo tanto, los datos se analizaron mediante el programa Microsoft Excel 2010 con el propósito de graficar y tabular los datos de la muestra de acuerdo al formulario realizado en Google Forms, que fue complementado por los padres de familia que tenían hijos entre las edades de 2 a 9 años. Además, se tomaron en cuenta desviaciones estándar y promedios como herramientas para el análisis de los mismos.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos con sus tablas, gráficas y análisis respectivos:

A. Análisis descriptivo

Características generales de la muestra

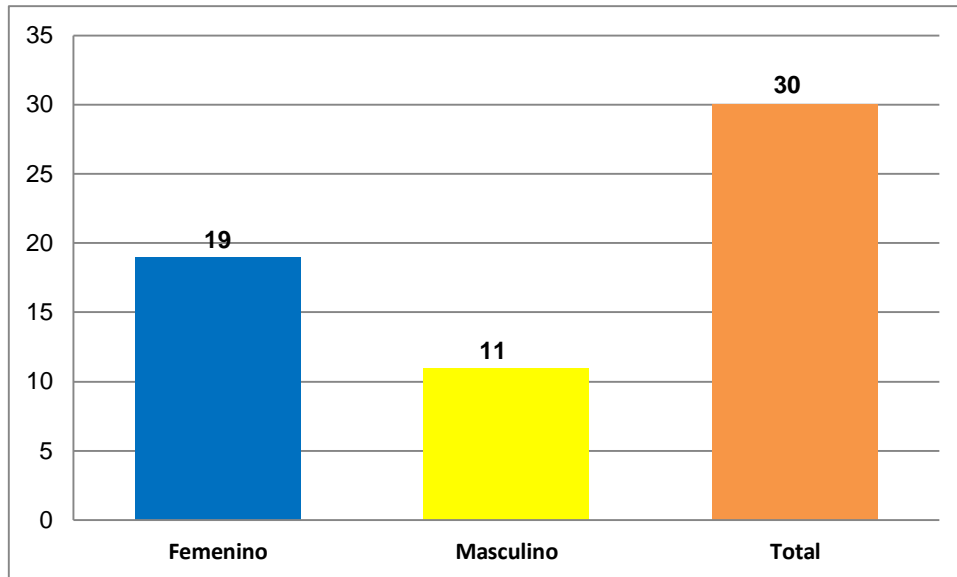


Gráfico 1. Sexo de los niños en la muestra

Se tomaron de muestra total 30 niños de los cuales sus padres estuvieron completamente de acuerdo a formar parte de la investigación, de lo antes mencionado, se tuvo que, 19 fueron del sexo femenino, mientras que 11 fueron del sexo masculino.

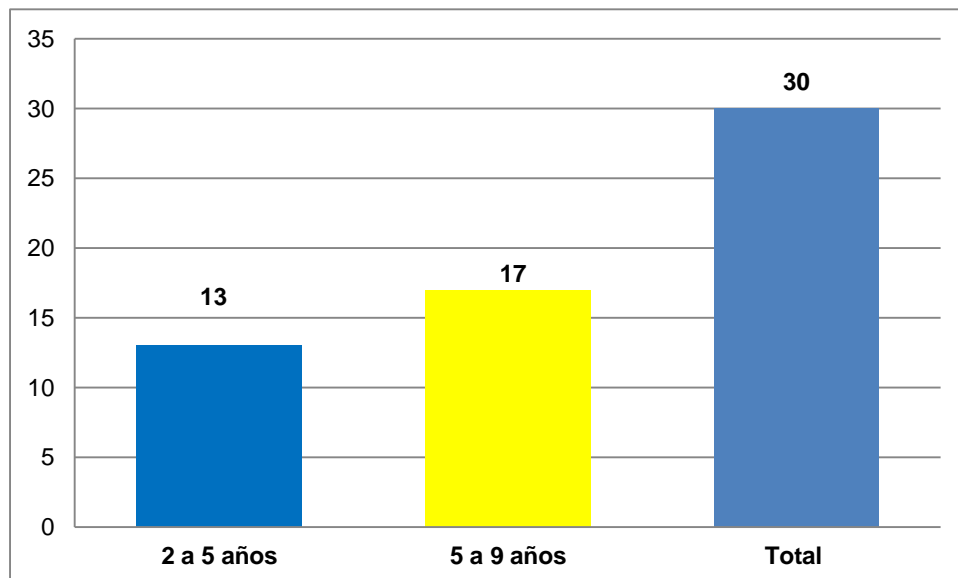


Gráfico 2. Rangos de edades en la muestra

Respecto a los grupos etarios, estos se clasifican en dos; uno conformado por edades entre 2 a 5 años y del cual hubo 13 niños en general y el otro grupo conformado por edades entre los 5 a 9 años de los cuales fueron 17, haciendo un total de 30 niños para el análisis de los datos de la muestra.

Análisis descriptivo de las dimensiones y subdimensiones

Tabla 1. Promedio general de las dimensiones antiingesta y proingesta de la muestra

PROMEDIOS FINALES GENERALES	
PROINGESTA	X±DE
	12.31±2.19
Disfrute de los alimentos	3.87±0.70
Respuesta a los alimentos	2.57±0.84
Sobrealimentación Emocional	2.13±0.78
Deseo de Beber	3.73±0.88
ANTIINGESTA	11.74±2.27
Respuesta a la saciedad	3.33±1.62
Lentitud para comer	2.88±0.77
Subalimentación Emocional	2.54±0.77
Exigencia a los Alimentos	2.99±0.65

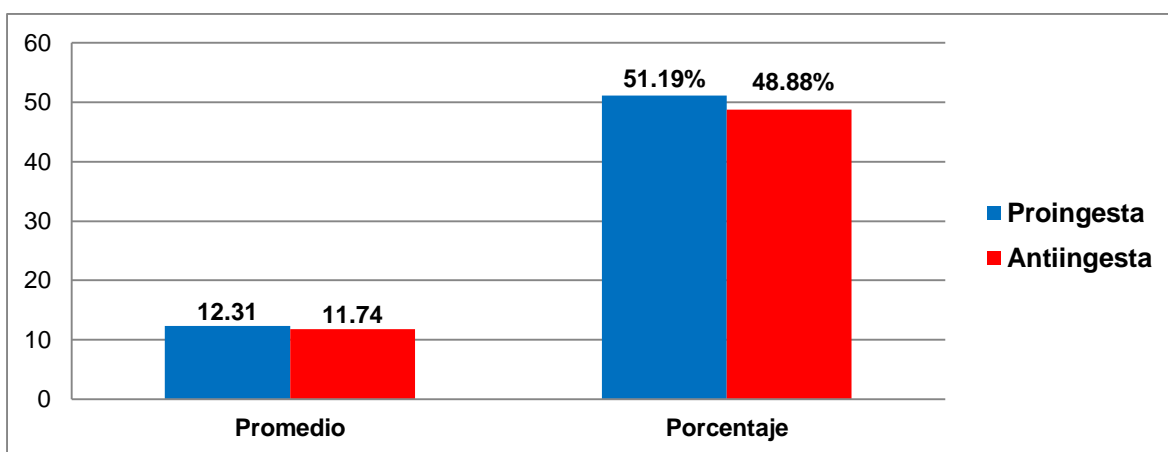


Gráfico 3. Promedios de dimensiones antiingesta y proingesta de la muestra

En la siguiente tabla y grafico se puede observar los datos generales de las dimensiones pro ingesta y anti ingesta con sus respectivas subdimensiones en las cuales la dimensión pro ingesta presenta mayor promedio acompañado de la sub dimensión de disfrute a los alimentos.

Al analizar los puntajes de pro ingesta, hay una directa relación con la subdimensión disfrute de los alimentos que reflejan una alimentación en respuesta a señales ambientales de los alimentos seguido de la subdimensión deseo de beber en donde se manifiesta el deseo de los niños de tomar bebidas, habitualmente azucaradas. Podemos observar en la dimensión Anti ingesta que su promedio es menor sin embargo esta dimensión se relaciona estrechamente de forma positiva con promedios superiores en la subdimensión respuesta a la saciedad, la cual representa la capacidad del niño por reducir la ingesta después de comer y regular su consumo de energía. La siguiente subdimensión con promedios superiores es la exigencia de los alimentos, en la cual hay un rechazo de la cantidad de alimentos y de nuevos alimentos lo cual condicionada y limita la variedad de los productos de alimentación que son aceptados e ingeridos por el niño. Y la subalimentación emocional ocasionando un aumento o disminución de la alimentación en respuesta a la variedad de emociones negativas como ira y ansiedad.

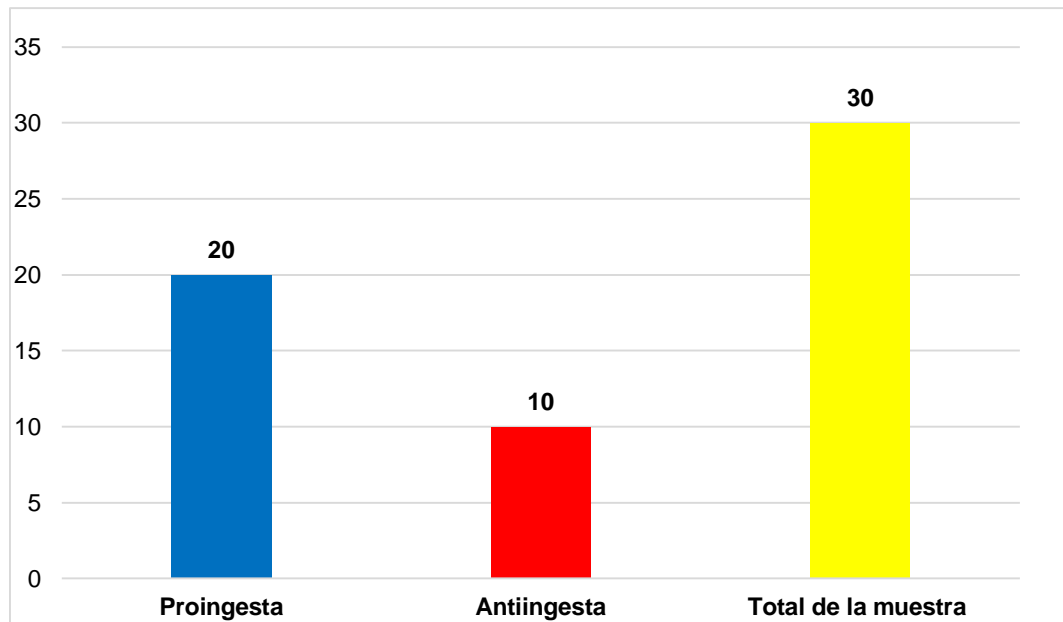


Gráfico 4. Resultado general de la muestra de las dimensiones antiingesta y proingesta

En el gráfico anterior se puede observar los resultados obtenidos en la investigación en la cual de un total de 30 muestras tomadas a niños y niñas en las edades de 2 a 9 años a través del Cuestionario de comportamiento alimentario (CEBQ) que diseñado con el fin de evaluar la conducta alimentaria en la etapa infantil, y por medio de las puntuaciones obtenidas, se determinó que 20 de ellos tienen una tendencia pro ingesta la cual en base a pasadas investigaciones tanto en Europa como en Latinoamérica; se relaciona con el sobrepeso y la obesidad, que han sido calificada como la epidemia del Siglo XXI, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁸ En los países en desarrollo con economías emergentes, la prevalencia de obesidad infantil de los niños en edad preescolar supera el 30%.⁽²⁹⁾ La tendencia pro ingesta en la conducta alimentaria viene acompañada de las subdimensiones, las cuales son disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta de los alimentos y sobrealimentación emocional. En cuanto al deseo de beber; según estudios realizados en Latinoamérica Niños con consumo habitual de bebidas azucaradas entre comidas tuvieron 2.4 veces más probabilidad de tener sobrepeso al ser comparados con niños no consumidores³⁷. La sobrealimentación emocional subdimensión relacionada a proingesta. En un artículo publicado en

2013 se revisaron diversos estudios y se demuestra una relación entre la obesidad en niños y adolescentes con el trastorno por atracón, el comer por aburrimiento, el llamado “comer emocional”, e incluso el síndrome del comedor nocturno. En donde se manifiesta, Si para calmar al niño se le compra un helado o chucherías, se está asociando la comida gratificante a una forma de calmar el malestar. Cuando un niño se siente aburrido y se dirige al frigorífico para comer algo agradable que “llene ese vacío”.³⁷

En cuanto a la dimensión anti ingesta en la muestra tomada encontramos en 10 niños esta tendencia la cual se asocia a niños con estados nutricionales normales o malnutrición por déficit, en esta dimensión se asocia las subdimensiones lentitud para comer, subalimentación emocional, exigencia a los alimentos, respuesta a la saciedad. En donde la respuesta a la saciedad en muchos estudios se demuestra que los padres no comprenden la importancia de respetar la saciedad en sus hijos y son obligados los niños comer las mismas cantidades que sus padres y esto trae consigo la poca aceptación de los niños a probar nuevos alimentos lo que relacionamos con la subdimensión exigencia a los alimentos.

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante estas edades en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la familia. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.²⁹

Análisis descriptivo de las dimensiones y subdimensiones por sexo

Tabla 2. Promedios de la muestra niñas de las dimensiones antiingesta y proingesta

PROMEDIOS GENERALES FINALES NIÑAS	
	X±DE
PROINGESTA	13.97 ±2.41
Disfrute de los alimentos	4.17±0.61
Respuesta a los alimentos	3.02±0.95
Sobrealimentación Emocional	2.75±0.59
Deseo de Beber	4.07±1.04
ANTIINGESTA	13.86±2.74
Respuesta a la saciedad	4.78±2.67
Lentitud para comer	3.44±0.80
Subalimentación Emocional	2.25±0.35
Exigencia a los Alimentos	3.40±0.87

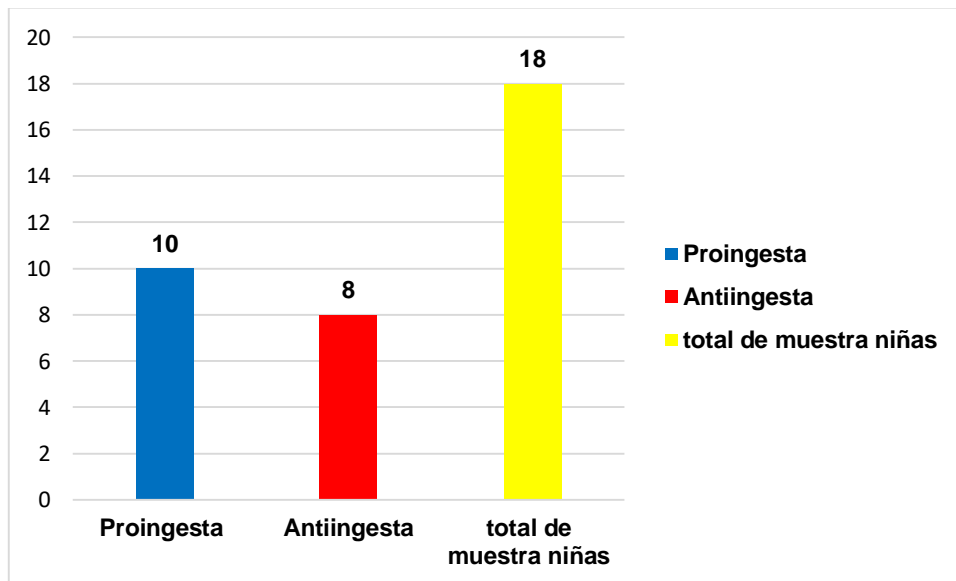


Gráfico 5. Resultados generales de las muestras de niñas de las dimensiones antiingesta y proingesta

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente tabla, se reflejan los resultados en donde para la dimensión de proingesta el mayor puntaje lo obtuvo el disfrute de alimentos que se encuentra asociada con la alimentación en respuesta a señales ambientales de los alimentos; es decir que podría ser favorecedor si se logra mantener el control de la respuesta saciedad, ya que podría verse influenciado por lo que se promociona acerca de ingesta alimentaria a nivel de publicidad o en los entornos donde se desenvuelva.

Por otro lado, en la dimensión de antiingesta se tuvo que la subdimensión con mayor puntuación fue la respuesta a la saciedad, lo que representa la capacidad del niño por reducir la ingesta después de comer y regular su consumo de energía, podría verse influenciado por que en algunos casos los padres o cuidadores están cerca de sus hijos, se encuentran pendientes de que ingieran sus alimentos al punto de poder detectar ese estímulo de saciedad y por lo tanto dejan de comer ya que se sienten satisfechos. También podría estar asociado una mayor autonomía que hace que puedan decidir en algunas ocasiones, es entonces cuando existe estimulación proveniente de los entornos en los que se encuentran los niños ya sea en sus lugares de estudios, con amigos, conocidos, familiares y también medios de comunicación que ya ejercen cierta influencia en querer probar otro tipo de alimentos aunque se encuentren ya satisfechos, esto hace que no se tenga demasiado control sobre el estímulo respuesta saciedad, dificultando descubrir en las señales fisiológicas naturales que se envían hacia el cerebro.

Por último, se puede decir que de acuerdo a las gráficas se obtuvo que la mayoría resultó con un mayor puntaje en la dimensión de pro ingesta que se encuentra asociada con estimulación de la ingesta alimentaria.

Tabla 3. Promedio general de la muestra niños de las dimensiones antiingesta y proingesta

PROMEDIOS GENERALES FINALES NIÑOS	
PROINGESTA	X±DE
	12.38±1.44
Disfrute de los alimentos	4.20±0.46
Respuesta a los alimentos	2.72±0.67
Sobrealimentación Emocional	2.23±0.63
Deseo de Beber	3.24±0.73
ANTIINGESTA	12.75±1.62
Respuesta a la saciedad	3.00±0.00
Lentitud para comer	2.50±0.35
Subalimentación Emocional	3.50 ±0.71
Exigencia a los Alimentos	3.75±0.59

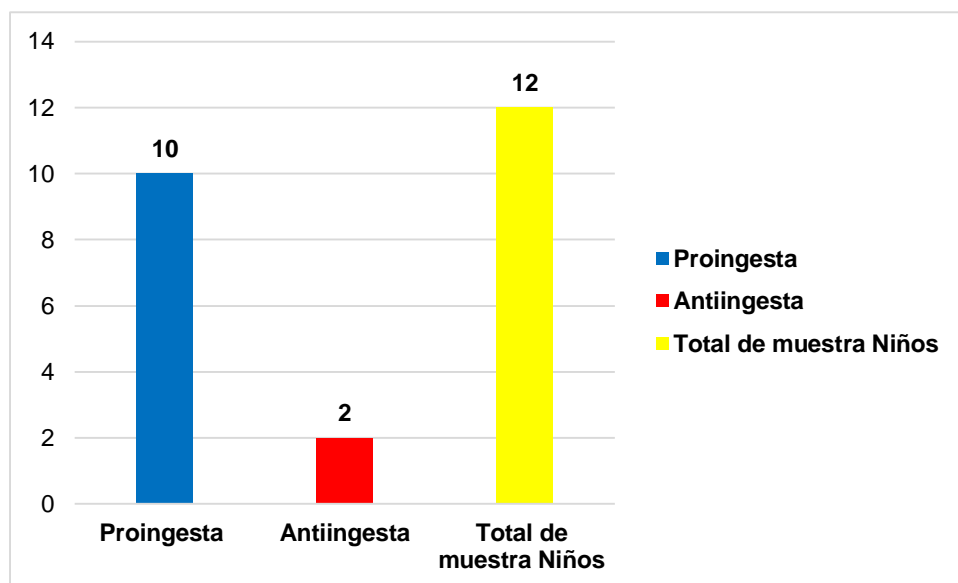


Gráfico 6. Resultado general de la muestra niños de las dimensiones antiingesta y proingesta

Mediante la presente tabla se obtuvo que en cuanto a la proingesta la subdimensión con mayor puntaje fue el disfrute de alimentos que se encuentra asociada con la alimentación en respuesta a señales ambientales de los alimentos.

Por otro lado, en cuanto a la anti ingesta se obtuvo que la subdimensión con mayor puntaje fue la respuesta a la saciedad que representa la capacidad del niño por

reducir la ingesta después de comer y regular su consumo de energía, estos resultados pudieran asociarse a una mayor autonomía que se adquiere en esas edades, es decir de poder ser influenciados por sus entornos y tener la potestad de decidir cuándo, qué y cuanto comer aunque sobrepase la sensación de saciedad que se adquiere al sentirse satisfechos después de ingerir alimentos, y entonces verse influenciados por el entorno para continuar ingiriendo alimentos; para el caso de niños más pequeños, es completamente diferente ya que en ese caso, la alimentación depende por completo de adulto responsable de brindar la alimentación a sus hijos, facilitando el reconocimiento de ese estímulo natural de saciedad.

Por último, se puede decir que de acuerdo a las gráficas se obtuvo que la mayoría resultó con un mayor puntaje en la dimensión de pro ingesta que se encuentra asociada con estimulación de la ingesta alimentaria; a pesar que hubo una minoría con anti ingesta.

Análisis descriptivo de las dimensiones y subdimensiones por edad

Tabla 4. Promedios de la muestra niñas y niños de 2 a 5 años de edad de las dimensiones antiingesta y proingesta

PROMEDIOS FINALES NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS	
	X±DE
PROINGESTA	14.57±2.35
Disfrute de los alimentos	4.19±0.75
Respuesta a los alimentos	3.30±0.90
Sobrealimentación Emocional	2.50±0.68
Deseo de Beber	4.58±0.50
ANTIINGESTA	13.97±3.63
Respuesta a la saciedad	5.52±3.82
Lentitud para comer	3.00±3.75
Subalimentación Emocional	2.13±0.48
Exigencia a los Alimentos	3.29±0.44

PROMEDIOS FINALES NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS	
	X±DE
PROINGESTA	12.72±1.71
Disfrute de los alimentos	4.21±0.58
Respuesta a los alimentos	2.80±0.88
Sobrealimentación Emocional	2.21±0.68
Deseo de Beber	3.50±0.75
ANTIINGESTA	0

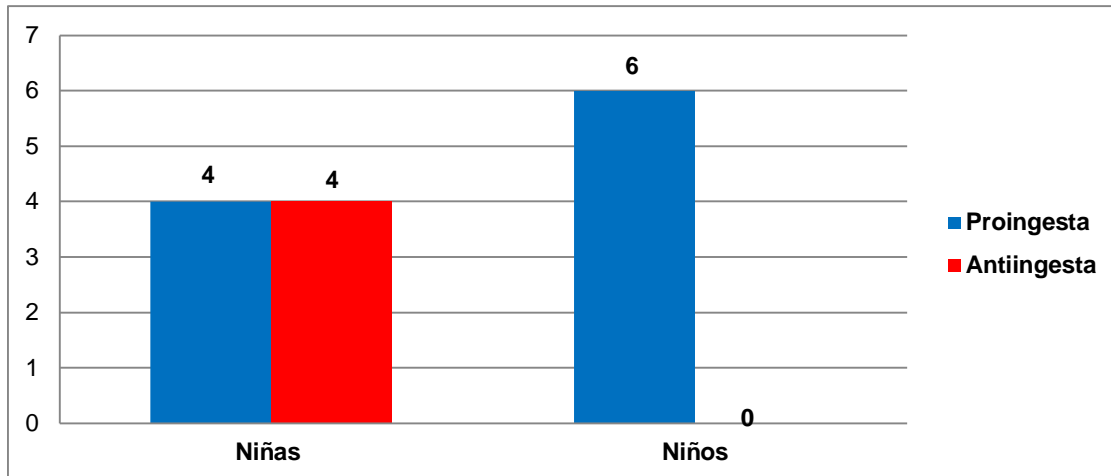


Gráfico 7. Resultado general las muestras niñas y niños de 2 a 5 años de las dimensiones antiingesta y proingesta

En la tabla 4, se reflejan los resultados obtenidos de la muestra de los niños y niñas de Antiingesta y Pro ingesta con cada una de las subdimensiones; por lo cual, la dimensión que tiene un mayor promedio es Pro ingesta en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad. Sin embargo, en la tabla de resultados de niñas la subdimensión con mayor promedio Deseo de beber (4.58 ± 0.50), esto indica que las niñas de 2 a 5 años tienen mayor tendencia a beber líquidos y no alimentos sólidos, y estos pueden ser mayor consumo de bebidas artificiales; y con menor promedio esta la subdimensión Sobrealimentación Emocional (2.50 ± 0.68) indicando que tiene una baja tendencia a incrementar la ingesta en contextos emocionales negativos, como cuando está molesto o aburrido.

Por lo tanto, las niñas de 2 a 5 años reflejan en la dimensión de Anti ingesta que la subdimensión con mayor promedio Respuesta a la saciedad (5.52 ± 3.82), indicando que las niñas tienen una disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos; en este caso pueden ser por mayor consumo de golosinas por consentimiento de los padres que interfiere en la disminución del hambre. Sin embargo, la subdimensión con mejor puntaje es subalimentación emocional

(2.13±0.48), tendencia a reducir la ingesta en contextos emocionales negativos cuando están molesto o aburridos.

Además, en la tabla de niños de 2 a 5 años los resultados obtenidos reflejan en la dimensión de proingesta que la subdimensión con mayor promedio disfrute de los alimentos (4.21±0.58), indica que tienen una condición positiva a la sensación de hambre, deseo de comer y el placer por los alimentos; y con menor promedio esta la subdimensión sobrealimentación emocional (2.21±0.68), indica que incrementan la ingesta cuando están aburridos o molestos.

Destacándose en el gráfico 5, las niñas de 2 a 5 años de edad para Antiingesta 4 niñas y proingesta están 4 niñas en ambas dimensiones; pueden tener una respuesta negativa o positiva a la ingesta de alimentos y proingesta 6 niños de 2 a 5 años, reflejaron una respuesta positiva a la ingesta y ninguno de los niños de 2 a 5 años de edad refleja tener una respuesta negativa ingesta de alimentos.

Tabla 5. Promedios de la muestra niñas y niños de 5 a 9 años de edad de las dimensiones antiingesta y proingesta

PROMEDIOS FINALES NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS	
	X±DE
PROINGESTA	13.58±2.58
Disfrute de los alimentos	4.10±0.57
Respuesta a los alimentos	2.83±1.02
Sobrealimentación Emocional	2.92±0.52
Deseo de Beber	3.72±1.20
ANTIINGESTA	13.75±2.09
Respuesta a la saciedad	4.00±0.71
Lentitud para comer	3.88±0.78
Subalimentación Emocional	2.38±0.14
Exigencia a los Alimentos	3.50±1.25

PROMEDIOS FINALES NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS	
	X±DE
PROINGESTA	11.87±1.22
Disfrute de los alimentos	4.19±0.38
Respuesta a los alimentos	2.60±0.43
Sobrealimentación Emocional	2.25±0.74
Deseo de Beber	2.84±0.69
ANTIINGESTA	12.75±0.47
Respuesta a la saciedad	3.00±0.00
Lentitud para comer	2.50±0.35
Subalimentación Emocional	3.50±0.71
Exigencia a los Alimentos	3.75±0.53

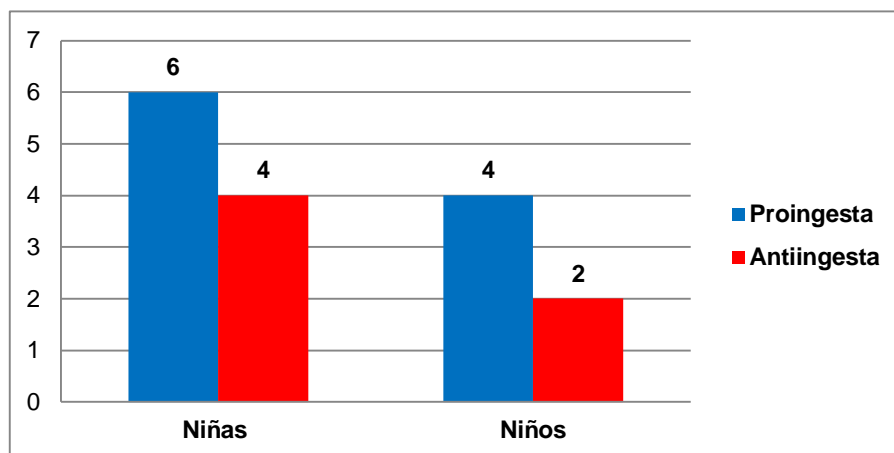


Gráfico 8. Resultado general de la muestra de niñas y niños de 5 a 9 años de las dimensiones antiingesta y proingesta

En la tabla 5, se reflejan los resultados obtenidos de los niños y niñas en las edades de 5 a 9 años de las dimensiones antiingesta y proingesta con cada una de las subdimensiones. Se puede destacar que para las niñas y niños de 5 a 9 años de edad tienen un mayor promedio en antiingesta con una inclinación negativa hacia la ingesta.

Para las niñas de 5 a 9 años de edad, en la dimensión de proingesta la subdimension que tiene mayor promedio disfrute de los alimentos (4.10 ± 0.57), que está asociada positivamente con la sensación de hambre, deseo de comer y el placer por el alimento; y con menor promedio respuesta a los alimentos (2.83 ± 1.02) indicando susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales. En antiingesta, la subdimension con mayor promedio Respuesta a la saciedad (4.00 ± 0.71); con una disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos antes de los tiempos de comida o porque deja comida en el plato o queda satisfecho antes de terminar la comida.

Además, los niños de 5 a 9 años de edad que presentan un mayor promedio en la dimensión antiingesta en la subdimensión exigencia a los alimentos (3.75 ± 0.53) indicando una exigencia condicionada porque tienen una limitante por los alimentos que son aceptados por los niños; y la subdimensión con menor puntaje lentitud para comer (2.50 ± 0.35) tienen una tendencia a comer más lento en el curso de una comida y a prolongar sus tiempos de duración. En la dimensión proingesta, la subdimensión con mayor puntaje disfrute de los alimentos (4.19 ± 0.38) tiene una condición asociada positivamente con la sensación de hambre, deseo de comer y el placer por el alimento; y la subdimensión con menor puntaje sobrealimentación emocional (2.25 ± 0.74) con una tendencia a incrementar la ingesta cuando esta aburrido, molesto o ansioso.

En el gráfico 6, de las muestras de 30 niños en las edades de 2 a 9 años; se destaca que 6 niñas y 4 niños tienen una inclinación positiva a la ingesta (proingesta), 4 niñas y 2 niños con una inclinación negativa a la ingesta. Por lo tanto, refleja que el mayor promedio en la dimensión es proingesta.

B. Discusión de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos de la presente investigación se tuvo que de un total de 30 niños como muestra, un promedio de 12.31 representado por 51.19% fue otorgado a la dimensión de pro ingesta, a su vez, un 11.74 de promedio para la dimensión de antiingesta representado por un 48.88%. Con estos datos, se pudo establecer que existe un mayor porcentaje para la proingesta, la cual se encuentra asociada con el estímulo de la ingesta alimentaria, complementándose con sus 4 subdimensiones (disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta a los alimentos y sobrealimentación emocional).

Esto podría estar asociado a generar posibles problemas de sobrepeso u obesidad si no se mantiene un equilibrio balanceado entre la ingesta, gasto calórico y hábitos de alimentación, que podrían ser desencadenantes para el desarrollo de estos posibles escenarios asociados a su estado nutricional.

Lastimosamente, no se han llevado a cabo investigaciones previas a nivel nacional, en las cuales se haya utilizado la herramienta del Cuestionario del Comportamiento de Alimentación Infantil (CEBQ), y en esta oportunidad no se logró relacionar con los estados nutricionales actuales de los 30 niños, debido a razones previamente expuestas. Sin embargo, si podría asociarse con los resultados del IV Censo Nacional de Talla y I Censo Nacional de Peso; realizado en escolares de primer grado en mayo de 2016, que menciona que estudios realizados en otros grupos de población y al igual que en el resto de países, la obesidad en las últimas décadas ha experimentado aumentos importantes. El sobrepeso y obesidad aún en edades tempranas se obtuvo prevalencias muy altas en ambas categorías con un 17.1% y 13.64%, afectando a un total de 34,426 niños y niñas a nivel nacional.¹

De igual forma se puede asociar con los resultados reflejados según la investigación titulada “Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional” llevada a cabo por Universidad Santo Tomás en Valparaíso, Chile, en donde se concluyó que los niños entre 6 a 8 años, independiente al tipo de establecimiento educacional al que pertenezcan, presentan similar comportamiento alimentario, asociándose positivamente los niños obesos a las conductas de pro ingesta, siendo más rápidos para comer, con menor respuesta a la saciedad y presentando una mayor ingesta alimentaria en situaciones emocionales negativas.⁶

Diversos estudios señalan que el aumento en los índices de obesidad experimentados en el último tiempo se debe principalmente a cambios ambientales, como el incremento del sedentarismo ^{6,7} y la ingesta de alimentos altamente energéticos, ricos en grasas y azúcares, ^{7,8} creando un escenario al que se le ha denominado “ambiente obesogénico”.⁴ Sin embargo, no todas las personas que viven en este ambiente obesogénico responden de la misma forma a los estímulos alimenticios, observándose gran variabilidad en parámetros como el índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de grasa abdominal entre los individuos de una misma población.⁴ Esta variabilidad sería el resultado de la interacción entre componentes genéticos heredables, el entorno social y familiar al que los individuos se encuentran expuestos,^{9,10} los que afectarían los mecanismos que regulan el apetito y el comportamiento alimentario.^{11,12}

Generalmente, se acepta que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales; ya que la conducta alimentaria individual se estructura a partir de un conjunto específico de dimensiones de comportamiento respecto a la propia alimentación.¹³

También se cuenta con la investigación titulada “Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares chilenos” llevada a cabo por la Universidad de La Frontera. Temuco, Chile, en 247 preescolares (2-4 años) de la Región de la Araucanía, Chile. Los resultados obtenidos fueron 130 fueron hombres y 117 fueron mujeres, con una malnutrición por exceso del 58,6% y 49,6%, respectivamente. Las puntuaciones de conducta alimentaria (CA) proingesta presentaron una asociación positiva y significativa con el estado nutricional y la dimensión respuesta a los alimentos. En cuanto a las puntuaciones de CA antiingesta, se observó una tendencia inversa no significativa con el estado nutricional; sin embargo, existe una asociación negativa y significativa en las dimensiones respuesta a la saciedad y lentitud para comer. En conclusión, la conducta alimentaria proingesta se asocia directamente con el estado nutricional y la conducta antiingesta, de manera inversa sólo con ciertas dimensiones.³²

También se cuenta con la investigación titulada, “Niños de comportamiento alimentario Cuestionario: asociación con el IMC en niños de 3 años de edad - 10 años de Bosnia y Herzegovina” llevada a cabo por la Universidad de Tuzla, en Bosnia y Herzegovina. Los participantes fueron niños y niñas entre 3 a 10 años y uno de sus padres. Los resultados de la muestra del estudio comprendían 2500 niños; 68% de ellos eran bajo peso y 14 % tenían sobrepeso, mientras que hubo 14 % de los niños obesos y 64 % tenían peso normal.

La conclusión de este estudio sugiere que el CEBQ es valioso para identificar estilos de comer específicos que están asociados con el estado de peso y pueden considerarse como determinantes importantes y modificables implicados en el desarrollo y mantenimiento de sobrepeso / obesidad, así como bajo peso.³³

Finalmente, según la investigación titulada “Cuestionario de comportamiento alimentario de los niños: asociaciones con el IMC en niños portugueses” llevada a cabo por la Universidad College de Londres, Londres, Reino Unido menciona que, al utilizar un diseño transversal, una muestra de 240 niños (123 mujeres y 117 hombres) con edades de 3-13 años fueron reclutados de la clínica y los ajustes basados en la comunidad.

La conclusión a la que se llegó entonces, fue enfocada hacia la importancia del concepto de estilo de alimentación que radica en su contribución a la comprensión de las vías de comportamiento a la obesidad. Los resultados sugieren que el CEBQ es una herramienta valiosa para identificar estilos alimenticios que pueden estar implicados en el desarrollo de la obesidad en los niños. El uso del CEBQ en la investigación futura podría ayudar aún más a la comprensión de los fenotipos de comportamiento heredados, y orientar las iniciativas de educación para la salud conductual.³⁴

Como pudo observarse en la mayoría de estudios se mostró la asociación de la dimensión proingesta con posibles estados nutricionales de sobrepeso u obesidad, lo cual muestra la importancia de la utilización de esta herramienta como parte de la evaluación en el estado nutricional infantil, para contribuir con la prevención de estos problemas que en la actualidad se encuentran en auge, no solamente a nivel nacional sino en general a nivel mundial.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

Para la presente investigación se concluye que:

- En base a los 30 niños que se tomaron de muestra entre las edades de 2 a 9 años de la región metropolitana de San Salvador se obtuvo que un 51.19 % de ellos tienen conducta alimentaria proingesta mientras que un 48.88 % una conducta alimentaria antiingesta. Así mismo, los promedios de la dimensión proingesta son superiores representando un 12.31 asociado a proingesta que se relaciona a sobrepeso y obesidad, versus un 11.74 de promedio de la dimensión antiingesta.
- La investigación demostró que 20 niños de los 30 estudiados presentan tendencia asociada con la dimensión proingesta. Por sexo se puede decir que niñas de igual forma tienen mayor tendencia a esta dimensión, ya que de 18 niñas que formaban parte de la muestra 10 de ellas tienen esta tendencia. Y en niños de 12 de la muestra 10 presentan tendencia proingesta. Esta dimensión viene acompañada por las subdimensiones de las cuales son disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta de los alimentos y sobrealimentación emocional en donde se pudo observar disfrute de los alimentos con promedio de 3.87 y deseo de beber con promedio de 3.73 abonan a la tendencia que indica mayor riesgo de presentar sobrepeso u obesidad en edades posteriores.
- En cuanto a la dimensión antiingesta 10 niños presentan esta tendencia de una muestra total de 30 niños. En cuanto a sexo femenino 18 niñas totales de la muestra, se tuvo que 8 tienen tendencia antiingesta y en sexo masculino se encontró que de 12 niños totales de la muestra 2 presentan esta tendencia

a dimensión antiingesta. Esto, a su vez, viene acompañado por las subdimensiones de respuesta a la saciedad, lentitud para comer, subalimentación emocional y exigencia de los alimentos siendo esta última la de promedio superior que refleja la poca aceptación de los niños a probar nuevos alimentos limitando su consumo y el valor nutricional que aportarían diferentes alimentos.

B. Recomendaciones

Según los resultados, se recomienda lo siguiente:

1. Para futuras investigaciones correlacionar el cuestionario CEBQ con el estado nutricional de los niños y niñas para poder complementar la información obtenida en la presente, de tal forma que puedan asociarse con sus estilos de vida, y poder determinar posibles riesgos nutricionales.
2. Incorporar el Cuestionario del Comportamiento de Alimentación Infantil al momento de hacer una evaluación nutricional al paciente pediátrico, con el propósito de identificar patrones alimentarios y cómo estos podrían repercutir en su estado nutricional.
3. Utilizar el Cuestionario del Comportamiento de Alimentación Infantil a manera de complemento, a fin de establecer intervenciones preventivas o terapéuticas dirigida a los padres y/o cuidadores. De esta forma, promover hábitos saludables y prevenir el desarrollo de cualquier tipo de malnutrición.
4. Promover la utilización del CEBQ entre los profesionales claves en la atención infantil, con el propósito de identificar tendencias proingesta o antiingesta, y de esta manera poder determinar el manejo nutricional más adecuado y oportuno ante la circunstancia.
5. Reforzar los conocimientos respecto al Cuestionario de Alimentación Infantil no solamente, haciendo referencia a su fundamentación teórica, sino también en cuanto a su aplicación práctica, como una herramienta que contribuye a determinar patrones alimentarios.

FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

1. Unidad de Comunicaciones del Ministerio de Salud. Sobrepeso y obesidad el nuevo problema que enfrenta la población de América Latina y el Caribe, incluyendo a El Salvador [Internet] El Salvador: Ministerio de Salud. 2017 [citado 5 de Febrero de 2020] Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2017/pdf/boletin_prensa27042017.pdf
2. IV CENSO NACIONAL DE TALLA Y I CENSO NACIONAL DE PESO en escolares de Primer Grado de El Salvador [Internet] El Salvador: Gobierno de El Salvador; 2018 [citado 5 febrero 2020] Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/Documentacion_IVCensoPesoTalla_ElSalvador2016.pdf
3. R. Benitez, C. Etienne. FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, OPS, Organización para la Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud. Santiago, América Latina y El Caribe: Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sistemas Alimentarios Sostenibles para poner fin al hambre y la Malnutrición. Página 16. [Internet] 2017 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
4. M. Geneva. H. Switzerland. Organización Mundial de la salud OMS. Suiza. [Internet] 2014 [citado 10 de febrero 2020]; Vol. (1):12. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?sequence=1.
5. Ministerio de Salud República de El Salvador. Boletín Epidemiológico. MINED El Salvador. [Internet] 2015. Boletín de la semana 24 [citado 10 de febrero 2020]; Vol(1):20. Disponible en:

https://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/boletines_epidemilogicos2015/Boletin_epidemiologico_SE242015.pdf.

6. C. Vanegas, Gallegos L, Espinoza M, Denniss G, Katherine C. Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional. Rev Chil Nutr [Internet] 2019 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.
7. Gonzalez-Gross M, Melendez A. Sedentarism, active lifestyle and sport: Impact on health and obesity prevention. Nutr Hosp [Internet]; 2013 [citado 5 Febrero 2020] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>
8. Santaliestra-Pasias AM, Rey-Lopez JP, Moreno Aznar LA. Obesity and sedentarism in children and adolescents: what should be bone? Nutr Hosp;28(Suppl 5):99-104. [Internet] 2013 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.
9. Bergin JE, Neale MC, Eaves LJ, Martin NG, Heath AC, Maes HH. Genetic and environmental transmission of body mass index fluctuation. Behav Genet; 42(6):867-74. [Internet] 2008 [citado 5 febrero 2020]; 46(3):254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.
10. Wardle J, Carnell S, Haworth CM, Plomin R. Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. Am J Clin Nutr 2008;87(2):398-404. [Internet] 2008 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

11. Dubois L, Diasparra M, Bedard B, Kaprio J, Fontaine-Bisson B, Tremblay R, et al. Genetic and environmental influences on eating behaviors in 2.5- and 9-yearold children: a longitudinal twin study. *Int J Behav Nutr Phys Act*; 10:134. [Internet] 2013 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.
12. Grimm ER, Steinle NI. Genetics of eating behavior: established and emerging concepts. *Nutr Rev* [Internet]; 2011 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.
13. Oyarce K, Valladares M, Elizondo-Vega R y Obregón A. Conducta alimentaria en niños. *Nutr Hosp* [Internet]; 2016 [citado 5 febrero 2020]; 33:1461-1469. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309249472031.pdf>.
14. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* [Internet]; 1998 [citado 11 febrero 2020] 101: 539-549. Disponible: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/101/Supplement_2/539.full.pdf.
15. Bell EA, Rolls BJ. Regulación de la ingesta de energía: factores que contribuyen a la obesidad. En: ILSI. Conocimientos actuales en Nutrición. Washington DC; OPS/ILSI [Internet]; 2003 [citado 11 febrero 2020] (8): 34-43. Disponible: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S7QLTDv0dAJ:publications.paho.o/spanish/PC%2B592%2Bcapitulo%2B4.pdf+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=sv>.
16. Park HS, Yim KS & Cho S. Gender differences in familial aggregation of obesity-related phenotypes and dietary intake patterns in Korean families. *Ann Epidemiol*

- [Internet]; agosto 2004 [citado 11 Febrero 2020] 14: 486-491. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047279703003569>.
- 17.** Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* [Internet]; Dic 2007 [citado 11 febrero 2020] 29 (3): 280-285. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002.
- 18.** Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol*. *Rev Chil Nutr* [Internet]; Jun 2006 [citado 11 febrero 2020] 32:52-63. Disponible: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl011>.
- 19.** Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. “Just three more bites”: An observational analysis of parents’ socialization of children’s eating at mealtime. *Appetite*. *Rev Chil Nutr* [Internet]; Sept 2006 [citado 11 Febrero 2020] 48(1):37-45. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2045650/>.
- 20.** Benton D. Role of parents in the determination of food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obesity*. *Rev Chil Nutr* [Internet]; Jun 2004 [citado 11 febrero 2020] 28(1):858-869. Disponible: <https://www.nature.com/articles/0802532>.
- 21.** Castro P, Bellido S. Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Rev Esp Obes*. *Rev Chil Nutr* [Internet]; Sept 2008 [citado 11 Febrero 2020] 4:338-345. Disponible: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006.

- 22.** Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr. Rev Chil Nutr* [Internet]; Julio 2004 [citado 11 febrero 2020] 145:20-25.
Disponible: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(04\)00223-9/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(04)00223-9/fulltext).
- 23.** Kristensen ST. Social and cultural perspectives on hunger, appetite and satiety. *Eur J Clin Nutr. Rev Chil Nutr* [Internet]; Jun 2000 [citado 11 febrero 2020] 54:473-478. Disponible: <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601015>.
- 24.** Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr. Rev Chil Nutr* [Internet]; Jun 2013 [citado 11 febrero 2020] 24(2):83–92. Disponible: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07315724.2005.10719448>.
- 25.** Olivares S, Yáñez R, Díaz N. Publicidad de alimentos y conducta alimentaria en escolares de 5º a 8º básico. *Rev Chil Nutr* [Internet]; abril 2003 [citado 11 febrero 2020] 30(1):36-42. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000100005.
- 26.** Jessica Osorio E., Gerardo Weisstaub N., Carlos Castillo D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. Scielo* [Internet]; marzo 2009 [Citado 19 de mayo 2020] 29:31-35. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717.
- 27.** Gonzalez A, J. L Santos Martinez. Adaptación y aplicación del cuestionario de conducta de alimentación infantil CEBQ. *Fundamentos de Nutrición y Dietética, bases metodológicas y aplicaciones*. Primera edición. España. Editorial Médica Panamericana 2011, p. 341.

- 28.** Spruijt-Metz D, Lindquist CH, Birch LL, Fisher JO, Goran MI. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. *Am J Clin Nutr* [Internet]; Nov 2002 [Citado 8 de mayo 2020] 75:581-586. Disponible:https://www.researchgate.net/publication/11496984_Relation_between_mothers%27_child-feeding_practices_and_children%27s_adiposity
- 29.** Wardle J, Marsland L, Sheikh Y, Quinn M, Fedorof FL, Ogden J. Eating style and eating behavior in adolescents. *SCI Dir* [Internet]; Dic 1992 [Citado 9 de junio 2020] 18:167-183. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/019566639290195C>.
- 30.** Santos JL, Ho-Urriola JA, Gonzalez A, et al. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutr J.* [Internet]; Dic 2011 [Citado 9 junio 2020] 10:108–110. Disponible:[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3213088/#:~:text=Eating%20behavior%20scores%20were%20strongly,%22%20\(P%20%3C%200.0001\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3213088/#:~:text=Eating%20behavior%20scores%20were%20strongly,%22%20(P%20%3C%200.0001).).
- 31.** Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behavior patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight-factor validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys* [Internet]; Oct.2011 [Citado 10 de mayo] 8:134-140. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22152012/>.
- 32.** Henríquez Konings F., Lanuza Rilling F., Bustos Medina L., González San Martín A., y Hazbún Game J. Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares chilenos. *Rev Chil Nutr* [Internet]; marzo 2018 [citado 5 febrero 2020] 35(5):1049-1053. Disponible: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1803>.

- 33.** Razija S y N Pranji. Childrens Eating Behaviour Questionnaire in Bosnia and Herzegovina. Clínica de Pediatría, Clínica Universitaria Centro de Tuzla. [Internet]; 2019 [citado 5 febrero 2020]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/335057155_Children's_Eating_Behaviour_Questionnaire_association_with_BMI_in_children_aged_3-10_years_from_Bosnia_and_Herzegovina.
- 34.** V. Viana, S. Sinde y JC Saxton. Childrens Eating Behaviour Questionnaire in Portugal. Facultad de Ciencias de los Alimentos y Nutrición de la Universidad de Oporto, Rua Dr Roberto Frías, Oporto 4200-465, Portugal. [Internet] 2016 [citado 5 febrero 2020]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/5575654_Children's_Eating_Behaviour_Questionnaire_Associations_with_BMI_in_Portuguese_children.
- 35.** Sampiere R, Fernández C, Babtista L. Metodología de la investigación .6ta Ed. México DF: Mc graw hill; 2014 .92 p.,155 p.
- 36.** Observatorio Metropolitano. Indicadores Metropolitanos. San Salvador: Observatorio metropolitano. [Internet] 2018 [citado 24 junio 2020]. Disponible desde: <http://observatoriometropolitano.org.sv/observatorio/principal.aspx>
- 37.** Juan Ángel R, Dommarco, Anabel V, Angela C. Consumo de refrescos, bebidas azucaradas y el riesgo de obesidad y diabetes. Rev.Instituto Nacional de salud Publica [Internet]; enero 2007 [Citado 1 agosto 2020] 18:2-4. Disponible:https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=849-vfinal-consumo-de-bebidas-azucaradas&Itemid=493
- 38.** Carrasco Marin F. V. Construcción y validación de un cuestionario de conductas alimentarias asociadas al sobrepeso y la obesidad en adolescentes. [Tesis Doctoral en Internet]. Chile: Universidad Católica de la Santísima Concepción; 2017. [citado 11 de febrero 2020] Disponible en:

<http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/1344/Fernanda%20Valentina%20Carrasco%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ARTICULO CIENTIFICO DE INVESTIGACIÓN

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DE NIÑOS DE 2 A 9 AÑOS DE EDAD EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SAN SALVADOR.

1. AUTORES

Quinteros López, Claudia Marisela

Reyes Piche, Karen Jazmín

Santamaría Granada, Joselyn Beatriz

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

RESUMEN

Según estudios realizados en el país al igual que en el resto de países, la obesidad en las últimas décadas ha experimentado aumentos importantes es por tanto, que la presente investigación tiene como objetivo identificar el comportamiento alimentario en niños de 2 a 9 años de edad en la región metropolitana de San Salvador por medio de la determinación de las dimensiones proingesta y antiingesta del comportamiento alimentario en los niños la investigación es de tipo descriptiva , cuantitativo, no experimental a su vez es transversal descriptivo para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario CEBQ se tomaron de muestra total 30 niños de los cuales sus padres estuvieron de acuerdo a formar parte de la investigación, los cuales 19 fueron del sexo femenino, 11 fueron del sexo masculino, los grupos etarios estudiados se clasificaron de 2 a 5 años y de 5 a 9 años, los resultados obtenidos de la presente investigación se reflejó a través de un promedio de 12.31 representado por 51.19% fue otorgado a la dimensión de proingesta, a su vez, un 11.74 de promedio para la dimensión de antiingesta representado por un 48.88% con estos datos, se determina que existe un mayor porcentaje para la proingesta, podría estar asociado a generar posibles problemas de sobrepeso u obesidad si no se mantiene un equilibrio balanceado entre la ingesta, gasto calórico y hábitos de

alimentación, que podrían ser desencadenantes para el desarrollo de estos posibles escenarios asociados a su estado nutricional.

PALABRAS CLAVES:

Comportamiento alimentario, Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ).

3. INTRODUCCION

El sobrepeso y obesidad en edades tempranas presentan prevalencias muy altas en ambas categorías representado con un 17.1% y 13.64% distribuido a nivel nacional. Por tanto, las acciones encaminadas a la promoción de hábitos alimentarios saludables deben tener mayor énfasis en los niños. La adquisición mediante la influencia familiar está determinada por el nivel educacional de los padres, así como las conductas alimentarias que estos pongan en práctica.

La conducta alimentaria se forma en los primeros años de vida, y los hábitos alimentarios que se tiene en la edad adulta están relacionadas con las que se aprenden en la infancia. Se demuestran la importancia de la investigación de la conducta alimentaria en edades tempranas a través del cuestionario CEBQ.

Se respondió a la siguiente pregunta ¿Cuál es el comportamiento alimentario de niños de 2 a 9 años de edad en la región Metropolitana de San salvador? Por tanto, el objetivo principal fue Identificar el comportamiento alimentario en niños de 2 a 9 años de edad en la región Metropolitana de San Salvador y específicos son determinar las dimensiones pro ingesta del comportamiento alimentario en los niños y determinar las dimensiones anti ingesta del comportamiento alimentario en los niños.

4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Enfoque y tipo de investigación

La investigación es cuantitativa, descriptiva, ya que se busca conocer el comportamiento alimentario de los niños de 2 a 9 años, identificando las dimensiones del comportamiento alimentario.

Es transversal ya que la recolección de datos se realizó con la población que acepto participar en dicho estudio y para el cual la toma de muestra se llevó a cabo de la fecha comprendida entre el 26 de junio al 1 de julio según las respuestas obtenidas del formulario de Google Forms sobre el cuestionario CEBQ.

Unidades de análisis población y muestra

La unidad de análisis son los padres de familia de niños de 2 a 9 años que residen en la zona Metropolitana de San Salvador, en el periodo de junio a julio del 2020.

El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilístico por conveniencia, se reclutaron los correos electrónicos y números telefónicos de padres de familia conocidos, familiares, vecino o compañeros de trabajo de las investigadoras; que cumplieron con los criterios de inclusión. Posteriormente se les envió el consentimiento informado y el formulario de forma virtual a través de Google Forms, y, por lo tanto, se reclutaron un mínimo de 30 padres de familia.

Criterios de inclusión y exclusión

-Criterios de inclusión

- Padres de familia de niños de 2 a 9 años
- Residan en la zona Metropolitana de San Salvador
- Acceso a dispositivos electrónicos con internet

Criterios de exclusión

- Niños con un trastorno psicomotor o de salud
- Padre de familia que desconozca los patrones alimentarios del niño.

Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

La técnica que se empleó para la recopilación de la información, se detalla a continuación:

7. Se obtuvieron los números de teléfono o correo electrónico de padres de familia niños de 2 a 9 años de la región metropolitana de San Salvador, de conocidos, familia y/o compañeros de trabajo de las investigadoras.
8. Se elaboró una base de datos con los contactos recolectados .
9. Se verificaron los criterios de inclusión.
10. Se envió el consentimiento informado virtual a través de Google Forms previo al inicio del cuestionario.
11. Se envió el formulario virtual a través de Google Forms a los padres de familia que accedieron a participar.
12. Se exportaron los datos recolectados en Google Forms a una Hoja de cálculo de EXCEL para ser tabulados y establecer las dimensiones y subdimensiones del comportamiento alimentario de acuerdo al cuestionario CEBQ.

Instrumentos de registro y medición

Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario CEBQ que se desarrolló por primera vez y se validó en el Reino Unido y ha sido utilizado en diversas ocasiones en países europeos y latino americano. ^{1, 2,3}

Se realizó una prueba piloto con el 10% de la muestra mínima, que cumplían con criterios de inclusión, con previo consentimiento informado realizaron el instrumento

y posteriormente no se realizó ningún ajuste ya que hubo una comprensión total del instrumento.

El cuestionario CEBQ fue respondido por los padres de familia. Consta de 35 preguntas, las cuales se dividen en dos dimensiones y estas son: Proingesta (inclinación positiva hacia la ingesta) y antiingesta (inclinación negativa hacia la ingesta) con 4 subdimensiones para cada dimensión. Ya que las preguntas consistieron en afirmaciones sobre la conducta de los niños que los padres respondieron, en una escala tipo Likert desde 1 hasta 5.^{4,5}

Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento y análisis de la información inició con la recolección en la base de datos de las respuestas obtenidas del formulario Google Forms del cuestionario CEBQ completado por los padres de familia, el cual se vinculó con el programa Microsoft Office Excel versión 2013, los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y en gráficas, posteriormente se realizó el análisis estadístico descriptivo, y de esta manera describieron los resultados obtenidos del comportamiento alimentario de los niños.

5. RESULTADOS

A. Análisis descriptivo

Características generales de la muestra

Tabla 1. Sexo de los niños en la muestra

Sexo	Frecuencia
Femenino	19
Masculino	11
TOTAL	30

Se tomaron de muestra total 30 niños de los cuales sus padres estuvieron completamente de acuerdo a formar parte de la investigación, de lo antes mencionado habitantes del área metropolitana de San Salvador, en los cuales se clasificaron en sexo masculino y Femenino

Análisis descriptivo de las dimensiones y subdimensiones

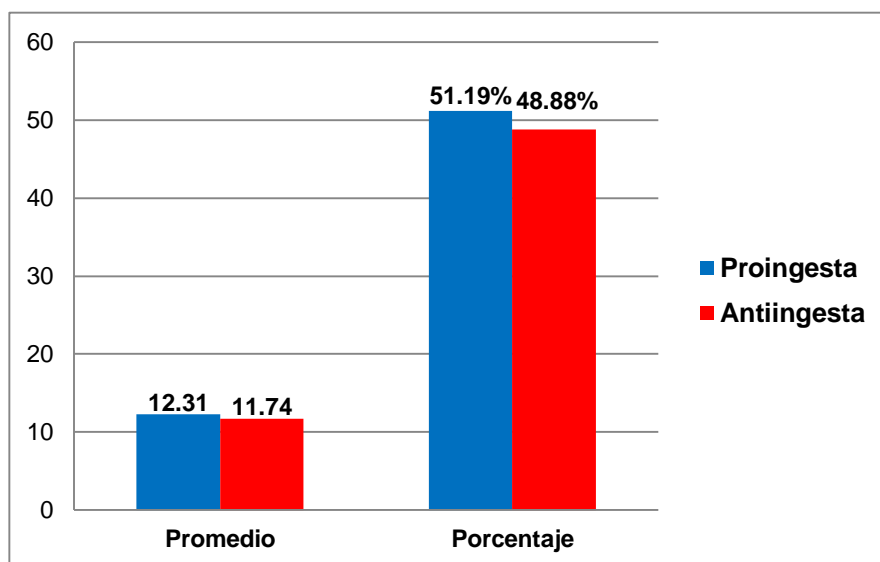


Figura n° 1: Promedios de dimensiones antiingesta y proingesta de la muestra

En la siguiente tabla y grafico se puede observar los datos generales de las dimensiones pro ingesta y anti ingesta con sus respectivas subdimensiones en las cuales la dimensión pro ingesta presenta mayor promedio acompañado de la sub dimensión de disfrute a los alimentos.

Al analizar los puntajes de pro ingesta, hay una directa relación con la subdimensión disfrute de los alimentos que reflejan una alimentación en respuesta a señales ambientales de los alimentos seguido de la subdimensión deseo de beber en donde se manifiesta el deseo de los niños de tomar bebidas, habitualmente azucaradas. Podemos observar en la dimensión Anti ingesta que su promedio es menor sin embargo esta dimensión se relaciona estrechamente de forma positiva con

promedios superiores en la subdimensión respuesta a la saciedad, la cual representa la capacidad del niño por reducir la ingesta después de comer y regular su consumo de energía. La siguiente subdimensión con promedios superiores es la exigencia de los alimentos, en la cual hay un rechazo de la cantidad de alimentos y de nuevos alimentos lo cual condicionada y limita la variedad de los productos de alimentación que son aceptados e ingeridos por el niño. Y la subalimentación emocional ocasionando un aumento o disminución de la alimentación en respuesta a la variedad de emociones negativas como ira y ansiedad.

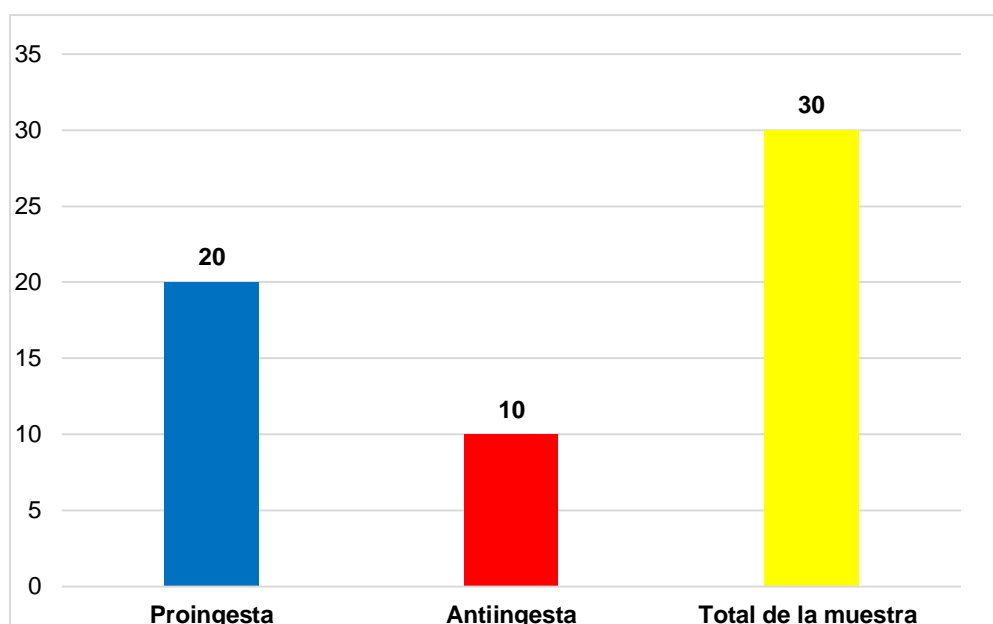


Figura n° 2: Resultado general de la muestra de las dimensiones antiingesta y proingesta

En el gráfico anterior podemos observar los resultados obtenidos en la investigación en la cual de un total de 30 muestras tomadas a niños y niñas en las edades de 2 a 9 años a través del Cuestionario de comportamiento alimentario (CEBQ) que diseñado con el fin de evaluar la conducta alimentaria en la etapa infantil, y por medio de las puntuaciones obtenidas, se determinó que 20 de ellos tienen una tendencia pro ingesta la cual en base a pasadas investigaciones tanto en Europa como en Latinoamérica; se relaciona con el sobrepeso y la obesidad. La tendencia proingesta en la conducta alimentaria viene acompañada de las

subdimensiones las cuales son disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta de los alimentos y sobrealimentación emocional. En cuanto al deseo de beber; Según estudios realizados en Latinoamérica Niños con consumo habitual de bebidas azucaradas entre comidas tuvieron 2.4 veces más probabilidad de tener sobrepeso al ser comparados con niños no consumidores. ⁶ La sobrealimentación emocional subdimensión relacionada a proingesta. En cuanto a la dimensión antiingesta en la muestra tomada encontramos en 10 niños esta tendencia la cual se asocia a niños con estados nutricionales normales o malnutrición por déficit, en esta dimensión se asocia las subdimensiones lentitud para comer, subalimentación emocional, exigencia a los alimentos, respuesta a la saciedad. En donde la respuesta a la saciedad en muchos estudios se demuestra que los padres no comprenden la importancia de respetar la saciedad en sus hijos y son obligados los niños comer las mismas cantidades que sus padres y esto trae consigo la poca aceptación de los niños a probar nuevos alimentos lo que relacionamos con la subdimensión exigencia a los alimentos.

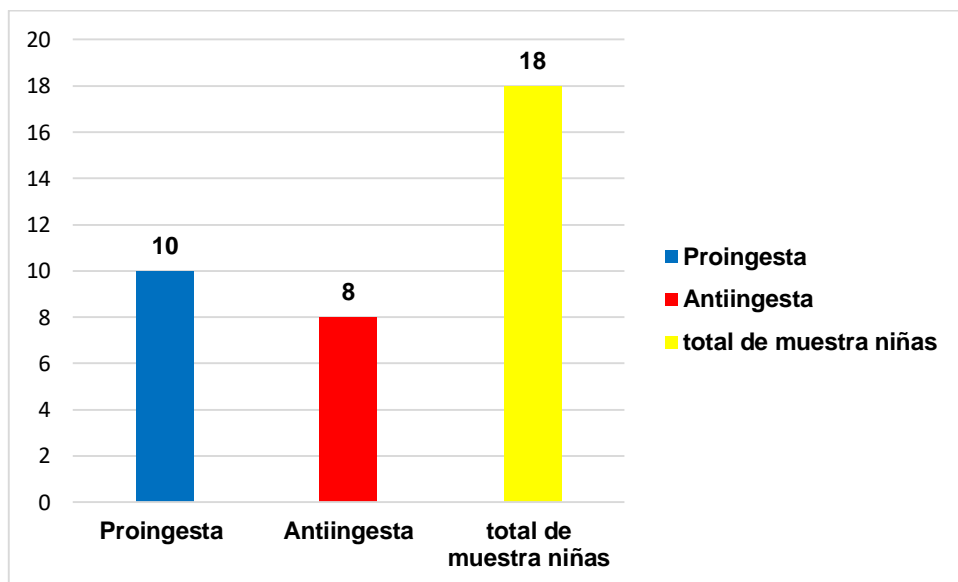


Figura n° 3: Resultado generales de las muestras de niñas de las dimensiones antiingesta y proingesta

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente tabla, se reflejan los resultados en donde para la dimensión de proingesta el mayor puntaje lo obtuvo el disfrute de

alimentos que se encuentra asociada con la alimentación en respuesta a señales ambientales de los alimentos; es decir que podría ser favorecedor si se logra mantener el control de la respuesta saciedad, ya que podría verse influenciado por lo que se promociona acerca de ingesta alimentaria a nivel de publicidad o en los entornos donde se desenvuelva.

Por otro lado, en la dimensión de antiingesta se tuvo que la subdimensión con mayor puntuación fue la respuesta a la saciedad, lo que representa la capacidad del niño por reducir la ingesta después de comer y regular su consumo de energía, podría verse influenciado por que en algunos casos los padres o cuidadores están cerca de sus hijos, se encuentran pendientes de que ingieran sus alimentos al punto de poder detectar ese estímulo de saciedad y por lo tanto dejan de comer ya que se sienten satisfechos. También podría estar asociado una mayor autonomía que hace que puedan decidir en algunas ocasiones, es entonces cuando existe estimulación proveniente de los entornos en los que se encuentran los niños ya sea en sus lugares de estudios, con amigos, conocidos, familiares y también medios de comunicación que ya ejercen cierta influencia en querer probar otro tipo de alimentos aunque se encuentren ya satisfechos, esto hace que no se tenga demasiado control sobre el estímulo respuesta saciedad, dificultando descubrir en las señales fisiológicas naturales que se envían hacia el cerebro.

Por último, se puede decir que de acuerdo a las gráficas se obtuvo que la mayoría resultó con un mayor puntaje en la dimensión de proingesta que se encuentra asociada con estimulación de la ingesta alimentaria.

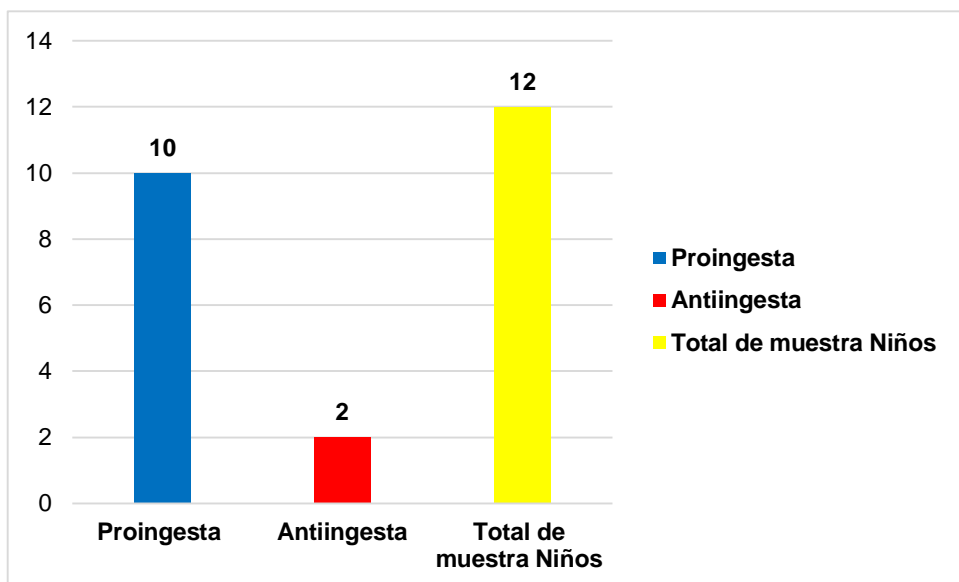


Figura n° 4: Resultado general de la muestra niños de las dimensiones antiingesta y proingesta

De acuerdo a los datos obtenidos se reflejan los resultados en donde para la dimensión de proingesta asociado al mayor número de niñas la subdimensión con mayor puntaje fue el disfrute de alimentos que se encuentra asociada con la alimentación en respuesta a señales ambientales de los alimentos.

Por otro lado, en cuanto a la antiingesta que representa menor número de niños de la muestra estudiada se obtuvo que la subdimensión con mayor puntaje fue la respuesta a la saciedad que representa la capacidad del niño por reducir la ingesta después de comer y regular su consumo de energía, estos resultados pudieran asociarse a una mayor autonomía que se adquiere en esas edades, es decir de poder ser influenciados por sus entornos y tener la potestad de decidir cuándo, qué y cuánto comer aunque sobrepase la sensación de saciedad que se adquiere al sentirse satisfechos después de ingerir alimentos, y entonces verse influenciados por el entorno para continuar ingiriendo alimentos; para el caso de niños más pequeños, es completamente diferente ya que en ese caso, la alimentación depende por completo de adulto responsable de brindar la alimentación a sus hijos, facilitando el reconocimiento de ese estímulo natural de saciedad.

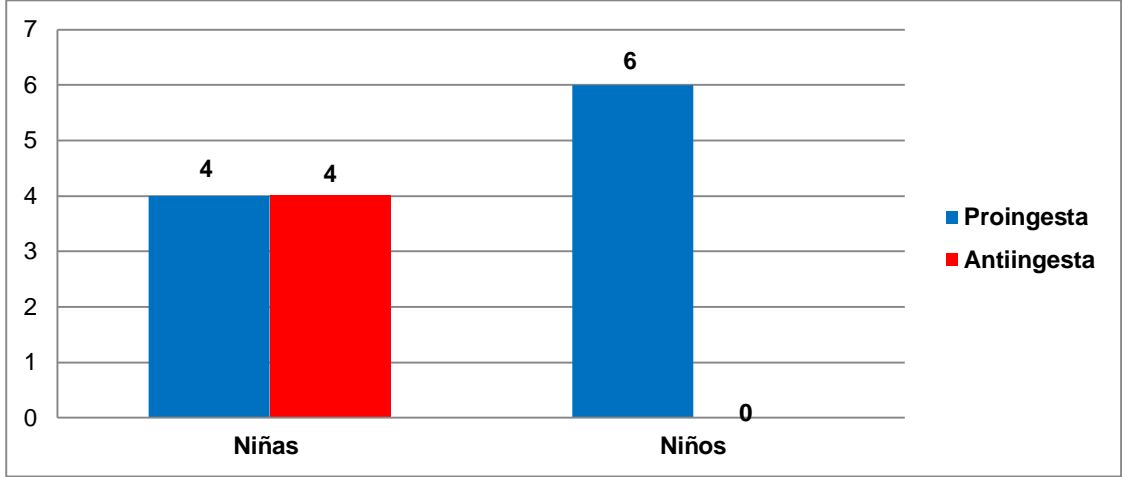


Figura n° 5: Resultado general las muestras niñas y niños de 2 a 5 años de las dimensiones antiingesta y proingesta

En la figura anterior, se reflejan los resultados obtenidos de la muestra de los niños y niñas de antiingesta y proingesta con cada una de las subdimensiones; por lo cual, la dimensión que tiene un mayor promedio es proingesta en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad. Acompaños de resultados de niñas la subdimensión deseo de beber, esto indica que las niñas de 2 a 5 años tienen mayor tendencia a beber líquidos y no alimentos sólidos, y estos pueden ser mayor consumo de bebidas artificiales; y con menor promedio esta la subdimensión sobrealimentación emocional indicando que tiene una baja tendencia a incrementar la ingesta en contextos emocionales negativos, como cuando está molesto o aburrido.

Por lo tanto, las niñas de 2 a 5 años reflejan en la dimensión de antiingesta acompañado de subdimensión respuesta a la saciedad, indicando que las niñas tienen una disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos; en este caso pueden ser por mayor consumo de golosinas por consentimiento de los padres que interfiere en la disminución del hambre. La subdimensión subalimentación emocional tendencia a reducir la ingesta en contextos emocionales negativos cuando están molesto o aburridos En niños de 2

a 5 años los resultados obtenidos reflejan en la dimensión de Pro ingesta con la subdimensión disfrute de los alimentos indica que tienen una condición positiva a la sensación de hambre, deseo de comer y el placer por los alimentos.

Destacándose las niñas de 2 a 5 años de edad para antiingesta 4 niñas y proingesta están 4 niñas en ambas dimensiones; pueden tener una respuesta negativa o positiva a la ingesta de alimentos y proingesta 6 niños de 2 a 5 años, reflejaron una respuesta positiva a la ingesta y ninguno de los niños de 2 a 5 años de edad refleja tener una respuesta negativa ingesta de alimentos.

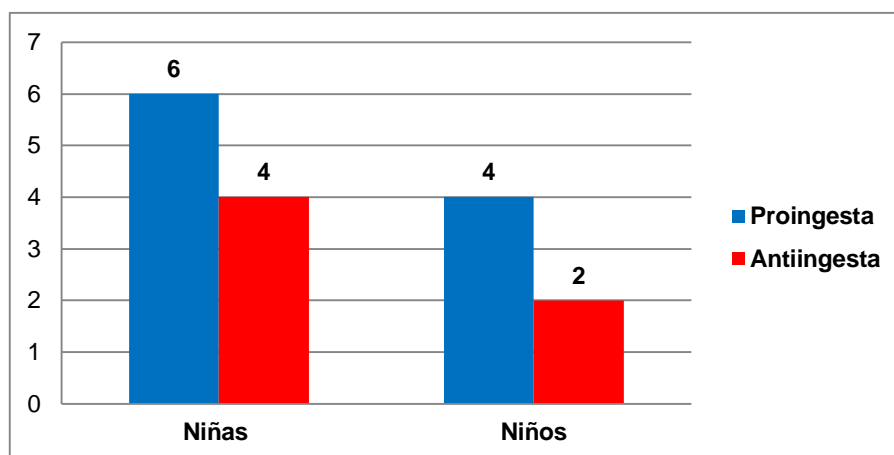


Figura n° 6: Resultado general de la muestra de niñas y niños de 5 a 9 años de las dimensiones antiingesta y proingesta

En el gráfico anterior, se reflejan los resultados obtenidos de los niños y niñas en las edades de 5 a 9 años de las dimensiones antiingesta y proingesta con Se puede destacar que para las niñas y niños de 5 a 9 años de edad tienen una mayor asociación a la dimensión Antiingesta con una inclinación negativa hacia la ingesta.

Para las niñas de 5 a 9 años de edad, en la dimensión de proingesta la subdimensión disfrute de los alimentos, que está asociada positivamente con la

sensación de hambre, deseo de comer y el placer por el alimento; y con seguido de respuesta a los alimentos indicando susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales. En antiingesta, la subdimensión de mayor relación es respuesta a la saciedad con una disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos antes de los tiempos de comida o porque deja comida en el plato o queda satisfecho antes de terminar la comida.

Además, los niños de 5 a 9 años de edad que presentan un mayor enfoque en la dimensión antiingesta acompañado por subdimensión exigencia a los alimentos indicando una exigencia condicionada porque tienen una limitante por los alimentos que son aceptados por los niños; y la subdimensión con menor enfoque es Lentitud para comer tienen una tendencia a comer más lento en el curso de una comida y a prolongar sus tiempos de duración. En la dimensión proingesta, la subdimensión disfrute de los alimentos tiene una condición asociada positivamente con la sensación de hambre, deseo de comer y el placer por el alimento; y la subdimensión sobrealimentación emocional con una tendencia a incrementar la ingesta cuando esta aburrido, molesto o ansioso. La muestra de 30 niños en las edades de 2 a 9 años; se destaca que 6 niñas y 4 niños tienen una inclinación positiva a la ingesta (proingesta), 4 niñas y 2 niños con una inclinación negativa a la ingesta. Por lo tanto, refleja que la mayor tendencia en la dimensión es proingesta.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos de la presente investigación se tuvo que de un total de 30 niños como muestra, un promedio de 12.31 representado por 51.19% fue otorgado a la dimensión de pro ingesta, a su vez, un 11.74 de promedio para la dimensión de antiingesta representado por un 48.88%. Con estos datos, se pudo establecer que existe un mayor porcentaje para la proingesta, la cual se encuentra asociada con el estímulo de la ingesta alimentaria, complementándose con sus 4 subdimensiones (disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta a los

alimentos y sobrealimentación emocional). Esto podría estar asociado a generar posibles problemas de sobrepeso u obesidad si no se mantiene un equilibrio balanceado entre la ingesta, gasto calórico y hábitos de alimentación, que podrían ser desencadenantes para el desarrollo de estos posibles escenarios asociados a su estado nutricional.

Lastimosamente, no se han llevado a cabo investigaciones previas a nivel nacional, en las cuales se haya utilizado la herramienta del Cuestionario del Comportamiento de Alimentación Infantil (CEBQ), y en esta oportunidad no se logró relacionar con los estados nutricionales actuales de los 30 niños, debido a razones previamente expuestas. Sin embargo, si podría asociarse con los resultados del IV Censo Nacional de Talla y I Censo Nacional de Peso; realizado en escolares de primer grado en mayo de 2016, que menciona que estudios realizados en otros grupos de población y al igual que en el resto de países, la obesidad en las últimas décadas ha experimentado aumentos importantes. El sobrepeso y obesidad aún en edades tempranas se obtuvo prevalencias muy altas en ambas categorías con un 17.1% y 13.64%, afectando a un total de 34,426 niños y niñas a nivel nacional.¹

De igual forma se puede asociar con los resultados reflejados según la investigación titulada “comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional” llevada a cabo por Universidad Santo Tomás en Valparaíso, Chile, en donde se concluyó que los niños entre 6 a 8 años, independiente al tipo de establecimiento educacional al que pertenezcan, presentan similar comportamiento alimentario, asociándose positivamente los niños obesos a las conductas de pro ingesta, siendo más rápidos para comer, con menor respuesta a la saciedad y presentando una mayor ingesta alimentaria en situaciones emocionales negativas.⁶

Diversos estudios señalan que el aumento en los índices de obesidad experimentados en el último tiempo se debe principalmente a cambios ambientales, como el incremento del sedentarismo ^{6,7} y la ingesta de alimentos altamente energéticos, ricos en grasas y azúcares, ^{7,8} creando un escenario al que se le ha denominado “ambiente obesogénico”.⁴ Sin embargo, no todas las personas que viven en este ambiente obesogénico responden de la misma forma a los estímulos alimenticios, observándose gran variabilidad en parámetros como el índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de grasa abdominal entre los individuos de una misma población.⁴ Esta variabilidad sería el resultado de la interacción entre componentes genéticos heredables, el entorno social y familiar al que los individuos se encuentran expuestos,^{9,10} los que afectarían los mecanismos que regulan el apetito y el comportamiento alimentario.^{11,12}

Generalmente, se acepta que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales; ya que la conducta alimentaria individual se estructura a partir de un conjunto específico de dimensiones de comportamiento respecto a la propia alimentación.¹³

También se cuenta con la investigación titulada “Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares chilenos” llevada a cabo por la Universidad de La Frontera. Temuco, Chile, en 247 preescolares (2-4 años) de la Región de la Araucanía, Chile. Los resultados obtenidos fueron 130 fueron hombres y 117 fueron mujeres, con una malnutrición por exceso del 58,6% y 49,6%, respectivamente. Las puntuaciones de conducta alimentaria (CA) proingesta presentaron una asociación positiva y significativa con el estado nutricional y la dimensión respuesta a los alimentos. En cuanto a las puntuaciones de CA antiingesta, se observó una tendencia inversa no significativa con el estado

nutricional; sin embargo, existe una asociación negativa y significativa en las dimensiones respuesta a la saciedad y lentitud para comer. En conclusión, la conducta alimentaria proingesta se asocia directamente con el estado nutricional y la conducta antiingesta, de manera inversa sólo con ciertas dimensiones.

También se cuenta con la investigación titulada, “Niños de comportamiento alimentario Cuestionario: asociación con el IMC en niños de 3 años de edad - 10 años de Bosnia y Herzegovina” llevada a cabo por la Universidad de Tuzla, en Bosnia y Herzegovina. Los participantes fueron niños y niñas entre 3 a 10 años y uno de sus padres. Los resultados de la muestra del estudio comprendían 2500 niños; 68% de ellos eran bajo peso y 14 % tenían sobrepeso, mientras que hubo 14 % de los niños obesos y 64 % tenían peso normal.

La conclusión de este estudio sugiere que el CEBQ es valioso para identificar estilos de comer específicos que están asociados con el estado de peso y pueden considerarse como determinantes importantes y modificables implicados en el desarrollo y mantenimiento de sobrepeso / obesidad, así como bajo peso. ¹⁸

Finalmente, según la investigación titulada “Cuestionario de comportamiento alimentario de los niños: asociaciones con el IMC en niños portugueses” llevada a cabo por la Universidad College de Londres, Londres, Reino Unido menciona que, al utilizar un diseño transversal, una muestra de 240 niños (123 mujeres y 117 hombres) con edades de 3-13 años fueron reclutados de la clínica y los ajustes basados en la comunidad.

La conclusión a la que se llegó entonces, fue enfocada hacia la importancia del concepto de estilo de alimentación que radica en su contribución a la comprensión

de las vías de comportamiento a la obesidad. Los resultados sugieren que el CEBQ es una herramienta valiosa para identificar estilos alimenticios que pueden estar implicados en el desarrollo de la obesidad en los niños. El uso del CEBQ en la investigación futura podría ayudar aún más a la comprensión de los fenotipos de comportamiento heredados, y orientar las iniciativas de educación para la salud conductual.¹⁷

Como pudo observarse en la mayoría de estudios se mostró la asociación de la dimensión proingesta con posibles estados nutricionales de sobrepeso u obesidad, lo cual muestra la importancia de la utilización de esta herramienta como parte de la evaluación en el estado nutricional infantil, para contribuir con la prevención de estos problemas que en la actualidad se encuentran en auge, no solamente a nivel nacional sino en general a nivel mundial.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Para la presente investigación se concluye que:

-En base a los 30 niños que se tomaron de muestra entre las edades de 2 a 9 años de la región metropolitana de San Salvador se obtuvo que un 51.19 % de ellos tienen conducta alimentaria proingesta mientras que un 48.88 % una conducta alimentaria antiingesta. Así mismo, los promedios de la dimensión proingesta son superiores representando un 12.31 asociado a pro ingesta que se relaciona a sobrepeso y obesidad, versus un 11.74 de promedio de la dimensión antiingesta.

-La investigación demostró que 20 niños de los 30 estudiados presentan tendencia asociada con la dimensión proingesta. Por sexo se puede decir que niñas de igual forma tienen mayor tendencia a esta dimensión, ya que de 18 niñas que formaban parte de la muestra 10 de ellas tienen esta tendencia. Y en niños de 12 de la muestra

10 presentan tendencia proingesta. Esta dimensión viene acompañada por las subdimensiones de las cuales son disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta de los alimentos y sobrealimentación emocional en donde se pudo observar disfrute de los alimentos con promedio de 3.87 y deseo de beber con promedio de 3.73 abonan a la tendencia que indica mayor riesgo de presentar sobrepeso u obesidad en edades posteriores.

-En cuanto la dimensión antiingesta 10 niños presentan esta tendencia de una muestra total de 30 niños. En cuanto a sexo femenino 18 niñas totales de la muestra, se tuvo que 8 tienen tendencia antiingesta y en sexo masculino se encontró que de 12 niños totales de la muestra 2 presentan esta tendencia a dimensión antiingesta. Esto, a su vez, viene acompañado por las subdimensiones de respuesta a la saciedad, lentitud para comer, subalimentación emocional y exigencia de los alimentos siendo esta última la de promedio superior que refleja la poca aceptación de los niños a probar nuevos alimentos limitando su consumo y el valor nutricional que aportarían diferentes alimentos.

RECOMENDACIONES

Según los resultados, se recomienda lo siguiente:

-Para futuras investigaciones correlacionar el cuestionario CEBQ con el estado nutricional de los niños y niñas para poder complementar la información obtenida en la presente, de tal forma que puedan asociarse con sus estilos de vida, y poder determinar posibles riesgos nutricionales.

-Incorporar el Cuestionario del Comportamiento de Alimentación Infantil al momento de hacer una evaluación nutricional al paciente pediátrico, con el propósito de identificar patrones alimentarios y cómo estos podrían repercutir en su estado nutricional.

-Utilizar el Cuestionario del Comportamiento de Alimentación Infantil a manera de complemento, a fin de establecer intervenciones preventivas o terapéuticas dirigida a los padres y/o cuidadores. De esta forma, promover hábitos saludables y prevenir el desarrollo de cualquier tipo de malnutrición.

-Promover la utilización del CEBQ entre los profesionales claves en la atención infantil, con el propósito de identificar tendencias proingesta o antiingesta, y de esta manera poder determinar el manejo nutricional más adecuado y oportuno ante la circunstancia.

-Reforzar los conocimientos respecto al Cuestionario de Alimentación Infantil no solamente, haciendo referencia a su fundamentación teórica, sino también en cuanto a su aplicación práctica, como una herramienta que contribuye a determinar patrones alimentarios.

13. FUENTES CONSULTADAS

1. Wardle J, Marsland L, Sheikh Y, Quinn M, Fedorof FL, Ogden J. Eating style and eating behavior in adolescents. *SCI Dir* [Internet]; Dic 1992 [Citado 9 de junio 2020] 18:167-183. Disponible:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/019566639290195C>.

2. Santos JL, Ho-Urriola JA, Gonzalez A, et al. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutr J*. [Internet]; Dic 2011 [Citado 9 junio 2020]10:108–110.

Disponible:[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3213088/#:~:text=Eating%20behavior%20scores%20were%20strongly,%22%20\(P%20%3C%200.0001\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3213088/#:~:text=Eating%20behavior%20scores%20were%20strongly,%22%20(P%20%3C%200.0001).).

3. Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behavior patterns in Swedish preschool children and association with age,

gender, relative weight and parental weight-factor validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys* [Internet]; Oct.2011 [Citado 10 de mayo] 8:134-140. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22152012/>.

4. Claudia V, Gallegos L, Espinoza M, Denniss G, Katherine C. Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional. *Rev Chil Nutr* [Internet] 2018 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

5. Gonzalez A, J. L Santos Martinez. Adaptación y aplicación del cuestionario de conducta de alimentación infantil CEBQ. *Fundamentos de Nutrición y Dietética, bases metodológicas y aplicaciones*. Primera edición. España. Editorial Médica Panamericana 2011, p. 341.

6. Juan Ángel R, Dommarco, Anabel V, Angela C. Consumo de refrescos, bebidas azucaradas y el riesgo de obesidad y diabetes. *Rev.Instituto Nacional de salud Publica* [Internet]; enero 2007 [Citado 1 agosto 2020] 18:2-4. Disponible:https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=849-vfinal-consumo-de-bebidas-azucaradas&Itemid=493.

7. CONASAN, Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. IV Censo Nacional de Talla y I Censo Nacional de Peso en escolares de Primer Grado de El Salvador. [Internet] 2016 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://bd.sica.int/index.php/catalog/104/download/980>.

8. Claudia V, Gallegos L, Espinoza M, Denniss G, Katherine C. Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional. *Rev Chil Nutr* [Internet] 2018 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

9. Gonzalez-Gross M, Melendez A. Sedentarism, active lifestyle and sport: Impact on health and obesity prevention. *Nutr Hosp*;28(Suppl 5):89-98. [Internet] 2013

[citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

10. Santaliestra-Pasias AM, Rey-Lopez JP, Moreno Aznar LA. Obesity and sedentarism in children and adolescents: what should be done? *Nutr Hosp*;28(Suppl 5):99-104. [Internet] 2013 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

11. Departamento de Estadística e Informática Sanitarias OMS. Estadísticas sanitarias Mundiales. [Internet] 2014 [citado 10 de febrero 2020]; Vol. (1):12. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?sequence=1.

12. Bergin JE, Neale MC, Eaves LJ, Martin NG, Heath AC, Maes HH. Genetic and environmental transmission of body mass index fluctuation. *Behav Genet*; 42(6):867-74. [Internet] 2008 [citado 5 febrero 2020]; 46(3):254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

13. Wardle J, Carnell S, Haworth CM, Plomin R. Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *Am J Clin Nutr* 2008;87(2):398-404. [Internet] 2008 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

14. Diasparra M, Bedard B, Kaprio J, Fontaine-Bisson B, Tremblay R, et al. Genetic and environmental influences on eating behaviors in 2.5- and 9-yearold children: a longitudinal twin study. *Int J Behav Nutr Phys Act*; 10:134. [Internet] 2013 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

15. Grimm ER, Steinle NI. Genetics of eating behavior: established and emerging concepts. *Nutr Rev* [Internet]; 2011 [citado 5 febrero 2020]; 46(3): 254-263.

Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0254.pdf>.

16. Henríquez Konings F., Lanuza Rilling F., Bustos Medina L., González San Martín A., y Hazbún Game J. Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares chilenos. Rev Chil Nutr [Internet]; marzo 2018 [citado 5 febrero 2020] 35(5):1049-1053. Disponible: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1803>.

17. V. Viana, S. Sinde y JC Saxton. Childrens Eating Behaviour Questionnaire in Portugal. Facultad de Ciencias de los Alimentos y Nutrición de la Universidad de Oporto, Rua Dr Roberto Frías, Oporto 4200-465, Portugal. [Internet] 2016 [citado 5 febrero 2020]. Disponible:

https://www.researchgate.net/publication/5575654_Children's_Eating_Behaviour_Questionnaire_Associations_with_BMI_in_Portuguese_children.

18. Razija S y N PrANJI. Childrens Eating Behaviour Questionnaire in Bosnia and Herzegovina. Clínica de Pediatría, Clínica Universitaria Centro de Tuzla. [Internet]; 2019 [citado 5 febrero 2020]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/335057155_Children's_Eating_Behaviour_Questionnaire_association_with_BMI_in_children_aged_3-10_years_from_Bosnia_and_Herzegovina.

ANEXOS

ANEXO N° 1. Consentimiento informado en Formulario de Google Forms

Esta de acuerdo en participar en la investigación, respondiendo las preguntas que se le hagan respecto a los comportamientos alimentarios de su hijo/a? *

Marca solo un óvalo.

Si estoy de acuerdo en participar

No deseo participar

Ir a la sección 4 (Agradecemos inmensamente el tiempo y la información brindada en este cuestionario. Es de gran utilidad para la investigación y dicha información será utilizada únicamente con fines académicos.)

*Objetivo de la investigación:

Identificar el comportamiento alimentario en niños de 2 a 9 años de edad en la Región Metropolitana de San Salvador.

*Procedimiento del estudio:

Si decide participar en la investigación, se envía automáticamente el formulario del cuestionario de comportamiento alimentario infantil; el cual consta de 35 preguntas de opción múltiple y se le pide al participante que pueda contestar las preguntas con sinceridad. En los datos generales que se brindarán, es opcional escribir el nombre de su hijo y toda la información brindada será de carácter anónimo y personal.

*Riesgo del estudio:

No existe ningún riesgo en el estudio.

*Aclaraciones:

- Participar en el estudio no es de carácter obligatorio
- No tendrá ningún costo monetario o beneficio económico para el participante.
- En cualquier momento que decida abandonar el cuestionario puede hacerlo.
- Cualquier duda al momento de complementar el cuestionario, puede consultar con el investigador que le proporcione dicho cuestionario.
- La información recolectada será utilizada de forma confidencial, con fines académicos y científicos.

***Obligatorio**

ANEXO N°2. Formulario de Google Forms del Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ)

I. Datos generales

- a. Escriba el nombre y apellido (1 nombre y 1 apellido) de su hijo:

- b. Edad de su hijo/a: *

Marca solo un óvalo.

Menor de 2 años

2 a 5 años

5 a 9 años

Mayor a 9 años

- c. Sexo de su hijo/a *

Marca solo un óvalo.

Femenino

Masculino

d. Padre o madre que realizará el formulario convive con el niño/a *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

e. Reside en la zona Metropolitana de San Salvador. *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

f. Niño/a presenta:

Marca solo un óvalo.

Patologías asociadas

Estado óptimo de salud

g. Cuenta con dispositivos electrónicos con acceso a internet en su hogar *

Marca solo un óvalo.

NO

SI

II. Cuestionario del Comportamiento Alimentario (CEBQ, por sus siglas en inglés)

El cuestionario de comportamiento alimentario, fue diseñado con el fin de evaluar la conducta alimentaria en la etapa infantil. El CEBQ, tiene como propósito determinar el estilo de alimentación infantil e identificar factores de riesgo de obesidad y/o desórdenes Alimentarios.

Favor conteste las siguientes preguntas:

1. Mi hijo/a termina su comida rápidamente *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

2. Mi hijo/a tiene interés en las comidas y alimentos *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

3. Mi hijo/a rechaza los alimentos que no conoce cuando se le ofrecen por primera vez *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

4. Mi hijo/a disfruta cuando hay gran variedad de alimentos *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

5. Mi hijo/a come más cuando está preocupado *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

6. Mi hijo/a deja comida en el plato al término del almuerzo y/o una comida *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

7. Mi hijo/a demora más de 30 minutos para terminar un almuerzo.

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

8. Mi hijo/a espera ansiosamente las horas de la comida *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE

9. Mi hijo/a come menos cuando está enojado *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

10. Mi hijo/a disfruta comiendo *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

11. Mi hijo/a se satisface fácilmente con la comida *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

12. Mi hijo/a está interesado en probar alimentos que no ha probado antes *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
-

13. Mi hijo/a decide que no le gusta una comida, aun antes de haberlo probado *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

14. Mi hijo/a le encanta comer *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

15. Mi hijo/a come más cuando está molesto *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

16. Mi hijo/a esta siempre pidiendo algo para beber *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

17. Mi hijo/a come lentamente *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

18. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre tomando algo de beber *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

19. Mi hijo/a esta siempre pidiendo comida *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

20. Mi hijo/a come de más cuando no tiene nada que hacer (aburrido) *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

21. Si fuera por el (ella) mi hijo/a comeria todo el tiempo *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

22. Mi hijo/a es dificil de dar en el gusto con la comida *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

23. Incluso cuando está satisfecho/a, mi hijo/a esta dispuesto a comer su comida favorita *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

24. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría tomando líquidos todo el día *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

25. Mi hijo/a come menos cuando está cansado *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

26. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre comiendo algo *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

27. Mi hijo/a come cada vez más lento durante el transcurso del almuerzo o la comida *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

28. Mi hijo/a disfruta probando nuevos alimentos *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

29. Mi hijo/a está satisfecho antes de terminar su comida *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

30. Mi hijo/a come más cuando está ansioso *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

31. Mi hijo/a come menos cuando esta triste *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

32. Si se lo permitiera, mi hijo comería en exceso *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

33. Mi hijo/a no puede almorzar o cenar si ha comido algo antes *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

34. Mi hijo/a tiene un gran apetito *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

3. 35. Mi hijo/a come más cuando está contento/a *

Marca solo un óvalo.

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- SIEMPRE

Agradecemos inmensamente el tiempo y la información brindada en este cuestionario. Es de gran utilidad para la investigación y dicha información será utilizada únicamente con fines académicos.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ANEXO N°3. Presupuesto

Insumos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Costo
Transporte	Traslados a universidad	3	\$5 .00	\$15.00
Viático	Alimentación	3	\$5. 00	\$15.00
Uso de energía eléctrica	Kilowatts-hora	145 horas	\$0.79	\$114.55
Uso de internet y redes sociales	Páginas web - redes sociales	290 horas	\$0.33	\$95.70
Uso de computadora	Laptop	3	\$100	\$300
Uso de teléfono	Llamadas telefónicas	20	\$3.30	\$66.00
Fotocopias	----	50	\$0.03	\$1.50
Lapiceros	----	5	\$0.45	\$2.45
Páginas de papel bond	----	50	\$0.02	\$1.00
Empastado	----	4	\$15	\$60
CDS de presentación	----	2	\$5.00	\$10.00
Impresiones	----	400	\$0.10	\$40.00
Porcentaje de imprevisto 10%				\$72.12
Total				\$793

ANEXO N° 4. Cronograma de actividades

Tiempo de duración				Enero	Febrero				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
Actividad	Inicio	Fin	Duración/días	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Explicación de la metodología a seguir durante el taller/Revisión del perfil	31/1/2020	31/1/2020	1																									
Presentar planteamiento del problema y sus elementos	1/2/2020	14/2/2020	14																									
Renudación de taller de investigación y entrega de capítulo I y II	4/5/2020	20/5/2020	10																									
Asesoría e indicaciones de capítulo III	20/5/2020	20/5/2020	1																									
Desarrollo de capítulo III y entrega	20/5/2020	27/5/2020	8																									
Entrega y revisión de anteproyecto	27/5/2020	2/6/2020	7																									
Asesoría e indicaciones de capítulo IV	3/6/2020	3/6/2020	1																									
Desarrollo de capítulo IV	4/6/2020	10/6/2020	7																									
Recolección de datos	10/6/2020	24/6/2020	15																									
Procesamiento de datos	25/6/2020	8/7/2020	14																									
Desarrollo de informe final (Capítulo IV y VI)	9/7/2020	5/8/2020	30																									
Evaluación y visto bueno por asesor	6/8/2020	12/8/2020	7																									
Revisión Comisión Evaluadora	12/8/2020	26/8/2020	15																									
Realización de correcciones	27/8/2020	9/9/2020	14																									
Defensa virtual y entrega de informe final	10/9/2020	10/9/2020	1																									