



**Universidad
de Guanajuato**

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Relación de las conductas promotoras de salud del cuidador
con la alimentación del niño de 2 a 5 años de edad

TESIS

Que para obtener el grado de:
Maestro en Ciencias de Enfermería

TESIS
T
2012
NEG
2

Presenta:

L.E. Janet Carolina Negrón Espadas

Director de Tesis:

Dra. Laura Ruiz Paloalto

Codirector de Tesis.

Dra. Gloria de los A. Uicab Pool



Universidad
de Guanajuato



CCS02439

Celaya, Guanajuato

Mayo 2012.

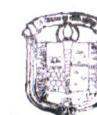
CCS02439/13



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**Universidad
de Guanajuato**

Relación de las conductas promotoras de salud del cuidador
con la alimentación del niño de 2 a 5 años de edad



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA - SALVATIERRA TESIS

Que para obtener el grado de:
Maestro en Ciencias de Enfermería

T
2012
NEG
E.2

Presenta:
L.E. Janet Carolina Negrón Espadas

Director de Tesis:
Dra. Laura Ruiz Paloalto

Codirector de Tesis:
Dra. Gloria de los A. Uicab Pool

Celaya, Guanajuato

Mayo 2012.



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**Relación de las conductas promotoras de salud del cuidador
con la alimentación del niño de 2 a 5 años de edad**

Tesis

**Que para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería**

Presenta

L.E. Janet Carolina Negrón Espadas

Director de Tesis

Dra. Laura Ruiz Paloalto

Codirector de Tesis


Dra. Gloria de los A. Uicab Pool

SINODALES


**Dr. Nicolás Padilla Raygoza
Presidente**

**M.C. José Manuel Herrera Paredes
Secretario**

**Dra. Gloria de los A. Uicab Pool
Vocal**



Firma



Firma

Firma

**Celaya, Gto.
México
Mayo 2012**

RESUMEN

INTRODUCCION: En la actualidad los problemas de salud pública de mayor preocupación son los que están relacionados con la alimentación. Las conductas de autocuidado de niños deben enfocarse en las personas que influyen en su estilo de vida, ya que al proporcionarles atención física y adaptación cultural, actúan como poderosos modelos de rol y conductas relacionadas a la salud. **OBJETIVO:** Describir la relación de las conductas promotoras de salud de los cuidadores con la alimentación de los niños de 2 a 5 años. **METODOLOGÍA:** Fue un estudio aplicado, cuantitativo y correlacional, el diseño metodológico fue no experimental, prolectivo, transversal y prospectivo. El tipo de muestra por conveniencia $n = 40$. Los datos se recolectaron con la escala Estilo de vida promotor de salud de Pender a fin de identificar las Conductas Promotoras de Salud de los cuidadores y a través del cuestionario de Frecuencia de consumo de alimentos se identificó la alimentación de los niños de 2 a 5 años. **RESULTADOS:** No existe correlación lineal entre las conductas promotoras de salud de las cuidadoras y los hábitos de alimentación de los niños de 2 a 5 años, de acuerdo al coeficiente de correlación lineal de Pearson, sin embargo estos datos no tienen significancia estadística con un $P < 0.05$. **CONCLUSIONES:** De acuerdo con el Modelo de Promoción de la Salud de Pender, los cuidadores están en contacto con la mayoría de su yo equilibrado, lo cual les proporciona la paz interior y les permite crear nuevas opciones para superarse.

PALABRAS CLAVE: *conductas promotoras de salud, alimentación, frecuencia de consumo de alimentos, niños 2 a 5 años.*

SUMMARY

INTRODUCTION: At present public health problems of greatest concern are those related to food. Self-care behaviors of children should focus on people who influence your lifestyle, and that by providing physical care and cultural adaptation, act as powerful role models and behaviors related to health.

OBJECTIVE: Identify the relationship of the behaviors promoting health of caregivers with the feeding of children 2 to 5 years.

METHODOLOGY: This was an applied study, quantitative and correlational study design was not experimental, prospective and methods. The type of convenience sample $n=40$. The data were collected with the scale Lifestyle Pender Health Promoter to identify the health promoting behaviors of caregivers and through frequency questionnaire food consumption was identified feeding children 2 to 5 years.

RESULTS: There is no linear correlation coefficient of Pearson, but these data have no statistical significance with a $P < 0.05$.

CONCLUSIONS: According to the Model Health Promotion Pender, caregivers are in contact with most of his self-balanced, which gives them peace of mind and allows them to create new options for exceeded

KEY WORDS: *health-promoting behaviors, diet, frequency food consumption, children 2 to 5 years.*

DEDICATORIAS

Doy gracias a Dios por permitirme vivir y poner en mi vida las oportunidades en momentos precisos, por darme la familia y amigos que están presentes para apoyarme e impulsarme para emprender nuevos retos y lograr mis metas.

Dedico ésta tesis a: *Mis padres, mi amado hijo, esposo, hermano, hermanas y sobrinos, porque con su amor, apoyo incondicional, consejos y alegrías me dan las fuerzas necesarias para esforzarme para ser mejor cada día.*

A mi familia: *Mateo, Rodrigo, Matilde, Humberto, Francisco, Jaqueline, Esmeralda, Madahí, Ricardo, Vicente y Norma*

A mis amigos: *Mercedes, Tere, Ligia, Maricela y Pedro*

“Para ejercer una influencia benéfica entre los niños, es indispensable participar de sus alegrías”. Bosco

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por haberme otorgado la beca, con la cual pude realizar éste proyecto.

A la Universidad de Guanajuato, por permitirme cursar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Universidad Autónoma de Nayarit por facilitarme la experiencia de cursar la Maestría

A la Universidad Autónoma de Yucatán por permitirme la oportunidad de trabajar con los cuidadores de la Unidad de salud modulo 8.

Muchas gracias a mi Directora de tesis: Dra. Laura Ruiz Paloalto

A mi Codirectora de tesis: Dra. Gloria de los A. Uicab Pool

A mis sinodales: M.C. José Manuel Herrera Paredes, Dr. Nicolás Padilla Raygosa, Dra. Gloria de los A. Uicab Pool.

A los profesores que impartieron sus clases durante la maestría.

A los cuidadores y niños, ya que sin ellos no habría podido ser posible ésta investigación

A mis compañeros y amigos de la Maestría por su amistad sincera y las maravillosas experiencias de vida durante dos años de la maestría.

A mi querida familia y a todos mis amigos incondicionales.

"G R A C I A S"

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| Resumen | i |
| Summary | ii |
| Dedicatorias | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. JUSTIFICACIÓN | 3 |
| III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| IV. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL | 12 |
| V. HIPÓTESIS | 17 |
| VI. OBJETIVOS | 18 |
| VII. METODOLOGÍA | 19 |
| VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES | 24 |
| IX. RESULTADOS | 25 |
| X. DISCUSIÓN | 34 |
| XI. CONCLUSIONES | 37 |
| XII. RECOMENDACIONES | 38 |
| XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 39 |
| XIV. BIBLIOGRAFÍA | 42 |
| XV. APÉNDICES | 43 |
| 1. Cronograma de actividades | 44 |
| 2. Conceptualización y Operacionalización de las variables descriptivas | 45 |

| | |
|---|----|
| 3. Conceptualización y Operacionalización de las variables de estudio | 46 |
| 4. Instrumento Estilo de Vida Promotor de Salud | 47 |
| 5. Consentimiento informado | 51 |
| 6. Recursos materiales y financieros | 52 |
| 7. Gráficas de dispersión | 53 |
| XVI. ANEXOS | 58 |
| 1. Instrumento Frecuencia de consumo de alimentos | 59 |

I. INTRODUCCION

En la actualidad los problemas de salud pública de mayor preocupación son los que están relacionados con la alimentación. En los últimos años se ha presentado una transición en la dieta de la población mexicana como secuela del intercambio de los alimentos tanto tradicionales, como los producidos en la región por alimentos provenientes de culturas diferentes a la de origen, principalmente la anglosajona y de otros estados del propio país.¹

Los efectos de este intercambio han ocasionado un aumento en la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares, aceites y carnes y de este modo se han elevado en la población los factores de riesgo que predisponen a diversos padecimientos como: la desnutrición, sobrepeso y obesidad, lo que ocasiona que las personas sean más susceptibles a enfermedades como: anemia, aterosclerosis, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, entre otras.

La alimentación saludable que se adquieren en la infancia ayuda a tener buenas condiciones de salud a lo largo de la vida. La transmisión del consumo de alimentos saludables es importante y se realiza compartiendo la mesa en familia.²

Pender en su modelo refiere que las conductas promotoras de salud ocasionan resultados de salud positivos, los cuales están relacionados directamente con los hábitos, costumbres y cultura en el que el individuo se desarrolla. Por lo tanto, cualquier factor, ya sea biológico, psicológicos y sociocultural que incida durante el desarrollo de una persona, van a producir efectos que se verán reflejados directamente en la salud, los hábitos y las conductas.³ En este sentido dichas conductas promotoras de salud en los cuidadores de niños de 2 a 5 años son poco considerados y éstas son de suma importancia, ya que al pasar gran parte de su tiempo conviviendo con los niños, los cuidadores se convierten en los principales transmisores de normas, conductas, costumbres, cultura y hábitos.³

Este estudio describe las conductas promotoras de salud de los cuidadores y su efecto sobre la alimentación de los niños de 2 a 5 años así como la situación nutricional a nivel mundial, nacional y estatal por medio de estadísticas y estudios previos.

Las conductas promotoras de salud son las acciones que las personas realizan de manera positiva para obtener bienestar óptimo y el cumplimiento personal de la vida productiva como es el mantener una dieta sana y realizar ejercicio físico de forma regular.³

El modelo de promoción de la salud recomienda que las conductas de autocuidado de niños deben enfocarse en las familias y en las personas que influyen en el estilo de vida de los niños, entre estas personas se encuentran los cuidadores (mamá, papá, hermanos, tíos, abuelos); ya que al proporcionarles atención física y adaptación cultural, actúan como poderosos modelos de rol de salud y conductas relacionadas a la salud.⁴

II. JUSTIFICACIÓN

La nutrición del niño y la salud materna son vitales para disfrutar de una vida larga y sana. De ahí que un embarazo sano, una lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria adecuada no solo son la base del crecimiento y el desarrollo óptimo de los niños, sino también son fundamentales para promover una vida larga y libre de enfermedades no transmisibles.¹

La mal nutrición en la niñez se presenta como un cuadro clínico caracterizado por la alteración en la composición del cuerpo, ocasionado por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales básicas, y puede ser consecuencia de ciertas deficiencias en la dieta, ingerir una dieta desbalanceada, trastornos digestivos, trastornos de mala absorción u otros problemas similares.⁵

Es importante tomar en cuenta la situación cultural y los cambios que se han venido presentando en este mundo globalizado, ya que este fenómeno obliga a que ambos padres de familia trabajen, dejando el cuidado de los hijos en manos de otras personas como: hermanos, tíos, abuelos, nanas e incluso guarderías o instituciones infantiles donde no se puede asegurar que la alimentación sea la más adecuada para la edad del niño, lo que puede ocasionar problemas nutricionales.

Anteriormente, un niño obeso significaba un niño sano, que podría sobrevivir los rigores de la desnutrición y de la infección. Sin embargo, en la última década, la obesidad excesiva se ha convertido en un problema de salud primario de la niñez, por los efectos perjudiciales, tanto sociales como clínicos, que origina. Se considera entre otros la hipertensión arterial e hiperlipidemia, problemas ortopédicos relacionados con el peso (pie plano y escoliosis), desórdenes de piel, complicaciones psicológicas (inestabilidad emocional, conducta introvertida, autoestima baja) y hasta secuelas psiquiátricas potenciales, que ocasionan que los niños obesos constituyan una población de riesgo. Además, esta problemática conlleva a la mayor probabilidad de aparición de una serie de complicaciones en la adultez, como son las

enfermedades crónicas no transmisibles, que incrementarán los riesgos de morbi-mortalidad, tanto a nivel nacional como mundial.⁶

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante, de estar en el 7% ha aumentado al 10%.⁷

En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad en el mundo tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.⁷

En América Latina se ha presentado un marcado aumento en el consumo de alimentos de gran densidad calórica (ricos en grasas y azúcares) y una disminución de la actividad física, con una creciente tendencia a la vida sedentaria en la población. La región se enfrenta actualmente al reto de una carga doble: por un lado, el problema irresoluto de la malnutrición causada por carencias nutricionales y por otro lado el aumento constante de las enfermedades crónicas.¹

Los datos de México muestran un aumento significativo de la ingesta de calorías procedentes de las grasas en la parte septentrional del país y un nivel escaso de consumo en el sur.¹

Los estudios de la prevalencia de la obesidad infantil en distintos estratos y localizaciones de los países latinoamericanos oscilan entre el 22-26% en Brasil, 21% en México, 10% en Ecuador, 22% en Perú y 22-35% en Paraguay.⁸

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.⁷

La cultura yucateca es especial en lo que se refiere a alimentación, la ingestión de carne es frecuente, siendo el pollo, el cerdo, la res y los embutidos los más usuales. Existe una proporción elevada de sujetos incluyendo a los niños que consumen huevos y quesos altos en grasas. La dieta básica está conformada principalmente por tortillas, pan francés, leche, refrescos embotellados y aceite. Por el consumo frecuente de los alimentos que conforman la dieta habitual, es alta en energía, colesterol y grasas saturadas.⁴

En lo que se refiere a la alimentación de los niños algunas madres amamantan a sus hijos mayores de un año y complementan la alimentación del menor con productos a base de harina, tortillas de maíz y arroz, en ocasiones prefieren comprar alimentos industrializados como los embutidos, jugos, cereales y galletas y dulces.⁹

En el otro extremo se encuentra la desnutrición infantil la cual a nivel mundial cada año causa la muerte de tres a cinco millones de niños. Las dietas carenciales suponen un problema cotidiano para millones de niños.¹⁰

Los resultados más relevantes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 a escala nacional, demostraron que en los últimos 18 años la desnutrición aguda o emaciación en niños menores de cinco años ha disminuido 73%, la baja talla disminuyó 44%, y el bajo peso, aminoró 64%; en contraste se están presentando altas cifras de sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional 26% de los escolares en México y uno de cada tres adolescentes presenta exceso de peso, es decir, la combinación de sobrepeso y obesidad.¹¹

Del total de preescolares evaluados en el estado de Yucatán, 5% se clasificaron con bajo peso, 12.7% con baja talla y 1.6% con emaciación. En contraste 5.3% de estos niños presentaron sobrepeso. La prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en 10%.¹¹

La alimentación a lo largo de la vida es una de las principales determinantes de la salud, para el desempeño físico, mental y laboral.¹¹ Por lo tanto es importante considerar que la calidad de la alimentación es crucial para el desarrollo y crecimiento óptimo de los menores de edad, ya que en esa edad (antes de los 5 años), es importante concientizarlos y educarlos sobre el estilo de vida saludable como lo es: la actividad física y la alimentación saludable, para que estos niños en una vida futura sean adultos con estilo de vida saludable, favoreciendo su desarrollo mental y físico.

En el municipio de Tizimín, Yucatán, el problema de la desnutrición es permanente. En el 2004, Chan y Pérez reportaron que del total de niños menores de 5 años estudiados, el 48.6% presentó algún grado de desnutrición y que los niños menores de 2 años son los más afectados.¹²

En éste municipio el Centro de Salud Urbano cuenta con módulos de salud para prestar atención a población abierta ubicados en diferentes áreas geográficas, los cuales ofrecen servicios de primer nivel de atención (consulta médica, salud de la mujer, salud del niño, salud reproductiva, detección de enfermedades y promoción de la salud). Actualmente el municipio cuenta con 12 módulos fijos de atención, de estos el módulo número 8 se encuentra en las instalaciones de la Unidad multidisciplinaria Tizimín de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), dicho módulo es financiado en convenio con la UADY y la Secretaría de Salud, quien es la que provee los insumos indispensables para ofrecer atención a la población de aproximadamente 3000 usuarios.

La población que atiende el modulo 8 es la ubicada en sus alrededores,

geográficamente se encuentra al norte de Tizimín, cuenta con 98 manzanas que conforman 5 Áreas Geográficas y Estadísticas Básicas (AGEB) comprendiendo los fraccionamientos del: Fovi, Fovissste, Villas Campestre, Vivah, Residencial Tizimin, Pinos; así como las Colonias de Comichén y Carretera Chenkekén. Las condiciones de socioeconómicas de la población es media baja a baja, y aunque se encuentran dentro del programa gubernamental de la Secretaría de Salud "Oportunidades" la población no consume en su totalidad esta ayuda, que podría en algún momento resolver un poco el estado nutricional de la familia.

Este módulo 8 implementa el Programa Salud del Niño, el cual tiene como principales objetivos la supervisión y la promoción de la salud. También dos pilares básicos los cuales son: la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas (inmunizaciones, intervenciones de monitorización del estado nutricional y detección precoz de problemas de salud). Lo que garantiza que la población infantil cuenta con las herramientas adecuadas para mantenerse saludables, pero aun con eso se puede observar que esta población no utiliza estos servicios y se continúan presentando problemas en la nutrición, como la desnutrición y obesidad.

López en el 2005, realizó un estudio en el área geográfica del módulo 8 del Centro de Salud Urbano del municipio de Tizimín reportando que el 55% de los niños menores de cinco años tuvieron talla baja para la edad y 38% presentaron algún grado de desnutrición, siendo la desnutrición leve la más común con el 21% y la edad en la cual predominó era en el rango de 2 a 4 años.¹³

Serrano en el año 2008, en su estudio concluyó que las responsables de dar de comer al niño le otorgan los alimentos en la boca hasta los dos años y medio, es hasta los tres años cuando los niños comen sin ayuda, por lo tanto la alimentación como proceso psicosocial es deficiente. Por medio de las comidas familiares el menor adquiere seguridad y sentido de pertenencia a su familia, observa cómo los miembros del grupo eligen y consumen los alimentos y a la larga el menor valora lo que es social y culturalmente aceptado para comer.¹⁴

Referente a las conductas promotoras de salud existen estudios bajo el Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender.

Medina y Diorga en 1998 realizaron el estudio Locus de control y conductas promotoras de salud de mujeres jefas de hogar de la Tullpuna Cajamarca, Perú. El propósito de ésta investigación fue estudiar y relacionar el Locus de Control de Salud y las Conductas Promotoras de Salud de las Mujeres Jefas de Hogar según algunas características sociodemográficas. Se encontró que el 50.6% de las Mujeres Jefas de Hogar tuvieron Conductas Promotoras de Salud negativas y que existen diferencias significativas entre estado marital, tamaño de la familia y escolaridad con Locus de Control de Salud Interno; y escolaridad con Locus de Control de Salud.¹⁵

Triviño et. al, en el 2007 estudiaron los factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia, llegando a la conclusión de que el comportamiento de las conductas promotoras de salud en la mujer caleña se puede valorar como suficiente y los factores predictores se recomiendan como claves en el cuidado de enfermería.¹⁶

Otro estudio en el que se aplicó el modelo de promoción de la salud es el de Becerra y Díaz, en el 2008 el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de actividad física y la percepción de los beneficios, las barreras y la autoeficacia en un grupo de empleados de 18 a 65 años con factores de riesgo cardiovascular. Llegaron a la conclusión de que los hombres son más activos físicamente que las mujeres, los niveles de actividad física se elevan con la edad y disminuyen cuando aumenta el nivel educativo. La percepción de los beneficios de la actividad física en las personas sedentarias fue mayor que en personas físicamente activas.¹⁷

Cabe mencionar que un aspecto no considerado en estos estudios es la influencia de las conductas promotoras de salud de los responsables del cuidado de niños menores de 5 años. La identificación de estas conductas es imprescindible, ya que inciden en el tipo de alimentación, así como en el estilo de vida que poseerán los

niños en su etapa adulta. Por lo anterior se hace necesario realizar un estudio que describa de manera integral las conductas promotoras de salud de los responsables del cuidado de niños menores de 5 años y los efectos sobre la alimentación en los niños bajo su cuidado.

Para la profesión de enfermería será de gran importancia realizar éste estudio, ya que se generará conocimiento acerca de las conductas promotoras de salud que poseen los cuidadores de los niños y permitirá planear programas de promoción de la salud enfocados a la alimentación de acuerdo al contexto de la población.

Esta investigación contribuye al Cuerpo Académico, Estilo de Vida Saludable y Cronicidad de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, ya que proporcione conocimientos sobre la relación entre las conductas promotoras de salud de las personas que cuidan a los niños de 2 a 5 años, con la frecuencia del consumo de alimentos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano desarrolla conductas por medio de la observación y la ejemplificación, estos son adquiridos en los primeros años de vida, lo que se convierte posteriormente en un hábito. La relación directa del cuidador con el niño se vuelve estrecha y única al grado de que cualquier hábito y conducta son aprendidos y practicados por el niño en desarrollo.

Dado los cambios presentados en la familia mexicana, en donde ambos padres tienen que salir a trabajar para solventar los gastos familiares, hace que los hijos queden a cargo de cuidadores que pueden ser los abuelos, tíos o hermanos mayores, y en casos extremos contratan personas para el cuidado de los hijos, lo que hace difícil llevar un control en los alimentos que consumen los niños, y si a esto le aunamos la situación cultural en donde los abuelos proporcionan alimentos de acuerdo a sus posibilidades económicas y a sus preferencias, no considerando los requerimientos nutricionales de los niños.

En la actualidad los cuidadores están experimentando transiciones en la calidad y tipo de alimentos que consumen por diversos factores como el tipo y ritmo del trabajo, los recursos económicos, la influencia de otras culturas y la mercadotecnia por mencionar algunos. Estas situaciones afectan directamente a la alimentación que los cuidadores proporcionan a los niños.

Es necesario que los padres comprendan que deben respetar el hambre y la saciedad del niño, de manera adecuada y nutricia de acuerdo a las condiciones de vida de la familia y los requerimientos del niño. Muchos problemas alimentarios tienen su origen en etapas tempranas de la vida y se deben por lo general, a una relación deficiente entre el niño y la persona que se encarga de su alimentación, y se pueden prevenir con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio físico, actividades recreativas y convivencia familiar.

La alimentación y la nutrición infantil son procesos bioculturales, es decir, tienen una base biológica como sustrato para los procesos metabólicos, sin embargo son formadas por la cultura. En los primeros años de vida, la alimentación es crucial para el desarrollo humano donde confluyen cuestiones sociales y prácticas socioculturales del niño.⁹

A medida que el niño comienza a socializarse y a incorporar los modelos de alimentación de su cultura, deja de comer exclusivamente en respuesta a estímulos de hambre y comienza a invertir señales ambientales y sociales en el deseo de comer.²

Las experiencias tempranas del niño con la comida y, en especial las prácticas alimentarias de los padres tienen fundamental importancia en el desarrollo de su alimentación.²

Esta alimentación puede ocasionar alteraciones nutricionales y en varias ocasiones originar que los niños prefieran alimentos ricos en carbohidratos y bajo en nutrientes a consecuencia de lo que les enseñan sus cuidadores. Los cuidadores eligen con frecuencia dichos alimentos porque les cuesta menos tiempo de preparación y/o por el desconocimiento de las consecuencias que traerán para la salud de los niños.

Ante la problemática antes referida se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relacionan las conductas promotoras de salud del cuidador con la alimentación del niño de 2 a 5 años de edad?

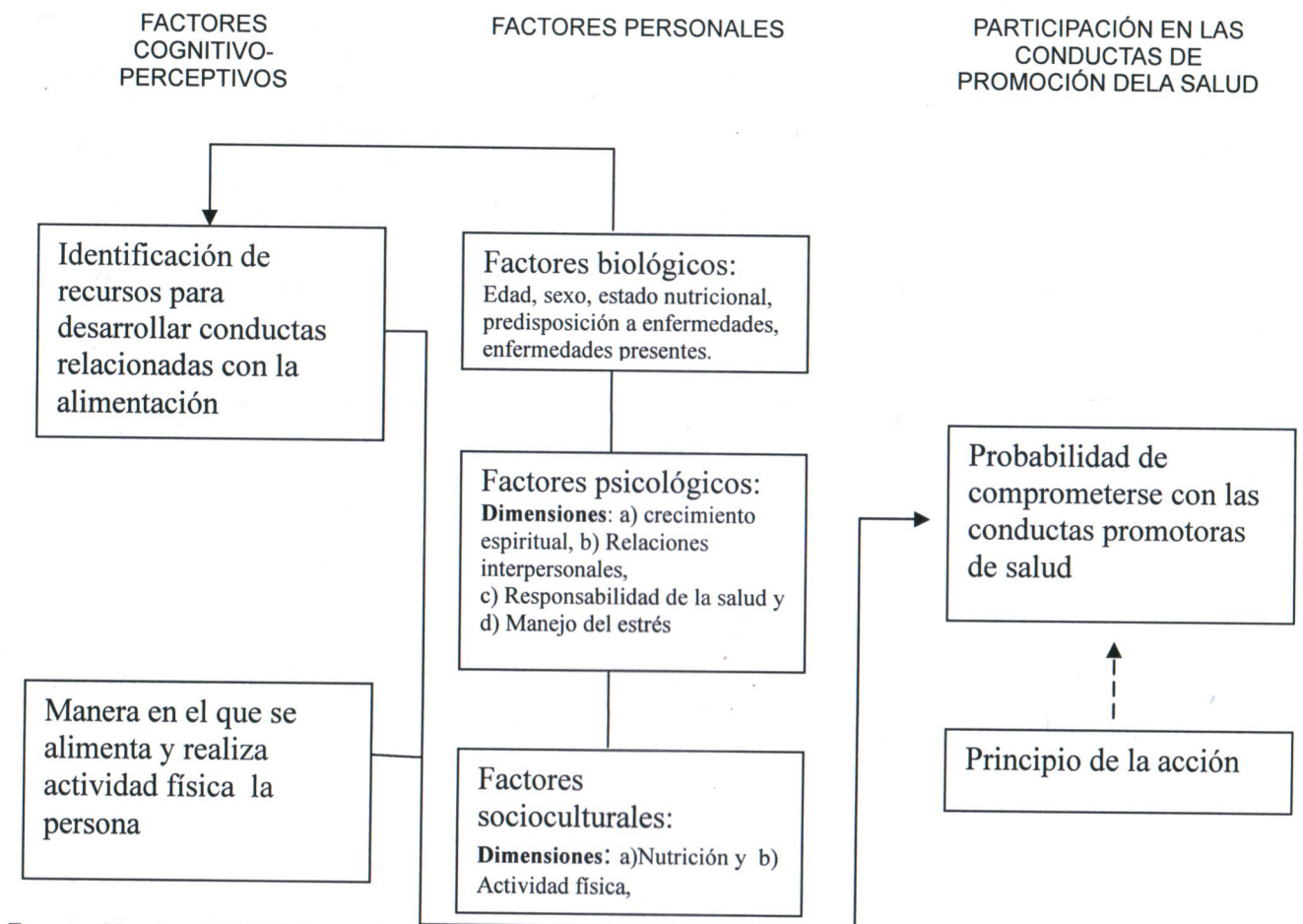
IV. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El presente capítulo se encuentra conformado por las variables de estudio: conductas promotoras de salud y alimentación.

4.1 Conductas promotoras de salud

El Modelo de Promoción de la Salud (ver figura 1) incluye el concepto conductas promotoras de salud y lo define como el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana y realizar ejercicio físico de forma regular.³

Figura 1: Modelo de Promoción de la salud



Fuente: Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería

En la figura anterior se presenta el Modelo de promoción de la salud adaptado para este estudio, a continuación se describirán las dimensiones de la promoción de la salud de acuerdo a los factores personales que serán consideradas:

1. **Factores biológicos:** Se considera la edad, sexo, estado nutricional, predisposición a enfermedades presentes en los cuidadores.

2. **Factores psicológicos:** Se consideran las siguientes dimensiones:

a) Crecimiento espiritual: se centra en el desarrollo de los recursos internos y se logra a través de la trascendencia, la conexión y el desarrollo. La trascendencia pone a la persona en contacto con la mayoría de su yo equilibrado, proporciona la paz interior y abre las posibilidades de crear nuevas opciones para superarse. La Conexión es la sensación de armonía, integridad, y la conexión con el universo.¹⁸

b) Relaciones interpersonales: implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía de uno mismo, las relaciones con los demás. La comunicación consiste en el intercambio de pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.¹⁸

c) La responsabilidad de la salud: implica un sentido activo de responsabilidad al propio bienestar e incluye el prestar atención a la propia salud, la educación sobre la salud de uno mismo, hacer ejercicio y búsqueda de información con ayuda del profesional de la salud.¹⁸

d) Manejo del estrés: implica la identificación y movilización de los aspectos psicológicos y físicos, recursos para el control efectivo o reducir la tensión.¹

Los factores psicológicos son el impulso que necesitan las personas para realizar las conductas promotoras de salud relacionadas con la alimentación

3. Factores socioculturales: se toman en cuenta las siguientes dimensiones:

a) La nutrición: consiste en la selección, conocimiento y el consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar los cuales incluyen la elección de una dieta saludable todos los días.

f) La actividad física: implica la participación regular en actividad ligera, moderada, y / o vigorosa y puede ocurrir dentro de un programa planificado y supervisado por el bien de la salud o como parte de la vida diaria o las actividades de ocio.¹⁸

El modelo propone que los factores personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto, así como de la conducta promotora de salud.

El Modelo de Promoción de la Salud recomienda que los acercamientos para ampliar las conductas de autocuidado de niños deben enfocarse en las familias y en las personas que influyen en los estilos de vida de los niños, entre estas personas se encuentran los cuidadores; ya que al proporcionar atención física a los niños y promover la adaptación cultural, actúan como poderosos modelos de rol de salud y conductas relacionadas a la salud.⁴

En la etapa preescolar ocurren cambios rápidos de desarrollo y los patrones de conducta son maleables, por lo que hacen de la edad preescolar y escolar un tiempo ideal para ampliar las habilidades de conductas preventivas y promotoras de salud.

Desde este aspecto la adquisición y la modificación de conductas se logran a través de la observación e imitación, cuando se observa la conducta de un sujeto, el observador inicia un proceso de imitación. Por lo tanto, la observación informal manifiesta la importancia cultural del aprendizaje hasta el punto de que la palabra "enseñar" es la misma que la palabra "mostrar", y la sinonimia es literal.¹⁸

4.2 Alimentación

La alimentación es el conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de los mismos. Están relacionados principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Cuando dichos hábitos son similares o generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres.¹⁹

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se sugieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.²

En los seres humanos, los modos de alimentación, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida. En el desarrollo de la conducta alimentaria participan de modo fundamental dos componentes: la regulación fisiológica del apetito-saciedad y el contexto social.²

Existe evidencia de que los niños en edad preescolar:

- Ajustan su ingesta según la densidad energética de la comida
- Establecen asociaciones entre el sabor de un alimento y las sensaciones que experimentan después de haberlo comido y, sobre esta base, ajustan la ingesta posterior de otros alimentos.
- Regulan el consumo energético en el período de 24 horas.²

4.3 Conductas promotoras de salud y la alimentación

El Modelo de Promoción a la Salud propuesto por Nola Pender resulta de suma importancia en el manejo de las conductas promotoras de salud de los cuidadores de

niños de 2 a 5 años de edad, ya que al proponer que estos ayuden o favorezcan a que los menores tengan o realicen una alimentación saludable mediante la adquisición de conductas promotoras de salud como son: una dieta sana, alimentarse a sus horas, que la cantidad de consumo sea de acuerdo a sus requerimientos calóricos, así como la veces en que debe alimentarse como es 5 al día.

Las Conductas Promotoras de Salud se relacionan con la alimentación porque si se encuentran presentes permiten obtener conocimiento para seleccionar y consumir alimentos saludables todos los días así como la participación en la actividad física, que es necesaria en esta edad, en donde el niño debe de tener parte de alimentación y recreación.

V. HIPOTESIS

Las conductas promotoras de salud de los cuidadores se relacionan con la alimentación de los niños de 2 a 5 años

VI. OBJETIVOS

General.

Describir la relación de las conductas promotoras de salud de los cuidadores con la alimentación de los niños de 2 a 5 años

Específicos:

- Determinar las dimensiones de la promoción de la salud de los cuidadores
- Determinar la alimentación de los niños.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio.

Estudio aplicado, cuantitativo y correlacional.

7.2 Diseño metodológico

No experimental, prolectivo, transversal y prospectivo.

7.3 Limites de tiempo y espacio.

El estudio se realizó en agosto de 2011 a febrero de 2012, en el municipio de Tizimín Yucatán. (Apéndice 1)

7.4 Universo

La población de estudio fueron N = 40 cuidadores de niños de 2 a 5 años que están registradas en el tarjetero de salud del niño de la unidad de salud módulo 8 de Tizimín Yucatán.

7.5 Muestra.

n= 40 tomando la muestra no probabilística por conveniencia y elegida de acuerdo a los criterios de elegibilidad

Criterios de elegibilidad

Inclusión.

- Cuidadores de niños de 2 a 5 años.
- Cuidadores que vivan en el área de influencia del módulo 8.
- Cuidadores que al menos pasen 8 horas al día con el niño.
- Cuidadores que deseen participar en el estudio

Eliminación.

- Cuidadores que abandonen el estudio.
- Cuidadores que cambien de domicilio.
- Instrumentos incompletos

7.6 Variables

Variables del estudio (ver apéndice 2)

Conductas promotoras de salud

Alimentación

Variables sociodemográficas

- Edad del cuidador
- Edad del niño
- Sexo de ambos
- Número de niños al cuidado
- Horas de cuidado

7.7 Instrumentos

Para las conductas promotoras de salud se empleó el instrumento Estilo de vida promotor de salud de Pender (Apéndice 4), el cual consta de 3 secciones²³:

I. Datos generales de los cuidadores

II. Factores biológicos incluyen:

- Clasificación del sexo
- Enfermedades a las que están propensas
- Estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC)

III. Factores psicológicos

IV. Factores socioculturales

Para estos dos factores se utilizó el instrumento "Estilo de vida promotor de salud" desarrollado por Pender y Walker (Apéndice 5), consistente en 6 dimensiones medidas en escala tipo likert con los siguientes valores:

5=siempre, 4=frecuentemente, 3=regularmente, 2=algunas veces, 1=nunca.

Las seis dimensiones del instrumento fueron validadas por un análisis factorial confirmatoria, ayudando a establecer la validez de constructo. ¹⁸La consistencia interna alfa de Cronbach para la escala global fue de 0,94 y alfas para el comportamiento de las dimensiones el mínimo obtenido y aceptado fue de 0.70, con un rango de 0.70 (manejo del estrés) a 0.82 (La actividad física y crecimiento espiritual) ¹⁸.

Las 6 dimensiones que mide el instrumento son:

- 1.- Crecimiento espiritual, 6 ítems, rango de valores a tomar: 6 a 30.
- 2.- Relaciones interpersonales, 6 ítems, rango de valores a tomar: 6 a 30
- 3.-Nutrición, 14 ítems, rango de valores a tomar: 14 a 70
4. Actividad física, 4 ítems, rango de valores a tomar: 4 a 20
5. Responsabilidad de la salud, 5 ítems, rango de valores a tomar: 5 a 25
6. Manejo del estrés, 3 ítems, rango de valores a tomar: 3 a 15

Para identificar la alimentación de los niños se empleó el cuestionario de frecuencia de consumo de los alimentos (anexo 1). Este instrumento fue elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública, el cual permite tener una representatividad de la ingesta y los patrones de alimentación de los niños; se aplicó a las cuidadoras responsables de la alimentación del menor. El cuestionario está integrado por 100

preguntas y consta de tres columnas: en la primera columna se enlistan los alimentos de interés y las porciones, en la segunda columna se presenta una clasificación de los días de la semana que el niño comió el alimento y en la siguiente escala:

Nunca=0, 1 vez=02, 2-3 veces= 03, 5-6 veces=04, 7 veces=05, esta columna se llena en el trabajo de campo. La tercera columna se refiere a las veces por día en que fue consumido el alimento, así mismo se hace referencia a 13 secciones de alimentos: productos lácteos, frutas, verduras, comida rápida hecha en casa, carnes, huevo y embutidos, pescados y mariscos, leguminosas, cereales y tubérculos (incluyendo productos de maíz), tortillas, bebidas, grasa, azúcares, frituras y otros.²⁰

Los coeficientes de correlación de Spearman para el estudio de reproducibilidad del cuestionario frecuencia de consumo de alimentos oscilaban entre 0,49 y 0,75 para los alimentos.

El cuestionario permite valorar en general el consumo de grupos de alimentos con adecuada reproducibilidad y validez.²¹

Para determinar el estado nutricional de las cuidadoras y de los niños se tomaron medidas antropométricas de masa corporal expresada en peso y talla, el peso se expreso en kilogramos y la talla en centímetros.²⁰

7.8 Procedimientos

Primeramente se sometió el protocolo de investigación al comité de investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato para su análisis y aprobación; una vez aprobado se solicitó autorización a la Unidad de Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán para la revisión y análisis de los tarjeteros de control del niño sano para identificar el total de menores de 5 años inscritos al programa. Posteriormente se detectaron los cuidadores de estos niños y se les

explicó en qué consistía la investigación y cuál sería su participación, posteriormente se les pidió la firma del consentimiento informado para dar inicio a la colecta de datos. (Apéndice 5)

Para la recolección de datos se aplicó primeramente el cuestionario de Estilo de vida promotor de salud de Pender y Walker (Apéndice 4) y posteriormente la frecuencia de consumo de alimentos (Anexo 1), seguidamente se realizó antropometría de peso y talla; tanto al cuidador como al niño en edad preescolar.

7.9 Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 18, en el cual se capturaron y analizaron las variables de estudio. Los datos se describieron y analizaron a través de estadística descriptiva por medio de tablas de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central (media), medidas de dispersión (desviación estándar), tablas de contingencia y para la prueba de hipótesis se usaron diagramas de dispersión y el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

7.10 Recursos humanos, materiales y financieros

Recursos Humanos:

Responsable de la investigación: L.E. Janet Carolina Negrón Espadas.

Director de Tesis: Dra. Laura Ruiz Paloalto.

Codirector de Tesis: Dra. Gloria Uicab Pool.

Asesor de estadística: Martín Arredondo Rosales.

7.11 Materiales y financieros

La investigación es autofinanciada por el investigador (Apéndice 6), se contó con la Beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para el estudio de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

La proliferación de investigaciones con seres humanos ha generado preocupaciones y controversias en materia de ética acerca de la protección de los derechos de los participantes. Las preocupaciones de carácter ético resultan especialmente pertinentes en el campo de la enfermería en virtud de que a medida que crece el número de estudios al respecto se estrecha la línea entre la práctica esperada y la obtención de la información con fines de investigación. Aún más, en algunas circunstancias de la ética representa un desafío particular, pues en ocasiones puede entrar en conflicto con consideraciones metodológicas.²²

El estudio respeta los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que guía la investigación bioética en seres humanos con los principios básicos, los párrafos que se consideran son el 6 que trata del bienestar de la persona que participa en la investigación, el 7 referente al propósito general de la investigación, el 9 que promueve el respeto a todos los seres humanos, el 11 que considera la protección a la vida, la dignidad y la confidencialidad de la investigación, 14 que especifica el proyecto y método del estudio y 26 que hace referencia al consentimiento informado.²³

La investigación también se apega las disposiciones establecidas por la Ley General de Salud en el artículo 100 relativo a el desarrollo de la investigación en seres humanos, establece en la fracción I se refiere a los principios científicos y éticos que justifican la investigación, en la III menciona que podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no se expone a riesgos, ni daños innecesarios al sujeto de experimentación; en la fracción IV, establece que se deberá contar con el consentimiento informado por escrito a los participantes del estudio así como a los responsables de éstos en caso de ser sujetos vulnerables.²⁴

Por lo anterior esta investigación es considerada sin riesgo.

IX. RESULTADOS

En el presente apartado se describen los resultados obtenidos en esta investigación, en forma de tablas y gráficas de dispersión. La muestra estuvo conformada por 40 cuidadores de niños menores de cinco años.

En el análisis descriptivo, los resultados se presentan en dos secciones: la primera abarca la estadística descriptiva de los resultados arrojados de los dos instrumentos por medio de tabla de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), en la segunda sección se analizó la prueba de hipótesis por medio de gráficas de dispersión para conocer gráficamente la existencia de relación entre las variables de estudio, y se utilizó el Coeficiente de Correlación Lineal Pearson para conocer el grado, el sentido y la significancia de las correlaciones encontradas.

De acuerdo a los resultados obtenidos es posible observar los siguientes resultados:

Tabla 1.
VARIABLES DESCRIPTIVAS, CUIDADORES DE NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD.
Módulo 8 Tizimín Yucatán. 2011

| | Mínimo | Máximo | Media | Desv. Estándar |
|------------------------------------|--------|--------|-------|----------------|
| Tiempo al cuidado del niño en años | 2 | 5 | 3,40 | 0.918 |
| Número de niños a su cuidado | 1 | 4 | 2,33 | 1.071 |
| Edad del cuidador | 20 | 53 | 29,05 | 7.818 |

Fuente: Encuesta estilo de vida promotor de salud aplicado a cuidadores

En la tabla número 1 se observa que del total de la población de estudio, referente al tiempo al cuidado del niño se encontró que el máximo de años al cuidado fueron 5 y el mínimo 2, en cuanto al número de niños al cuidado, se encontró como máximo 4 niños y como mínimo 1 lo cual refleja una relación entre la edad del niño y el tiempo que los niños son cuidados por sus cuidadoras. En relación a la edad del cuidador se tiene una media de 29 ± 7.8

Respecto a los factores biológicos de los cuidadores se encontró que el 95% de la muestra corresponden al sexo femenino y el 5% al masculino. Según los datos se encontró que el 15% de los cuidadores reportaron padecer alguna enfermedad. El estado nutricional de los cuidadores se encontró que el 47.5 % presentaron un estado normal de nutrición y el 42.5% padecen obesidad, como puede observarse en la **Tabla 2**

Tabla 2.
Factores biológicos de los cuidadores de niños de 2 a 5 años de edad
Módulo 8 Tizimín Yucatán, 2011

| | | f | % |
|---------------------|-----------------------|----|-------|
| Sexo | Masculino | 2 | 5,0 |
| | Femenino | 38 | 95,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |
| Padecimiento actual | Si | 6 | 15,0 |
| | No | 34 | 85,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |
| Enfermedad actual | Ninguna | 35 | 87,5 |
| | Asma | 1 | 2,5 |
| | Hipertensión arterial | 1 | 2,5 |
| | Hipotensión | 1 | 2,5 |
| | Nervios | 1 | 2,5 |
| | Síndrome metabólico | 1 | 2,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |
| Estado Nutricional | Desnutrición | 1 | 2,5 |
| | Normal | 19 | 47,5 |
| | Sobrepeso | 3 | 7,5 |
| | Obesidad | 17 | 42,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

Fuente: Encuesta estilo de vida promotor de salud aplicado a cuidadores

Se procedió a realizar el análisis de la información proporcionada por los cuidadores, en función de las seis dimensiones que integran el instrumento Estilo de vida promotor de salud, así como de los 4 grupos de alimentos (frutas y verduras, leguminosas y de origen animal, cereales y tubérculos y otros) del instrumento

frecuencia de consumo de alimentos.

Tabla 3
Conductas promotoras de salud de los cuidadores de los niños de 2 a 5 años de edad, Módulo 8 Tizimín Yucatán, 2011

| Dimensión | Media | Desviación |
|-----------------------------|-------|------------|
| Crecimiento Espiritual | 4,00 | 1,26 |
| Relaciones Interpersonales | 3,12 | 1,52 |
| Nutrición | 3,39 | 1,30 |
| Actividad Física | 3,09 | 1,42 |
| Responsabilidad de la Salud | 3,40 | 1,38 |
| Manejo del Estrés | 3,05 | 1,38 |
| Total | 3,48 | 1,32 |

Fuente: Encuesta estilo de vida promotor de salud aplicado a cuidadores

En la **Tabla 3** se puede observar que la dimensión de crecimiento espiritual, arrojó una media de 4,00 (ver tabla 3), es decir, se observa que hay un significado fuerte a favor de esta dimensión ya que 4 fue la opción de “frecuentemente”, y las dimensiones responsabilidad de la salud y nutrición le siguieron con medias de 3.40 y 3.39 puntos respectivamente es decir tienden hacia la opción de “regularmente”. De acuerdo con la Dra. Nola Pender, los cuidadores si están en contacto con la mayoría de su yo equilibrado.¹⁸

Tabla 4.
Frecuencia de consumo de frutas y verduras (días de la semana) de los niños
de 2 a 5 años de edad.
Módulo 8 Tizimín Yucatán, 2011

| | Nunca | Una | Dos a cuatro | Cinco a seis | Siete |
|-------------|-------|------|--------------|--------------|-------|
| | % | % | % | % | % |
| Jitomate | 17,5 | 17,5 | 37,5 | 5 | 22,5 |
| Plátano | 27,5 | 30 | 35 | 2,5 | 5 |
| Aguacate | 37,5 | 30 | 17,5 | 2,5 | 12,5 |
| Zanahoria | 42,5 | 30 | 27,5 | 0 | 0 |
| Pepino | 42,5 | 27,5 | 17,5 | 2,5 | 10 |
| Manzana | 47,5 | 32,5 | 15 | 5 | 0 |
| Calabacitas | 47,5 | 30 | 20 | 0 | 2,5 |
| Chayote | 55 | 22,5 | 22,5 | 0 | 0 |
| Naranja | 57,5 | 30 | 5 | 2,5 | 5 |
| Elote | 57,5 | 32,5 | 10 | 0 | 0 |

Fuente: Instrumento Frecuencia de consumo de alimentos aplicados a cuidadores

Con relación al grupo de frutas y verduras se encontró que los alimentos con mayor consumo fueron el jitomate con un 37.5 % de dos a cuatro días de la semana, y el plátano con un 35 % de consumo de dos a cuatro días de la semana. Por lo que se puede pensar que los alimentos anteriores al formar parte su hábito alimenticio, le da el aporte potásico suficiente para el desarrollo del menor, pero dichos alimentos contienen un alto nivel calórico, por lo que deben de consumirse de manera equilibrada. Presentados en la **Tabla 4**

Tabla 5.
Frecuencia de consumo del grupo de alimentos leguminosas y de origen animal (días de la semana) de los niños de 2 a 5 años de edad.
Módulo 8 Tizimín Yucatán, 2011

| Leguminosas | | | Origen animal | | |
|---------------|-------------------|------|-----------------|-------------------|------|
| Alimento | Dos a cuatro días | | Alimento | Dos a cuatro días | |
| | F | % | | F | % |
| Frijoles olla | 23 | 57,5 | Carne de puerco | 17 | 42,5 |
| Pollo pierna | 17 | 42,5 | Huevo frito | 12 | 30 |
| Danonino | 9 | 22,5 | Queso | 6 | 15 |
| Leche nido | 7 | 17,5 | Embutidos | 5 | 12,5 |
| Yogurth | 5 | 12,5 | Longaniza | 2 | 5 |
| Leche liconsa | 4 | 10,0 | Huevo cocido | 8 | 20 |

Fuente: Instrumento Frecuencia de consumo de alimentos aplicados a cuidadores

El análisis realizado en el grupo de alimentos leguminosas y de origen animal saludables arroja un porcentaje de 57.5 % en el consumo de frijoles de olla, siendo éste alimento el consumido mas días de la semana por los niños menores de cinco años, seguido de pierna de pollo con un 42.5 %. En el grupo no saludable los alimentos que más días de la semana se consumieron fueron la carne de puerco con un 42.5 % y el huevo frito con un 30 %, como se puede observar en la **Tabla 5**.

Tabla 6.
Frecuencia de consumo cereales y tubérculos (días de la semana) de los niños de 2 a 5 años de edad.
Módulo 8 Tizimín Yucatán 2011

| Alimento | Cinco a seis | | Siete | | Alimento | Cinco a seis | | Siete | |
|------------------|--------------|-------|-------|------|------------|--------------|------|-------|------|
| | F | % | F | % | | f | % | F | % |
| Tortilla de maíz | 4,00 | 10,00 | 20,0 | 50,0 | Pan dulce | 5,00 | 12,5 | 15 | 37,5 |
| Arroz | 8,00 | 20,00 | 1,0 | 2,5 | Pan blanco | 0,00 | 0,0 | 4 | 10 |
| Papa cocida | 8,00 | 20,00 | 1,0 | 2,5 | Sopes | 0,00 | 0,0 | 0 | 0 |

Fuente: Instrumento Frecuencia de consumo de alimentos aplicados a cuidadores

En el grupo de alimentos cereales y tubérculos se encontró que las tortillas de maíz fueron las que mayor consumo tuvieron con un 10% de cinco a seis días de la semana y un 50% de siete días de la semana y el pan dulce con un 12.5% cinco días de la semana y 37.5% siete días de la semana, esto puede deberse a la parte cultural de la región de Tizimin, en donde el principal alimento es el maíz, encontrándose un alto consumo de harinas industrializadas, que pueden llegar a producir incremento en el peso corporal, como se observa en la **Tabla 6**.

Tabla 7.
Consumo de alimentos libres de energía (días de la semana) de los niños de 2 a 5 años de edad.
Módulo 8 Tizimín Yucatán, 2011

| | Nunca | | Una | | dos a cuatro | | cinco a seis | | Siete | |
|---------------|-------|------|-----|------|--------------|------|--------------|-----|-------|------|
| | f | % | F | % | F | % | f | % | f | % |
| Agua sola | 4 | 10 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 35 | 87,5 |
| Cebolla | 16 | 40 | 5 | 12,5 | 14 | 35 | 1 | 2,5 | 4 | 10 |
| Limón | 22 | 55 | 3 | 7,5 | 9 | 22,5 | 0 | 0 | 6 | 15 |
| Chile | 31 | 77,5 | 2 | 5 | 4 | 10 | 1 | 2,5 | 2 | 5 |
| Jugo natural | 33 | 82,5 | 4 | 10 | 2 | 5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 |
| Tomate verde | 39 | 97,5 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Té sin azúcar | 40 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Instrumento Frecuencia de consumo de alimentos aplicados a cuidadores

En la **Tabla 7** se puede observar, que los alimentos libres de energía de mayor consumo es el agua sola (natural) con un 87.5% de los niños siete días de la semana, seguido del limón con un 15%, esto puede deberse a que en la región de Tizimín cuenta con una cosecha de árbol de limón lo que hace accesible su consumo, derivado de que los niños adquieren el hábito de aderezar la gran mayoría de sus alimentos con limón, lo cual forma parte de los hábitos cotidianos de la región.

Tabla 8.
Consumo de alimentos altos en energía (días de la semana) de los
niños de 2 a 5 años de edad.
Módulo 8 Tizimín Yucatán, 2011

| | Nunca | | Una | | dos a cuatro | | cinco a seis | | Siete | |
|-------------------|-------|------|------|------|--------------|------|--------------|-----|-------|------|
| | F | % | f | % | f | % | F | % | f | % |
| Dulce | 8,0 | 20,0 | 18,0 | 45,0 | 11,0 | 27,5 | 0,0 | 0,0 | 3,0 | 7,5 |
| Refresco normal | 9,0 | 23,1 | 7,0 | 17,9 | 14,0 | 35,9 | 1,0 | 2,6 | 8,0 | 20,5 |
| Frituras | 17,0 | 42,5 | 15,0 | 37,5 | 7,0 | 17,5 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 2,5 |
| Galletas dulces | 17,0 | 42,5 | 15,0 | 37,5 | 6,0 | 15,0 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 5,0 |
| Mayonesa | 20,0 | 50,0 | 10,0 | 25,0 | 10,0 | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Café azúcar | 20,0 | 50,0 | 7,0 | 17,5 | 6,0 | 15,0 | 0,0 | 0,0 | 7,0 | 17,5 |
| Agua sabor | 25,0 | 62,5 | 5,0 | 12,5 | 4,0 | 10,0 | 1,0 | 2,5 | 5,0 | 12,5 |
| Gelatina | 25,0 | 62,5 | 9,0 | 22,5 | 5,0 | 12,5 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 2,5 |
| Leche saborizante | 25,0 | 62,5 | 0,0 | 0,0 | 3,0 | 7,5 | 0,0 | 0,0 | 12,0 | 30,0 |

Fuente: Instrumento Frecuencia de consumo de alimentos aplicados a cuidadores

En la **Tabla 8** se puede observar que entre los alimentos de alto aporte energético, el más consumido, es el dulce con un 7.5% los siete días de la semana, 27.5% lo consumen de dos a cuatro días y el 45% lo cual es importante ya que solo lo consumieron un día a la semana. El 35.9% de los niños consumió refresco normal de dos a cuatro días de la semana y 17.9 % un día de la semana, por la edad de los niños es difícil limitar el consumo de estos productos, pero lo importante es vigilar la cantidad del consumo y evitar que sea el alimento principal de la dieta.

Análisis de la prueba de hipótesis

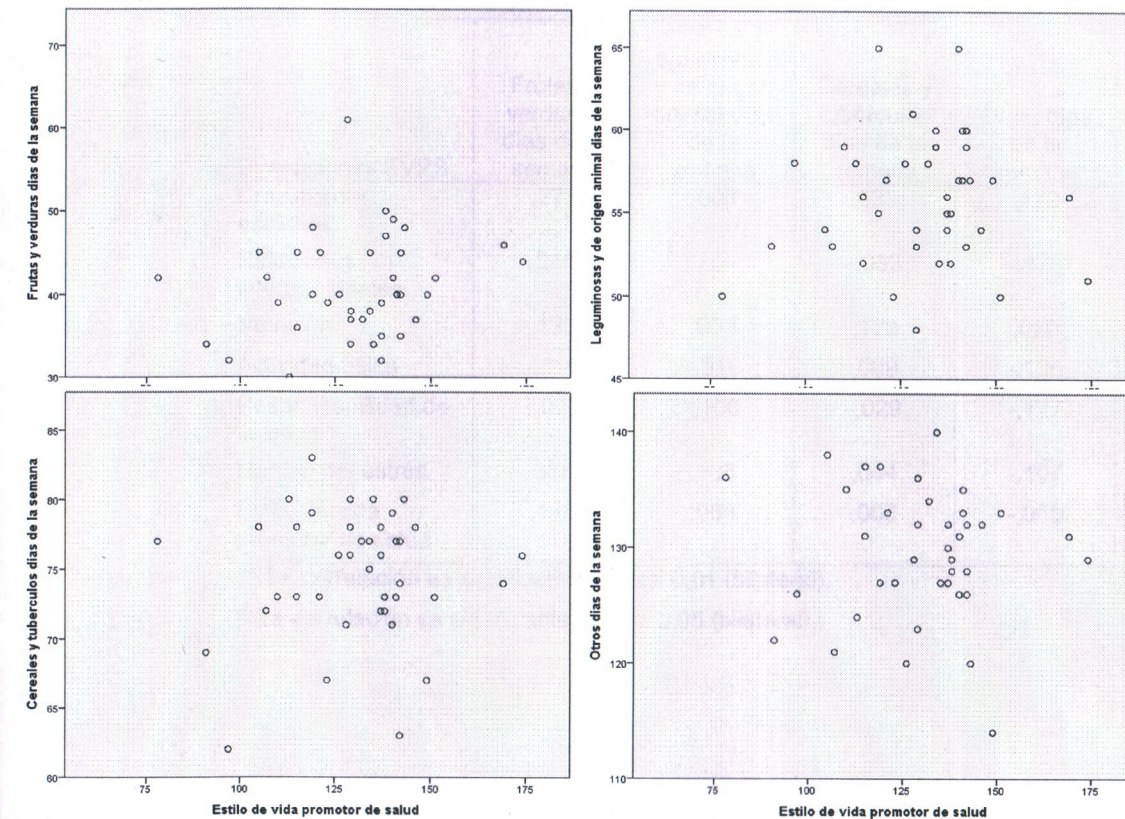
Para probar la hipótesis “Las conductas promotoras de salud se relacionan con la alimentación de los niños de 2 a 5 años”, graficando en diagramas de dispersión el puntaje total del “estilo de vida promotor de salud” y sus dimensiones con cada puntaje total de los alimentos consumidos (Apéndice 7).

Los siguientes diagramas de dispersión presentados corresponden al puntaje total del “estilo de vida promotor de salud” contra el puntaje total de los alimentos consumidos, como se muestran a continuación:

Gráfica 1

Diagramas de dispersión “Estilo de Vida Promotor de Salud” de los cuidadores de niños de 2 a 5 años contra los alimentos consumidos por los niños.

Módulo 8 Tizimín, Yucatán, 2011



Para la comprobación de la hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson, como medida más precisa de la correlación observada en los diagramas de dispersión. Los resultados muestran que existió una gran dispersión en los datos obtenidos en los valores del estilo de vida promotor de salud y los alimentos consumidos, es decir, a mayores valores en las dimensiones del estilo de vida promotor de salud de los cuidadores le corresponden tanto valores mayores como menores de los alimentos consumidos por los niños menores de cinco años. Esto explica en gran medida el no poder probar la hipótesis de trabajo, estos se muestran en la **Tabla 9**, donde todas las correlaciones encontradas son bajas, la de más valor corresponde al manejo de estrés con $r = .388$ significativo a un nivel de $p < 0.05$.

Tabla 9
Correlación entre las conductas promotoras de salud de los cuidadores y los
hábitos alimenticios de los niños de 2 a 5 años de edad
Módulo 8 Tizimín Yucatán, 2011

| Dimensiones EVPS | Frutas y verduras días de la semana | Leguminosas y de origen animal días de la semana | Cereales y tubérculos días de la semana | Otros días de la semana |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|-------------------------|
| Crecimiento espiritual | ,273 | ,003 | ,033 | ,179 |
| Relaciones interpersonales | ,215 | ,259 | -,083 | -,178 |
| Nutrición | ,133 | ,003 | ,170 | ,020 |
| Actividad física | -,116 | -,016 | ,009 | -,136 |
| Responsabilidad de la salud | -,070 | -,106 | -,029 | -,127 |
| Manejo del estrés | ,388* | ,186 | ,044 | -,107 |
| Estilo de vida promotor de salud | ,198 | ,069 | ,066 | -,065 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

X. DISCUSION

La muestra estuvo conformada por 40 cuidadores de niños 2 a 5 años de edad, al obtener la muestra por conveniencia, los resultados son validos para la muestra estudiada. De acuerdo a los factores biológicos de los cuidadores se encontró que la mayoría (95%) son del sexo femenino y que el 42.5 % padece obesidad, datos que concuerda con Flores que realizó un estudio en México donde el 39% de las cuidadoras de niños eran del sexo femenino y con sobrepeso y en 26.4%, con obesidad.²⁵ Lo cual indica que el factor biológico según el modelo de promoción de la salud de la Dra. Nola Pender se encuentra afectado.¹⁸

Otra de las características importantes de las cuidadoras es que existe un significado fuerte a favor de la dimensión crecimiento espiritual con una media de 4.00, como lo refleja un estudio realizado en Colombia donde la dimensión tuvo una media de 4.8.¹⁶ (lo cual indica que los cuidadores están en contacto con la mayoría de su yo equilibrado, proporciona la paz interior y se abren las posibilidades de crear nuevas opciones para superarse según la Dra. Nola Pender, en su modelo de promoción de la Salud).¹⁸

En lo referente a la frecuencia de consumo de alimentos de los niños, se observo en el grupo de frutas y verduras que el jitomate y el plátano se consumieron entre 2 a 4 días a la semana, el primero en un 37.5% y el segundo un 35 % de consumo. Los alimentos de menor consumo fueron el col y el brócoli con un 25 % una sola vez a la semana. Lo cual indica que menos de la mitad de los niños consumen frutas y verduras todos los días. Por lo que estos niños están recibiendo un bajo aporte de vitaminas y minerales, debido al pobre consumo de frutas y verduras. Este resultado es similar a lo presentado por Ramírez en México, el cual reporta que un 45% de aporte de vitamina A y C en la dieta de los niños fue debido a las frutas y verduras.²⁶

El 57.5 % de los niños consumieron frijoles de olla y 42.5% carne de puerco al igual que pierna de pollo y 30% huevo frito de dos a cuatro días de la semana, lo cual

indica que los niños están recibiendo un buen aporte de hierro ya que el frijol y las carnes rojas son las principales fuentes de hierro, también están recibiendo proteínas aunque en menor cantidad ya que las principales fuentes de proteínas son los productos de origen animal y las leguminosas de acuerdo a las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana 043 para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria.¹⁹

El grupo de cereales y tubérculos fue el de mayor consumo en días de la semana por los niños menores de cinco años, encontrándose que 50% de los niños consumió tortillas de maíz siete días de la semana y 10% de cinco a seis días de la semana, lo cual indica que la tortilla es un alimento culturalmente aceptado, tiene un aporte importante de hierro de acuerdo al Instituto Nacional de Pediatría de México.²⁶ Además que en éste grupo de edad a través de estos alimentos se producen otros elementos como el hierro, zinc y calcio además de ser fuente de fibra.²⁷

Referente al consumo de alimentos libres de energía se observó que el alimento con mayor consumo fue el agua natural, el cual fue de 87.5% siete días de la semana, lo cual es positivo ya que el agua es la más saludable y la preferida para satisfacer las necesidades diarias de líquidos para el metabolismo, aporta flúor, magnesio y calcio. Su consumo es adecuado, el cual debe ser de dos litros al día según las recomendaciones de la Secretaría de Salud de México.²⁸

De acuerdo a lo reportado con el consumo de otros alimentos altos en energía se obtuvo como resultado que el dulce lo consumieron el 7.5% de los niños siete días de la semana, 27.5 % dos a cuatro días de la semana, 45 % un día de la semana y 35.9 % de los niños consumió refresco normal de dos a cuatro días de la semana y 17.9 % un día de la semana. Lo cual indica que los niños tienen un consumo alto de bebidas con azúcares y bajo contenido de nutrimentos, su consumo es asociado con caries Concordando con lo reportado por el comité de expertos de recomendaciones sobre el consumo de bebidas para una vida saludable.²⁸

Todos los datos anteriores evidencian la situación alimentaria de los niños

estudiados, por lo que de acuerdo a Nola Pender en su modelo se puede considerar que las conductas promotoras de salud disminuidas en las dimensiones de responsabilidad de la salud, relaciones interpersonales, actividad física y nutrición en un futuro puede ocasionar mayores alteraciones en la salud de los niños y las cuidadoras, aunque de acuerdo a los resultados de esta investigación, las conductas promotoras de salud realizadas por los cuidadores de estos niños no se relacionan con sus hábitos alimenticios, si pueden ser un factor determinante para ello, ya que los niños a esa edad aprenden de acuerdo a lo observado en su entorno, tal como lo marca la Dra. Nola Pender en su modelo quien refiere que las conductas promotoras de salud se adquieren por modelamiento.

Y si el cuidador no toma las medidas necesarias para llevar conductas promotoras de salud adecuadas, puede llegar a originar unos hábitos no saludables en los niños, esto referente a que un gran porcentaje de los cuidadores presentan obesidad, por causas de un estilo de vida no saludable como es el consumo de alimentos no equilibrados y el sedentarismo, es importante considerar que de acuerdo a Nola Pender, la dimensión de crecimiento espiritual guarda una fuerte relación con su YO, equilibrado que en estos cuidadores se encontró una alta presencia de la dimensión.

XI. CONCLUSIONES

- De acuerdo con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, las cuidadoras que se encuentran en un nivel alto de la dimensión crecimiento espiritual, al estar en contacto con la mayoría de su yo equilibrado, lo cual les proporciona la paz interior y les permite crear nuevas opciones para superarse.¹⁸
- En cuanto al factor psicológico se puede decir que se manifiesta de manera regular en los cuidadores de niños menores de cinco años ya que la responsabilidad de la salud implica la responsabilidad al propio bienestar y en este caso de los niños a su cuidado.¹⁸ Al igual que el factor psicológico ya que en la dimensión nutrición se presentó de manera regular la cual les permite a los cuidadores la selección regular en el consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar de los niños a su cuidado.¹⁸
- El consumo de frutas y verduras en comparación con otros grupos de alimentos resultó menor, lo cual muestra que el factor sociocultural nutrición se encuentra regular en cuanto a la selección, conocimiento y el consumo de alimentos esenciales para el sustento de la salud y el bienestar de los niños menores de cinco años. Lo cual influye en la elección de la dieta de todos los días.¹⁸

XII. RECOMENDACIONES

- Implementar intervenciones de enfermería con los resultados obtenidos en esta investigación, en el primer nivel de atención enfocadas a las cuidadoras de niños menores de cinco años acerca de la alimentación correcta en los mismos, tomando en consideración las características socioculturales de la región y el estilo de vida promotor de salud de los cuidadores para trabajar en cada una de las dimensiones afectadas para obtener mejores resultados.
- Realizar periódicamente talleres de fomento de hábitos alimenticios de acuerdo a las características de la región.
- Realizar estudios posteriores a este considerando el estilo de vida promotor de salud de madres de niños menores de cinco años considerando un tamaño de muestra mayor y aspectos cualitativos para identificar otros factores que podrían estar influyendo en la calidad de la alimentación de los niños.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jacoby R. Consulta Regional OPS sobre Alimentación Saludable y Actividad Física en las Américas. [S.l.]. Food and Nutrition Bulletin; 2004. vol. 25: 3 p. 47
2. Guidoni J, Díaz M, Marenzi M, Lestingi M, Lasivita J, Isely M, et al. Nutrición del niño sano. 1ª ed. Argentina: Corpus; 2007. p. 147-149. .
3. Marriner T, Raile A. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: ElsevierMosby; 2007. p 452- 471
4. Pender, Murdaugh, Parson. Health Promotion in Nursing Practice: Pearson Education: New Jersey; 2002
5. Olais G., Rivera J., Shamah T. Instituto Nacional de Salud Pública Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; 2006.
6. Tazza, Bullon, Luz. ¿Obesidad o desnutrición?: Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años. An. Fac. Med [en línea]. 2006 Jul –Sep [accesado 22 Feb 2012]; 67 (3): [10 p.] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000300004&lng=es&nrm=iso.
7. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso.OMS. Ginebra: OMS; 2001. (Nota descriptiva; 311).
8. Braguinsky J. Obesity prevalence in Latin America. An Sist Sanit Navarr [en línea] 2003 Jul-Ago 25 (1) [Accesado diciembre 2011]. Disponible en:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple11a.html>
9. Pardío J, López H, Arroyo P. ¿Qué es lo que come la población de Mérida?. Cuadernos de nutrición. 1998 Sep 5 (1).
10. Médicos sin fronteras. Desnutrición infantil: Una emergencia médica desatendida. Campaña para el acceso a medicamentos esenciales. Nigeria: MSF; 2010. (serie de informes técnicos; 11).
11. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de salud y nutrición Resultados por entidad federativa: Yucatán; 2006
12. Chan M, Pérez M. Diagnóstico nutricional de niños menores de 5 años del modulo 8. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Yucatán: Universidad

Autónoma de Yucatán; 2004

13. López T. Diagnóstico nutricional de preescolares del modulo 8. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán; 2005
14. Serrano V. Alimentación del menor de 5 años, desde la perspectiva de las personas responsables de su cuidado, en el contexto social y cultural de Tizimín, Yucatán. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán; 2008
15. Medina H, Diorga N. Locus de control y conductas promotoras de salud en mujeres jefas de hogar de la Tullpuna Cajamarca. Bireme [en línea] 1998 Ago-Oct [accesado diciembre 20011] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
16. Triviño Z, StiepovichJ, Merino J. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post menopáusicas de Cali, Colombia. Colombia Médica [en línea] 2007 Oct-Dic; 38(4) [accesado diciembre 2011]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4/html%20v38n4/v38n4a9.html>
17. Becerra M, Díaz L. Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales. Avances en enfermería. 2008; Jul; 26 (2)
18. Walker S, Polerecky H. Psychometric evaluation of the health-promoting Lifestyle: Profile II. Nebraska: University of Nebraska Medical Center; 1996. Report No.: NE 68198-5330
19. México. Secretaría de salud. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación, 043-SSA2 (Mayo 23 2006)
20. México. Instituto Nacional de Salud pública. Manual de procedimientos para proyectos de nutrición. Cuernavaca; 2006
21. Rodríguez T, Fernandez J, Cucó J, Biarnés E, Arija V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproductibilidad y validez. Nutr Hosp. [en línea] 2008 23(3) [accesado 22 febrero 2012] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/original7.pdf>

22. Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud. Principio y métodos: McGraw- Hill Interamericana; 2000.
23. Corea. Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki, principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos, 59ªreunión general (Oct 2008)
24. México. Cámara de diputados del H. congreso de la unión. Ley general de salud. Texto vigente. Última reforma publicada 2009. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
25. Flores M, Carrión C, Barquera S. Sobrepeso materno y obesidad en escolares mexicanos. Salud Pública Mex [en línea] 2005 Nov-Dic; 47 (6) [accesado marzo 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342005000600009&script=sci_arttext&tlng=pt
26. Ramírez J, García M, Cervantes R, Mata N, Rivera M, Zárate F. Transición alimentaria en México. An Pediatr. [en línea] 2003; 58 (6) [accesado marzo 2012]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v58n06a13048089pdf001.pdf>
27. García J. Papel de los cereales en la alimentación de ablactación, nutrición del lactante y preescolar. Acta Pediatr. [en línea] 1998; 19 (5) [accesado marzo 2012]. Disponible en: http://www.fondonestlenutricion.org/pdf/menu_der_ok/Infancia/02%20ABLACTACION/Papel%20de%20los%20cereales_aliment.pdf
28. México. Secretaría de Salud. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana; 2008

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Carlson E. A case study in translation methodology using the health-promotion lifestyle Profile II. *PublicHealthnursing*. BlackwellScience, Inc. 17 N (1), p. 61-70
2. Campos I, Constante P, Monteiro C. Factores asociados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *RevSaúde Pública*. 2008; 42(5).
3. Vega L, Iñarritu N. Importancia del desayuno en la nutrición y el rendimiento del niño escolar. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2000 diciembre 57 (12)
4. Madrigal H, Irala E, Martínez M, Kearney J, Gibney M, Martínez A. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*. Nov-Dic 1999; 41(6).
5. Pacheco J. Barreras percibidas por el adolescente para el uso del condón. [Tesis de maestría en ciencias de enfermería]. Guanajuato: Universidad de Guanajuato; 2008.
6. Sara E, Diez S, Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud pública México*. 2007; 49
7. Pérez L. Trastornos de la conducta alimentaria 4. El papel del profesor – educador ante la realidad del aula: ¿es posible la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria?; 2006
8. Cruz, M *et al*. Manual de pediatría. Ergon. 2008. Madrid, España. Cap. 11 pp 346 – 381
9. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. Mc Graw Hil; 2008. p 121-153.
10. Canales. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Limusa; 2005
11. Pardío J, Plazas M. Modelos para el cambio de conducta. Cuadernos de nutrición. Sep 1998 5 (1)

XV. APENDICES

APÉNDICE 1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Cronograma | 2009 | | | | | | 2011 | | | | | | 2012 | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Actividad | J | A | S | O | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | E | F | M | A | |
| Búsqueda de la bibliografía | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selección de la muestra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la base de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis y procesamiento de los datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interpretación de los datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de conclusiones y sugerencias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparación del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de correcciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obtención del grado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

APÉNDICE 2

Conceptualización y Operacionalización de variables descriptivas

| Variable | Definición conceptual | Dimensión | Escala de medición | Estadístico |
|----------------------------|---|--------------------|-----------------------------|--|
| Edad del cuidador | Tiempo en años que ha vivido una persona ¹⁸ | Numérica discreta | Número de años cumplidos | Promedio Frecuencias Porcentajes |
| Sexo | Condición orgánica, masculina o femenina ¹⁸ | Nominal dicotómica | 1. Masculino 2. Femenino | Frecuencia (f) Porcentaje (%) |
| Número de niños al cuidado | Cantidad total de niños que se encuentran al cuidado del cuidador | Numérica discreta | 1, 2, 3, 4, 5 | Frecuencia (f) Porcentaje (%) |

APÉNDICE 3

Conceptualización y Operacionalización de variables de estudio.

| Variables | Definición conceptual. | Definición operativa. | Dimensión. | Indicadores |
|-------------------------------|--|--|--|---|
| Conductas promotoras de salud | Resultado de salud positivo, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. ³ | Actividades rutinarias que realizan los cuidadores en relación con la alimentación | I. Factores biológicos II. Factores psicológicos a) Relaciones interpersonales b) Responsabilidad de salud c) Manejo del estrés d) Crecimiento espiritual III. Factores socioculturales a) Nutrición b) Actividad física | 4=frecuentemente 3=regularmente 2=algunas veces, 1=nunca. |
| Hábitos alimentarios | Conjunto de conductas adquiridas por el niño, por la repetición de actos. ¹⁹ | Frecuencia del consumo de alimentos de los niños | | - Días a la semana - Veces al día - Total de porciones por vez de consumo |

APÉNDICE 4

Instrumento Estilo de Vida Promotor de Salud



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA – SALVATIERRA
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERIA
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Escala estilo de vida promotor de salud de Pender
SEDE TEPIC**

Folio _____

Buenos días, estoy trabajando en un estudio de investigación y me será de mucha utilidad contar con su colaboración para responder este cuestionario, la información que usted proporcione será completamente confidencial.

El objetivo de éste cuestionario es identificar sus factores biológicos, psicológicos y socioculturales que determinan su estilo de vida promotor de salud.

Le agradezco de antemano su participación.

I. Datos generales del cuidador

1. Tiempo que lleva al cuidado del niño (a): _____
2. Número de niños a su cuidado: _____

II. Factores biológicos del cuidador:

1. Edad: _____

2. Sexo: M F

3. Mencione las enfermedades que han padecido o padecen sus parientes directos como padre, madre, hermanos o abuelos

| | |
|------------------------|--|
| Diabetes | |
| Hipertensión | |
| Colesterol | |
| Triglicéridos | |
| Cardiopatías | |
| Cáncer de mama | |
| Cáncer cervico uterino | |

4. ¿En la actualidad padece alguna enfermedad? ¿Cuál (es)? _____

5. Estado nutricional:

Peso: _____ kg.

Talla: _____ cm

IMC: _____

Normal Desnutrición Sobrepeso Obesidad

III. Escala estilo de vida promotor de salud de Pender

Instrucciones: Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre

| Pregunta | 5 Siempre | 4 Frecuentemente | 3 Regularmente | 2 Algunas veces | 1 Nunca |
|---|--------------|---------------------|-------------------|--------------------|------------|
| Factores psicológicos | | | | | |
| 1. Discute sus problemas y preocupaciones con personas cercanas a usted | S | F | R | A | N |
| 2. Consulta con el medico o enfermera cualquier síntoma de salud extraño | S | F | R | A | N |
| 3. Felicita fácilmente a otras personas por sus éxitos | S | F | R | A | N |
| 4. Toma algún tiempo para relajarse todos los días | S | F | R | A | N |
| 5. Cree que su vida tiene propósito | S | F | R | A | N |
| 6. Hace preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones | S | F | R | A | N |
| 7. Pasa tiempo con amigos | S | F | R | A | N |
| 8. Busca una segunda opinión, cuando pone en duda las recomendaciones del médico | S | F | R | A | N |
| 9. Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse a dormir | S | F | R | A | N |
| 10. Se siente satisfecho y en paz consigo misma(o) | S | F | R | A | N |
| 11. Se le hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros | S | F | R | A | N |
| 12. Trabaja hacia metas de largo plazo en su vida | S | F | R | A | N |
| 13. Mantiene un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos | S | F | R | A | N |
| 14. Encuentra cada día interesante y retador (estimulante) | S | F | R | A | N |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. Pide información a los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de si misma (o) | S | F | R | A | N |
| 16. Busca apoyo de un grupo de personas que se preocupan por usted | S | F | R | A | N |
| 17. Asiste a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal | S | F | R | A | N |
| 18. Se siente unida(o) con una fuerza más grande que usted | S | F | R | A | N |
| 19. Se pone de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso | S | F | R | A | N |
| 20. Esta interesada (o) en nuevas experiencias y retos | S | F | R | A | N |
| Factores socioculturales | | | | | |
| 21. Escoge una dieta baja en grasas | S | F | R | A | N |
| 22. Hace ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (caminar rápidamente, andar en bicicleta) | S | F | R | A | N |
| 23. Toma parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana) | S | F | R | A | N |
| 24. Toma parte en actividades físicas de recreación (tales como bailar, andar en bicicleta) | S | F | R | A | N |
| 25. Come de 2 a 4 porciones de frutas todos los días | S | F | R | A | N |
| 26. Come de 3 a 5 porciones de verduras todos los días | S | F | R | A | N |
| 27. Come de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día | S | F | R | A | N |
| 28. Hace ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar, realizar labores domésticas) | S | F | R | A | N |
| 29. Come de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles y huevos todos los días. | S | F | R | A | N |
| 30. Lee las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados | S | F | R | A | N |
| 31. Desayuna todos los días | S | F | R | A | N |
| 32. Incluye en su dieta cereales todos los días | S | F | R | A | N |
| 33. Consume pollo sin piel | S | F | R | A | N |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 34. Lava y desinfecta las verduras antes de su consumo | S | F | R | A | N |
| 35. Lava las carnes antes de cocinarlas | S | F | R | A | N |
| 36. Come en horarios fijos | S | F | R | A | N |
| 37. Come 3 comidas fuertes y dos colaciones | S | F | R | A | N |
| 38. Come en familia | S | F | R | A | N |

Fuente: © S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995. For information about this scale go to www.unmc.edu/nursing/.

APÉNDICE 5
Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento le proporcionará la información necesaria sobre el estudio y lo que se espera de su participación; en caso de aceptar colaborar en él, le proporcionaré una copia de ésta carta para que la conserve.

La investigación se denomina "Conductas promotoras de Salud en los cuidadores de niños de 2 a 5 años y su relación con sus hábitos alimenticios". Las encuestas y mediciones de peso y talla se llevarán a cabo en la Universidad autónoma de Yucatán, Unidad Multidisciplinaria Tizimín. Este estudio se está realizando por que la malnutrición es uno de los problemas principales de salud que tienen los niños en edad preescolar y se relaciona con los hábitos de alimentación; y tiene también como finalidad servir para la realización de una tesis de Maestría en ciencias de enfermería.

El objetivo principal del estudio es Identificar la relación de las conductas promotoras de salud de los cuidadores con los hábitos alimentarios de los niños de 2 a 5 años.

La participación consistirá en obtener información que usted nos proporcionará como cuidadora del niño menor de 2 a 5 años, aplicándole un cuestionario y una entrevista dirigida a usted el día que más le convenga.

Acepto participar en la investigación

L.E. Janet C. Negrón Espadas

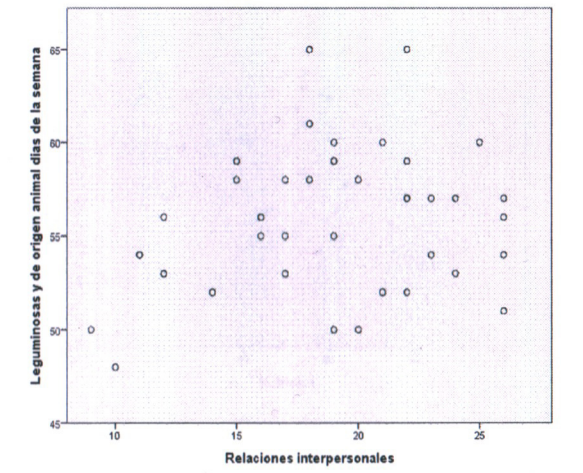
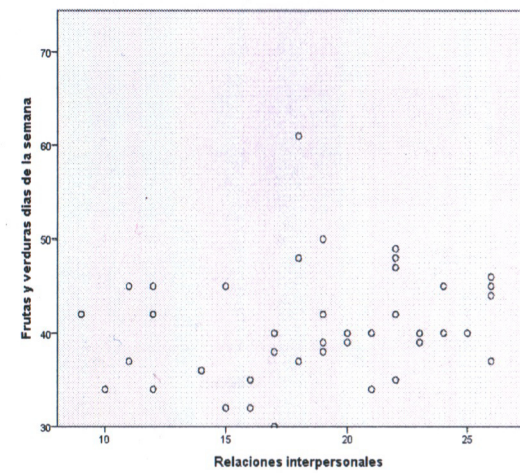
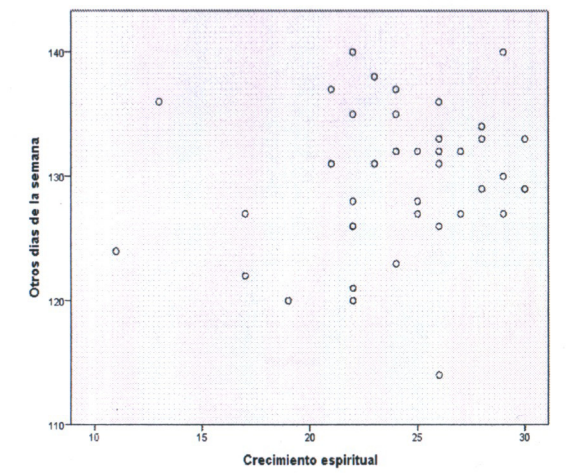
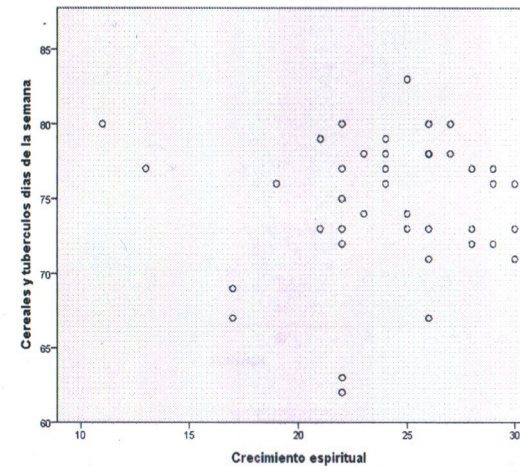
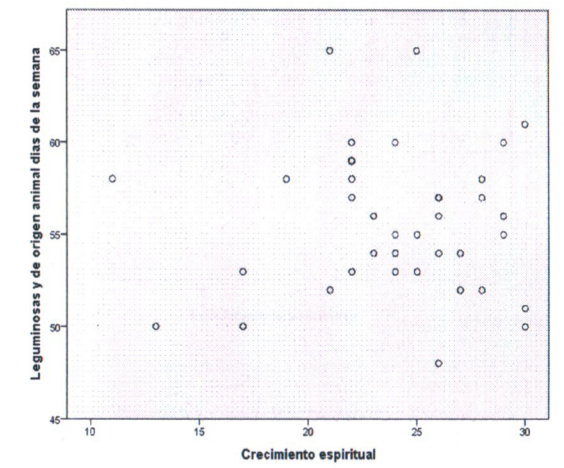
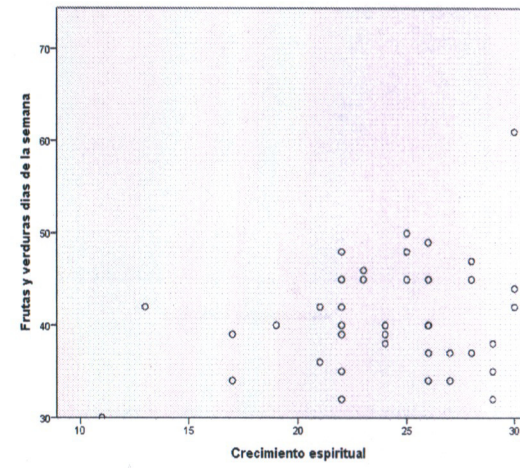
Testigo

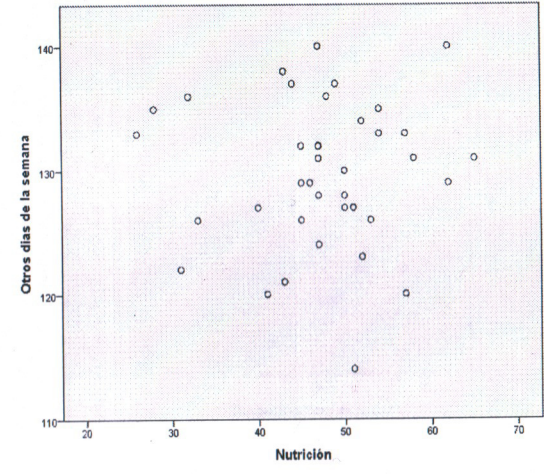
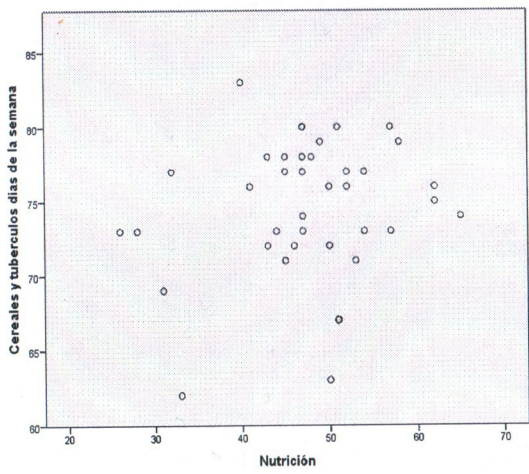
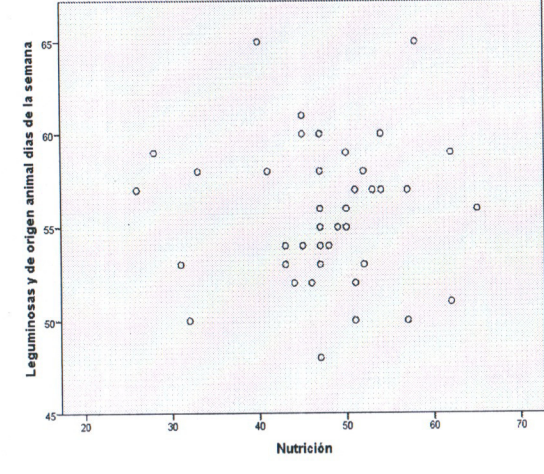
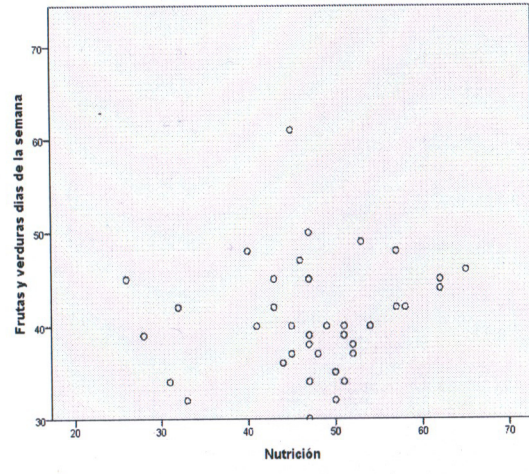
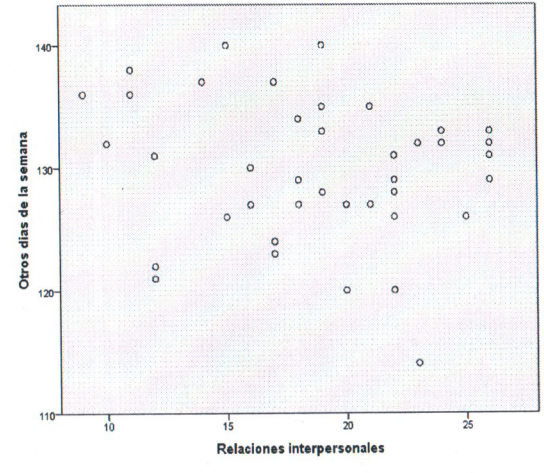
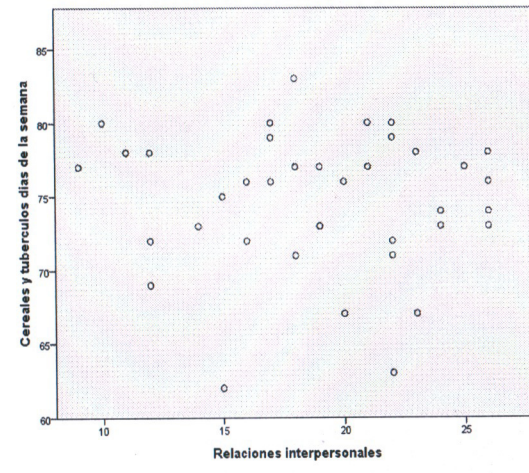
TizimínYuc.; a _____ de _____ 2011

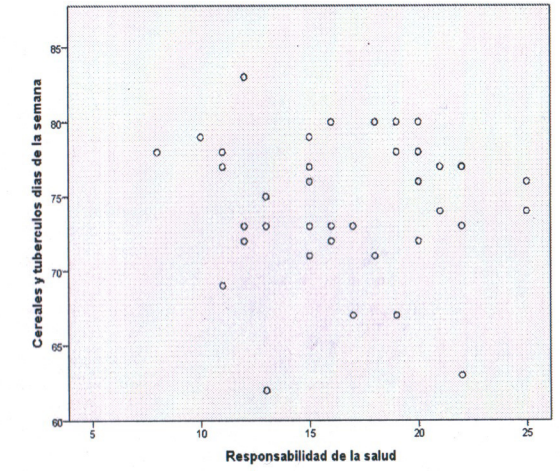
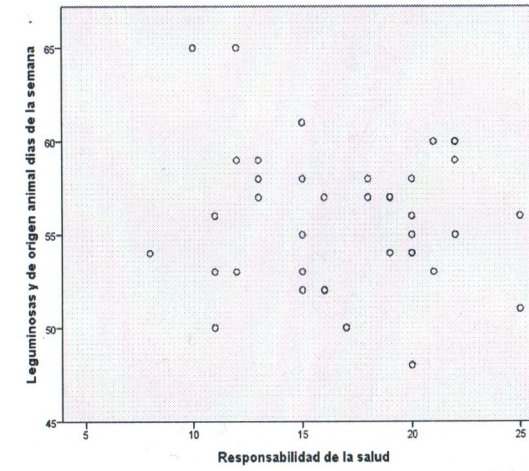
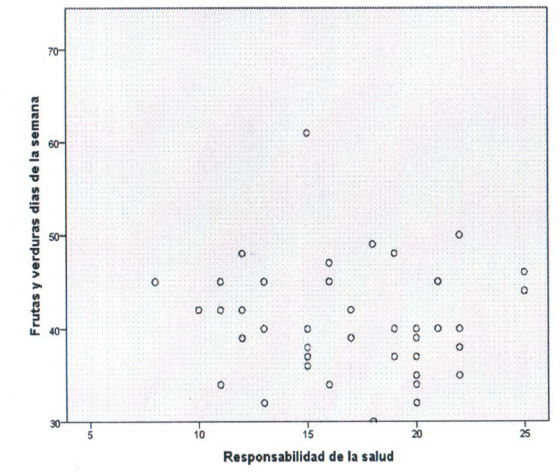
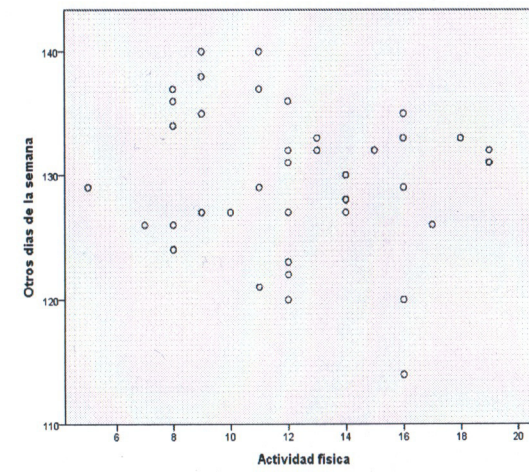
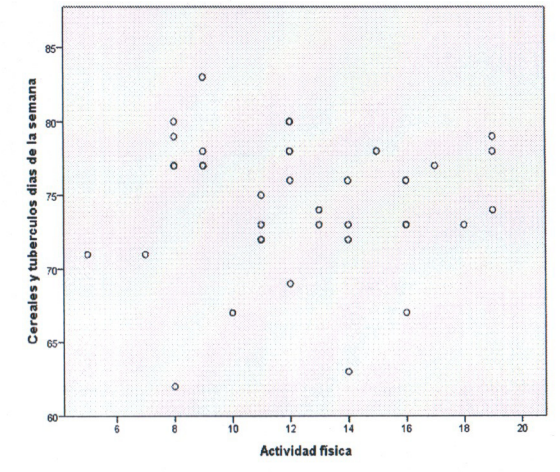
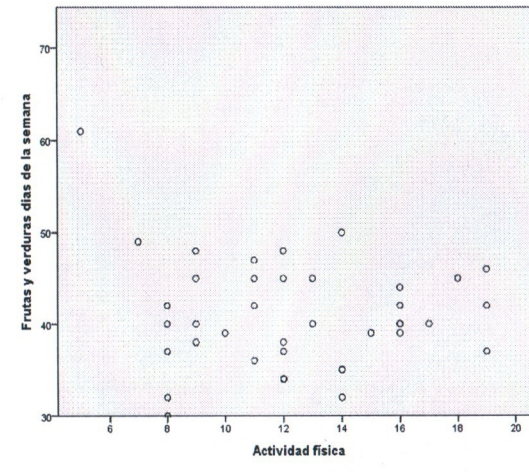
APÉNDICE 6
Recursos materiales y financieros

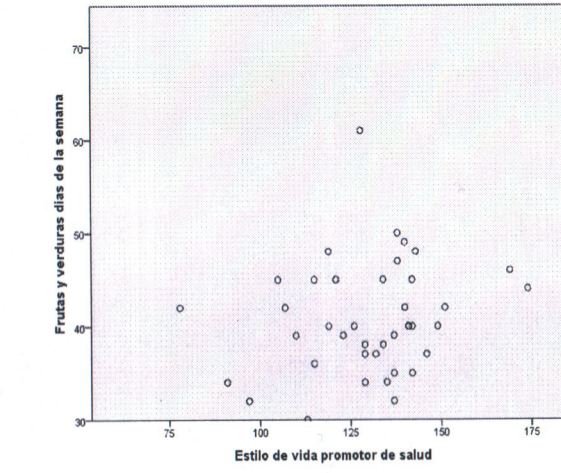
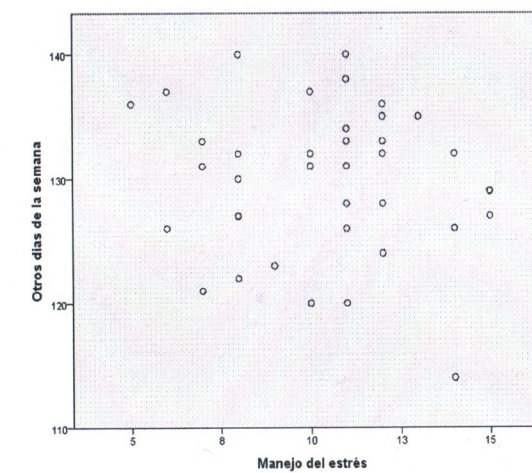
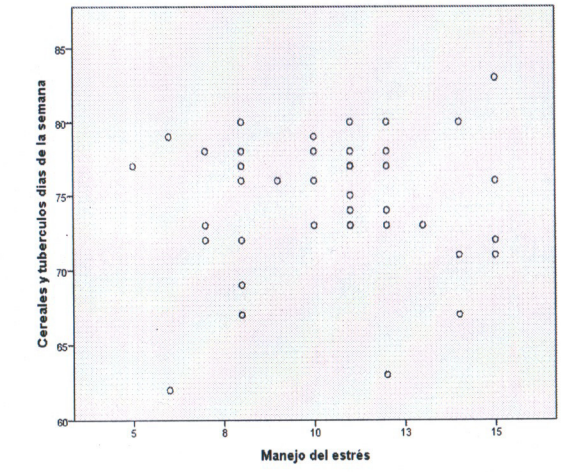
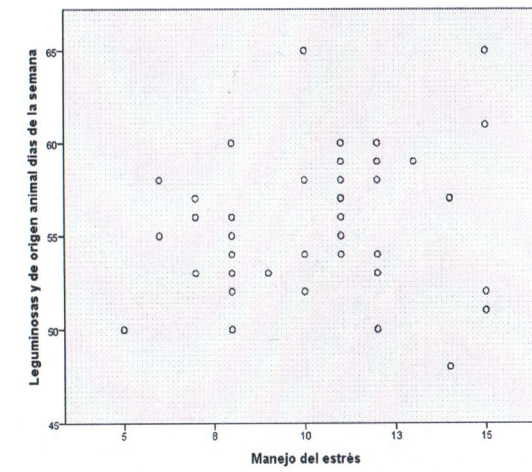
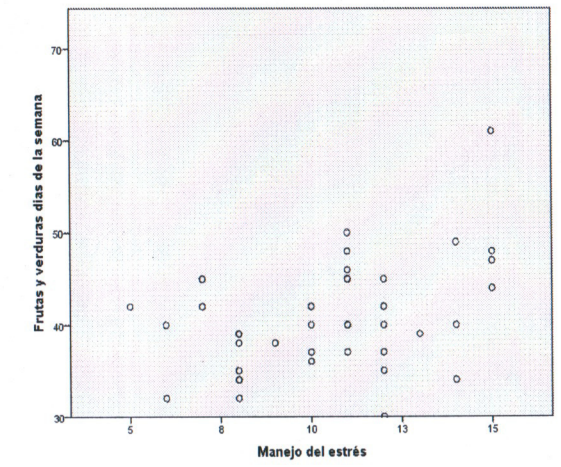
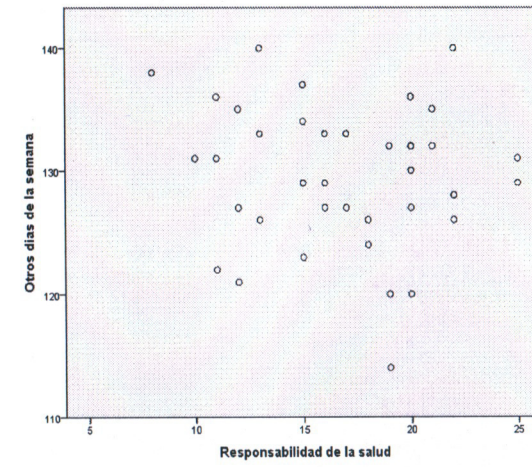
| CONCEPTO | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|--------------------------|----------|-----------------|------------------|
| Computadora portátil | 1 | 14 000.00 | 14 000.00 |
| Impresora | 1 | 1 500. 00 | 1 500. 00 |
| Paquete estadístico SPSS | 1 | 8 000.00 | 8 000.00 |
| Cartucho para impresora | 5 | 300.00 | 1 500.00 |
| Internet | 12 meses | 400.00 / mes | 4 800.00 |
| Hojas | 5000 | .10 | 500.00 |
| Fotocopias | 3000 | 0.50 | 1 500.00 |
| Suscripción de revista | 1 | 600.00 | 600.00 |
| Viáticos de asesoría | 1 | 5 000.00 | 5 000.00 |
| Hospedaje para asesorías | 8 días | 300. 00 | 2 400.00 |
| USB | 1 | 300.00 | 300.00 |
| Engrapadora | 1 | 75.00 | 75.00 |
| Asesor estadístico | 1 | 1 000.00 | 1 000.00 |
| Total | | | 27,189.00 |

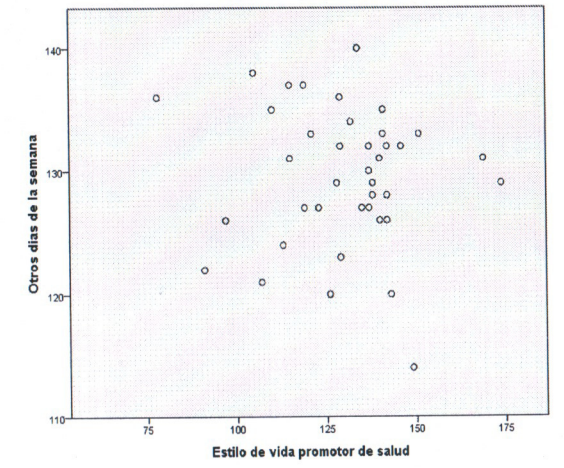
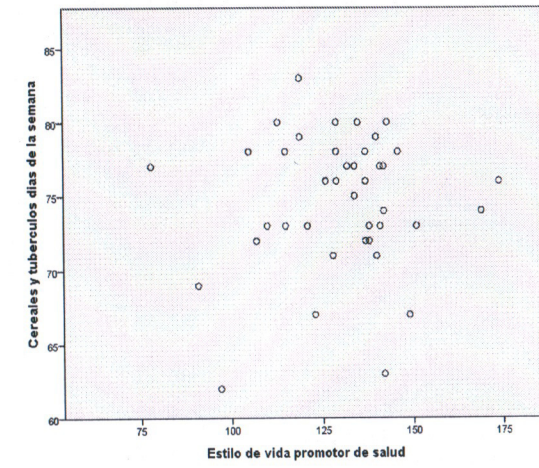
APÉNDICE 7
Gráficas de dispersión







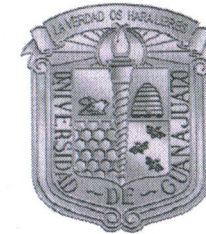




XVI. ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento Frecuencia de consumo de alimentos



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA – SALVATIERRA
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERIA
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

Frecuencia de consumo de alimentos

Folio _____

Buenos días, estoy trabajando en un estudio de investigación y me será de mucha ayuda contar con su colaboración para responder este cuestionario, la información que usted nos proporciones será completamente confidencial.

El objetivo de éste cuestionario permitirá analizar la dieta y representar la ingesta así como los patrones de alimentación del niño a su cuidado

Le agradezco de antemano su participación.

Nombre del cuidador: _____

Nombre del niño: _____

Mediciones antropométricas del niño

Peso: _____ **kg**

Talla: _____ **cm**

Estado nutricional: _____



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
DIETA-FRECUENCIA DE CONSUMO-NIÑO ESCOLAR (1- 5 AÑOS)

En los últimos 7 días...

| LEA TODOS LOS ALIMENTOS | | FRECUENCIA DE CONSUMO | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------------------------|-------------|-------------|-----------|----|
| | | DÍAS DE LA SEMANA | | | | | VECES AL DÍA | | | | |
| | | a) ¿Cuántos días comió (tomó) (NOMBRE DEL NIÑO)...? | | | | | b) ¿Cuántas veces al día comió...? | | | | |
| ALIMENTO | PORCIÓN | Nunca (01) | 1 (02) | 2-4 (03) | 5-6 (04) | 7 (05) | 1 (06) | 2-3 (07) | 4-5 (08) | 6 (09) | |
| 1. PRODUCTOS LÁCTEOS | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Leche Liconsa | 1 vaso (240 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 1.2 | Otra Leche | | | | | | | | | | |
| | a _____ | 1 vaso (240 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | b _____ | 1 vaso (240 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | c _____ | 1 vaso (240 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 1.3 | Leche de sabor (preparado) | | | | | | | | | | |
| | a Chocolate u otro | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 1.4 | Agregado a la leche | | | | | | | | | | |
| | a) Azúcar | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | b) Chocolate u otro saborizante | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 1.5 | Queso | 1 rebanada (30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 1.6 | Yogurt | 1 vasito (150 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 1.7 | Danonino o similar | 1 envase (45 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 1.8 | Yakult o similares | 1 envase (80 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2. FRUTAS | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | Plátano | 1 pieza mediana(116g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.2 | Plátano frito | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.3 | Jícama | ¼ de taza o 1/3 pza. med. (100g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.4 | Naranja o mandarina | 1 pieza mediana (130g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.5 | Manzana o pera | ½ pieza mediana (70g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.6 | Melón o sandía | 1 rebanada ó ¾ taza (115g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.7 | Guayaba | 1 pieza mediana (50g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.8 | Mango | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.9 | Papaya | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.10 | Piña | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.11 | Toronja | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.12 | Fresa | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 2.13 | Otra fruta | 1 pieza | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3. VERDURAS | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | Tortitas de verduras capeadas | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.2 | Jitomate | ½ pieza (30g) en ensalada, salsa o guisado | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|
| 3.3 | Hojas Verdes (acelgas, espinacas, quelites) | ½ taza (85g) cocidas o 1 plato crudas | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.4 | Chayote | ¼ pieza peq. (50g) ó 1/3 taza | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.5 | Zanahoria | 1 pieza chica (50g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.6 | Calabacitas | 1 pieza chica (50g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.7 | Brócoli o coliflor | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.8 | Col | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.9 | Ejotes | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.10 | Elote | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.11 | Lechuga | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.12 | Nopales | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.13 | Pepino | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.14 | Aguacate | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 3.15 | Otra verdura | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 4. COMIDA RÁPIDA HECHA EN CASA | | | | | | | | | | | |
| 4.1 | Torta o sándwich | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 4.2 | Hamburguesa | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 4.3 | Pizza | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 4.4 | Hot dog | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 5. CARNES, HUEVO Y EMBUTIDOS | | | | | | | | | | | |
| 5.1 | Carne de puerco | 1/2 bistec (45g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 5.2 | Carne de res | 1/2 bistec (45g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 5.3 | Carne de res seca (machaca) | | 01 | 02 | 03 | 04 | -05ñ. | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 5.4 | Longaniza o chorizo | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 5.5 | Salchicha de puerco, pavo o combinado, o jamón de puerco o pavo (aparte de en torta, sándwich o hot dog) o mortadela | 1 pieza de salchicha ó 1 reb. de jamón (30g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 5.6 | Pollo | a) 1 pieza (pierna, muslo) ó ½ pieza de pechuga chica (90g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | | b) alas, patas (70g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | | c) 1 pieza de higadito y molleja | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 5.7 | Huevo | a) 1 pieza entera de huevo tibio o cocido | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | | b) 1 pieza entera de huevo frito, estrellado o revuelto | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 6. PESCADOS Y MARISCOS | | | | | | | | | | | |
| 6.1 | Pescado fresco | ½ filete (45 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 6.2 | Pescado seco | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 6.3 | Atún y sardina | ¼ lata ó 40g | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 6.4 | Algún marisco (camarón, ostiones, etc.) | 50g o ½ cóctel chico | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 7. LEGUMINOSAS | | | | | | | | | | | |
| 7.1 | Frijoles | a) ½ plato ó ½ taza de olla (50g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | | b) ½ plato ó ½ taza refritos (50g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 7.2 | Lenteja, garbanzo, haba amarilla o alubia | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 8. CEREALES Y TUBERCULOS | | | | | | | | | | | |
| 8.1 | Arroz | ½ taza ó ½ plato (50g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 8.2 | Pan blanco | 1 rebanada ó ½ bolillo (35g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 8.3 | Pan integral | 1 rebanada ó ½ bolillo (35g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 8.4 | Pan dulce | 1 pieza (70g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 8.5 | Galletas Saladas | 4 piezas (20g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 8.6 | Papas | a) ½ pieza mediana cocida (40g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | | b) ½ pieza mediana frita o tortita de papa (40g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 8.7 | Cereal de caja | | | | | | | | | | |
| | a) Basicos (Corn Flakes, Arroz inflado sin sabor) | 1 taza (seco 30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | b) Adicionados con Azucar | 1 taza (seco 30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | c) Chocolate Otros (corn flakes, arroz inflado) | 1 taza (seco 30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | d) Altos en Fibra (Bran/avena) | 1 taza (seco 30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | e) Light (Special K/Fitness) | 1 taza (seco 30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | f) Multi-ingredientes (grano entero, frutas) | 1 taza (seco 30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | g) Saborizados (Froot Loops(Lucky Charms) | 1 taza (seco 30 g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 9. TORTILLAS y PRODUCTOS DE MAÍZ | | | | | | | | | | | |
| 9.1 | ¿Con qué frecuencia come tortilla de maíz? | | | | | | | | | | |
| | a) de nixtamal (hecho en casa) | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | b) de harina MASECA o MINSa (hecha en casa) | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | c) de masa (comprada) o de tortillería | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 9.2 | ¿Con qué frecuencia come tortilla de harina de trigo? | | | | | | | | | | |
| 9.3 | ¿Cuántas tortillas comió cada vez? | | | | | | | | | | |
| | Sopes, quesadillas, tlacoyos, enchiladas, tacos, o gorditas de comal (sin freír) | 100 g | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | Sopes, quesadillas, tlacoyos, enchiladas, tacos, flautas o gorditas frito(a) | 100 g | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 9.6 | Pozole | 100 g | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 9.7 | Tamal (todos tipos) | 100 g | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 9.8 | Atole de maíz | 1 porción (100g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 10. BEBIDAS | | | | | | | | | | | |
| 10.1 | Refresco Normal | ½ vaso (120 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 10.2 | Refresco Dieta | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 10.3 | Café | | | | | | | | | | |
| | a) Café sin azúcar | ½ taza (120 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | b) Café con azúcar | ½ taza (120 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 10.4 | Te o infusión | | | | | | | | | | |
| | a) Te con azúcar | ½ taza (120 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| | b) Te sin azúcar | ½ taza (120 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 10.5 | Jugos naturales sin azúcar adicionada | | | | | | | | | | |
| 10.6 | Jugos o aguas de frutas con azúcar adicionada | | | | | | | | | | |
| 10.7 | Bebidas o aguas de sabor sin azúcar adicionada (incluyendo dietéticas) | | | | | | | | | | |
| 10.8 | Bebidas o aguas de sabor con azúcar adicionada | | | | | | | | | | |
| 10.9 | Agua sola | | | | | | | | | | |
| 11. BOTANAS, DULCES Y POSTRES | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|-----------------------------|-----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 11.1 | Chocolate | 1 cda. Sopera o trozo (10g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.2 | Dulce | 1 pieza (30g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.3 | Frituras | 1 paquete (35g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.4 | Gelatina, flan | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.5 | Pastel o pie | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.6 | Cacahuates, habas o pepitas | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.7 | Pastillitos y donas indust. | 1 pieza (70g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.8 | Galletas Dulces | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 11.9 | Barras de cereal | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |

12. SOPAS, CREMAS Y PASTAS

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 12.1 | Caldo de pollo, res o verduras (sólo caldo) | ½ taza (120 ml) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 12.2 | Sopa de verduras | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 12.3 | Sopa de pasta | a) ½ plato ó ½ taza sopa caldosa (50g) b) ½ plato sopa seca (50g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 12.4 | Crema de verduras | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |

b) En los últimos 7 días, ¿Cuántos días comió o tomó (NOMBRE) los siguientes alimentos dentro de algún guisado o preparación?

| LEA TODOS LOS ALIMENTOS | | FRECUENCIA DE CONSUMO | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|--------|----------|----------|--------|------------------------------------|----------|----------|--------|----|
| | | DÍAS DE LA SEMANA | | | | | VECES AL DÍA | | | | |
| | | a) ¿Cuántos días comió (tomó) (NOMBRE DEL NIÑO)...? | | | | | b) ¿Cuántas veces al día comió...? | | | | |
| ALIMENTO | PORCIÓN | Nunca (01) | 1 (02) | 2-4 (03) | 5-6 (04) | 7 (05) | 1 (06) | 2-3 (07) | 4-5 (08) | 6 (09) | |
| 13. MISCELANEOS | | | | | | | | | | | |
| 13.1 | limón por ejemplo en ensaladas, caldos, o carnes | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.2 | cebolla por ejemplo en salsas, tacos, o guisados (molida o entera) | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.3 | chiles por ejemplo en salsas, tacos, guisados (molido o entero) | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.4 | tomate verde por ejemplo en salsas, tacos, o guisados (molido o entero) | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.5 | azúcar por ejemplo en fresas o plátanos con crema | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.6 | Margarina | 1 cucharada sopera (10g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.7 | Mantequilla | 1 cucharada sopera (10g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.8 | Mayonesa | 1 cucharada sopera (10g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 13.9 | Crema | 1 cucharada sopera (10g) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |

14. PESO DE TORTILLA

14.1 PESO PROMEDIO DE TORTILLA DE MAÍZ GRAMOS | | | | | |

14.2 PESO PROMEDIO DE TORTILLA DE TRIGO GRAMOS: | | | | | |

15 CANTIDAD DE CONSUMO REPORTADA

¿Considera usted que el consumo que reportó fue semejante a lo que come normalmente el niño? (ya que pudo haber variado su consumo por enfermedad y comer poco o haber tenido fiesta y comer alimento que usualmente no consume) SI1
NO2

OBSERVACIONES