



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

**Evaluación de un programa de estrategias conductuales dirigido a padres, para el
manejo de la conducta alimentaria en niños con diagnóstico de desnutrición
subclínica, leve y moderada.**

Tutor:
Marisabel Lecuna

Autores:
Rosa Castellanos
Desireé Velásquez

Caracas, Julio de 2015



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

**Evaluación de un programa de estrategias conductuales dirigido a padres, para el
manejo de la conducta alimentaria en niños con diagnóstico de desnutrición
subclínica, leve y moderada.**

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como
requisito parcial para la obtención del título de Licenciada en Psicología)

Tutor:
Marisabel Lecuna

Autores:
Rosa Castellanos¹
Desireé Velásquez²

Caracas, julio de 2015

¹ Rosa Castellanos y ² Desireé Velásquez, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a las siguientes direcciones: 1rmcastellanos@gmail.com y 2desireeucv@gmail.com

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por permitirme vivir lo que he vivido y como lo he vivido,
Agradezco a mi mamá, por haberme formado, por ella soy el ser humano que soy,
y tengo lo que tengo.

A mis tías, María, Adela y Cecilia,

A mis hermanos Tacha, Ega, Toño, Ason y Kike

A mis amigos, Vaneska, Alejandra Vieira, Ale Vera, Jenire, Lili, Rocco, Vince
Mariela, Jorge, Jerry, Búho, Luis Felipe, Joel, y mi siempre recordado Víctor

A mis compañeros, amigos y colegas Melissa, Hairin, Astrid, Margiee, Hetmary,
Andrea y Marcelo,

A mi cuñado Carlos, a la Sra. Mireya y a la Sra. Angela,

A la familia Velásquez por recibirme en su casa y hacerme sentir parte de ustedes

A mi excelente amiga y compañera en este proyecto, Desireé,

Gracias a todos por ser mi apoyo incondicional, parte de los mejores momentos de
mi vida, momentos que me hicieron la persona y profesional de hoy.

¡Los amo!

Rosa Milena Castellanos Arias

Agradecimientos

Mi mayor agradecimiento es para mis padres Marisol y Pablo; a mi madre, por poner siempre a su familia en primer lugar y por enseñarme a dar lo mejor de mí en todos los aspectos; a mi padre por luchar siempre para darnos lo mejor a mis hermanos y a mí y enseñarme a defender mis derechos; a ambos por el cariño y amor incondicional. A mis hermanos, por llenar mi vida de alegría, con ellos aprendí lo que es complicidad y a reírnos de las travesuras, simplemente los amo. A mi sobrina Miranda, por existir. A mi Tío Julio y mi Tía Zulay, por ser nuestros segundos padres. A mis abuelos: Modesta, Antonio, Jesús y Delia, porque mi vida sin ustedes definitivamente no hubiese sido la misma. A mis nuevos hermanos: Leo, Kimberly y Diego por regalarme risas y hacer feliz a mis hermanos.

Al Sr. Víctor Guerrero, por hacer y querer que sus alumnos tomáramos decisiones correctas y forjarnos un futuro prometedor. A mis grandes amigas: Kate, Anilec, Jessica, Anny y Sallet, por enseñarme el significado de la amistad y lealtad, después de diez años, ¡Aquí estamos y aquí seguiremos!

A los que me acompañaron en mi carrera; mi mejor amiga Farelis Silva, por una amistad única. A Marcos Freitas, por estar a mi lado en este camino, llenar mi vida de felicidad y apoyarme siempre con su frase: “Tu puedes con eso y más”. A Chechingo: Irma, Saúl, Gabriel, Ylen, Julio, Rhinna, Maria, Ra, Ronald, Yered, Jesús y Elizabeth, por los grandes momentos. A mi grupete adorado: Hairin, Melissa, Astrid, Andrea, Margiee, Hetmary y Marcelo; gracias por los resúmenes, las reuniones, y las carcajadas; con ellos aprendí que nada es tan malo si los tengo a mi lado.

A mi amiga y compañera de Tesis, Rosa Milena, definitivamente este es un logro que no podía alcanzar sin ella; a su mamá por recibirme con los brazos abiertos, estaré eternamente agradecida.

Gracias totales, a los nombrados y a los que quizás quedaron por fuera, con su ayuda me convertí en la persona que soy hoy, llena de ideales, metas, esperanzas; la persona que está entregando esta tesis como último paso para terminar su carrera.

Desireé Carolina Velásquez García

Agradecimientos

A la ilustre Universidad Central de Venezuela, a la Escuela de Psicología, al Departamento de Psicología Clínica.

Al Servicio de Psicología Clínica UCV y todas las personas que lo conforman. A la Profesora Purificación Prieto, el Profesor Leonardo Hernández, la Profesora Cineret Lastra, a la Profesora Irama Cardozo y la Profesora Rosa Lacasella por ser nuestros guías y formarnos como las profesionales que somos hoy.

A nuestros tutores, la Profesora Marisabel Lecuna y Kenduar Galviz, por su tiempo y dedicación

Rosa Milena Castellanos Arias
Desireé Carolina Velásquez García

Resumen

La desnutrición es la causa subyacente de hasta el 50% de las defunciones en menores de cinco años a nivel mundial. En Venezuela, son pocos los centros y hospitales que se especializan en atención del niño desnutrido por lo que no se cuenta con las herramientas suficientemente necesarias para su abordaje. En esta investigación se pretende evaluar un programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria, basado en el programa diseñado por Marques y Siso (2001). Participaron siete madres de niños con edades entre tres y seis años, con diagnóstico de desnutrición subclínica, leve o moderada, que se encuentran en el Área de Recuperación Nutricional (ARN), que asisten al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), ubicado en Caracas, Municipio libertador, Parroquia Antímamo. Esta investigación es de tipo evaluativa y cuasi-experimental de campo, con un diseño de grupo pretest-postest, intrasujeto de forma A-B- con seguimiento. Para la recolección de datos se realizaron cuestionarios para evaluar la variable conocimiento y registros diarios para las variables medidas conductuales y medidas antropométricas. Los resultados arrojaron que el programa causó efectos esperados en las variables dependientes, el nivel de conocimiento se incrementó, se instauró la aplicación de técnicas conductuales, disminuyeron las conductas inadecuadas en el momento de la alimentación, disminuyó la duración del tiempo de ingesta y aumentaron las medidas antropométricas de los niños. Sin embargo no es posible atribuir la totalidad de los resultados, por el conocimiento y entrenamiento externo a este proyecto, antes y durante la investigación.

Palabras claves: Desnutrición, estrategias conductuales, programa, conocimiento, medidas conductuales, medidas antropométricas.

Program behavioral strategies for parents to handle eating behavior.

Abstract

Malnutrition is the underlying cause of up to 50% of deaths in children under five years worldwide. In Venezuela, few centers and hospitals are specialized in undernourished child care so we do not have enough tools necessary to address them. In this research, we intend to evaluate a program of behavioral strategies for parents to handle eating behavior, based on the program designed by Marques and Siso (2001). In this study participated seven mothers of children aged between three and six years, diagnosed with subclinical, mild or moderate malnutrition, who are in the area of Nutritional Recovery (RNA), attending the Center for Child Nutrition Care Antímáno (CANIA) located in Caracas, Libertador municipality, Antímáno. This research is evaluative and quasi-experimental field, with a group of design pretest-posttest, intra subject A-B with tracking. For data collection were conducted questionnaires to evaluate the variable knowledge and daily records for behavioral variables and anthropometric measures. The results showed that the program caused the expected effects on the dependent variables, the increased level of knowledge, the application of behavioral techniques were introduced, decreased inappropriate behavior at the time of feeding, decreased the duration of intake and increased anthropometric measurements of children. However it is not possible to attribute all the results to the program, because of the occurrence of external training and knowledge before and during the investigation.

Keywords: Malnutrition, behavioral strategies, program knowledge, behavioral measures, anthropometric measures

Índice de contenido

Agradecimientos _____	3
Agradecimientos _____	4
Agradecimientos _____	5
Resumen _____	6
Abstract _____	7
Índice _____	8
I. Introducción _____	1
II. Marco Referencial _____	4
2.1 Malnutrición _____	4
2.1.1 <i>Metodología para la evaluación del estado nutricional</i> _____	5
2.1.1 <i>Malnutrición por déficit</i> _____	12
2.1.2 <i>Mal nutrición por exceso.</i> _____	17
2.2 Programas. _____	20
2.2.1 <i>Pasos para la elaboración de los programas:</i> _____	21
2.2.2 <i>Desarrollo del programa:</i> _____	21
2.2.3 <i>Elementos que conforman un programa de asesoramiento psicológico.</i> _	23
2.2.4 <i>Evaluación de programas</i> _____	26
2.2.5 <i>Programas para la prevención e intervención de la salud del niño desde un enfoque conductual.</i> _____	29
2.3 Conductismo _____	31
2.3.1 <i>Supuestos:</i> _____	32
2.3.2 <i>Principales Conceptos</i> _____	32
III. Planteamiento del Problema _____	38
IV) Objetivos de Investigación _____	43
4.1 Objetivo general _____	43
4.2 Objetivos específicos _____	43
V. Marco Metodológico _____	44
5.1 Variables de estudio _____	44
5.1.1 <i>Variable independiente:</i> _____	44
5.1.2 <i>Variable dependiente:</i> _____	45
5.2 Tipo de Investigación _____	47

5.3. Participantes	50
5.3.1 <i>Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.</i>	51
5.4 Materiales	51
5.5 Procedimiento.	53
5.5.1 <i>Etapa Pre- experimental</i>	53
5.5.2 <i>Etapa Experimental</i>	53
5.5.3 <i>Etapa de análisis de datos</i>	56
VI. Resultados	55
6.1 Principales motivos de consulta de los participantes	56
6.3 Estrategias conductuales	60
VII. Discusión	103
VIII. Conclusiones	109
IX. Recomendaciones y Limitaciones	110
X. Referencias	112
XI. Anexos	118

Índice de tablas

Tabla 1. Factores condicionantes y determinantes de la desnutrición calórica - proteica primaria _____	12
Tabla 2. Factores de riesgo involucrados en la génesis y el mantenimiento de la obesidad (Vargas, Bastarrachea, Laviada, González, Ávila, 2002) _____	17
Tabla 3. Consecuencias de la Obesidad. Complicaciones en el estado de salud (Whitaker, 2003 c.p. Machado, Izaguirre, Santiago, 2009) _____	18
Tabla 4. Descripción de la Muestra _____	50
Tabla 5. Principales motivos de consulta por la que los participantes asistieron a CANIA _____	56
Tabla 6. Número de respuestas correctas del Cuestionario General Pre-test y Post-test	57
Tabla 7. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 1 _____	60
Tabla 8. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 1. _____	61
Tabla 9. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportado por el sujeto 1 _____	63
Tabla 10. Medidas antropométricas del niño. Sujeto 1 _____	64
Tabla 11. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 2 _____	65
Tabla 12. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 2 _____	66
Tabla 13. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportado por el sujeto 2 _____	68
Tabla 14. Medidas antropométricas del niño. Sujeto 2 _____	69
Tabla 15. Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 3 _____	70
Tabla 16. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 3 _____	71
Tabla 17. Duración del tiempo de ingesta, reportadas por el sujeto 3 _____	73
Tabla 18. Medidas antropométricas del niño. Sujeto 3 _____	74
Tabla 19. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 4 _____	75
Tabla 20. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 4 _____	76
Tabla 21. Duración del tiempo de ingesta, reportada por el sujeto 4 _____	78

Tabla 22. Medidas antropométricas del niño. Sujeto 4 _____	79
Tabla 23. Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 5 _____	80
Tabla 24. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 5 _____	81
Tabla 25. Duración del tiempo de ingesta reportada por el sujeto 5. _____	83
Tabla 26. Medidas antropométricas del niño. Sujeto 5 _____	84
Tabla 27. Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 6. _____	85
Tabla 28. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 6 _____	86
Tabla 29. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 6. _____	88
Tabla 30. Medidas antropométricas del niño. Sujeto 6. _____	89
Tabla 31. Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 7. _____	90
Tabla 32. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 7 _____	91
Tabla 33. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 7 _____	93
Tabla 34. Medidas antropométricas del niño. Sujeto 7 _____	94
Tabla 35. Evaluación de la aceptabilidad del programa, por categoría. _____	96
Tabla 36. Evaluación de la aceptabilidad del programa por preguntas _____	97
Tabla 37. Numero de respuestas correctas en el Cuestionario 1. Pre-test y Post-test____	98
Tabla 38. Número de respuestas correctas en el Cuestionario 2. Pre-test y Post- test _	100

Índice de Figuras

Figura 1. Principales motivos de consulta por los que los participantes asisten a CANIA _____	56
Figura 2. Número de respuestas correctas del Cuestionario General Pre-test y Post-test	58
Figura 3. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 1. _____	60
Figura 4. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 1. _____	62
Figura 5. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportado por el sujeto 1 _____	64
Figura 6. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 2 _____	65
Figura 7. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 2 _____	67
Figura 8. Duración del tiempo de ingesta de niño, reportado por el sujeto 2 _____	69
Figura 9. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 3. _____	70
Figura 10. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 3 _____	72
Figura 11. Duración del tiempo de ingesta, reportados por el sujeto 3 _____	74
Figura 12. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 4 _____	75
Figura 13. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 4 _____	77
Figura 14. Duración del tiempo de ingesta, reportada por el sujeto 4 _____	79
Figura 15. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 5. _____	80
Figura 16. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 5 _____	82
Figura 17. Duración del tiempo de ingesta reportadas por el sujeto 5. _____	84
Figura 18. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 6. _____	85
Figura 19. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 6. _____	87
Figura 20. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 6. _____	89
Figura 21. Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 7. _____	90

Figura 22. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 7 _____	92
Figura 23. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 7 _____	94
Figura 24. Evaluación de la aceptabilidad del programa, por categorías _____	96
Figura 25. Evaluación de la aceptabilidad del programa por pregunta _____	97
Figura 26. Número de respuestas correctas en el Cuestionario 1. Pre-test y Post-test __	99
Figura 27. Número de respuestas correctas en el Cuestionario 2. Pre-test y Post-test _	101

Índice de Anexos

Anexo 1. Programa dirigido a padres para el manejo conductual de la desnutrición infantil (Marques y Siso, 2001)	118
Anexo 2. Programa de estrategias conducuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria en niños con diagnostico de desnutrición subclínica, leve y moderada	125
Anexo 3. Cuestionario general	132
Anexo 4. Formato de aplicación de técnicas conductuales	134
Anexo 5. Formato de registro de conductas inadecuadas del niño mientras come	135
Anexo 6. Formato para el registro de duración del tiempo de ingesta	136
Anexo 7. Formato para el registro de medidas antropométricas	137
Anexo 8. Cuestionario 1	138
Anexo 9. Cuestionario 2	140
Anexo 10. Manual para padres	142
Anexo 11. Evaluación de la aceptabilidad del programa	150
Anexo 12. Certificado de asistencia	151
Anexo 13. Carta para realizar la solicitud formal de llevar a cabo la investigación en el Centro	152
Anexo 14: Consentimiento informado para padres	153
Anexo 15. Ficha de datos y contrato para padres	154
Anexo 16. Motivos de consulta frecuentes	155
Anexo 17. Ejercicios sobre conductas adecuadas e inadecuadas	156
Anexo 18. Ejercicios para identificar de triple relación de contingencia	157
Anexo 19. Ejercicios sobre técnicas empleadas para instaurar, mantener y eliminar conductas	159

I. Introducción

La infancia es considerada una etapa fundamental en el desarrollo evolutivo del hombre, especialmente en dos instancias: crecimiento y desarrollo. Para que ambas se produzcan con éxito es importante una nutrición adecuada. (Ortiz, Peña, Albino, Mönckeberg y Serra, 2006). A su vez la nutrición es modulada por factores de índole biológico o genético, y, factores psicológicos, sociales, económicos y culturales. La interacción de estos factores puede favorecer o desfavorecer la nutrición, pudiéndose presentar el caso de malnutrición que incluye obesidad y desnutrición.

Se conoce como desnutrición energético proteica infantil al conjunto de signos y síntomas clínicos que se observan en niños a consecuencia de ingestión o aprovechamiento deficiente de los alimentos, lo cual trae como consecuencia que las células del organismo no cuenten con cantidades adecuadas de nutrientes para cumplir con sus funciones metabólicas normales (Cruz, 2005).

Es importante identificar y diferenciar los efectos a corto y largo plazo asociados a la desnutrición infantil. En los inicios se puede identificar: deshidratación, enfermedades diarreicas, depresión del sistema inmunológico, infecciones y trastornos hematológicos, y si se mantiene en el tiempo se puede evidenciar déficit de talla y disminución del coeficiente intelectual (Ortiz y cols., 2006).

Las consecuencias que la desnutrición puede ocasionar en la infancia son lamentables ya que durante este periodo puede afectarse el cerebro del niño, teniendo como consecuencia alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles. Así mismo hay que tomar en cuenta que la desnutrición no es solo un problema de deficiencia de nutrientes, también puede llegar a ser un problema social más profundo, lo cual hay que tomar en cuenta a la hora de realizar alguna intervención en esta área (Ortiz y cols., 2006).

Dentro de los factores sociales relacionados con la desnutrición infantil, se encuentra el índice de pobreza en la cual viven las familias donde se presenta estos casos. En Venezuela, tanto instituciones públicas como privadas toman acciones para atacar las causas de esta pobreza y cómo ella incide en la malnutrición de los niños, lo cual se ve

reflejada en la incidencia de enfermedades crónicas tanto en la infancia como en la edad adulta (Brito, Castro, Gaslonde, Lecuna, Valdez, Veronesi, 2001).

Es conocido que las causas del estado nutricional del niño son numerosas e incluyen: alteraciones genéticas, orgánicas, socio ambientales y de tipo psicológico. En relación con este último aspecto, los estudios realizados asociados a los problemas en la alimentación incorporan a las familias, como entes determinantes en la instauración y evolución de los mismos, dado que es en el núcleo familiar donde se inicia el desarrollo psicosocial de sus miembros, se generan dinámicas particulares y finalmente donde se desarrolla el niño, es por esto que el papel de los padres es fundamental en la formación de la conducta alimentaria (Brito y cols., 2001).

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se adquieren la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los padres influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos (Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos, 2008)

Es por lo anteriormente planteado que mediante este proyecto se pretende proporcionar herramientas a los padres, quienes funcionan como mediadores en el manejo de la conducta alimentaria de sus hijos, dado que ellos son las personas más influyentes en la alimentación. Así mismo hay que tomar en cuenta que además del abordaje psicológico para la desnutrición infantil esta debe manejarse de manera interdisciplinaria de profesionales de otras áreas tales como: médicos, nutricionistas, entre otros.

Para finalizar, una forma de describir esta investigación se puede presentar de esta manera: En el capítulo II se hará una reseña teórica de los principales temas a abordar en la investigación, en el capítulo III se expondrá el planteamiento del problema. En el

capítulo IV se muestran el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. El capítulo IV presenta el marco metodológico, que incluye el sistema de variables, tipo de investigación, participantes, instrumentos y procedimiento de la ejecución del programa, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y limitaciones.

II. Marco Referencial

2.1 Malnutrición

La malnutrición tanto por déficit como por exceso está relacionada con enfermedades que constituyen las primeras diez (10) causas de mortalidad general (Machado, Izaguirre y Santiago, 2009).

Ambas condiciones se deben a una variada gama de factores de tipo socioeconómico, dietético, biomédico, y psicológico, que interactúan entre sí y cuya presencia se debe explorar dentro del grupo familiar para canalizar su atención durante la intervención, ya que su solución es indispensable para la recuperación nutricional y mantenimiento en el tiempo (Machado et al., 2009).

Por tanto resulta relevante que el médico pediatra, y otros profesionales del ámbito de la salud, sepan identificar precozmente la presencia o el riesgo de estas patologías y las aborde con una visión integral, con el fin de tomar las medidas requeridas para impedir o minimizar el impacto negativo de esta situación en el desarrollo del niño (Machado, et al., 2009).

Los objetivos para lograr el diagnóstico efectivo del estado nutricional son los siguientes (Machado, et al., 2009):

- Identificar la existencia de una situación de riesgo de malnutrición por déficit o exceso y sus posibles factores condicionantes para canalizar su intervención.
- Conocer y realizar, en forma adecuada, la evaluación clínica del estado nutricional del paciente
- Hacer el diagnóstico antropométrico del estado nutricional del paciente evaluado con base en la combinación de indicadores
- Seleccionar e interpretar adecuadamente los exámenes paraclínicos requeridos para corroborar el diagnóstico del estado nutricional
- Conocer y aplicar adecuadamente los indicadores funcionales utilizados en la evaluación del estado nutricional

- Integrar de manera adecuada los resultados de los diferentes métodos aplicados evaluar

2.1.1 Metodología para la evaluación del estado nutricional

La malnutrición tanto por déficit como por exceso, es una enfermedad evolutiva, de modo que la efectividad de su diagnóstico está influida por la selección de los indicadores más adecuados para su identificación según el periodo evolutivo en el que se encuentre, esto nos lleva al concepto de la importancia de una evaluación integral para tener el diagnóstico definitivo del estado nutricional. Para ello se emplean métodos subjetivos, objetivos y evaluación funcional (Machado, et al., 2009).

- *Métodos subjetivos*

Son aquellos que permiten reconocer aquella situación en la cual existen en el paciente evaluado y en su entorno, características circunstanciales o no, que constituyen factores condicionantes o determinantes de alteraciones nutricionales por déficit o exceso (Machado, et al., 2009).

Los métodos subjetivos no cuantifican la magnitud del problema nutricional pero si permiten, establecer categorías en el nivel de riesgo del individuo. Para ello se utilizan las señales o indicadores de riesgo en las cuatro grandes áreas que engloban los factores causales de desnutrición en los niños. Estas áreas son (Machado, et al., 2009):

- Socioeconómica
- Dietética
- Psicológica
- Biomédica

También los métodos subjetivos incluyen:

- Evaluación psicosocial
- Evaluación dietética
- Evaluación clínica

- *Evaluación psicosocial*

Permiten identificar la existencia de riesgo no orgánico de desnutrición, al detectar aquellos factores socioeconómicos y psicológicos que impiden la cobertura de los requerimientos nutricionales del niño, debido a que limitan el acceso a los alimentos, introducen alteraciones en su ingesta o interfieren en la utilización de los mismos.

- *Evaluación dietética*

Tiene como finalidad, realizar un diagnóstico dietético completo que incluye: hábitos, conductas alimentarias y apetito. Además de identificar la existencia de riesgo dietético para malnutrición, al detectar aquellos factores alimentarios que impiden al niño cubrir los requerimientos nutricionales, debido a un suministro total o una distribución porcentual inadecuados de nutrientes y categorizar la magnitud de dicho riesgo.

- *Evaluación clínica*

Incluye interrogatorio médico y examen físico

- Interrogatorio médico

En la malnutrición por déficit está dirigido a identificar la existencia de condiciones que impliquen riesgo biomédico de desnutrición, como son: retardo del crecimiento intrauterino, antecedente de prematuridad o bajo peso al nacer, presencia de condiciones que alteran el aprovechamiento biológico de los nutrientes, bien sea por pérdida de nutrientes, por dispersión de nutrientes o incremento de los requerimientos, como patologías oncológicas o infecciosas respectivamente, o por incapacidad de la célula para utilizar los nutrientes, como en las enfermedades metabólicas.

En los antecedentes familiares se debe investigar la presencia de obesidad, desnutrición o enfermedades degenerativas crónicas, así como las características de maduración en los ascendientes, hasta dos generaciones previas, ya que la maduración temprana es un factor de riesgo de obesidad.

- Examen físico

En la malnutrición por déficit tiene tres objetivos, en primer lugar identificar el tipo de desnutrición según el cuadro clínico: puede ser marasmática o edematosa.

Diferenciarlas es importante por las consecuencias funcionales que se producen, dependiendo del tipo de desnutrición, en particular si se trata de desnutrición hospitalaria, que se instala generalmente en forma brusca, lo cual impide una respuesta adaptativa por parte del organismo. En segundo lugar orientar la posible intensidad de déficit: todos los hallazgos físicos encontrados en estos casos son de aparición tardía y muy inespecíficos, sin tener relación con el grado de intensidad de la desnutrición. En caso de no disponer de evaluación antropométrica, la emaciación muscular y la pérdida de grasa subcutánea, han sido señalados como los hallazgos más importantes del examen físico para el diagnóstico clínico de la desnutrición. Y por último, identificar el tipo de desnutrición que según su evolución: puede ser aguda o crónica. Se debe presentar talla baja para clasificar una desnutrición como crónica, aunque su presencia no garantiza este diagnóstico, ya que la identificación de la desnutrición crónica se hace una vez descartadas todas las causas constitucionales y patológicas, tanto primarias como secundarias de talla baja que cursen con maduración ósea retardada y predicción de talla final adulta por debajo del potencial genético de los padres.

- ***Métodos objetivos***

Se basan en la determinación de variables biológicas: antropométricas y/o bioquímicas, a fin de cuantificar la intensidad del problema. Son indispensables para decidir la modalidad de terapia nutricional y evaluar progresivamente la efectividad de la intervención (Machado, et al., 2009).

Estos métodos incluyen: evaluación antropométrica y bioquímica.

• ***Evaluación antropométrica***

Consiste en la obtención de una serie de mediciones, tanto de dimensiones generales de cuerpo, peso y talla entre otras, como la composición corporal: masa magra, masa grasa. Estas mediciones al ser relacionadas con otras variables como edad, sexo y talla, permiten la construcción de indicadores o indicios que pueden ser aplicados para cuantificar y clasificar las variaciones del estado nutricional (Machado, et al., 2009).

Las principales ventajas para su uso es que se trata de técnicas sencillas, económicas y sus resultados pueden proporcionar muy buenos niveles de sensibilidad, especificidad y valor predictivo, si se tiene en cuenta los factores que condicionan variaciones o errores en el diagnóstico (error de medición, indicador seleccionado, valores de referencia utilizados para la interpretación de los indicadores, puntos de corte del indicador empleados para definir “normalidad”) (Machado, et al., 2009).

Las variables más utilizadas en antropometría nutricional son (Machado, et al., 2009):

- *Edad cronológica (EC)*, años y meses, o *edad cronológica decimal (ECD)*: debe ser estimada de forma precisa, es importante debido al efecto de una edad imprecisa sobre la interpretación de los indicadores antropométricos, en particular en los niños menores de un año, en los cuales redondear la edad al último mes cumplido, sobreestima el estado nutricional, mientras que si la verdadera edad del niño es inferior al mes redondeado, se subestima el mismo.

- *Peso (P) g.*: es el indicador más usado en las diferentes edades, tanto para medir deterioro, como para evaluar la rehabilitación nutricional. En lactantes debe medirse sin pañal, escalas de medición de 10g; y en niños sin ropa, solo se debe permitir una bata liviana en escala con rango de medición de 100gr. En ambientes hospitalarios la medición de peso se debería efectuar a la misma hora, en ayunas y preferiblemente luego de efectuadas la micción y la defecación. El vaciamiento irregular de contenido intestinal, puede ser la causa de fluctuaciones diarias en el peso.

- *Talla (T) cm*: en niños menores de dos años se mide la talla acostados, también se puede utilizar en otras edades si el niño no se puede mantener en pie por alguna condición patológica. A partir de los 2 a 3 años la talla se mide de pie. Entre estas dos formas de medición existe una pequeña diferencia por factores relacionados con la gravedad terrestre y se debe hacer un ajuste de 1,0 cm – 2,0 cm, antes de evaluar la talla con algún valor de referencia.

- *Circunferencias*:

- *Circunferencia cefálica (CC) cm*: es la circunferencia tomada en todo el perímetro de la cabeza, es importante en niños menores de 2 a 3 años, en casos de

desnutrición calórico-proteica grave se ha observado un menor tamaño del cerebro y por tanto del perímetro cefálico.

- Circunferencia media del brazo (CMB) cm: es una medición que contiene grasa subcutánea, músculo y hueso, tomada en el tercio medio del brazo. Es una medida útil para evaluaciones rápidas del estado nutricional.

- Circunferencia de cintura (CCint) cm: es la medición de la porción central del abdomen, su medición es recomendable en el punto medio entre el apéndice xifoides del esternón y el ombligo, su medición se ve afectada por el grado de curvatura de la columna, la postura, el grosor y el tono de los músculos de la pared abdominal y el contenido, graso y no graso del abdomen. Esta medida refleja la grasa corporal total y abdominal.

- Circunferencia de la cadera (CCd) cm: es la medición del perímetro de la región pélvica. Al igual que la de la cintura posee buenos niveles de precisión y validez, con bajo error de medición. Su determinación es importante para la determinación del patrón androgénico o ginecóide de la distribución de grasa corporal y la construcción del índice CCint/CCd.

- Circunferencia del muslo (proximal) cm: se mide en la región superior del muslo (a nivel del pliegue del glúteo), se utiliza en la construcción de índices para estudiar el patrón de distribución de la grasa.

- *Pliegues subcutáneos:* La medición de los pliegues debe ser hecha por personal bien entrenado, ya que presenta variaciones con respecto a la técnica, y la comprensibilidad de la grasa.

- Pliegue tricipital (PTr) mm: es muy sensible en el corto plazo a las alteraciones del estado nutricional

- Pliegue subescapular (PSE) mm: no es tan sensible a corto plazo a las alteraciones del estado nutricional, la grasa acumulada en este pliegue suele ser preservada en individuos con desnutrición crónica.

- *Evaluación bioquímica:*

Se fundamenta en que los procesos metabólicos son alterables por déficit o exceso de nutrientes. Dentro de los objetivos de esta evaluación está precisamente identificar

situaciones de déficit y exceso en el período prepatogénico de la enfermedad; confirmar cuantitativamente una deficiencia nutricional específica, sospechada con base en la evaluación clínica y realizar el monitoreo nutricional. La evaluación bioquímica siempre se va a utilizar combinada con los demás métodos, según los objetivos de la evaluación (Machado, et al., 2009).

- *Tipos de pruebas*

- Determinaciones puntuales de nutricionales en diferentes muestras biológicas. Ejemplo: glicemia, calcio y fósforo.
- Determinaciones de metabólicos de nutrientes en sangre u orina. Ejemplo: N-metilnicotinamida
- Test funcionales que incluyen: medición de la actividad enzimática, determinación de metabolitos anormales, determinación de productos de nutrientes bajo estudio.
- Test de saturación o sobrecarga: transferrina, vitamina C y tiamina.

Por su parte, La organización mundial de la salud (CIE-10), define a los trastornos de la conducta alimentaria como (cp. Lecuna, s/f):

“Un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y la niñez. Suele implicar un rechazo a la alimentación y representar variaciones extremadamente caprichosas de lo que es la conducta alimentaria normal, que se lleva a cabo en presencia de la persona (de suficiente competencia) que cuida al niño. El trastorno se diagnostica solamente si su grado supera de un modo claro a la media normal, si las características alimentario son cualitativamente anormales, o si el niño tiene una clara tendencia a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes” (1991. p.351)

A partir de esta definición, el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), ha realizado una ampliación tomando en cuenta datos y hallazgos derivados de la evaluación a los pacientes que presentan desnutrición moderada o leve, talla baja u

obesidad. Los cuadros dependerán de la condición medico-nutricional, sin embargo en su mayoría incluyen estas características (Lecuna, s/f):

- Dependencia o actitud pasiva ante la alimentación, en edades en la que el niño debe alimentarse de manera autónoma.
- Desinterés hacia la alimentación.
- Actitud displacentera, manifestada por muestras observables de rechazo a la misma, bien sea verbal o gestual, gestos de desgano fastidio o llanto.
- Sobrevaloración del alimento que incluye poca tolerancia a la espera y a las restricciones asociadas a la alimentación, voracidad y excesivo interés por la comida.
- Atención dispersa, el niño no se concentra en la actividad: juega, conversa o se levanta de la mesa repetidamente.
- Conductas disruptivas, el niño presenta conductas oposicionistas, evidencia irritabilidad, pelea o hace berrinche en el momento de la comida.
- Conductas caprichosas, incluye selectividad de los alimentos, el tipo de utensilio para alimentarse, etc.
- Rituales.

Los problemas en la conducta alimentaria, se definen entonces, a aquellos que no se corresponden a la ejecución esperada con la etapa evolutiva en la que se encuentra en niño, o con el nivel de habilidades alcanzadas, entendiendo como conducta alimentaria, cualquier acción o respuesta que emite el niño con relación al área de alimentación, tomando en cuenta entonces: respuestas observables, así como también verbalizaciones y actitudes hacia el acto de la alimentación (Lecuna, s/f)

Así mismo, a estas conductas antes mencionadas, se le suman alteraciones en los hábitos de alimentación referidos a (Lecuna, s/f):

- Alteración en los horarios: ingesta horario, consume chucherías entre las comidas.
- Ambiente inadecuado: presencia de distractores (visuales, auditivos, olfativos), espacio limitado, mala iluminación y ventilación, hacinamiento.
- Lugar inadecuado: no existe un lugar estable ni apropiado.

- Interacciones inadecuadas, se refiere a las características de la relación con el cuidador responsable de alimentar al niño: mala presentación del alimento; uso de métodos coercitivos, la madre sigue al niño por la casa con la comida, el niño come del plato de otra persona.
- Creencias familiares y culturales.

2.1.1 Malnutrición por déficit

- *Etiología*

La desnutrición calórico- proteica primaria es causada generalmente por la concurrencia de una serie de factores condicionantes y determinantes que interfiere en la fase pre oral del proceso nutricional (Machado, et al., 2009)

- *Factores condicionantes y determinantes de la desnutrición calórica- proteica primaria*

Tabla 1.

Factores condicionantes y determinantes de la desnutrición calórica - proteica primaria

Aspectos	Factores condicionantes	Factores determinantes
Educacionales	- Sistema nacional de educación insuficiente e inadecuado	
Socioeconómicos	- Devaluación de la moneda - Inflación - Desempleo	- Situación de pobreza - Escasa participación de la madre en la toma de decisiones de la vida familiar - Escaso apoyo familiar
Ambientales	- Deficiencia de servicios básicos	- Suministro de agua inadecuada y contaminación - Deficiente disposición de excretos y desechos
Biomédicos	- Atención y educación en salud deficientes	- Peso bajo al nacer - Peso bajo para la edad gestacional - Prematuridad - Infecciones con

Dietéticos	- Seguridad alimentaria inadecuada	repetición o presencia de enfermedades crónicas - Dificultad en reconocer la desnutrición como una enfermedad - Inseguridad alimentaria familiar - Dietas desbalanceadas - Hábitos alimenticios inadecuados - Mitos y creencias alimentarios - Alteraciones de la biodisponibilidad de nutrientes
Psicológicas	- Familias disfuncionales	- Relación materno-filial alterada - Modelaje del grupo familiar - Dificultad de los padres para permitir que el niño regule su propio consumo de alimentos - Valores y normas que se repiten a lo largo de las generaciones familiares, como repetición de patrones familiares. Y problemas de conducta alimentaria

- *Evaluación clínica*

Es importante mencionar que no existe relación exacta entre las manifestaciones clínicas y la severidad de la malnutrición. La presentación clínica varía enormemente y está influenciada por la duración e intensidad de las deficiencias en la ingesta de alimentos, de minerales y vitaminas, con las complicaciones que se acompañan, así como en la edad del paciente. Las formas más graves de malnutrición son fáciles de identificar y diagnosticar desde el punto de vista clínico, pero en las formas más moderadas y leves son más difíciles (Machado, et al., 2009).

- ***Clasificación*** (CANIA, 2005)

- Se considera subclínico cuando los indicadores de dimensión corporal (*peso, talla, circunferencia del brazo y otros*) se ubican en $> p_{10} \geq p_{90}$ y los indicadores de composición corporal (*pliegue tricúspital para edad*) se ubican en $\leq p_{10}$ (menores de un año) o $\leq p_{15}$ (mayores de un año) de la referencia según sexo y edad.
- Se considera desnutrición leve cuando los indicadores de dimensión corporal se ubican $\leq p_{10} - > p_3$ de la referencia, acompañado de indicador de composición corporal $< p_{10}$ (menor de un año) o $\leq p_{15}$ (mayor de un año) de la referencia según la edad y sexo.
- Se considera desnutrición moderada cuando los indicadores de dimensión corporal se ubican entre $\leq p_3 - (-3DE)$ acompañados de los indicadores de composición corporal $\leq p_{10}$ (menores de 1 año) o $\leq p_{15}$ (mayor de un año) de la referencia según sexo y edad.
- Desnutrición grave cuando los indicadores de dimensión corporal se ubican $\leq -3DE$ con indicadores de composición corporal $\leq p_{10}$ (menores de un año) o $\leq p_{15}$ (mayores de un año) de la referencia según sexo y edad y sexo, acompañado de signos clínicos específicos.
- Se considera talla baja cuando el indicador talla – edad se ubica $\leq p_3$ de la referencia según edad y sexo y riesgo de talla baja cuando el indicador talla – edad se ubica $\leq p_{10} - > p_3$ de la referencia según edad y sexo. Puede estar acompañado de alteración en los otros indicadores de dimensión y composición corporal.

- ***Manejo del niño con desnutrición grave***

La desnutrición es una enfermedad que se presenta con intensos cambios metabólicos y fisiológicos con alteraciones en el funcionamiento del corazón, hígado y sistemas gastrointestinales e inmunológicas, la cual amenaza la vida del paciente, por tanto se recomienda su hospitalización en la fase de intervención (Machado, et al., 2009).

El espacio intra y extracelular del paciente desnutrido grave es muy particular. El medio intracelular presenta hipernatremia, normo o hipokalemia, fósforo normal, hipomagnesemia con hipocalcemia, acidosis metabólica e hipoalbuminemia. Estas características particulares han generado protocolos de tratamiento universal, para disminuir la morbilidad y mortalidad. La OMS ha proporcionado recomendaciones prácticas de tratamiento para el desnutrido grave con los siguientes objetivos fundamentales (Machado, et al., 2009):

- Reducir el riesgo de mortalidad por desnutrición
- Acortar el tiempo de estancia hospitalaria
- Facilitar la rehabilitación
- Evitar las recaídas

Estos objetivos se llevan a cabo a través de tres fases de intervención (Machado, et al., 2009):

- Tratamiento inicial de la fase aguda: generalmente corresponde a la primera semana de tratamiento, es un periodo donde se presenta alta mortalidad. En esta fase el manejo es hospitalario, ya que se trata de preservar la vida del niño con la corrección de carencias específicas y las descompensaciones metabólicas.
- Rehabilitación: el objetivo es restaurar los tejidos depletados, con tratamiento fundamentalmente dietético y la duración promedio es de 6 a 8 semanas, se considera que el niño entra en fase de rehabilitación cuando recupera el apetito. Si recibe alimentación por sonda, no se está preparado para esta fase.
- Seguimiento: en esta etapa el niño se encuentra egresado del hospital y asiste a controles ambulatorios, el objetivo es evitar recaídas y vigilar el crecimiento y desarrollo.

- ***Abordaje de la desnutrición desde el trabajo social***

Para el trabajo social es pertinente el abordaje de la desnutrición haciendo énfasis en las costumbres alimentarias de las familias con niños y niñas en primera infancia, con

el propósito de comprender como desde la dinámica familiar se puede conocer la obtención, preparación y consumo de los alimentos y que impacto tiene sobre la salud y calidad de vida de las personas.

También se pretende explorar y modificar elementos culturales y religiosos que determinan el significado del alimento, horarios y rituales utilizados para la preparación de los mismos. Conocer el rol de la mujer es determinante, ya que ha sido la encargada de manejar y distribuir los alimentos en el hogar, por lo que cumple un papel fundamental en la nutrición de la familia

Las acciones del trabajo social deben estar orientadas en consolidar acciones que piensen en explorar y mitigar posibles problemas de todos los aspectos planteados anteriormente y promover acciones comunitarias que estén pensadas en la política pública para mejorar el estado nutricional de la población infantil a mediano y a largo plazo.

- *Abordaje psicológico*

A partir de evidencias en investigaciones y factores de riesgo identificados en CANIA se han planteado como intervención psicológica en el niño mal nutrido los siguientes (Brito, Castro, Gaslonde, Lecuna, Valdez, Veronesi, 2001):

- Realizar el diagnóstico psicológico del niño, la madre y la familia para detectar variables que comprometen la nutrición.
- Brindar atención psicológica a los pacientes que presentan malnutrición, en áreas asociadas al problema
- Brindar atención psicológica a las madres de los niños que presentan malnutrición, de modo que mejore todos aquellos aspectos que estén relacionados con la desnutrición
- Orientar a los padres y/o cuidador en el manejo del niño para el beneficio de su desarrollo, tanto nutricional como integral

- Orientar a los miembros del grupo familiar que están en contacto directo con el paciente para que presten su colaboración en el manejo del niño, como en el tratamiento y apoyo a los padres o cuidadores.
- Orientar y referir aquellos casos que requiera atención psicológica no asociada a áreas de la problemática nutricional, tales como: déficit de atención, dificultades de aprendizaje, u otros diagnósticos.
- Orientar al personal del centro sobre el manejo de los niños.

2.1.2 Mal nutrición por exceso.

La organización mundial de la salud (OMS) ha calificado a la obesidad como una epidemia mundial, que la convierte en un problema de salud pública por sus efectos negativos sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (Núñez, Rojas, Zarzalejo, 2009).

La obesidad desde el punto de vista conceptual se define como un exceso de grasa corporal. Se suele valorar utilizando indicadores indirectos de grasa corporal obtenidos a partir de medidas antropométricas sencillas. La mayoría de los pacientes presenta obesidad nutricional, llamada también como simple o exógena, la cual está definida como una alteración multifactorial debida a elementos genéticos y ambientales; aproximadamente 1% se debe a causas genéticas y/o endocrinológicas (Machado, et al, 2009).

Tabla 2.

Factores de riesgo involucrados en la génesis y el mantenimiento de la obesidad (Ávila, Bastarrachea, González, Laviada, Vargas, 2002)

Factores de riesgo	
Genéticos y ambientales	El peso corporal de un individuo depende de una mezcla de influencias ambientales y genéticas. La herencia es capaz de contribuir entre 25% y 40% a las diferencias individuales de la adiposidad. En la mayoría de los casos, los genes involucrados en la ganancia de peso no

causan directamente este trastorno sino que condicionan la susceptibilidad en individuos con exposición ambiental específica. Recientemente estudios de genética en la obesidad han identificado unos 20 genes implicado en su génesis, uno de ellos es la leptina que reduce el apetito al suprimir la actividad del neuropéptido Y.

Neuroendocrinos y hormonales.

Las mono aminas y los péptidos neurotransmisores poseen potentes y variados efectos sobre los centros cerebrales que regulan la conducta alimentaria. Algunos neurotransmisores influyen en la estimulación e inhibición del apetito.

Metabólicos y endocrinos

Entre los aspectos metabólicos y endocrinos más relevantes se encuentran:

- Alteraciones metabólicas y variaciones en la termogénesis.
 - Resistencia a la insulina.
-

- Consecuencias de la obesidad.

Tabla 3.

Consecuencias de la Obesidad. Complicaciones en el estado de salud (Whitaker, 2003 c.p. Machado, et al., 2009)

Frecuentes	Intermedias	Raras
• Aceleración del metabolismo.	• Esteatosis hepática.	• Apnea del sueño
• Adelanto en	• Alteraciones del metabolismo glucosado.	• Ovario poliquístico.
		• Seudotumor

-
- maduración ósea y sexual.** • Persistencia de la cerebral.
 - **Psicosociales.** obesidad en la edad adulta. • Colelitiasis.
 - **Dislipidemia.**
 - **Presión arterial elevada.**
-

Como se ha leído con anterioridad, la conducta alimentaria es un conjunto de acciones que se ve influida por factores de diversa naturaleza, tales como, biológicos, psicológicos y sociocultural, la alteración de los mismos trae como resultado trastornos alimentarios, como por ejemplo la malnutrición por exceso o déficit, entre otros (Lora y Saucedo, 2006).

Particularmente en Venezuela las políticas y programas han sido diversos y desde 1936, sin embargo, persisten los problemas de malnutrición en la población, principalmente, debido a la implementación de programas alimentarios no adaptados a las demandas energéticas y nutricionales reales, falta de continuidad, ausencia de mecanismos de control y evaluación del impacto de los mismos y en especial el deficiente conocimiento de la problemática nutricional de los venezolanos (García, Bravo y Bravo, 2011). Por tales razones los programas deben estar diseñados bajo una serie de criterios que en principio garantizarán el cambio esperado.

Dentro de la educación para la salud está el campo de la educación nutricional, que tiene como finalidad la modificación de la conducta alimentaria hacia patrones más saludables. Para lograr esta meta es indispensable el desarrollo de programas de educación nutricional, orientados al paciente y su entorno, incidiendo en los diferentes factores que condicionan las elecciones alimentarias y actitudes hacia la alimentación/nutrición (Kohen, Gómez, Lourenço, Pérez, Castillo, Villarino, Bermejo y Zurita, 2009)

Así mismo para la aplicación de programas dirigidos a modificación de comportamientos en infantes, Bronfenbrenner (1979, 1988 c.p. Jinnah y Henley, 2008) sostuvo que para ser eficaces y tener un impacto duradero, los programas para niños pequeños necesitarían contar con la participación de los padres y las comunidades de los

niños, de manera que en todos los ambientes que afectaban a los niños se promovieran metas parecidas.

De igual manera Franco (1995 c.p. García 1999) a partir de su estudio realizado sobre la influencia de un programa de educación para padres en los métodos de crianza, patrones de funcionamiento familiar y modificación de conducta, concluyó que los programas educativos dirigido a padres pueden resultar valiosamente efectivos y generadores de cambios al orientarlos a responder consecuentemente a las diferentes conductas de sus hijos en distintas edades, y señala además que todos los padres, aun estando en situaciones desfavorables pueden cambiar con una apropiada intervención.

2.2 Programas.

Levy (1985, cp. Guevara, 2005), presenta la siguiente definición de programa:

Programas son la configuración de pautas que ligan los modelos con la acción. Son los mecanismos que traducen decisiones en hechos concretos. Así como los modelos son teorías sobre cuál es el problema y cómo solucionarlo, los programas son la organización del comportamiento para aplicar esa solución. Son la compaginación entre modelo (decisiones teóricas) hechos y personas (1985:344)

Machado y Blanco (s/f cp. Guevara, 2005) aseguran que los programas tienen como objeto garantizar la prosecución de metas contempladas y que cada programa constituye la agrupación de actividades dirigidas a la consecución de estas metas. Así mismo, señalan que a través de la elaboración de programas es posible lograr coherencia y hacer compatibles en el tiempo a las metas (objetivos generales, a largo plazo) y los objetivos (resultados específicos, a corto plazo). Se considera necesario que la programación sea construida “a la medida”, es decir, que sea el resultado del estudio de las características, requerimientos y facilidades de una institución o comunidad en particular en un momento dado.

Se entiende, por programa, un documento que permite verter el producto de la planificación para un periodo determinado y relativamente corto, donde se especifican en forma precisa los *objetivos* que se esperan alcanzar en ese lapso; las *actividades* requeridas para ello; *los procedimientos* por medio de las cuales éstas se llevan a cabo,

los *recursos* –humanos, financieros, materiales y técnicos- necesarios; el *tiempo* estimado para actividad y para el logro de los objetivos específicos planteados y, para finalizar, los *criterios y métodos de evaluación* que se utilizarán para estimar el éxito de la programación (Guevara, 2005).

2.2.1 Pasos para la elaboración de los programas:

Machado y Blanco (s/f cp. Guevara, 2005) plantean la utilidad de poner en práctica un programa a través de cinco etapas, dichas son:

2.2.2 Desarrollo del programa:

Se elabora un documento, que incluya, los objetivos que se pretenden alcanzar en un lapso determinado; las actividades y procedimientos que se llevarán a cabo con la finalidad de obtener los resultados esperados, los recursos requeridos; el tiempo previsto para el desarrollo tanto de cada una de las actividades como de los objetivos específicos planteados, y del programa en su totalidad, así como los criterios e instrumentos de control y evaluación que se utilizarán para garantizar: (1) la ejecución del plan en la forma y tiempo previstos, (2) el acceso a la información que señale la necesidad de incluir las modificaciones necesarias en la planificación para el logro de los objetivos y (3) estimar el éxito alcanzado sobre la base en criterios inicialmente especificados (Guevara, 2005).

Calonge (1983b, cp. Guevara, 2005) plantea que se debe hacer una distinción entre los niveles de formulación de programas de orientación: un nivel conceptual y un nivel operacional, aunque sugiera que tal distinción solo tiene sentido “didáctico”, pues, en la práctica, cuando se elaboran los programas ambos niveles deben interactuar.

- *El nivel conceptual*, incluye los aspectos que servirán de guía para el diseño de las acciones a seguir durante la puesta en práctica del programa e involucra lo relacionado con los principios filosófico-teóricos de los cuales se parte y las finalidades o metas generales que se pretenden alcanzar.
- *El nivel operacional* debe estar basado en el conceptual, y se fundamenta en la especificación de las tácticas que se implementarán y ejecutarán de acuerdo con las estrategias trazadas, lo que se traduce en la determinación de los objetivos

específicos previstos para el lapso y la descripción tanto de los procedimientos, recursos y tiempo necesario para su obtención, como de los métodos que se utilizarán para garantizar el alcance de los objetivos esperados y la estimación del éxito obtenido mediante el programa.

- ***Comprobación y revisión del programa.***

Consiste en ejecutarlo de manera experimental, para verificar su adecuación y poder realizar las rectificaciones necesarias (Guevara, 2005).

- ***Implantación.***

Tiene que ver con la puesta en práctica del programa, es decir, el desarrollo de todas y cada una de las actividades contempladas, tomando en cuenta los procedimientos pautados y ejecutándolas en los momentos determinados (Guevara, 2005).

- ***Seguimiento.***

Supone la supervisión continua y permanente durante la implantación del programa, Es decir, el control de cada actividad con la finalidad de hacer las correcciones y modificaciones necesarias requeridas durante la ejecución. Durante esta etapa se requiere la preparación de un cronograma que indique las fechas y actividades a realizar por día durante el periodo de aplicación del programa (Guevara, 2005).

- ***Control de la ejecución:***

Se trata de comprobar, una vez ejecutado el programa, el grado de éxito alcanzado, para confirmar en qué medida los resultados obtenidos corresponden con los objetivos planteados. Esta etapa es de suma importancia, pues establece una fuente de información para la toma de decisiones sobre futuras acciones a tener en cuenta cuando se realicen labores afines a las pretendidas mediante la ejecución del programa sometido a evaluación. Aparte de la evaluación de resultados, pueden usarse otros parámetros para calificar la efectividad del programa, tales como: estimar el grado de integración del personal involucrado durante el desarrollo del mismo; evaluar la satisfacción de los

usuarios (o consumidores), el juicio de expertos, el impacto de éste sobre la población a quien va dirigido (Guevara, 2005).

2.2.3 Elementos que conforman un programa de asesoramiento psicológico.

Según Guevara (2005) los programas deben contener las siguientes secciones que debe contar con contenidos y requisitos formales, que se describen a continuación:

- *Introducción*

Es la primera parte del programa y brinda información acerca del marco filosófico-teórico que le sirve de fundamento, y en la cual se exponen las razones que justifican la necesidad y conveniencia de su implantación; estas deben estar sustentadas por los datos obtenidos en el estudio de necesidades realizado en la institución o comunidad donde se realizará el programa (Guevara, 2005)

En esta sección se definen de manera clara las políticas que regirán la programación, establecen las estrategias o directrices que determinan, en líneas generales, los propósitos que se quieren alcanzar, los medios a utilizar para ello y los límites de las acciones que se pondrán en práctica, lo cual facilitará: (a) el trabajo en equipo, (b) servirán de base para la toma de decisiones, (c) hacen innecesarias las consultas frecuentes sobre los aspectos fundamentales del trabajo, debido a la descripción de los lineamientos específicos (d) evitan problemas de comunicación al brindar información sobre los propósitos generales que se persiguen, los medios que se usarán para su prosecución y los límites establecidos para las acciones pautadas para el programa y (e) proporcionan un sistema racional y metódico para perseguir los resultados deseados (Machado y Blanco s/f, cp. Guevara, 2005)

En síntesis, las políticas expresan cursos generales de acción, señalan los límites de los mismos e identifican los medios que pueden usarse para el logro de los objetivos (Guevara, 2005).

- *Objetivos generales.*

Según Steiner (1986, cp. Guevara, 2005), un objetivo radica en un resultado que se desea o necesita alcanzar en un periodo de tiempo establecido. Es, además, un valor

esperado por un individuo o grupo dentro de una organización y define una clase específica de propósito primordial deseado. Se consideran como sinónimos los siguientes términos: metas y fines.

Guevara (2005) considera que los objetivos generales son la expresión de los fines perseguidos durante el desarrollo de un programa particular, y están determinados por las políticas anteriormente establecidas. Un mismo programa puede contener varios objetivos generales, los cuales deben ser posibles de lograr sin que la prosecución de alguno intervenga con los restantes. Así mismo, es importante que cada objetivo general deriven una serie de objetivos específicos, descritos en términos de resultados concretos, cuyo resultado en conjunto permitirá llegar a la meta planteada por el objetivo general original.

- ***Objetivos específicos***

Diversos autores plantean la importancia de contar con objetivos específicos que definan con claridad y exactitud los resultados que se espera obtener después de la aplicación del programa al transcurrir el tiempo establecido. Por tanto, el señalamiento de tales objetivos es una de las etapas primordiales y determinantes de todo proceso de planificación, aunque sea una de las tareas que reviste mayor dificultad (Guevara, 2005)

Es importante señalar que los objetivos específicos son planteamientos, que deben derivarse de las metas establecidas y que constituyen guías para las acciones por realizar en un período de tiempo determinado, por lo que, se requiere una continuidad entre las metas y los objetivos (Guevara, 2005).

Debido a la importancia de esta sección del programa, se deben seguir algunos principios y requerimientos para su elaboración. Una de las primeras consideraciones a tomar en cuenta es que los objetivos específicos son planteamientos cuidadosamente propuestos, en términos claros y precisos, de manera que no acepten vaguedad alguna y eviten que diferentes personas puedan hacer interpretaciones distintas a su significado, a este requisito se le llama “carácter de objetividad” y su principal función, es permitir que el objetivo trasmita la misma información (e intención) a todos (Guevara, 2005).

- ***Actividades y procedimientos.***

Según Guevara (2005) se entiende por *actividades* las tareas establecidas que se llevan a cabo para cumplir con las funciones a cargo de una unidad o que debe realizar una persona para alcanzar los objetivos de una institución. La determinación de las actividades necesarias se logra a través de un análisis de funciones, el cual permite identificar qué debe hacerse y cuál es el orden esperado para su ejecución. Los *procedimientos* componen la descripción de los pasos que son necesarios adelantar para cumplir con las actividades previstas.

Cuando se estén planteando los procedimientos, es importante tomar en cuenta que una tarea o actividad tiene sentido en la medida en que favorece al logro de los objetivos previamente definidos. Así mismo, los procedimientos deben ser flexibles, es decir, susceptible a modificación, ya sea para mejorarlos o ajustarlos a variaciones situacionales (Guevara, 2005).

En síntesis, las secciones de actividades y procedimientos del programa reportan acerca de los métodos que permitirán obtener los resultados esperados. Debe enumerarse, con total precisión, *cuáles* tareas se ejecutarán y *cómo* se llevarán a cabo estas, teniendo especial cuidado en aclarar la secuencia temporal de los pasos que deben cubrirse. Se incluirá en su descripción tantos detalles como sea necesario con el fin de garantizar que, al ponerlos en práctica, se logre una máxima eficiencia (Guevara, 2005).

- ***Tiempo y recursos.***

Forma parte importante de todo programa la previsión de todos los recursos (materiales, financieros, técnicos y humanos) necesarios para implantarlo. Por lo que es requerido establecer –para cada actividad- los equipos, instrumentos, materiales y bienes, además del personal indispensable para su realización. Con respecto a este último, se debe especificar las características, conocimientos, habilidades y destrezas que debe poseer para desempeñar con eficiencia las actividades pautadas (Guevara, 2005)

Otro aspecto de gran importancia lo constituye la especificación del cronograma de actividades, es decir, esclarecer detalles acerca del tiempo previsto tanto para la realización de todas y cada una de las tareas planificadas, como el tiempo total estimado

para el cumplimiento del programa. Entre otras ventajas, tener establecido previamente el momento en que debe ejecutarse cada tarea facilita las labores del control, pues permite determinar, en cada momento, lo que se ha hecho y lo que se debe hacer a continuación (Guevara, 2005).

2.2.4 Evaluación de programas

De acuerdo con Bueno (2001) la evaluación de programas es considerada como un proceso metódico de recolección de información, que una vez analizada permite tomar decisiones con respecto a la optimización del programa. Es denominado un proceso porque representa la exigencia de superar modelos estrictamente sumativos, puntuales, descontextualizado y centrado en el puro control. El campo de la evaluación de programas, es donde surge la importancia de tomar en cuenta que la evaluación no constituye un hecho puntual acerca de los resultados finales del mismo, dado que debe extenderse tanto al diseño y desarrollo como a los resultados.

La evaluación no solo hace referencia a un término, sino a una actividad, a un proceso. Según Bueno (2001) es importante al momento de planificar la evaluación tomar en cuenta: (a) el **objeto de evaluación** que puede ser diverso, desde alumnos, docentes, padres, niños, personal administrativo, estrategias metodológicas, recursos, centros, entre otros.

Una vez definido el objeto de evaluación se procede a la planificación de la misma, dado que es el objeto el que determinará las decisiones posteriores; (b) **la finalidad** del proceso de evaluación, ¿Cuál es el objetivo, el propósito de la evaluación?, según esta distinción la evaluación puede ser (Bueno, 2001):

- **Diagnóstica:** permite conocer la realidad donde se desarrollará el proceso de evaluación, el ambiente donde se realizará el programa así como las características y necesidades de los destinatarios del programa. Este tipo de evaluación inicial permite diagnosticar con el fin de realizar una toma de decisiones respecto a las características de los integrantes de la muestra, los criterios de admisión o inclusión, y el establecimiento de los grupos de incidencia, la orientación de los participantes, las posibilidades y viabilidad del programa.

- **Formativa:** también conocida como evaluación del proceso, proporciona la posibilidad de valorar una acción educativa durante su desarrollo en un ambiente específico, con la finalidad de mejorar u optimizar esa acción durante el transcurso de la acción formativa. Así mismo permite, en el tiempo de su ejecución, tomar decisiones en cuanto a las actividades y estrategias utilizadas, si funcionan o no, si son adecuados, si los recursos son los necesarios o si los tiempos están bien ajustados. En conclusión, permite optimizar las acciones educativas en función de las ocurrencias que van surgiendo durante su desarrollo.
- **Sumativa:** (evaluación de productos) también llamada retroactiva, permite identificar si los objetivos se han conseguido o no, los cambios producidos, confirmar la valía de un programa, tomar decisiones en cuanto a la promoción, certificación de los participantes, rechazo o aceptación de un programa.
- **De impacto:** esta finalidad de la evaluación proporciona información sobre análisis de resultados a medio y largo plazo. También permite evaluar hasta qué punto los destinatarios del programa han modificado sus prácticas y si estos resultados se deben a la aplicación del programa o a otras variables.

Es importante considerar otro tipo de evaluación planteado por Fernández-Ballesteros (1995), denominada **desde adentro y desde afuera**. Se considera que si la evaluación es efectuada desde la propia institución e incluso por parte de las mismas personas que han planteado y llevado a cabo el programa se denomina desde adentro y de esta manera resulta más fácil la toma de decisiones con respecto a la mejora del programa; por el contrario si se realiza por instituciones o agendas extrañas al mismo se refiere a evaluación desde afuera, y esta tiene menos repercusiones sobre el programa, dado que el evaluador externo, ajeno a la institución, tiene menos posibilidades de influir sobre el programa para modificarlo u optimizarlo.

Es importante recalcar, que a pesar que la evaluación surja como una de las últimas fases del proceso de intervención, esta está presente en todas las fases de proceso de diseño, aplicación y análisis de los resultados del programa. No solo aparece, sino que es de suma importancia realizarla, dado que permite realizar juicios valorativos en cuanto a cada etapa del proceso de intervención (Bueno, 2001).

Por su parte, Jahoda y Barnitz (cp. Guevara, 2005), mencionan cinco pasos metódicos en el procedimiento de evaluación:

1. Definición de los fines del proyecto o programa
2. Elección de criterios y de los métodos para su medición
3. Determinación de la estructura lógica del procedimiento
4. Obtención de los datos necesarios
5. Análisis de los datos.

Tomar en cuenta los pasos antes descritos, servirá de guía para la preparación de esta parte del programa, aunque algunos de ellos ya deberían de haber sido adelantados en los pasos anteriores, como por ejemplo el establecimiento de fines u objetivos del programa. En resumen, como producto del procedimiento puesto en práctica para planificar los aspectos asociados con la evaluación, se debe planear lo siguiente: (a) criterios, normas o índices de rendimiento e instrumentos para evaluar todos y cada uno de los objetivos específicos del programa; (b) actividades y momentos que se advierten como puntos de control; (c) criterios, índices de rendimiento y procedimientos a través de los cuales se valorará el programa en su totalidad (Guevara, 2005)

De acuerdo con Guevara (2005) una vez terminada la aplicación del programa, se realizan actividades destinadas a evaluar si los logros alcanzados concuerdan con los objetivos previstos (tomando en cuenta que los objetivos deben incluir las normas de rendimiento que establecen si se alcanzaron o no), el impacto del programa sobre la institución en la cual se desarrolló y los beneficios que obtuvieron sus destinatarios, las opiniones de estos, el juicio de los involucrados en su implantación y otros resultados sobre la base de los criterios o dimensiones que serán utilizados para juzgar el plan.

La evaluación de un programa desempeña diferentes funciones, entre las cuales se encuentran (Guevara, 2005)

- a. Fijar si se cumplieron los objetivos del programa, y en caso contrario, identificar dónde se deben realizar las correcciones en el contenido para que se produzca una mejoría, es decir, verificar el éxito y examinar las fuentes de error con el fin de efectuar los cambios necesarios. La intención de esto es poder responder a las siguientes preguntas: ¿Cuántos objetivos se lograron?, ¿Cuáles

procedimientos deben mantenerse y cuáles deben ser modificados?, ¿Cuál fue el nivel de eficiencia alcanzado?

b. Funcionar de base para incluir transformaciones necesarias a partir de la determinación de aquellos aspectos en los cuales se demostró necesidad de mejoría.

c. Fungir como fuente de retroalimentación al tratar tanto a resultados anticipados como a objetivos alcanzados, así mismo, al señalarse los criterios de eficiencia anteriormente establecidos y, como resultado, involucrarse en la toma de decisiones con relación a los próximos planes por desarrollar para lograr los fines deseados.

d. Brindar evidencia acerca del trabajo que se realiza, permitiendo señalar tanto el ámbito y la efectividad de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos, como el valor que tiene el programa o servicio objeto de la evaluación de sus destinatarios.

e. Se considera que las tareas evaluativas, debido a su exigencia y naturaleza, favorecen al mejoramiento profesional del personal que las efectúa.

2.2.5 Programas para la prevención e intervención de la salud del niño desde un enfoque conductual.

Cuando se diseñan o desarrollan programas para la infancia es importante tomar en cuenta al niño inmerso en su contexto familiar y es necesario enseñar o entrenar a los padres en el manejo de las diversas conductas o situación que se pueden presentar con sus hijos, por lo que se hace relevante el papel que desempeñan los padres como mediadores de sus hijos, dado que estos fungen como modelos o determinantes primarios de las conductas y ajuste psicológico de los niños. Además se encuentran en la mejor situación para enseñar a sus hijos y modificar las condiciones ambientales con el propósito de minimizar las dificultades en el desarrollo del niño y fomentar conductas deseables, que favorecen a un mayor nivel de salud (Lacasella, 1993 c.p. Marques y Siso 2001)

De lo anterior se deriva la importancia de la formación de los padres dado que esta es clave de la educación de los niños y es un método para incentivar su desarrollo

por medio del incremento de la información, del conocimiento y las habilidades de los padres para atender las necesidades de los niños a lo largo de su desarrollo. La formación parental constituye una acción educativa de sensibilización, de aprendizaje, de adiestramiento o de clarificación de los valores y actitudes (Bartau, Maganto y Exteberría, 2001).

En cuanto a la elaboración de programas de formación de padres, los objetivos, áreas de contenido, los procedimientos y métodos de evaluación van a depender de las necesidades de los participantes, las características del contexto desde el cual parte la intervención, los enfoques teóricos que subyacen a los programas y los modelos de intervención adoptados por el orientador o facilitador. La mayoría de los programas persiguen dos objetivos generales: a) estimular el desarrollo del niño, b) apoyar a los padres en cuanto a: información, desarrollo de habilidades, confianza, lo cual debe abarcar los siguientes objetivos específicos (Bartau, Maganto y Exteberría, 2001):

- Informar, asesorar y orientar a los padres sobre el desarrollo, el aprendizaje y la socialización del niño.
- Promover su participación en el aprendizaje y experiencias escolares del niño.
- Enseñarles técnicas y aptitudes específicas sobre el aprendizaje infantil y el control del comportamiento.
- Prevenir problemas en el desarrollo del niño o en las relaciones familiares.
- Brindar asesoramiento y rehabilitación a las familias que presenten problemas en el desarrollo de sus hijos o en las relaciones familiares.

En cuanto a los tipos de programas dirigido a padres se encuentra las propuestas conductuales que incluyen: resolución de problemas, control de comportamiento, consecuencias lógicas, establecimiento de límites y asertividad. Y dentro de estos programas de entrenamiento para padres se incluyen cuatro procedimientos básicos (Lacasella, 1993 c.p. Marques y Siso, 2001)

- Identificar la conducta meta en términos objetivos, a partir de la competencia del niño y del material que se dispone para la obtención del objetivo.

- Ayudar al niño al logro de las metas pre-especificadas a través de técnicas conductuales.
- Evaluar el avance del niño por medio de registros sistemáticos de conducta y modificar en consecuencia las estrategias cuando los registros así lo indiquen.
- Evaluar las circunstancias que pueden facilitar el mantenimiento y generalización de los comportamientos adquiridos.

En cuanto al manejo de la conducta alimentaria, se hace relevante el diseño y aplicación de programas de entrenamiento de padres en estrategias conductuales, dado que según Gómez (s/f) los patrones alimentarios se forman y se aprenden, mas no se heredan, los modos de alimentarse, las preferencias y los rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida, con la excepción de la aparente preferencia innata por el sabor dulce y el rechazo por los sabores ácidos y amargos, todas las respuestas afectivas por las comidas son adquiridas

2.3 Conductismo

Filosofía de la ciencia que mantiene que la psicología es el estudio de la conducta del individuo en interacción con el ambiente. Su objeto de estudio es la conducta total y unificada de un organismo y el método debe estar basado en procedimientos objetivos de preferencia experimentales (observación directa). Este enfoque se basa en la filosofía positivista planteada por Comte y recibe gran influencia del trabajo de Pavlov (Dembo, 1984).

Entre sus más importantes exponentes se encuentra J. Watson, quien rechaza la conciencia como objeto de estudio; define la psicología como una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural cuya meta teórica es la predicción y el control de la conducta; cree que toda la conducta humana es aprendida y que la personalidad es una colección de reflejos condicionados (enfoque mecanicista). Su trabajo dio origen al neo conductismo y este a su vez a dos corrientes, Conductismo Metodológico y Conductismo Radical (Dembo, 1984)

2.3.1 Supuestos:

- Los organismos son activos: emiten conductas.
- Las conductas tienen consecuencias que pueden aumentar o decrementar la probabilidad de que esa conducta se repita.
- Las consecuencias de la conducta están determinadas por el ambiente del organismo.
- La constitución genética determina ciertos aspectos de la conducta, sin embargo son las experiencias de interacción con el ambiente las que moldean y mantienen las conductas.
- Los conceptos, principios y leyes que se derivan de estudios experimentales pueden aplicarse a la solución de problemas humanos.

2.3.2 Principales Conceptos (Dembo, 1984):

- **Reforzamiento:** procedimiento que trae como consecuencia el fortalecimiento de la probabilidad de ocurrencia de una respuesta (Dembo, 1984)

Un acontecimiento se considera refuerzo si acrecienta la probabilidad de la conducta a la que le sigue. Un refuerzo positivo es un acontecimiento que al ser presentado a un individuo, acrecienta la probabilidad de ocurrencia de la conducta en cuestión. Un acontecimiento que logra el mismo fin al ser retirado, se llama refuerzo negativo (Goldfried y Davison, 1981)

Un estímulo es un reforzador si su presentación tiene el efecto de incrementar la probabilidad futura de una respuesta que le precede. En el condicionamiento clásico el reforzador sigue al estímulo, en el operante sigue a la respuesta. Los reforzadores se clasifican según su función en positivos y negativos y según su naturaleza en condicionados (estímulos inicialmente neutros que por su asociación con un reforzador primario adquieren propiedades reforzantes) que a su vez pueden ser positivos o negativos; e incondicionados (Dembo, 1984).

Los reforzadores primarios generalizados son estímulos cuyo poder reforzante está asociado a varios reforzadores primarios. Por ejemplo: El dinero (Dembo, 1984).

- Programas de Reforzamiento: si todas las respuestas de una clase van seguidas de reforzamiento el programa es contio.

- **Extinción:** en el condicionamiento clásico se refiere al debilitamiento de un reflejo condicionado cuando la presentación del estímulo condicionado no va seguida del estímulo incondicionado. En el condicionamiento operante se refiere al debilitamiento de una operante mediante la suspensión del reforzamiento (Dembo, 1984).

En la extinción se reduce la probabilidad de una conducta mediante la supresión de los refuerzos que de costumbre se obtienen. El refuerzo simultáneo de una conducta incompatible con la que se quiere extinguir, suele facilitar la extinción (Goldfried y Davison, 1981).

Extinción es el término que se utiliza para describir el desaprendizaje relativamente permanente de una conducta. La extinción se produce cuando una conducta que se efectúa no es reforzada (Rimm y Masters, 1980).

- **Control Aversivo:** abarca todos los procedimientos sistemáticos que producen cambios en la conducta de un organismo mediante la presentación de estímulos aversivos o la eliminación de estímulos positivos (Dembo, 1984).

La frecuencia de una conducta puede disminuirse en virtud de tres procedimientos básicos de castigo; 1) presentando un acontecimiento aversivo; 2) sustrayendo a una persona de una situación en la que podría obtener refuerzos (es decir, suspensión); 3) reduciendo en cierta medida la colección de refuerzos de que dispone una persona (Goldfried y Davison, 1981).

- **Control de Estímulo:** se refiere al grado en el que el valor de un estímulo antecedente determina la probabilidad de ocurrencia de una respuesta condicionada. Para ellos se emplean los paradigmas de Generalización y Discriminación; la operación básica para el control de estímulo es el reforzamiento diferencial (Dembo, 1984).

El *reforzamiento diferencial* consiste en la acción de reforzar una conducta dejando de reforzar otra; si la diferencia en el reforzamiento viene dada por una propiedad del estímulo hablamos de discriminación (Dembo, 1984).

La diferenciación de respuesta es un proceso conductual resultante del reforzamiento diferencial basado en una propiedad de la conducta (Dembo, 1984).

- ***Moldeamiento***: procedimiento usado para establecer nuevas respuestas en el repertorio de un organismo; consiste en reforzar diferencialmente las respuestas que se aproximan a la respuesta deseada. Consta de (Dembo, 1984):

- Definición de la conducta que se desea establecer.
- Elección de una respuesta ya presente en el repertorio del sujeto.
- Reforzamiento diferencial de las respuestas que se aproximan a la conducta que se desea establecer.

- ***Encadenamiento***: establecimiento de una secuencia de respuestas unidas por reforzadores condicionados. Cada respuesta genera consecuencias que afectan la próxima respuesta, así los estímulos discriminativos pueden funcionar como reforzadores condicionados (Dembo, 1984).

El empleo de estas estrategias se fundamenta en el *Análisis Conductual Aplicado*, que es un enfoque que consiste en la aplicación del análisis experimental (rigor metodológico) de la conducta en problemas de relevancia social. Consta de siete dimensiones (Arias, Fernández y Perona, 2000):

- Debe ser aplicado, su finalidad es producir intervenciones de relevancia social.
- Debe ser conductual, el objeto de análisis debe ser la conducta.
- Debe ser analítico, demostrando el control de las variables contempladas en la intervención (diseño de caso único).
- Debe ser conceptual, los procedimientos empleados deben estar relacionados con los fundamentos de la investigación básica. Se deben conocer los principios básicos de AEC.
- Debe ofrecer una tecnología de cambio conductual, se deben especificar detalladamente las relaciones entre variables y procedimientos empleados.

- Debe ser efectivo, ya que el principal criterio es la relevancia social.
- Los resultados deben ser generalizables en el tiempo, entorno, en conductas relacionadas y en diferentes individuos.

Así mismo, el Análisis Conductual Aplicado utiliza una serie de estrategias derivadas del Análisis Experimental de la Conducta y sus principales conceptos, algunos de ellos son:

- ***Modelado***

Se refiere al entrenamiento gradual de una respuesta compleja mediante el refuerzo de aproximaciones cada vez más pertinentes. Cada segmento de la conducta compleja constituye una aproximación sucesiva de la conducta pretendida final (Goldfried y Davison, 1981).

Puede conseguirse que una persona realice una conducta haciendo que observe a un modelo realizar una conducta similar y se fije en las consecuencias que recibe, así se puede aprender una conducta que no se practicaba (adquisición) o aumentar su frecuencia de ocurrencia. El modelo puede ser en vivo (una persona presente) o en simbólico (grabación de video o audio) (Bados y García, 2011)

- ***Tiempo fuera***

Técnicamente son castigos por su naturaleza generalmente aversiva. Los procedimientos de extinción implican el ignorar socialmente las conductas disruptivas, o la retirada del reforzamiento físico anteriormente contingente sobre una conducta indeseable, se puede ver cómo tiempo fuera, puesto que implican una ausencia planeada de recompensa contingente sobre una conducta indeseable (Rimm y Masters, 1980).

También puede ser definido como la eliminación del acceso a los reforzadores positivos durante un determinado periodo de tiempo y de modo contingente a la emisión de una conducta, existen varias formas de llevarlo a cabo (Bados y García, 2011):

- *Tiempo fuera mediante el aislamiento*: la persona es aislada de una determinada área por emitir una conducta específica.

- *Tiempo fuera con exclusión*: la persona no es cambiada de lugar, pero no puede ver lo que sucede.

- *Tiempo fuera sin exclusión*: la persona no es cambiada de lugar, pero no puede participar, como los demás que tienen acceso al reforzamiento.

- ***Sobrecorrección***

Es un tipo de procedimiento de castigo en el cual una persona debe realizar repetidamente conductas adecuadas que están directamente relacionadas con la conducta indeseada y a la cual debe seguir de manera inmediata (Bellack y Hersen, 1985 c.p. Bados y García, 2011) la sobrecorrección tiene dos componentes básicos (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1977/1983, 1991 c.p. Bados y García, 2011)

- *Sobrecorrección sustitutiva*: se aplica en conductas que tienen un efecto perturbador o destructor en el ambiente, la persona que ejecutó dicha conducta debe sobrecorregir restaurando el ambiente a un estado mucho mejor al inicial.

- *Sobrecorrección mediante práctica positiva*: consiste en la ejecución repetida o duradera de una o más conductas incompatibles o apropiadas, contingente a la emisión de la conducta inadecuada.

- ***Costo de respuesta***

Derivada del castigo negativo, consiste en retirar un supuesto reforzador positivo contingentemente a una conducta, con el objetivo de reducirla o eliminarla (Bados y García, 2011).

III. Planteamiento del Problema

La desnutrición es la causa subyacente de hasta el 50% de las defunciones en los menores de 5 años según el informe de la UNICEF en el reporte del Estado Mundial de la Infancia del año 2008. Este mismo informe señala que las muertes maternas, neonatales e infantiles comparten causas estructurales con la desnutrición, entre las que cita las practicas inadecuadas de alimentación, el embarazo precoz, el bajo peso al nacer y el analfabetismo entre otros (UNICEF, 2008)

Existen evidencias científicas incuestionables que demuestran que para el desarrollo optimo de las potencialidades del ser humano, se debe procurar una nutrición adecuada que constituya uno de los ejes fundamentales que deben ser asegurados desde el inicio mismo de la existencia (Garcete, 2010)

De acuerdo a su etiología la desnutrición puede ser primaria, secundaria o mixta. La desnutrición primaria es producida por la ingesta insuficiente, inadecuada, desequilibrada o incompleta de nutrientes. La desnutrición secundaria es debida a alteraciones fisiopatológicas existentes que interfieren con la ingesta, absorción, utilización y excreción de nutrientes (Barella, Angulo, Castro, 2003).

En la actualidad es posible establecer con un elevado nivel de certeza que la subnutrición fetal está asociada con el desarrollo de enfermedad de arterias coronarias durante la vida adulta, habiéndose demostrado una relación entre bajo o elevado peso de nacimiento e índice de masa corporal materna y un incrementado riesgo de desarrollar síndrome metabólico, enfermedad cardiaca coronaria y obesidad posteriormente. Además un estado nutricional adecuado durante el embarazo permite reducir complicaciones perinatales, contribuyendo al decrecimiento de la mortalidad materno- infantil, que en nuestro país, persiste en niveles preocupantes. Es por ello que está plenamente justificada la vigilancia del estado nutricional de la embarazada. En contrapartida, se debe reconocer que la información sobre la situación nutricional de las embarazadas en la población venezolana es insuficiente (Garcete, 2010).

Planteamiento del Problema

El aumento progresivo de las enfermedades llamadas crónicas no transmisibles, como por ejemplo la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares han pasado a compartir con la desnutrición los trastornos de la nutrición frecuentemente observados (Garcete, 2010). Los problemas nutricionales tanto por exceso como por déficit constituyen un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad en el mundo.

Además del costo para el niño en relación con su desarrollo biopsicosocial y del costo económico para la familia, la malnutrición incrementa el gasto público en salud (Atalah, Bustos, Gómez, 1983). Una gran proporción de esos niños malnutridos serán menos aptos para el aprendizaje y el trabajo, lo cual perpetúa la pobreza de generación en generación (López y Landaeta, 1995). Por todo ello, cada día es más importante identificar los grupos poblacionales más afectados ó en riesgo y su ubicación espacial, con el fin de implantar programas preventivos y/o correctivos mejor orientados, más eficaces y con mayor impacto.

La Organización de alimentación y agricultura de las Naciones Unidas (FAO) muestra en el último decenio una disminución de la desnutrición en el ámbito mundial, contrario a la tendencia en Venezuela en donde existen aproximadamente 3 millones de desnutridos, es decir, 12,5 % del total de la población nacional; la cifra de desnutridos aumentó en un millón o más de personas entre el período 1990-1992 y 1997-1999 (Barella, Angulo, Castro, 2003)

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza un análisis de la tendencia de la desnutrición mundial desde 1980 señalando una caída de la prevalencia de la talla baja para América latina y el Caribe de 25,6 % en 1980 a 12,6 % en el año 2000, siendo Venezuela la excepción donde la tendencia fue aumentar la prevalencia de niños con falla en el crecimiento (Organización Mundial de la Salud (OMS) cp. Barella, Angulo, Castro, 2003).

Sin embargo, según los últimos datos oficiales proporcionados por el Instituto Nacional de Nutrición en el año 2007, hubo un total de ingresos hospitalarios pediátricos por desnutrición grave de 83.613 casos, en hospitales centinelas de Venezuela, lo cual se

Planteamiento del Problema

traduce en 1,07% de la población infantil. De la misma fuente el estado nutricional por déficit de los niños y niñas menores de 15 años según indicadores peso - talla en Venezuela para el año 2007 es de 46.322 casos, lo que es igual a 12,48%, de un total de 371.318 casos. De igual manera se pudo conocer que para el año 1990, 7,7% de la población infantil tenían poco peso para la edad, mientras para el año 2009 solo 3,2% de la misma, padecía este déficit (Instituto Nacional de Nutrición INN, 2009)

El Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, realizó un estudio en el año 2012 de la situación alimentaria y nutricional, con una muestra de 4.634 personas y una submuestra de 466 niños menores de 15 años, donde se pudo identificar que ha disminuido la desnutrición en Antímamo en aproximadamente 10% entre los años 2005 y 2012, se observó una disminución leve en la prevalencia de la desnutrición aguda en todos los grupos de edad y una evidente disminución a lo largo de este periodo de la desnutrición crónica (Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, 2012).

En este mismo estudio se evidenció que un 73,4% de los niños presenta alteraciones en horario en que realizan las comidas, también se reporta que 59,9% de los niños consumen sus alimentos en ambientes inadecuados y variables, con presencia de elementos distractores. El 36,7% de los niños se dispersa en el momento de la alimentación (juega, conversa, se levanta de la mesa, etc.). Las conductas caprichosas en el momento de la alimentación (preferencia o rechazo de ciertos alimentos o entornos) se presentaron en un 35,7% de los casos. Así mismo el 18,8% de las madres tenían poco dominio del estado nutricional de sus hijos (visto como el desconocimiento del estado nutricional de su hijo, sus causas y consecuencias). En la relación con sus hijos, el 48,3% de las madres manifiestan un manejo inadecuado de la conducta alimentaria de sus hijos; un 39,6% de las madres se caracterizan por sobre proteger a sus hijos y ejercer excesivo control sobre ellos, por último un 20,3% de las madres señaló fallas en la comunicación con sus hijos (CANIA, 2012).

La Organización Mundial de la Salud recomienda para la intervención de la desnutrición un tratamiento hospitalario durante cuatro semanas para niños (Juanes, 2009).

Planteamiento del Problema

El tratamiento de un niño con malnutrición comporta tres fases (Juanes, 2009):

- Tratamiento inicial: reconocer y tratar, en un hospital o centro adecuado los problemas que ponen en peligro la vida del niño, corregir los problemas que afecten al metabolismo e iniciar la rehidratación y alimentación del niño.

- Recuperación nutricional: alimentar al niño de forma intensiva para recuperar el peso esencial que ha perdido, aumentar la estimulación afectiva y física, enseñar a la madre o acompañante como continuar el cuidado del niño en la casa y preparar el alta del niño.

- Seguimiento: tras la salida el niño pasa a estado de malnutrición moderada y se aplica el protocolo, se realizará un seguimiento del niño y su familia para evitar la recaída y para asegurar el desarrollo físico, mental y afectivo continuo del niño.

La malnutrición es un problema médico pero también social. El éxito del tratamiento pasa por el reconocimiento de los problemas que la han causado y la capacidad de afrontarlos. Si la enfermedad se toma esencialmente en su sentido médico, el niño corre el riesgo de recaer al volver a la casa y sus hermanos quedarán expuestos al mismo riesgo (Juanes, 2009).

Es esencial invertir en la prevención incluyendo sesiones de sensibilización dirigidas a las madres o acompañantes durante el ingreso de sus hijos. Se deben realizar sesiones de IEC (Información – Educación - Comunicación). Las intervenciones preventivas tienen como objetivo capacitar a las madres y mejorar los conocimientos prácticos en materia de nutrición, higiene y salud; la promoción de la leche materna exclusiva hasta los seis primeros meses de vida; la promoción de las mejores prácticas de alimentación complementarias para los niños entre seis y veinticuatro meses (Juanes, 2009).

Además de estas propuestas de intervención, también se encontró el tratamiento a través de programas cognitivos conductuales, que suelen incluir técnicas efectivas en lo que respecta a los problemas alimenticios, como el refuerzo, el modelado, control de estímulos y extinción (Gavino, 1999 cp. Marques y Siso, 2001). Marques y Siso (2001), diseñaron un programa de entrenamiento para padres donde éstos participaban como

Planteamiento del Problema

mediadores en el manejo de la desnutrición infantil, por razones ajenas a los autores este programa no se pudo llevar a cabo, sin embargo se validó socialmente y se aseguró la importancia social de las metas de la investigación.

En Venezuela son pocos los centros y hospitales que se especializan en la atención del niño desnutrido, CANIA (Centro de atención Nutricional Infantil Antímamo) viene desarrollando acciones de prevención, intervención, formación e investigación en las áreas de la salud y la nutrición infantil, del adolescente y la embarazada, a favor de la parroquia Antímamo, la Gran Caracas y Venezuela desde hace mas de 18 años. Entre las acciones de intervención y prevención se manejan programas grupales psicoeducativos de los principales problemas que surgen a la hora de la comida y algunas estrategias para solucionarlas.

En esta investigación se aplicó y evaluó un programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria, basado en el programa dirigido a padres para manejo de la desnutrición infantil, diseñado por Marques y Siso (2001) y su recomendación de ejecutar el programa propuesto (Ver Anexo 1), se adaptó a las necesidades de la muestra a la cual fue administrado, es decir, un grupo de madres de niños desnutridos que asisten al Área de Recuperación Nutricional (ARN) en CANIA.

Al llevar a cabo el mismo se utilizó procedimientos y técnicas conductuales en una investigación de relevancia social, el cual es un aporte en el área de la psicología de la salud y en el tratamiento de la desnutrición.

En el trabajo de documentación de esta investigación no se encontraron trabajos en los que se utilice técnicas o procedimientos conductuales en el manejo de la conducta alimentaria, específicamente en la malnutrición por déficit. En tal sentido, se pretende responder

¿Cuál será el efecto de un programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria sobre el conocimiento de los padres, las medidas conductuales de los padres y niños, y en las medidas antropométricas de los niños?

IV) Objetivos de Investigación

4.1 Objetivo general

Evaluar el efecto de un programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria sobre el conocimiento de los padres, las medidas conductuales de los padres y niños, y las medidas antropométricas de los niños.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Determinar el conocimiento de nutrición y estrategias conductuales en los padres, antes y después de la ejecución del programa

4.2.2 Evaluar la ejecución de las estrategias conductuales por parte de los padres, durante y después de la aplicación del programa.

4.2.3 Evaluar las medidas conductuales de los niños a la hora de comer, antes, durante y después de la aplicación del programa

4.2.4 Comparar las medidas antropométricas de los niños antes, durante y después de la aplicación del programa.

4.2.5 Conocer la aceptabilidad del programa administrado a los padres al finalizar la administración del programa.

V. Marco Metodológico

5.1 Variables de estudio

5.1.1 Variable independiente: Programa de estrategias conductuales dirigido a padres, para el manejo de la conducta alimentaria en niños con diagnóstico de desnutrición subclínica, leve y moderada.

- **Definición Teórica:** Conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas, especializado en el entrenamiento para padres en el manejo de la conducta alimentaria, la cual incluye información sobre desnutrición, procedimientos y técnicas del Análisis Conductual Aplicado (ensayos conductuales, feedback, reforzamiento positivo y social, modelaje, contrato conductuales, etc.) (Fernández-Ballesteros, 1995; Marques y Siso, 2001)

- **Definición operacional:** contenido teórico-práctico que busca capacitar a padres de niños con edades comprendidas entre los 3 y 6 años, y con diagnóstico de desnutrición, en técnicas derivadas del análisis conductual para el manejo de las conductas desadaptativas al momento de ingerir alimentos. El entrenamiento se extenderá por un total de 3 sesiones, el cual incluye evaluación de conocimiento al inicio y final de la sesión, explicación de los contenidos teóricos y actividades, estas últimas con la finalidad de reforzar conocimientos (Ver anexo 2).

- **Forma de variación:** Cualitativa

- **Valores**

- Presencia del programa de estrategias conductuales para dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria

- Ausencia del programa de estrategias conductuales para dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria

5.1.2 Variables dependientes:

Conocimiento

- **Definición teórica:** acción y efecto de conocer, averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Entender en un asunto con facultad legítima para ello (Real Academia Española, 2012). “Conocer” se relaciona con reconocer, admitir, identificar, encontrarse con o notificar a alguien, estar informado acerca de algo que se hace, recordar algo. El conocimiento declarativo (conocer) implica que la persona no ha actuado o sufrido efectos directamente respecto de lo que es conocido. El conocimiento declarativo es funcional en la medida en que corresponde a acontecimientos previos y sus características, sean estos acontecimientos físicos o lingüísticos. El conocimiento declarativo tiene sentido en tanto corresponde a algo dicho, escrito, leído, escuchado o que ocurrió (Ribes, 2007)

- **Definición operacional:** estas medidas se obtuvieron por medio de las respuestas del cuestionario de conocimiento de las técnicas de análisis conductual y nutrición en los padres participantes antes de iniciar el programa, así como en etapa de seguimiento (Ver anexo 3). También por medio de las respuestas del cuestionario que se entregará al inicio y al final de las sesiones en que se traten dichos temas.

Medidas conductuales

- **Definición teórica:** manifestaciones y acciones que son observadas y registradas, especializada en conducta de comer de los niños, definida por: frecuencia de conductas inadecuadas del niño mientras come, duración de la conducta de comer y frecuencia de aplicación de las técnicas conductuales por parte de los padres.

- **Definición operacional:** estas medidas se obtuvieron por medio de los registros específicos de la aplicación de las técnicas conductuales: el padre entrenado registró como aplicó las técnicas (Refuerzo positivo, modelaje, extinción, tiempo fuera, retirar privilegios y sobrecorrección) para el manejo de la conducta alimentaria, anotando en un formato la situación y la descripción de la técnica (Ver anexo 4). Esto permitió

asegurar que se ha aplicado la técnica de manera adecuada. Este último se realizó a partir de la segunda sesión.

Las medidas conductuales del niño se obtuvieron por medio de registros específicos para cada dimensión de la conducta inadecuada del niño mientras come, los padres registraron cómo ingieren los alimentos: el número de veces que el niño emita comportamientos tales como: jugar, hablar, comer con la boca abierta, escupir, etc., durante la cena y los fines de semana en una comida (Ver anexo 5). Para, duración de la conducta de comer: los padres registraron el tiempo que dura ingiriendo los alimentos (Ver anexo 6). Los últimos dos registros se realizaron antes, durante y después de la aplicación del programa.

Forma de control: presencia- ausencia.

Medidas antropométricas (peso, talla, Circunferencia del brazo y pliegues subcutaneos de los niños)

- ***Definición teórica:*** consiste en la obtención de una serie de mediciones, tanto de dimensiones del cuerpo, peso, talla, circunferencia media del brazo entre otras, como compartimientos corporales: masa magra, masa grasa. Estas ediciones al ser relacionadas con otras variables como edad, sexo y talla, permiten la construcción de indicadores o índices que pueden ser aplicados para cuantificar y clasificar las variaciones del estado nutricional (Henríquez y Dini, 2009)

- ***Definición operacional:*** estas medidas se determinará con; una balanza para el peso en kilos, la estatura en centímetros, la circunferencia media del brazo tomada en el tercio medio del brazo y en milímetros y el pliegue tricripital se medirá utilizando calibradores de pliegues. Estas medidas se tomaron al inicio, final y seguimiento del programa (Ver anexo 7).

Variables controladas:

- ***Edad del niño:*** para esta investigación se seleccionaron madres de niños con edades comprendidas entre 3 y 6 años, que constituyen la edad, donde según Bijou y

Baer (1975), el niño cuenta con repertorios básicos de atención, comprensión y seguimiento de instrucciones. (Graterol y Pinto, 2000 cp. Marques y siso, 2001).

Forma de control: Homogenización, esto se realizó seleccionando únicamente a las madres de niños con edades comprendidas entre 3 y seis años

- *Desnutrición asociada a trastornos alimenticios:* se tomaron en cuenta para esta investigación niños que presenten factores ambientales asociados a su condición y que son posibles de modificar desde el punto de vista conductual, sin que involucren enfermedades y patologías que requieran algún tratamiento farmacológico o médico que puedan implicar un mayor número de variables por considerar en la investigación (adaptado de Graterol y Pinto cp. Marques y siso, 2001).

Forma de control: Eliminación, esto se realizó descartando como participantes a madres de niños que posean desnutrición secundaria.

- *Alfabetización de los padres:* se seleccionaron solo aquellas madres que sean alfabetas, que por requisito mínimo sepan leer y escribir, para que puedan llenar los registros solicitados.

Forma de control: Eliminación, esto se realizó descartando como participantes a aquellas madres que son analfabetas.

Variables no controladas:

- Entrenamiento previo de los padres en Manejo de la conducta alimentaria
- Nivel de instrucción de las madres: las madres participantes fueron alfabetas, sin embargo, no está controlado el nivel de instrucción que posean.
- Intervención interdisciplinaria en el régimen de seminternado, consulta individual, grupal, talleres de psicosocial, charla de desensibilización y cambio.

5.2 Tipo de Investigación y Diseño

Esta investigación es de tipo evaluativa y experimental de campo con un diseño de intrasujeto de la forma A - B con seguimiento combinado con un diseño de grupo con pre-test y post-test.

Según Weiss (1975) el objeto de la investigación evaluativa es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, con la finalidad de contribuir a la toma de decisiones siguientes acerca del programa e identificar la forma de cómo mejorar la programación futura.

Las investigaciones evaluativas tratan de describir, comprender, las relaciones entre variables y establecer secuencia causal, dado que se está estudiando un programa que interviene en los hábitos de las personas con el fin de producir un cambio, y en este caso, lograr que los padres adquieran herramientas para mejorar los hábitos alimenticios de los niños con malnutrición exógena (Weiss, 1975).

El objetivo de esta investigación es evaluar el efecto de un programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria en niños con diagnóstico de desnutrición, sobre el conocimiento de los padres, las medidas conductuales de los padres y niños, y en las medidas antropométricas de los niños, y siguiendo las pautas de la investigación evaluativa, se debe hacer hincapié en los resultados del programa, tomando en cuenta diversas características como: el alcance, la dimensión, duración, grado de innovación, entre otras, con la meta de establecer la finalidad social de la evaluación, y así tomar decisiones en cuanto al mejoramiento del programa para aplicaciones futuras (Weiss, 1975).

Ahora bien, como se dijo al inicio de este apartado esta investigación se considera un experimento de campo, dado que en ésta existe la manipulación de la variables independiente (VI), en este caso el contenido teórico-práctico de un programa dirigido a padres como entes mediadores para el manejo de la desnutrición infantil, y se medirá los cambios que se producen en las variables dependientes: Medidas antropométricas (peso y talla de los niños), Medidas conductuales y conocimiento, que producirá cambios en las medidas de la VD. Además se pretende que haya tanto control, como la situación lo permita de las variables extrañas, con el fin de asegurar que los cambios producidos en la variable dependiente sean realmente producto de la manipulación de la variable independiente, el control que se ejerce sobre las variables extrañas en este tipo de experimento no es tan riguroso, como las de un experimento de laboratorio Además los

sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya estaban formados antes del experimento (Kerlinger y Lee, 2002).

En esta misma línea, la presente es experimento de campo porque se realizará en un ambiente natural, donde, como se dijo con anterioridad, se manipulará una variable. (Kerlinger y Lee, 2002).

Por su parte, en el diseños pre-test y post-test de un solo grupo, se efectúa una observación antes de introducir la variable independiente (O1) y otra después de su aplicación (O2). Por lo general las observaciones se obtienen a través de la aplicación de una prueba u observación directa, cuyo nombre asignado depende del momento de aplicación. Si la prueba se administrará antes de la introducción de la variable se le denomina pre-test y si se administra después que entonces se llama post-test (Campbell y Stanley, 1978)

Su diagrama es:

O1----- X -----O2

Para la variable conocimiento, se introduce el pre-test (Ver anexo 3) antes de realizar el entrenamiento o aplicar el programa, al finalizar el mismo, se realiza el post-test, esto con la finalidad de comparar los resultados y verificar que los sujetos tienen mayor conocimiento sobre los tópicos tratados.

Los diseños de un solo sujeto son considerados una extensión del diseño de series cronológicas (Hernández y cols., 2006) o de tiempo interrumpidas (Kerlinger y Lee, 2002 p.493). De acuerdo con León y Montero (2003), los estudios de caso único permiten el desarrollo de múltiples diseños, de entre los cuales destaca el diseño A-B con seguimiento el cual se refiere a un plan de investigación con un solo sujeto en el que la secuencia es: línea base- tratamiento y seguimiento.

En la variable aplicación de técnicas o procedimientos derivados del análisis conductual aplicado, se utilizó como dato de línea base el reporte verbal de las participantes con respecto al conocimiento de los términos, donde se apreció la poca o nula información sobre estas estrategias; la intervención o tratamiento fue la información

dada a lo largo de las sesiones, a partir de esta fase se realizó el llenado de los registros específicos para esta variable hasta la fase de seguimiento (Ver anexo 4).

Para conducta inadecuada del niño mientras come (Ver anexo 5) y duración del tiempo de ingesta (Ver anexo 6), se utilizaron los registros respectivos, que sirvieron para la medición de la línea base, tratamiento o intervención y la fase de seguimiento.

Con respecto a la variable de las medidas antropométricas (Ver anexo 7), se utilizó el registro para la medición de la línea base, tratamiento o intervención y la fase de seguimiento.

5.3. Participantes

Siete madres de niños entre tres y seis años, que se encuentran en el Área de Recuperación Nutricional (ARN) del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), con diagnóstico de desnutrición subclínica, leve o moderada, en el municipio libertador, Parroquia Antímamo.

Tabla 4.
Descripción de la Muestra

Participante	Edad	Nivel de Instrucción	Ocupación	Edad del niño	Sexo del niño	Diagnostico del niño
1	27	Bachiller	Hogar	3	F	Desnutrición Moderada
2	39	T.S.U. en Administración	Hogar	3	M	Desnutrición moderada
3	25	9no grado	Hogar	5	M	Desnutrición Moderada
4	22	T.S.U.en Administración	Hogar	3	M	Desnutrición Leve
5	44	3er grado	Hogar	4	M	Desnutrición Subclínica

6	24	Bachiller	Hogar	4	M	Desnutrición Leve
7	36	6to grado	Hogar	3	F	Desnutrición Leve

5.3.1 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

- *Criterios de inclusión.*
 - Madres de niños entre tres y seis años de edad.
 - Madres de niños que cumplan con el diagnóstico de desnutrición primaria por déficit.
 - Madres de niños que estén en el Área de Recuperación Nutricional (ARN), del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA)
 - Madres que posean el conocimiento para leer y escribir

5.4 Materiales

- Programa de entrenamiento para padres como mediadores en el abordaje de la desnutrición infantil (Ver Anexo 2)
- Cuestionario acerca de desnutrición, técnicas y procedimientos conductuales: dirigido a evaluar la adquisición de conocimientos al inicio del programa y en etapa de seguimiento del programa (Ver Anexo 3)
- Cuestionario 1, referente a desnutrición, destinado a evaluar la adquisición de conocimiento referente a la desnutrición antes y después de la primera sesión (Ver Anexo 8).
- Cuestionario 2, sobre las técnicas y procedimientos conductuales, destinado a evaluar la adquisición de conocimiento sobre estos aspectos antes y después de la segunda sesión (Ver Anexo 9).
- Formato de registro de conductas inadecuadas al comer (Ver Anexo 5)

- Formato para el registro de la duración de la conducta de comer (Ver Anexo 6)
- Formato de la aplicación de técnicas conductuales (Ver Anexo 4)
- Manual sobre desnutrición infantil y Análisis Conductual Aplicado, elaborado para ser entregado a cada sujeto al termino del programa de entrenamiento, el cual contiene información suministrada en el transcurso de las sesiones del programa, con la finalidad de sustentar la información suministrada (Ver anexo 10).
- Instrumento para evaluar la aceptabilidad del programa: permitirá conocer la opinión acerca de la utilidad e impacto que produjo el programa en los participantes (Ver anexo 11).
- Certificado de asistencia, realizado para ser entregado a los sujetos que participarán en el programa de entrenamiento (Ver anexo 12).
- Carta para realizar la solicitud formal de llevar a cabo la investigación en el Centro (Ver anexo 13)
- Consentimiento informado, solicitando a las madres su colaboración y participación en el desarrollo del programa (Ver anexo 14)
- Ficha de Contrato, donde se obtuvieron datos básicos de los padres y los mismos se comprometieron a asistir a todas las sesiones del programa, llenar los registros asignados y poner en práctica los conocimientos (Ver anexo 15)
- Motivos de consulta frecuentes (Ver anexo 16)
- Ejercicios de conductas adecuadas e inadecuadas (Ver anexo 17)
- Ejercicios de triple relación de contingencia (Ver anexo 18)
- Ejercicios de técnicas conductuales (Ver anexo 19)
- Lápices
- Lapiceros
- Hojas
- Carpetas

- Video beam
- 10 sillas
- Refrigerio (jugos, café, hielo, sándwich, galletas, torta, pasapalos de hojaldre)

5.5 Procedimiento.

5.5.1 Etapa Pre- experimental: se realizaron visitas al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) con el fin de informar el interés en llevar a cabo el desarrollo del programa en ese centro. Se contactó con el departamento de investigación, por medio de una carta para realizar la solicitud formal de llevar a cabo la investigación en el Centro (Ver Anexo 13), así como la entrega del Anteproyecto aprobado. De igual manera se contactó a la jefa del departamento de Área de Recuperación Nutricional (ARN) dentro de la institución, con el fin de solicitar su aprobación para seleccionar a los participantes de acuerdo con los criterios de selección establecidos con anterioridad.

Se entregó a los padres un consentimiento informado, solicitando su colaboración y participación en el desarrollo del programa esta incluye explicación sobre quienes lo realizaran y el lugar donde se llevara a cabo, además del número de sesiones que consta el programa así mismo incluye la explicación sobre la finalidad del programa (Ver Anexo 14),

5.5.2 Etapa Experimental: En el segundo contacto directo con los participantes, es decir, en la primera sesión del programa, se le pidió llenar una ficha con datos personales tales como: nombre completo, edad, nivel de instrucción, ocupación, teléfono, correo electrónico de los padres. Así como nombre completo, género, edad, grado que cursa actualmente, y diagnostico del representado. En la parte inferior de dicha ficha se encuentra un contrato donde los padres se comprometen a asistir a todas las sesiones del programa, llenar los registros asignados y poner en práctica los conocimientos adquiridos. Dicho contrato fue firmado por los padres (Ver anexo 15).

Seguidamente se le entregó una carpeta o cuadernillo de registro, una hoja que contenía un cuadro con algunos de los motivos más frecuentes por los que asisten a consulta en el Centro (Ver anexo 16), cada representante debió seleccionar el motivo con el que se sentía identificado a la hora de llevar a su hijo a CANIA y/o colocar o agregar en un apartado especial alguna otra opción no mencionada.

Se procedió a realizar interrogantes con respecto al conocimiento de términos de técnicas o procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado, así como de sus respuestas ante las conductas de los niños a la hora de la comida.

Posteriormente se les entregó el Cuestionario 1 (Ver anexo 8), se leyeron las instrucciones en voz alta y se les preguntó si tenían dudas, a lo que respondieron de manera negativa. Se dio la orden de responder por espacio de máximo 10 minutos.

Una vez retirado el Cuestionario 1 (Ver anexo 8), se comenzó con la presentación y explicación de la Sesión 1, que consistió en:

- Introducción de los temas a tratar y la importancia de los mismos
- Definición de Desnutrición
- Algunas causas y consecuencias de la Desnutrición
- Importancia de la Nutrición variada y balanceada
- Grupos alimentarios e importancia
- Hábitos a la hora de comer
- Breve descripción de la conducta desde el modelo conductual
- Descripción de conducta adecuada e inadecuada
- Breve definición de Conducta
- Breve definición de Antecedente
- Breve definición de Consecuente o consecuencia
- Breve ilustración de la Triple relación de contingencia

Finalizada la presentación se procedió a resolver dudas o preguntas, luego a entregar el Post-test o Cuestionario 1 (Ver anexo 8), para ser respondido por los padres, al terminar dicha actividad. El siguiente paso fue explicar la modalidad de llenado de los registros asignados para la primera semana.

Para concluir la sesión se invitó a las participantes a asistir a la próxima reunión y a disfrutar de un refrigerio preparado por las facilitadoras.

La segunda sesión del programa se inició la sesión saludando a las madres participantes, seguidamente se les pidió su cuadernillo de registros para retirar los registros de la semana, se les reforzó por haber llevado sus registros y por asistir a sesión. Luego se procedió a explicar la dinámica de la sesión. Seguidamente se les entregó en Cuestionario 2 (Ver anexo 9), para ser contestado, se leyeron las instrucciones y se les dio un máximo de 10 minutos para responderlo. Una vez que las participantes finalizaron de contestar el test, se empezó con un repaso de la sesión anterior, y prosiguió a explicar los temas fijados para la misma:

- Técnicas empleadas para establecer y aumentar conductas
- Reforzamiento
- Tipos de reforzadores
- Modelaje
- Técnicas empleadas para reducir conductas
- Extinción: Tiempo fuera
- Castigo: Retirar privilegios, Sobrecorrección

Finalizada la presentación, se preguntó nuevamente si había dudas respecto a los temas abordados. Y se procedió a entregar el Cuestionario 2 (Ver anexo 9), nuevamente, para ser contestado por las participantes. Finalizado lo anterior, provino la explicación del cómo llenar el Formato de registro de aplicación de técnicas conductuales (Ver Anexo 4), se resolvieron las dudas y se finalizó la sesión compartiendo un refrigerio con las participantes.

La tercera y última sesión se inició dándole la bienvenida a las participantes, se realizó un corto repaso de la sesión anterior y se procedió a realizar en primer lugar, ejercicios prácticos sobre conductas adecuadas e inadecuadas (Ver anexo 17), el cual consistía en identificar, en cada uno de los tres ejemplos entregados, la (s) conducta (s) adecuada (s) o inadecuada (s). Se hizo entrega de las hojas que contenían los ejemplos, una de las facilitadoras leyó las instrucciones en voz alta, así como cada uno de los

ejemplos, las participantes dispusieron de 10 minutos para responder. Seguidamente las facilitadoras les comunicaron las respuestas correctas, a la vez corregían a cada una de las participantes.

A continuación se entregó la hoja con el contenido de los ejercicios prácticos para identificar la triple relación de contingencia (Ver Anexo 18), el cual consistió en la entrega de tres situaciones puntuales, cada una debió ser vaciada en tres columnas correspondiente a Antecedente, Conducta y Consecuente. Una de las facilitadoras leyó las instrucciones y se les otorgó 15 minutos a las participantes para responder. Una vez finalizado este tiempo, las facilitadores hicieron la corrección en voz alta con la cooperación de las participantes.

Seguidamente se entregó la hoja correspondiente a los ejercicios prácticos sobre las técnicas empleadas para instaurar, mantener y eliminar conductas (Ver Anexo 19), el cual consistió en la entrega de una hoja con cuatro situaciones en las que debían identificar la técnica o procedimiento que se estaba utilizando en el mismo y un ejemplo donde debían identificar qué se pretendía.

Posteriormente se entregó un formato de la evaluación de la aceptabilidad del programa (Ver anexo 11), una de las facilitadoras leyó las instrucciones y explicó los pasos a seguir para registrar la evaluación. Para culminar esta actividad se otorgó 15 minutos.

La última actividad de la sesión consistió en la entrega de un Manual con el contenido dado a lo largo de las sesiones (Ver Anexo 10) y un certificado de asistencia (Ver Anexo 12) a las participantes que completaron el entrenamiento. Y se finalizó compartiendo un refrigerio ofrecido por las facilitadoras.

5.5.3 Etapa de análisis de datos: Se procedió a recolectar la totalidad de los registros y cuestionario llenados por las participantes, una vez organizados, se realizó el análisis de cada sujeto, para ello se descargaron los resultados en una base de datos digital para producir los gráficos y tablas.

Seguidamente se procedió a la descripción de los mismos.

VI. Resultados

A continuación se presentan los resultados derivados de los cuestionarios llenados por las participantes; los registros de medidas conductuales; el registro de medidas antropométricas y el formato de aceptabilidad del programa.

Estos resultados se presentan principalmente a través de tablas y gráficos, acompañados de la descripción de los mismos. en los cuales se puede observar los cambios dados en las tres semanas graficadas, que incluyen línea base, intervención y seguimiento, es decir, cada siete días representa una fase del programa. Siendo la primera semana conformada desde el día uno hasta el día siete, estos representan la línea base. Desde el día ocho, hasta el día catorce, es decir, la segunda semana, fue la semana de intervención. Y por último la tercera semana, está compuesta desde el día quince hasta el día veintiuno, y estos forman la semana de seguimiento.

Cabe destacar que para el registro de aplicación de técnicas conductuales, perteneciente a la variable Medidas conductuales, se le pidió a los padres no registrar en la semana 1, por lo cual todas las medidas de dicha semana se encuentran en cero.

Posteriormente se observan los resultados de las medidas antropométricas más relevantes, tomadas en los hijos de los sujetos participantes. Los mismos se encuentran presentados en tablas, con las medidas desde la semana anterior al inicio del programa (Medidas iniciales), seguidas por las medidas tomadas al finalizar el programa (Medidas finales), y las últimas, tomadas en etapa de seguimiento (Medidas de seguimiento).

Al final de este apartado se presentan los resultados correspondientes a los objetivos del programa, del cual se desprenden los resultados específicos de las actividades.

6.1 Principales motivos de consulta de los participantes

Tabla 5.

Principales motivos de consulta por la que los participantes asistieron a CANIA

Motivos de consulta	Frecuencia
Tiempo de Ingesta	5
Dependencia	5
Disperso	5
Desinterés	5
Displacer	5
Sobrevalora alimentos	0
Conductas caprichosas	7
Interacción	6
Ambiente inadecuado	5
Horario	5
No consume alimentos	3

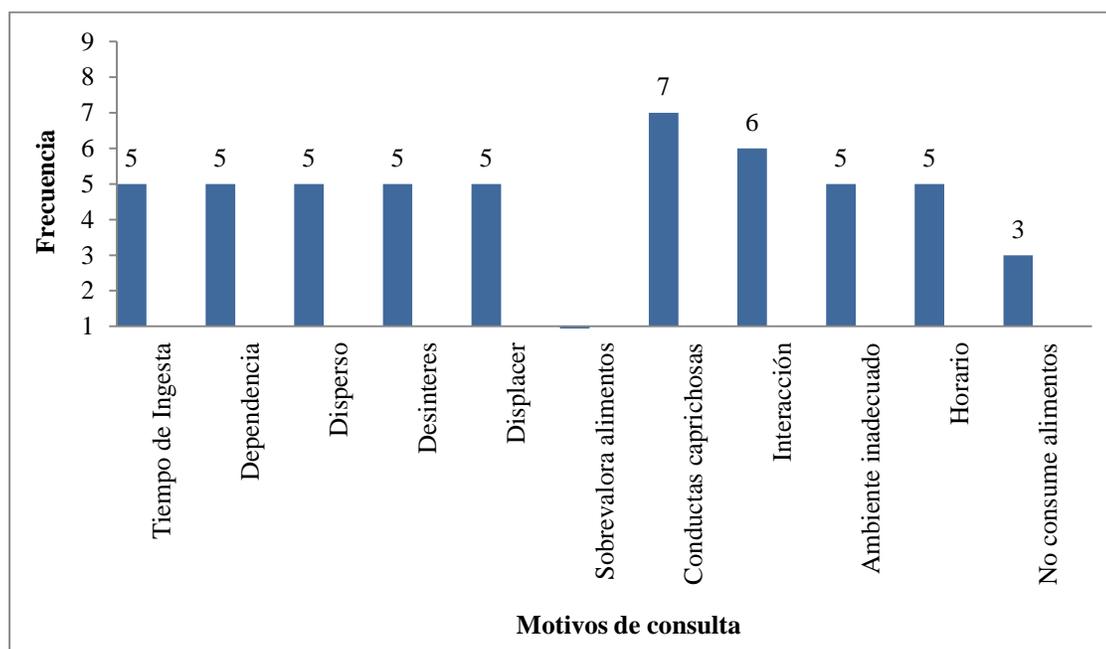


Figura 1. Principales motivos de consulta por los que los participantes asisten a CANIA

Como se observa en la tabla 5 y en la figura 1, la totalidad de las participantes dicen que asisten a CANIA por las conductas “caprichosas” de sus hijos al comer, tales

como por ejemplo; selectividad, rituales, etc. Seis de las participantes dijeron que asistieron también por fallas en la interacción, como por ejemplo: la familia no comparte a la hora de comer, el niño come del plato de otras personas, hay que perseguirlo para comer, etc. Y cinco de las participantes también marcaron las opciones de; tiempo de ingesta inadecuado, dependencia para comer, disperso mientras come, desinterés hacia la comida, displacer o rechazo, horario inadecuado y ambiente inadecuada para comer, como motivos por los cuales habían asistido a CANIA. Otras tres agregaron que el niño consumía pocos alimentos, en su mayoría consumían golosinas u otros que no aportaban nutrientes.

Tabla 6.

Número de respuestas correctas del Cuestionario General Pre-test y Post-test

Sujetos	Pre-test	Post-test
1	4	13
2	10	15
3	6	12
4	13	15
5	9	13
6	3	14
7	9	12
Media	7,7	13,4
Mediana	9	13
Moda	9	13
Desviación típica	3,5	1,3

En la tabla 6 se encuentran expresados y listados los valores obtenidos por cada uno de las siete (7) participantes en pre-test y post-test del cuestionario General del Programa de entrenamiento para padres, que incluye los temas abordados en las tres sesiones, a saber: Desnutrición, conceptos básicos de Análisis Conductual Aplicado (ACA) y técnicas y procedimientos derivados del ACA, el cual está evaluado sobre quince (15) puntos. Cabe destacar, que en los resultados totales obtenidos por los participantes, se puede apreciar que en el post-test, todas lograron una ganancia en cuanto

al conocimiento de los temas expuestos a lo largo de las sesiones (la cual se puede notar en el incremento de los puntajes del post-test con respecto al pre-test). En los sujetos 1, 3 y 6 es en donde se puede reflejar más este incremento, dado que sus puntuaciones variaron 9, 6 y 11 puntos respectivamente con respecto al pre-test.

Además se puede observar los estadísticos descriptivos correspondientes al pre-test y post-test general, aplicado al inicio del programa y en la etapa de seguimiento, el cual está evaluado sobre (15) puntos. Los valores que se consideran en la misma son: la media, mediana, moda y desviación típica obtenidos en el total de la prueba por las participantes. Como se puede observar en la presente tabla, el grupo constituido por siete (7) participantes, en el pre-test del cuestionario general obtuvo una Media= 7,7 y una DT= 3,5, una Mediana de 9 y Moda= 9; dicho grupo luego de aplicársele el post-test del mismo cuestionario obtuvo una Media= 13,4 y una DT= 1,3, una Mediana= 13 y Moda= 13. De esta forma se demuestra una ganancia en lo relacionado al conocimiento por parte de las participantes sobre Desnutrición, conceptos básicos de ACA y técnicas y procedimientos derivados del ACA en el post-test, al comparar los valores obtenidos entre la primera (pre-test) y segunda (post-test) aplicación del cuestionario, presentándose un incremento en los valores de la media, mediana, moda.

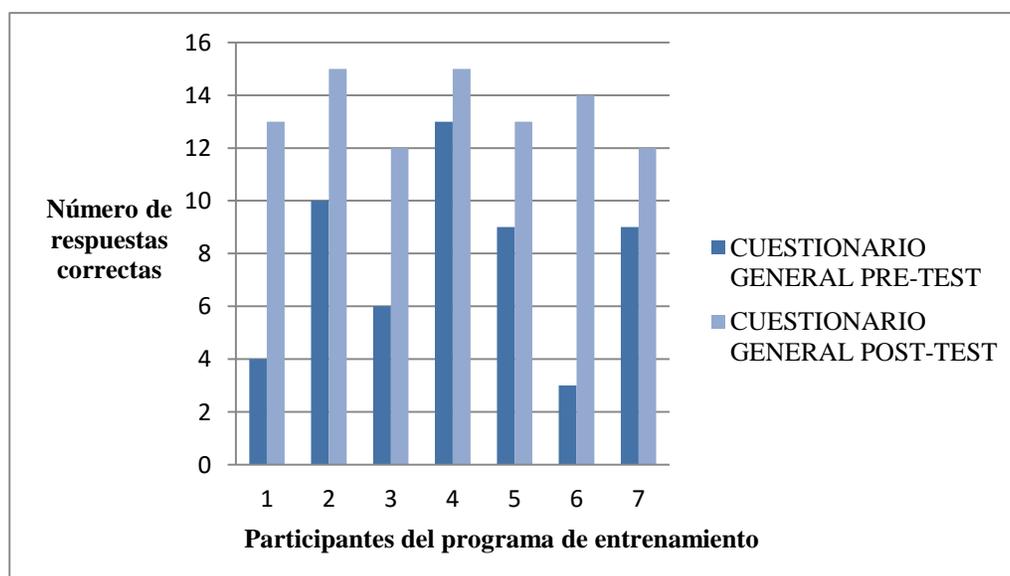


Figura 2. Número de respuestas correctas del Cuestionario General Pre-test y Post-test

En la figura 2, se observa los resultados obtenidos por las siete (7) participantes en el cuestionario general sobre Desnutrición, conceptos básicos de Análisis Conductual Aplicado (ACA) y técnicas y procedimientos derivados del ACA, el cual se encuentra sobre la base de quince (15) puntos. En el eje de las abscisas (x) se encuentran los siete (7) participantes y en el eje de las ordenadas (y) el número de respuestas correctas obtenidas por cada participante en el cuestionario general en el pre-test (primera aplicación) y post-test (segunda aplicación). Las barras de color azul hacen referencia a los puntajes obtenidos en el pre-test, mientras que las barras grises identifican los datos del post-test. En este gráfico (Figura 2) se puede observar que todas las participantes obtuvieron una ganancia con respecto al conocimiento de los temas explicados a lo largo de las sesiones, en la segunda aplicación del cuestionario 1 (post-test) con respecto a la primera aplicación (pre-test), se muestra una alta diferencia sobre todo en los sujetos 1,3 y 6.

6.3 Estrategias conductuales

Aplicación de técnicas conductuales

Tabla 7.

Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 1

	Refuerzo	Extinción	Sanciones
Semana 1	0	0	0
Semana 2	7	0	0
Semana 3	7	0	0

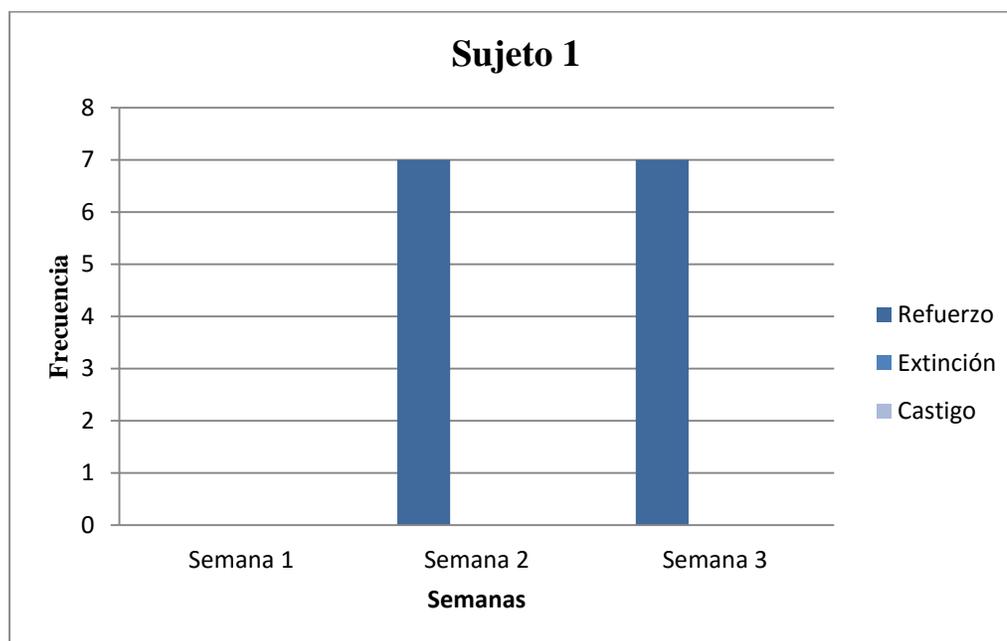


Figura 3. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 1.

En la figura 3, se puede observar que el sujeto 1, en la primera semana no aplicó ninguna técnica o procedimiento conductual. Mientras que en la semana dos, aplicó el procedimiento de Refuerzo positivo una vez cada día, es decir, siete (7) veces a la semana, y en ninguna oportunidad aplicó técnicas o procedimientos de Extinción o Castigo. También aplicó procedimiento de Refuerzo positivo una vez cada día, es decir,

siete (7) veces a la semana en la semana tres, y en ninguna oportunidad aplicó técnicas o procedimientos de Extinción o Castigo.

Conductas inadecuadas del niño a la hora de comer

Tabla 8.

Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 1.

Día	Conductas Inadecuadas
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	1
14	1
15	1
16	1
17	1
18	1
19	1
20	1
21	1

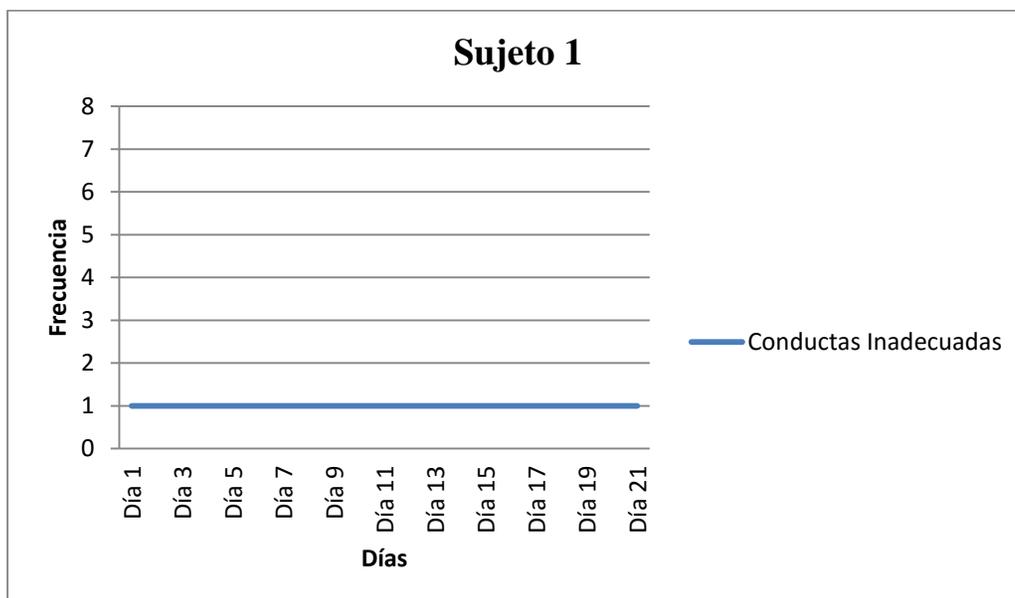


Figura 4. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 1.

Tanto en la tabla 8 como en la figura 4, se puede apreciar que la línea base, fase de intervención y seguimiento del sujeto uno (1) es estable, dado que no hubo variación durante los registros de las tres semanas de medición. Según lo registrado por la madre, el niño repetía la misma conducta inadecuada durante la hora de la comida la cual fue: Mientras come realiza otra actividad (jugar, ver tv u otro).

Duración del tiempo de ingesta

Tabla 9.

Duración del tiempo de ingesta del niño, reportado por el sujeto 1

Día	Duración de la hora de comer
1	45
2	35
3	30
4	30
5	30
6	25
7	20
8	20
9	20
10	20
11	20
12	17
13	20
14	20
15	20
16	20
17	10
18	10
19	15
20	10
21	15

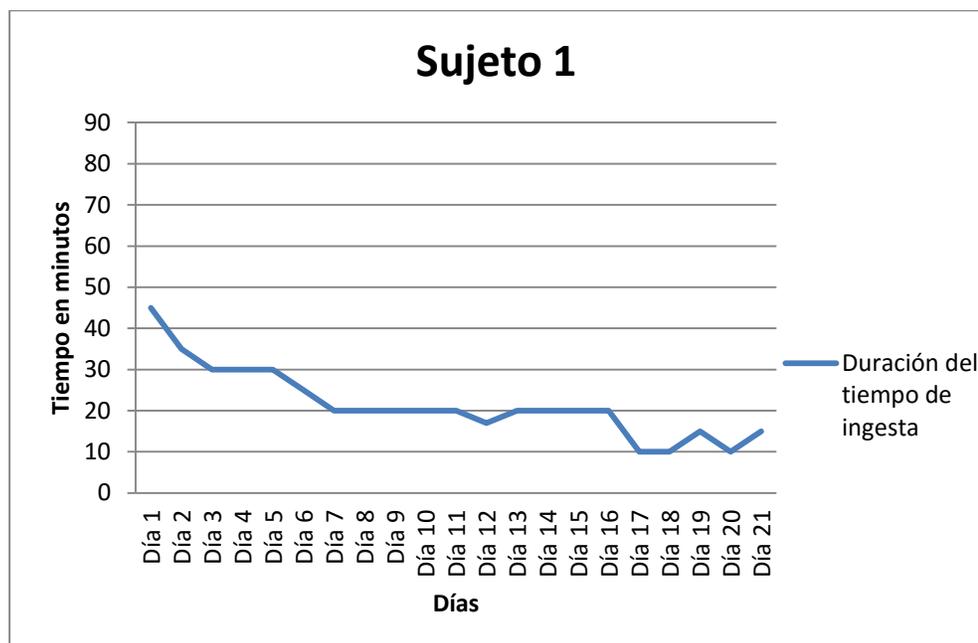


Figura 5. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportado por el sujeto 1

La figura 5, refleja la duración del tiempo de ingesta del niño reportado por el sujeto 1, en la cual se evidencia una línea base descendente. Durante la fase de intervención se alcanza una estabilidad de los datos desde el día siete (7) hasta el día dieciséis (16), donde la duración fue de veinte (20) minutos. A partir de la fase de intervención se presenta una tendencia descendente en los datos.

Medidas antropométricas

Tabla 10.

Medidas antropométricas del niño. Sujeto 1

1	Medidas Iniciales Semana 1	Medidas finales Semana 2	Medidas de Seguimiento Semana 3	Total ganancia
Peso – Edad	10,850 kg	11,200 kg	11,600 kg	750 gr
Talla – Edad	92,0 cm	92,5 cm	92,5 cm	0,5 cm
Pliegue tricipital	6,6 mm	7,4 mm	7,8 mm	1,2 mm
Circunferencia media del brazo	14,0 cm	14,4 cm	14,4 cm	0,4 cm

En la tabla 10, se observa que en el niño del sujeto 1, hubo cambios en todas las medidas, tomando en cuenta desde la medida inicial, hasta la etapa de seguimiento. Aumentó 750 gr en peso; 0,5 cm de talla; 1,2 mm de pliegue tricípital y 0,4 cm de circunferencia del brazo.

Aplicación de técnicas conductuales

Tabla 11.

Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 2

	Refuerzo	Extinción	Sanciones
Semana 1	0	0	0
Semana 2	7	0	0
Semana 3	7	0	0

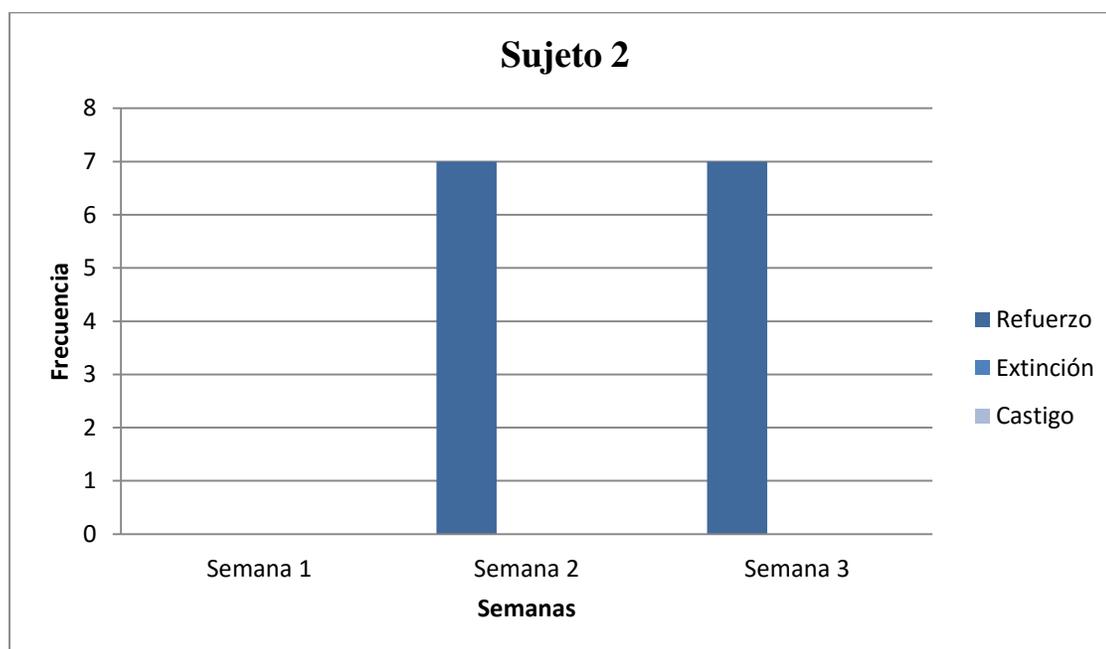


Figura 6. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 2

En la figura 6, se puede observar que el sujeto 2, en la primera semana no aplicó ninguna técnica o procedimiento conductual. Mientras que en la semana dos, aplicó el procedimiento de Refuerzo positivo una vez cada día, es decir, siete (7) veces a la semana, y en ninguna oportunidad aplicó técnicas o procedimientos de extinción o

Castigo. También aplicó procedimiento de Refuerzo positivo una vez cada día, es decir, siete (7) veces a la semana en la semana tres, y en ninguna oportunidad aplicó técnicas o procedimientos de Extinción o Castigo.

Conductas inadecuadas del niño a la hora de comer

Tabla 12.

Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 2

Días	Conductas Inadecuadas
1	3
2	2
3	1
4	1
5	3
6	2
7	2
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	0
14	1
15	1
16	1
17	1
18	1
19	1
20	1
21	1

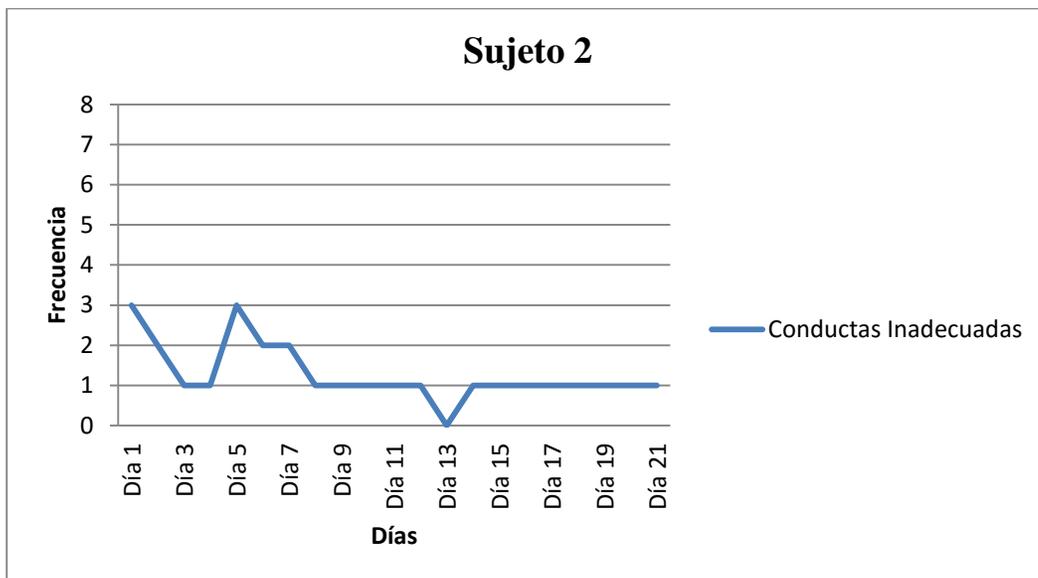


Figura 7. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 2

En la figura 7, se puede observar la frecuencia de las conductas inadecuadas del sujeto que fueron registradas a lo largo de 21 días, incluyendo la línea base, donde se evidencia una línea base cíclica, con variabilidad de los datos registrados. A partir de la semana de intervención y seguimiento se evidencia estabilidad en los datos exceptuando el día trece (13) donde no se presentó ninguna de las conductas inadecuadas.

Duración del tiempo de ingesta

Tabla 13.

Duración del tiempo de ingesta del niño, reportado por el sujeto 2

Día	Duración de la hora de comer
1	21
2	20
3	20
4	25
5	30
6	25
7	20
8	20
9	25
10	20
11	25
12	20
13	25
14	20
15	20
16	20
17	25
18	20
19	20
20	20
21	20

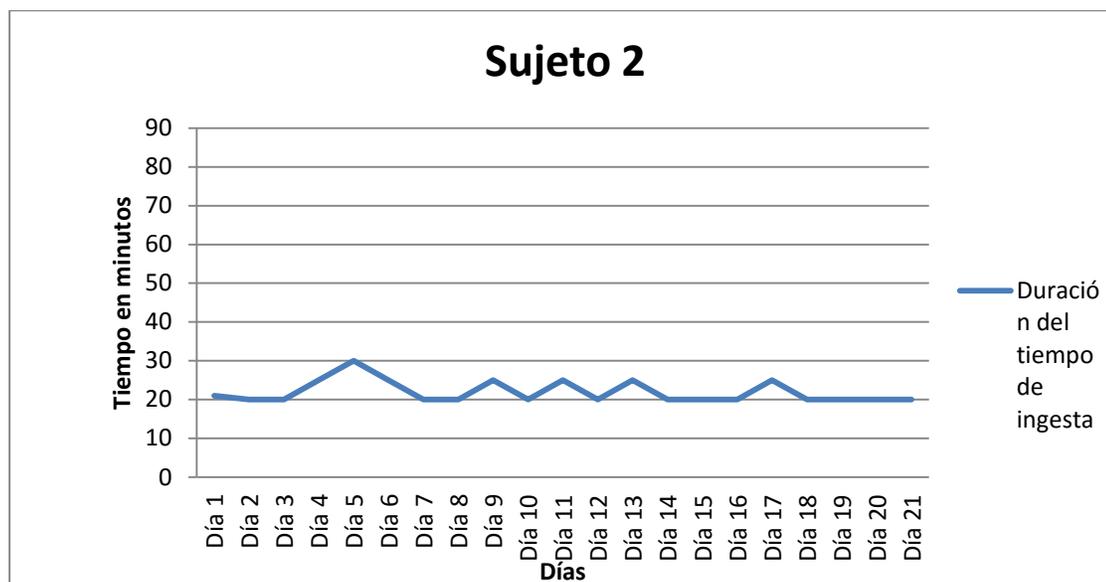


Figura 8. Duración del tiempo de ingesta de niño, reportado por el sujeto 2

En la figura 8, se refleja la duración del tiempo de ingesta del niño, donde se puede observar una estabilidad de los datos durante la línea base, fase de intervención y fase de seguimiento, en la cual la duración apenas varió entre veinte (20) y veinticinco (25) minutos, exceptuando el día cinco (5) que duró treinta (30) minutos.

Medidas antropométricas

Tabla 14.

Medidas antropométricas del niño. Sujeto 2

2	Medidas Iniciales Semana 1	Medidas finales Semana 2	Medidas en Seguimiento Semana 3	Total ganancia
Peso – Edad	13,100 Kg	13,500 kg	13,600 kg	500 gr
Talla – Edad	103,2 cm	103,3 cm	103,3 cm	0.1 cm
Pliegue tricipital	5,4 mm	5,4 mm	6,0 mm	0.6 mm
Circunferencia media del brazo	13,9 cm	14,1 cm	14,1 cm	0.2 cm

En la tabla 14, se observa que en el niño del sujeto 2 hubo cambios en todas las medidas, tomando en cuenta desde la medida inicial, hasta la etapa de seguimiento. Aumentó 500 gr en peso; 0,1 cm de talla; 0,6 mm de pliegue tricípital y 0,2 cm de circunferencia del brazo.

Aplicación de técnicas conductuales

Tabla 15.

Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 3

	Refuerzo	Extinción	Sanciones
Semana 1	0	0	0
Semana 2	6	0	0
Semana 3	7	0	1

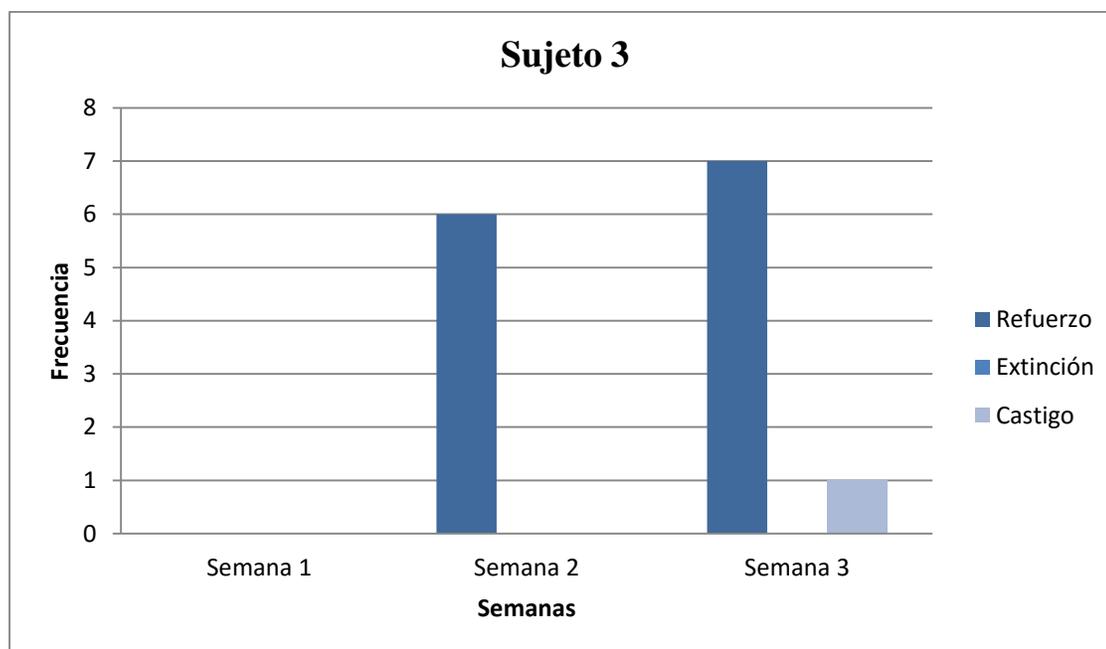


Figura 9. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 3.

En la figura 9, se observa que el sujeto 3, en la primera semana no aplicó ninguna técnica o procedimiento conductual. Por su parte, en la semana dos, aplicó procedimiento de Refuerzo Positivo, en seis (6) oportunidades, una vez por día, y no aplicó las técnicas

o procedimientos de extinción o Castigo durante esta semana. En la tercera semana el sujeto 3, aplicó el procedimiento de Refuerzo positivo en siete (7) oportunidades, una vez por cada día de la semana, mientras que también aplicó Castigo en una oportunidad, el procedimiento de Extinción no fue aplicado por este sujeto en esta semana.

Conductas inadecuadas del niño a la hora de comer

Tabla 16.

Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 3

Día	Conductas Inadecuadas
1	4
2	4
3	3
4	4
5	3
6	4
7	3
8	3
9	3
10	2
11	3
12	2
13	1
14	1
15	1
16	0
17	0
18	0
19	0
20	0
21	0



Figura 10. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 3

En la figura 10, están reflejadas las frecuencias de las conductas inadecuadas del sujeto tres (3), durante los 21 días de medición. Se evidencia visualmente una línea base variable, sin embargo durante estos 7 días la frecuencia tiene una variación de tres (3) a cuatro veces por día. A partir de la fase de intervención y posterior seguimiento se muestra una tendencia descendente de los datos registrados, donde a partir del día 16 se dejaron de presentar las conductas inadecuadas.

Duración del tiempo de ingesta

Tabla 17.

Duración del tiempo de ingesta, reportadas por el sujeto 3

Día	Duración del tiempo de ingesta
1	30
2	40
3	40
4	50
5	40
6	40
7	40
8	30
9	45
10	30
11	30
12	20
13	30
14	30
15	30
16	30
17	30
18	30
19	30
20	30
21	30

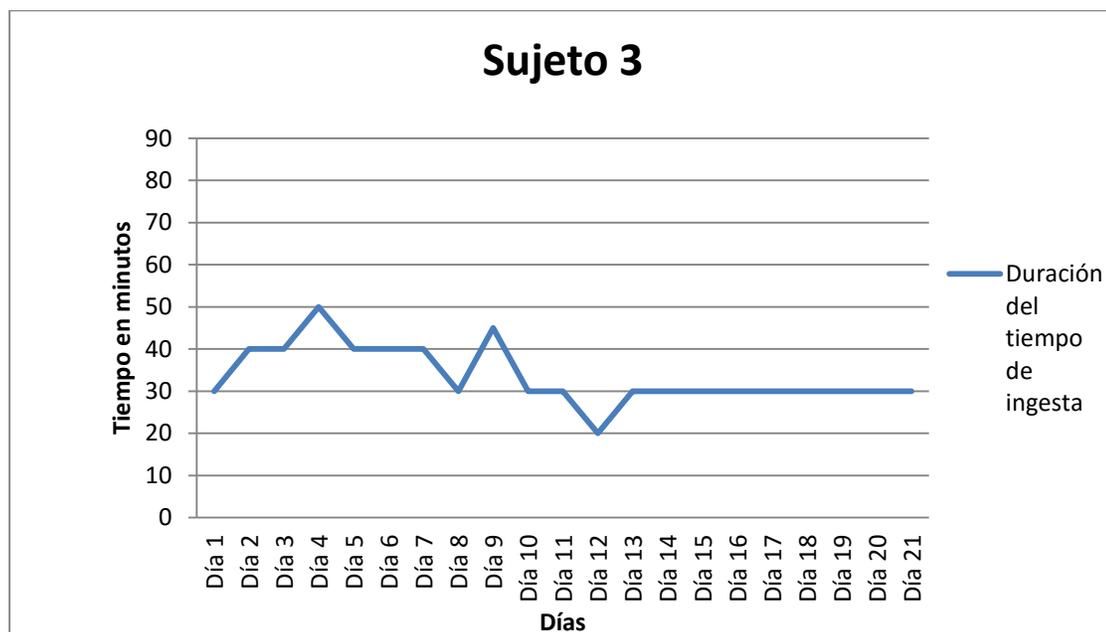


Figura 11. Duración del tiempo de ingesta, reportados por el sujeto 3

En la figura 11, se muestra la duración del tiempo de ingesta del niño reportado por el sujeto 3, en la cual se evidencia una línea base cíclica con variabilidad en los datos. La fase de intervención refleja una tendencia ascendente en la duración del tiempo de ingesta, y a partir de la fase de seguimiento se presenta una estabilidad de los datos, como se muestra a partir del día trece (13), donde la duración permanece en treinta (30) minutos.

Medidas antropométricas

Tabla 18.

Medidas antropométricas del niño. Sujeto 3

3	Medidas Iniciales Semana 1	Medidas finales Semana 2	Medidas en Seguimiento Semana 3	Total ganancia
Peso – Edad	13,400 kg	13,600 kg	13,650 kg	250 gr
Talla – Edad	104,0 cm	104,1 cm	104,3 cm	0.3 cm
Pliegue tricpital	6,8 mm	6,4 mm	6,8 mm	0 mm
Circunferencia media del brazo	15,8 cm	15,5 cm	16,0 cm	0.2 cm

En la tabla 18, se observa que en el niño del sujeto 3, hubo cambios en tres de las cuatro medidas, tomando en cuenta desde la medida inicial, hasta la etapa de seguimiento. Aumentó 250 gr en peso; 0,3 cm de talla; 0,2 cm de circunferencia del brazo y no se mostraron cambios en el pliegue tricípital.

Aplicación de técnicas conductuales

Tabla 19.

Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 4

	Refuerzo	Extinción	Sanciones
Semana 1	0	0	0
Semana 2	5	3	3
Semana 3	6	0	0

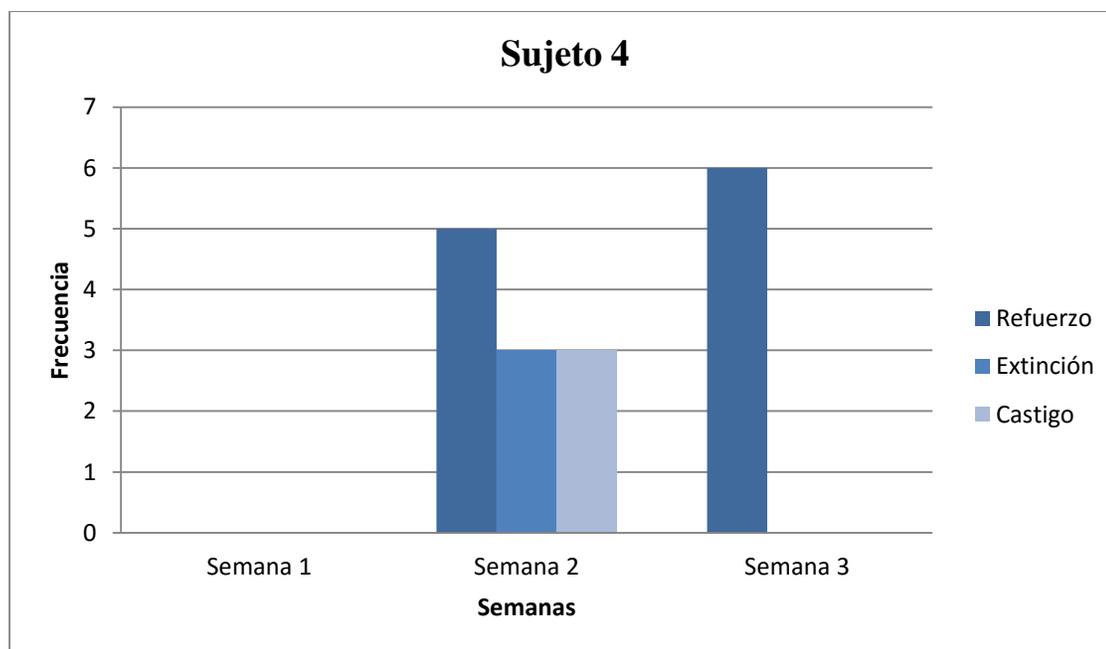


Figura 12. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 4

En la figura 12, se observa que el sujeto 4 no aplicó ninguna de los procedimientos o técnicas conductuales en la primera semana de registro. En la semana dos, el sujeto 4, aplicó el procedimiento de Refuerzo positivo en cinco (5) oportunidades, el procedimiento de extinción en tres (3) ocasiones y por último el procedimiento o

técnicas de castigo, específicamente retención de privilegios, en tres (3) oportunidades. En la semana tres, el sujeto 4 aplicó el procedimiento de Refuerzo positivo en seis oportunidades, una vez por cada día y en ninguna ocasión los procedimientos o técnicas de Extinción y/o Castigo.

Conductas inadecuadas del niño a la hora de comer

Tabla 20.

Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 4

Días	Conductas Inadecuadas
1	7
2	6
3	7
4	4
5	4
6	2
7	7
8	5
9	4
10	7
11	7
12	4
13	4
14	4
15	2
16	4
17	1
18	3
19	4
20	3
21	0



Figura 13. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 4

En la figura 13, se visualiza la frecuencia de las conductas inadecuadas del niño registrado por el sujeto 4, en la cual se evidencia una línea base cíclica con alta variabilidad de los datos, así mismo se muestra a partir de la fase de intervención y posterior seguimiento cambios de nivel debido al incremento de la frecuencia de manera brusca tal como se nota del día nueve (9) al diez (10) y del día once (11) al doce (12). Sin embargo se refleja una tendencia descendiente en cuanto a la frecuencia de las conductas inadecuadas, dado que en la primera semana se presentaron como máximo siete (7) veces, y en la última semana un máximo de cuatro (4) veces en un día.

Duración del tiempo de ingesta

Tabla 21.

Duración del tiempo de ingesta, reportada por el sujeto 4

Día	Duración del tiempo de ingesta
1	40
2	40
3	43
4	40
5	32
6	30
7	30
8	28
9	42
10	43
11	37
12	28
13	42
14	28
15	14
16	26
17	20
18	20
19	20
20	20
21	20

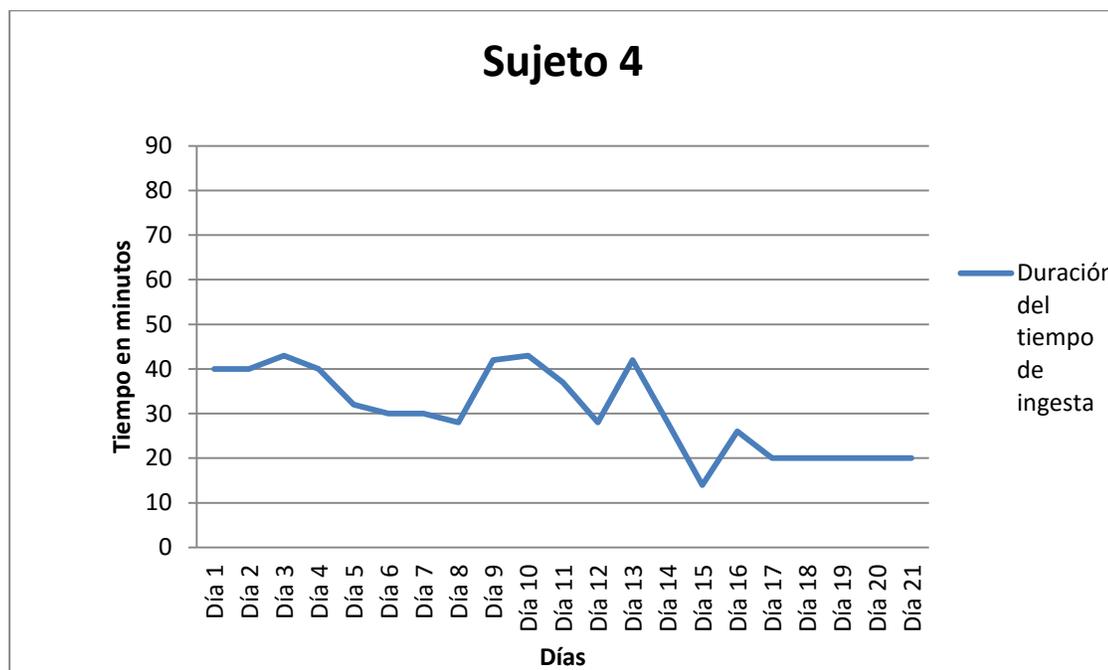


Figura 14. Duración del tiempo de ingesta, reportada por el sujeto 4

En la figura 14, se muestra la duración del tiempo de ingesta del niño reportada por el sujeto 4, donde se refleja una línea base con tendencia descendente hasta el día ocho (8). Durante la fase de intervención se evidencia una variabilidad en el tiempo de ingesta. A partir del inicio de la fase de seguimiento se muestra un cambio de nivel como se nota del día catorce (14) al quince (15), para luego lograr una estabilidad en la duración de veinte (20) minutos hasta el final de esta fase

Medidas antropométricas

Tabla 22.

Medidas antropométricas del niño. Sujeto 4

4	Medidas Iniciales Semana 1	Medidas finales Semana 2	Medidas en Seguimiento Semana 3	Total ganancia
Peso – Edad	14,200 kg	14,200 kg	14,600 kg	400 gr
Talla – Edad	101,3 cm	101,5 cm	102,1 cm	0,8 cm
Pliegue tricipital	7,0 mm	7,2 mm	7,4 mm	0,4 mm
Circunferencia media del brazo	15,5 cm	15,7 cm	15,8 cm	0,3 cm

En la tabla 22, se observa que en el niño del sujeto 4, hubo cambios en todas las medidas, tomando en cuenta desde la medida inicial, hasta la etapa de seguimiento. Aumentó 400 gr en peso; 0,8 cm de talla; 0,4 mm de pliegue tricpital y 0,3 cm de circunferencia del brazo.

Aplicación de técnicas conductuales

Tabla 23.

Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 5

	Refuerzo	Extinción	Sanciones
Semana 1	0	0	0
Semana 2	5	1	3
Semana 3	6	2	2

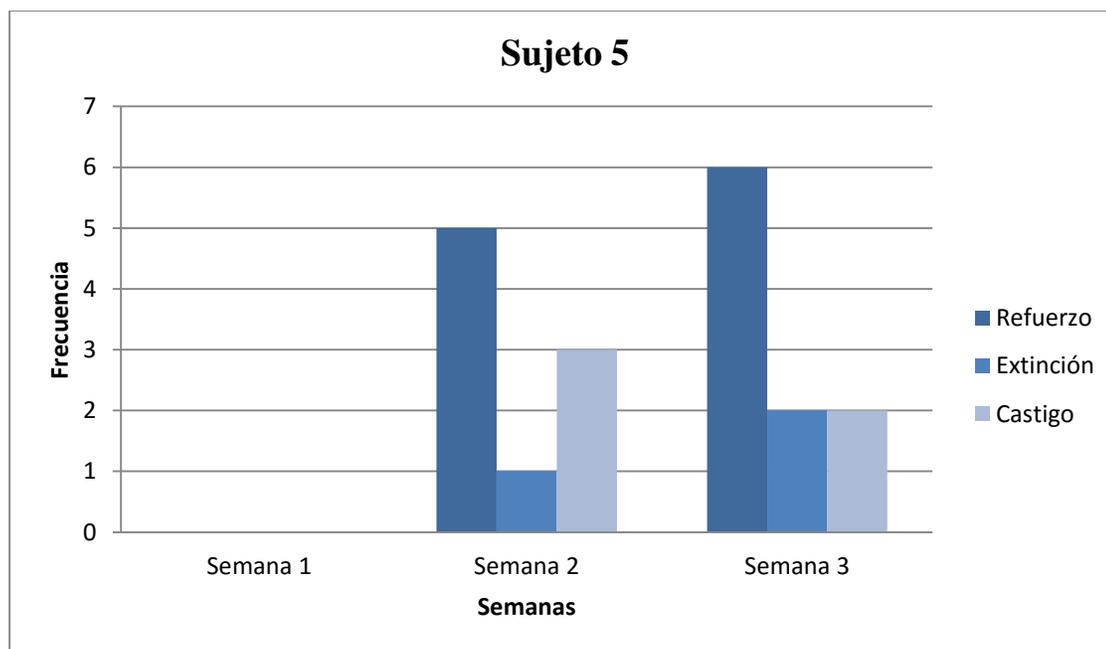


Figura 15. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 5.

En la figura 15, se aprecia que en la semana uno, el sujeto 5 no realizó ningún registro de aplicación de técnicas o procedimientos de Refuerzo, Extinción o Castigo. En

la semana dos, este sujeto aplicó el procedimiento de Refuerzo Positivo en cinco (5) oportunidades, el procedimiento de Extinción en una ocasión, y el procedimiento o técnicas de Castigo, específicamente Sobrecorrección, fueron aplicadas en tres (3) oportunidades esta semana. La tercera semana de registro, el sujeto 5 aplicó procedimiento de Refuerzo positivo en seis (6) oportunidades, también aplicó procedimiento de Extinción en dos (2) ocasiones, y procedimientos o técnicas de Castigo, específicamente Sobrecorrección, dos (2) veces en esta semana.

Conductas inadecuadas del niño a la hora de comer

Tabla 24.

Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 5

Días	Conductas Inadecuadas
1	5
2	4
3	4
4	5
5	4
6	4
7	4
8	5
9	5
10	6
11	3
12	6
13	6
14	3
15	3
16	3
17	3
18	3
19	2
20	2
21	2

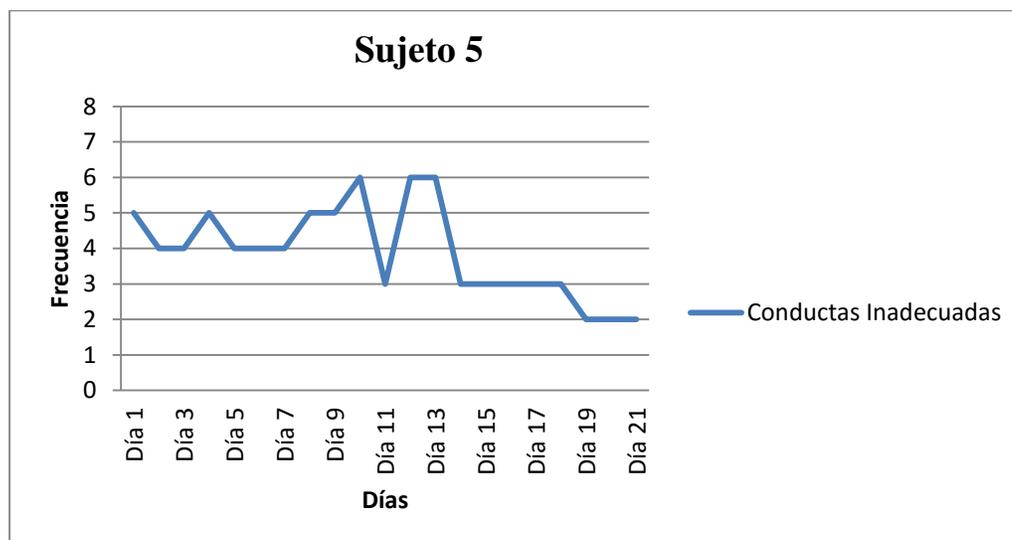


Figura 16. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 5

En la figura 16, se muestra la frecuencia de las conductas inadecuadas realizadas por el hijo del sujeto 5. Se refleja una línea base estable, con variaciones que oscilan entre cinco (5) y cuatro (4) veces por día la presentación de las conductas. En la fase de intervención se muestra un incremento de la frecuencia y a partir del día catorce (14) hay una tendencia descendiente de los datos, logrando una estabilidad a partir del día dieciséis hasta el término de la fase de seguimiento.

Duración del tiempo de ingesta

Tabla 25.

Duración del tiempo de ingesta reportada por el sujeto 5.

Día	Duración del tiempo de ingesta
1	35
2	35
3	35
4	30
5	30
6	30
7	30
8	30
9	30
10	30
11	30
12	30
13	30
14	30
15	30
16	30
17	30
18	30
19	30
20	30
21	30

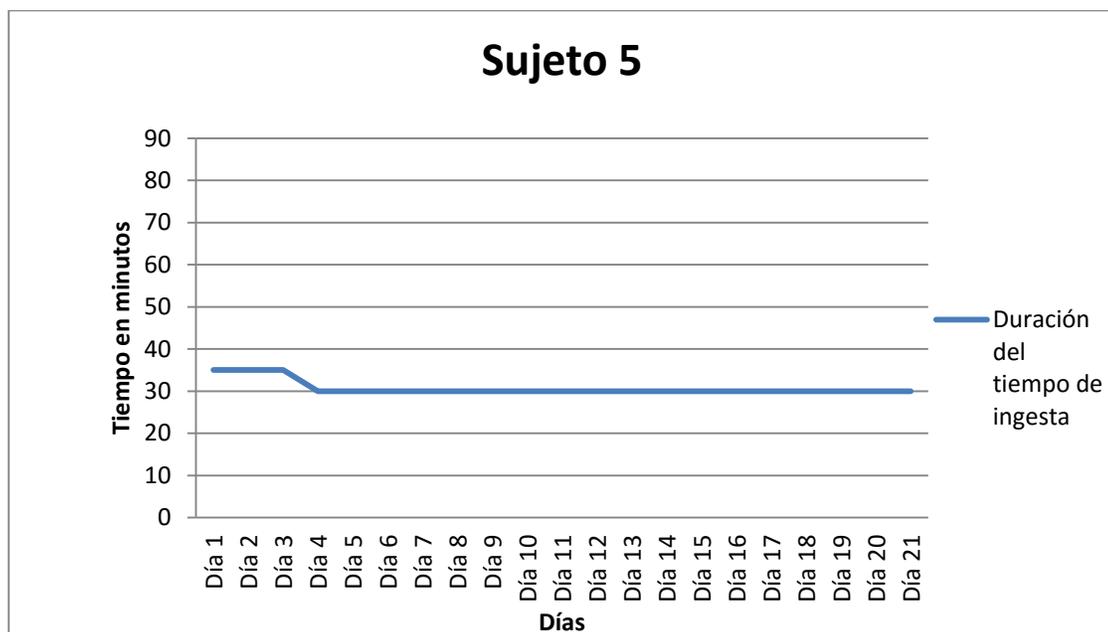


Figura 17. Duración del tiempo de ingesta reportadas por el sujeto 5.

En la figura 17, se muestra la duración del tiempo de ingesta del niño reportada por el sujeto 5. En esta se evidencia estabilidad en los datos tanto en la línea base, fase de intervención y seguimiento, permaneciendo en treinta (30) minutos de duración a partir del día cuatro (4) hasta el día veintiuno (21).

Medidas antropométricas

Tabla 26.

Medidas antropométricas del niño. Sujeto 5

5	Medidas Iniciales Semana 1	Medidas finales Semana 2	Medidas en Seguimiento Semana 3	Total ganancia
Peso – Edad	18,0 kg	18,650 kg	18,650 kg	650 gr
Talla – Edad	112,2 cm	112,2 cm	112,2 cm	0 cm
Pliegue tricipital	5,0 mm	5,2 mm	5,2 mm	0,2 mm
Circunferencia media del brazo	16,2 cm	16,5 cm	16,5 cm	0.3 cm

En la tabla 26, se observa que en el niño del sujeto 5, hubo cambios en tres de las cuatro medidas, tomando en cuenta desde la medida inicial, hasta la etapa de seguimiento. Aumentó 650 gr en peso; 0,2 cm de circunferencia del brazo; 0,3 mm de pliegue tricútipal y no se mostraron cambios en la talla.

Aplicación de técnicas conductuales

Tabla 27.

Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 6.

	Refuerzo	Extinción	Sanciones
Semana 1	0	0	0
Semana 2	4	3	1
Semana 3	6	2	0

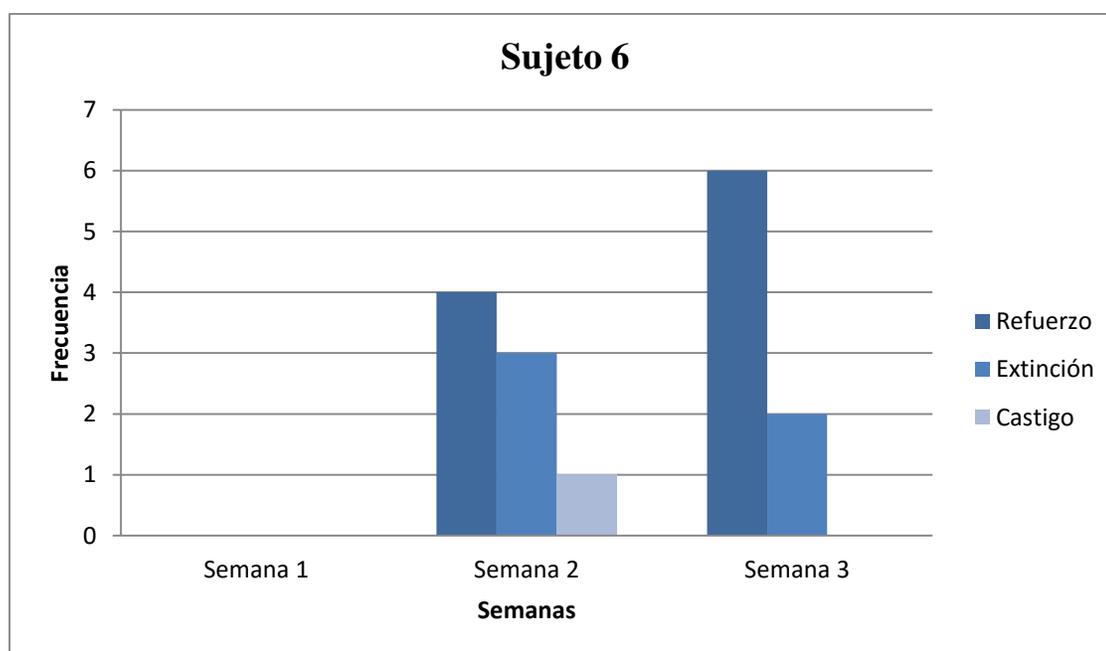


Figura 18. Frecuencia de aplicación de técnicas conductuales del sujeto 6.

Como se observa en la figura 18, el sujeto 6 no realizó registros de ninguna técnica o procedimiento durante la primera semana. En la segunda semana, este sujeto aplicó procedimiento de Refuerzo positivo en cuatro (4) oportunidades, de igual manera aplicó procedimiento de Extinción en tres (3) ocasiones y procedimiento o técnicas de

Castigo, específicamente retención de privilegios, una (1) en esta semana. Para la tercera semana el sujeto 6 aplicó procedimiento de Refuerzo positivo en seis (6) oportunidades, y el procedimiento de Extinción en dos (2) ocasiones.

Conductas inadecuadas del niño a la hora de comer

Tabla 28.

Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 6

Días	Conductas Inadecuadas
1	3
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	2
11	0
12	0
13	0
14	1
15	1
16	0
17	0
18	0
19	0
20	0
21	1

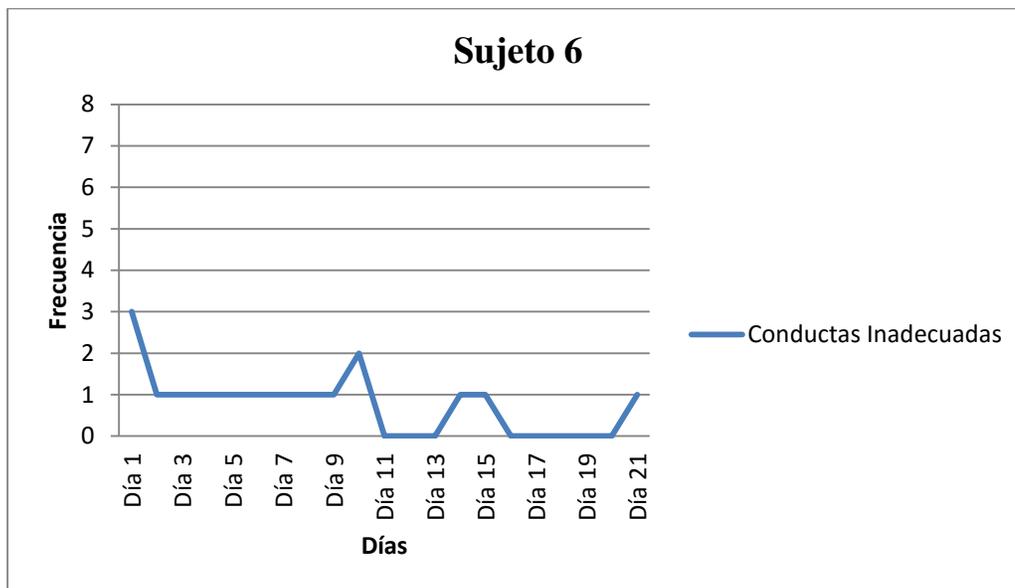


Figura 19. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 6.

En la figura 19, se presenta la frecuencia de las conductas inadecuadas del niño reportadas por el sujeto 6, en la cual se evidencia una línea base estable dado que a partir del día dos (2) hasta el día nueve (9) se presenta solo una conducta inadecuada. A partir de la fase de intervención y posterior seguimiento se refleja una tendencia descendente, ya que no hay ocurrencia de las conductas inadecuadas, exceptuando el día veintiuno (21) que se presentó solo una vez.

Duración del tiempo de ingesta

Tabla 29.

Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 6.

Día	Duración del tiempo de ingesta
1	18
2	18
3	30
4	40
5	20
6	32
7	30
8	28
9	30
10	35
11	20
12	20
13	30
14	30
15	30
16	20
17	30
18	20
19	35
20	40
21	30

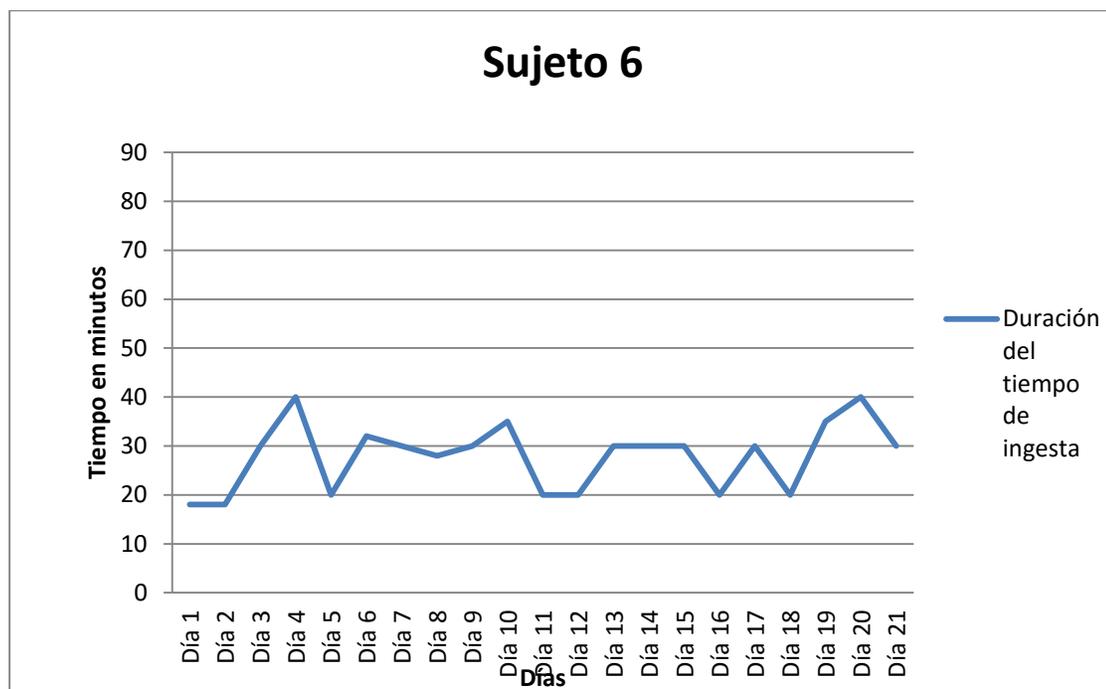


Figura 20. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 6.

En la figura 20, se muestra la duración del tiempo de ingesta del niño reportada por el sujeto 6. Se evidencia una línea base variable con cambios de nivel que se muestran hasta la fase de intervención. Lo mismo se refleja durante la etapa de seguimiento donde la duración varió entre veinte (20) y treinta (30) minutos, excepto el día veinte que alcanzó los cuarenta (40) minutos.

Medidas antropométricas

Tabla 30.

Medidas antropométricas del niño. Sujeto 6.

6	Medidas Iniciales Semana 1	Medidas finales Semana 2	Medidas en Seguimiento Semana 3	Total ganancia
Peso – Edad	14,600 kg	14,700 kg	15,0 kg	400 gr
Talla – Edad	101,7 cm	102,0 cm	102,1 cm	0,4 cm
Pliegue tricpital	7,0 mm	7,0 mm	7,0 mm	0 mm
Circunferencia media del brazo	16,6 cm	16,6 cm	16,8 cm	0.2 cm

En la tabla 30, se observa que en el niño del sujeto 6, hubo cambios en tres de las cuatro medidas, tomando en cuenta desde la medida inicial, hasta la etapa de seguimiento. Aumentó 400 gr en peso; 0,4 cm de talla; 0,2 cm de circunferencia del brazo; y no se mostraron cambios en el pliegue tricipital.

Aplicación de técnicas conductuales

Tabla 31.

Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 7.

	Refuerzo	Extinción	Sanciones
Semana 1	0	0	0
Semana 2	2	0	0
Semana 3	7	0	0

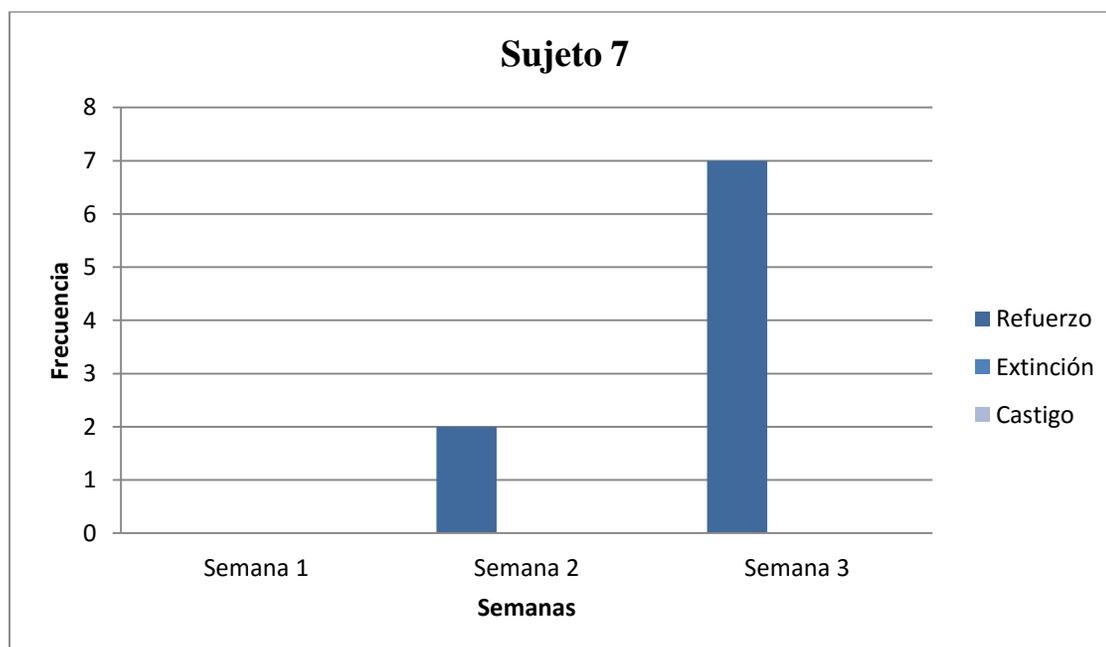


Figura 21. Frecuencia de la aplicación de técnicas conductuales del sujeto 7.

En la figura 21, se observa que el sujeto 7 en la primera semana no posee registros de aplicación de técnicas o procedimientos conductuales. En la semana dos, aplicó Refuerzo positivo en dos (2) oportunidades y ninguno de los procedimientos o técnicas de Extinción y/o Castigo. En la tercera semana el sujeto 7, aplicó procedimiento de Refuerzo en siete (7) ocasiones, una vez por día de la semana, y ninguno de los procedimientos o técnicas de Extinción y/o Castigo.

Conductas inadecuadas del niño a la hora de comer

Tabla 32.

Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 7

Días	Conductas Inadecuadas
1	5
2	5
3	4
4	4
5	3
6	4
7	4
8	4
9	4
10	4
11	4
12	4
13	4
14	4
15	4
16	3
17	3
18	3
19	3
20	2
21	2

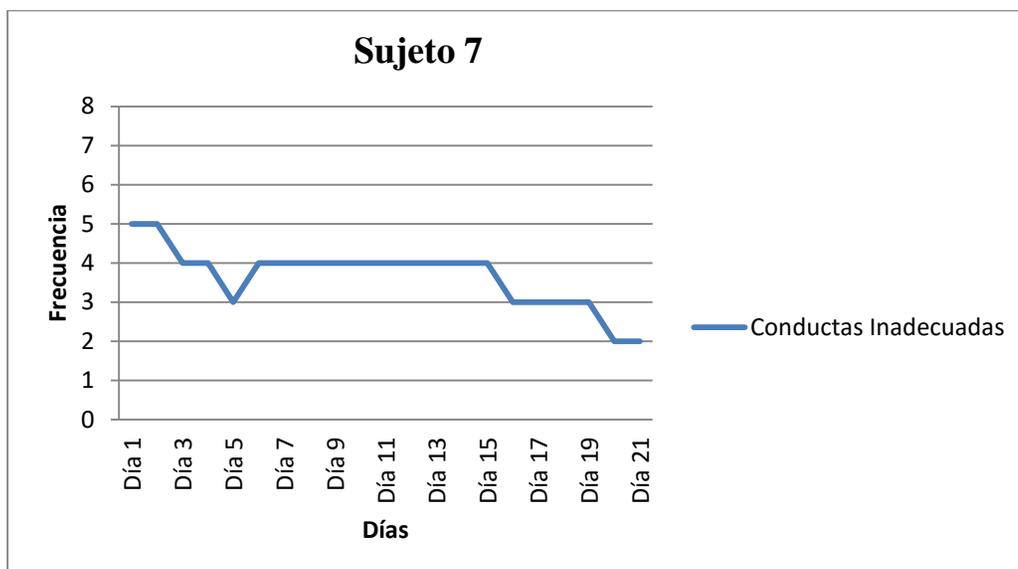


Figura 22. Frecuencia de las conductas inadecuadas del niño a la hora de comer, reportadas por el sujeto 7

En la figura 22, se muestra la frecuencia de las conductas inadecuadas realizadas por el niño reportadas por el sujeto 7, en la misma se refleja una línea base con tendencia descendiente hasta el día cinco (5). Durante la fase de intervención se presenta estabilidad de los datos, permaneciendo la frecuencia de las conductas inadecuadas de cuatro (4) veces durante los días seis (6) al quince (15), presentándose durante la fase de seguimiento una tendencia descendiente en los datos a partir del día dieciséis.

Duración del tiempo de ingesta

Tabla 33.

Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 7

Día	Duración del tiempo de ingesta
1	60
2	15
3	30
4	30
5	44
6	11
7	30
8	45
9	45
10	50
11	30
12	15
13	30
14	20
15	15
16	22
17	15
18	18
19	30
20	15
21	15

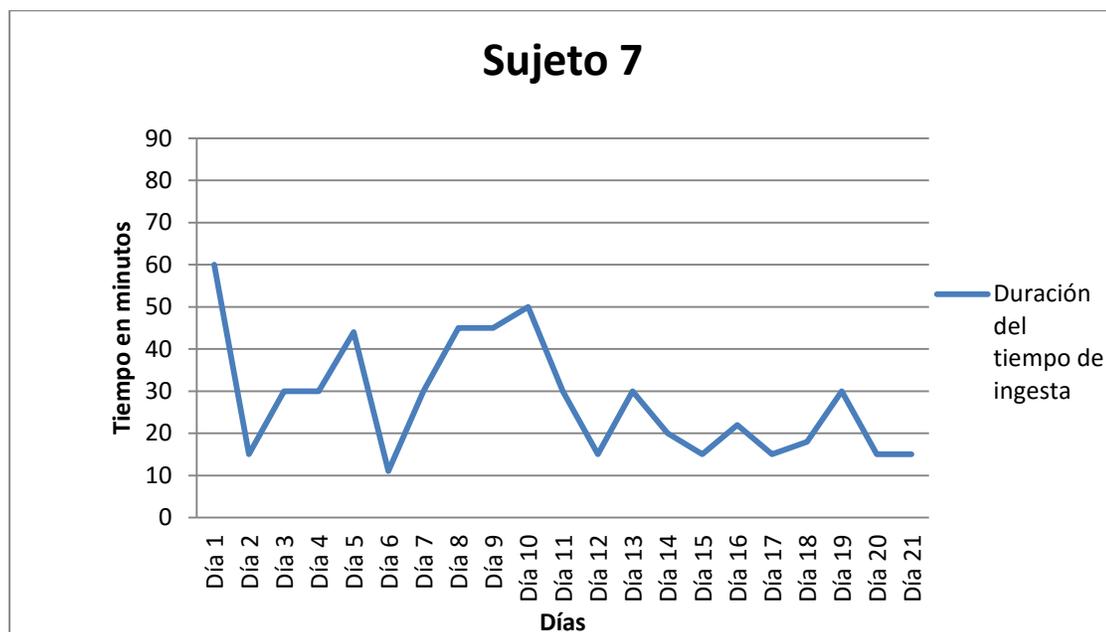


Figura 23. Duración del tiempo de ingesta del niño, reportada por el sujeto 7

En la figura 23, se muestra la duración del tiempo de ingesta del niño reportada por el sujeto 7. La línea base refleja variabilidad y cambio de nivel como se observa en la medida del día uno (1) al día dos (2). Durante la fase de intervención se evidencia una tendencia descendente en la duración a partir del día diez (10). En la fase de seguimiento se muestra una estabilidad en los datos, con variación de la duración entre quince (15) y veinte (20) minutos, excepto el día diecinueve (19) que llegó a los treinta (30) minutos.

Medidas antropométricas

Tabla 34.

Medidas antropométricas del niño. Sujeto 7

7	Medidas Iniciales Semana 1	Medidas finales Semana 2	Medidas en Seguimiento Semana 3	Total ganancia
Peso – Edad	13,350 kg	13,200 kg	13,500 kg	150 gr
Talla – Edad	98,0 cm	98,1 cm	98,5 cm	0,5 cm
Pliegue tricipital	5,2 mm	5,4 mm	5,8 mm	0,6 mm
Circunferencia media del brazo	13,8 cm	13,8 cm	14,1 cm	0,3 cm

Resultados

En la tabla 34, se observa que en el niño del sujeto 7, hubo cambios en todas las medidas, tomando en cuenta desde la medida inicial, hasta la etapa de seguimiento. Aumentó 150 gr en peso; 0,5 cm de talla; 0.6 mm de pliegue tricipital y 0,3 cm de circunferencia del brazo.

6.7 Aceptabilidad del programa

Tabla 35.

Evaluación de la aceptabilidad del programa, por categoría.

Categoría	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
Adecuación de información				1	6
Claridad de la Información					7
Pertinencia de las actividades practicadas				2	5
Adecuación de los instrumentos de evaluación				1	6
Claridad de exposición por parte de las facilitadoras					7
Receptividad de las facilitadoras					7
Desempeño de las facilitadoras					7
Estructura del programa					7

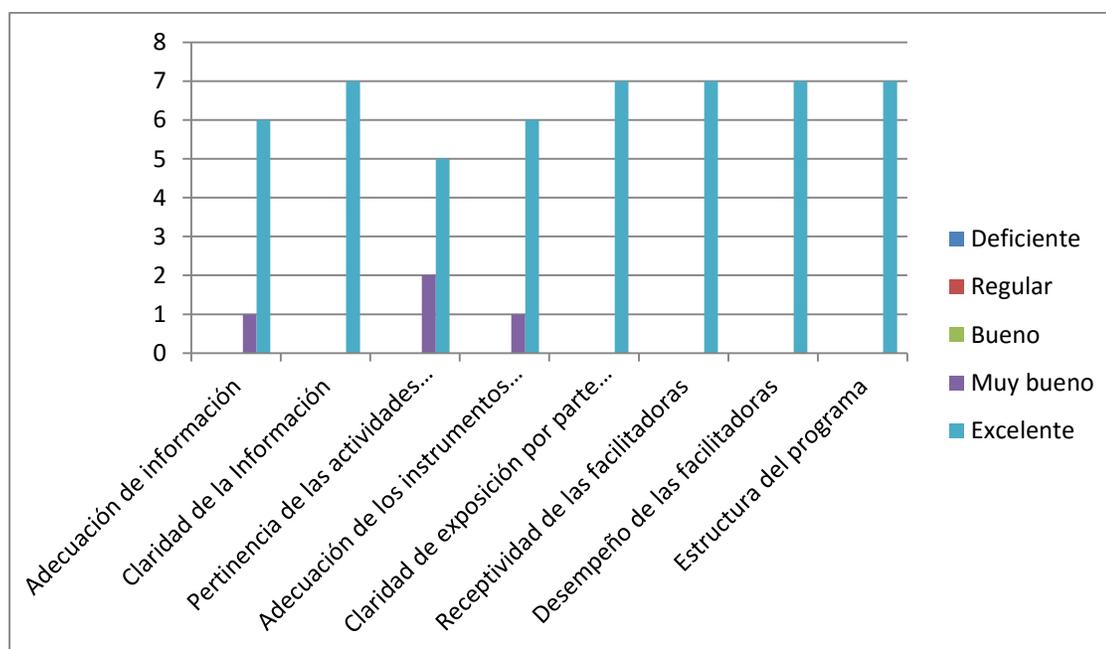


Figura 24. Evaluación de la aceptabilidad del programa, por categorías

Como se observa en la tabla 35 y en la figura 24, en cuanto a la categoría de “Adecuación de la información”, seis (6) de las participantes marcaron excelente y una (1) muy bueno. En la “Claridad de información” todas la clasificaron como excelente; en la “Pertinencia de las actividades practicadas”, dos marcaron muy bueno mientras que cinco puntuaron como excelente. En la “Adecuación de los instrumentos de evaluación”, una valoró como muy bueno, mientras que seis clasificaron como excelente. En las categorías “Claridad de exposición por parte de las facilitadoras”, “Receptividad de las facilitadoras”, “Desempeño de las facilitadoras” y “Estructura del programa”, la totalidad de las participantes coincidieron con la puntuación de excelente.

Tabla 36.

Evaluación de la aceptabilidad del programa por preguntas

Pregunta	Si	No
¿Cumplió sus objetivos?	7	
¿Ha implementado lo aprendido?	7	
¿Lo recomendaría?	7	

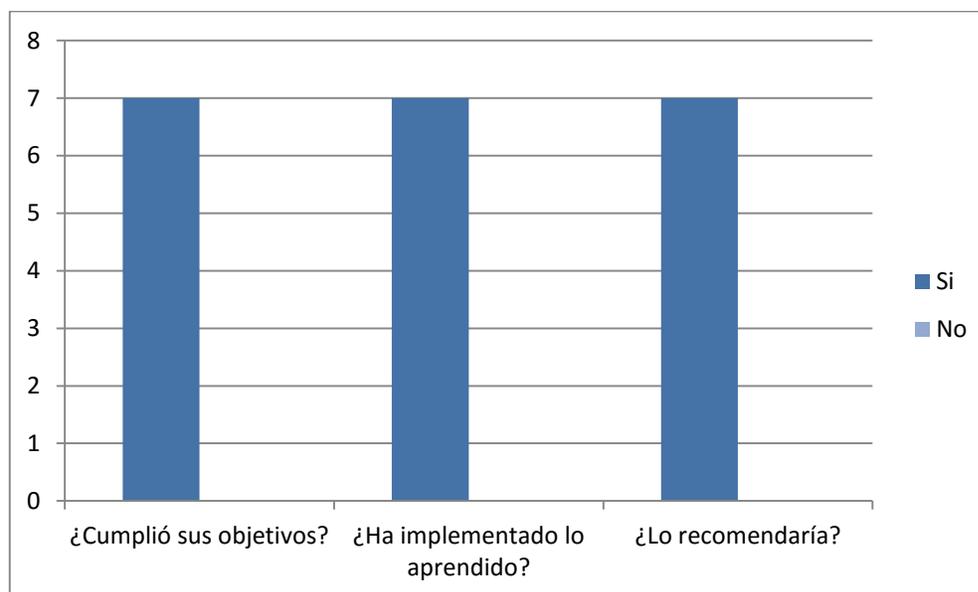


Figura 25. Evaluación de la aceptabilidad del programa por pregunta

En la tabla 36 y en la figura 25, se puede observar que la totalidad de los participantes, es decir, siete (7), contestaron de manera afirmativa a las interrogantes planteadas en torno a su evaluación del programa.

6.8 Resultados del programa

6.8.1 Resultados específicos de las actividades

Cuestionario 1. *Sesión 1*

Tabla 37.

Numero de respuestas correctas en el Cuestionario 1. Pre-test y Post-test

Sujeto	Pre-test	Post-test
1	5	13
2	12	16
3	9	14
4	13	17
5	9	13
6	6	15
7	5	13
Media	8,4	14,4
Mediana	9	14
Moda	5	13
Desviación típica	2,9	1,4

En la tabla 37, se encuentran expresados y listados los valores obtenidos por cada una de las 7 participantes en pre-test y post-test del cuestionario de la sesión número 1 sobre Desnutrición y conceptos básicos de análisis conductual aplicado (ACA), el cual se encuentra sobre la base de diecisiete (17) puntos. Cabe destacar, que en los resultados totales obtenidos por las participantes, se puede apreciar que en el post-test, todas lograron una ganancia en cuanto al conocimiento de los temas expuestos en la sesión (la cual se puede notar en el incremento de los puntajes del post-test con respecto al pre-test). En los sujetos 1, 6 y 7 es en donde se puede reflejar más este incremento, dado que sus puntuaciones variaron de 8, 9 y 8 puntos respectivamente con respecto al pre-test.

En esta tabla también se pueden observar los estadísticos descriptivos correspondientes al pre-test y post-test de la aplicación del cuestionario 1, el cual está sobre la base de 17 puntos. Los valores que se consideran en la misma son: la media, mediana, moda y desviación típica obtenidos en el total de la prueba por los participantes. Como se puede observar en la presente tabla, el grupo constituido por siete (7) participantes, en el pre-test del cuestionario 1 obtuvo una Media= 8,4 y una DT= 2,9, una Mediana de 9 y Moda= 5; dicho grupo luego de aplicársele el post-test del mismo cuestionario obtuvo una Media= 14,4 y una DT= 1,4, una Mediana= 14 y Moda= 13. De esta forma se demuestra una ganancia en lo relacionado al conocimiento por parte de las participantes sobre Desnutrición y conceptos básicos de ACA en el post-test, al comparar los valores obtenidos entre la primera (pre-test) y segunda (post-test) aplicación del cuestionario, presentándose un incremento en los valores de la media, mediana, moda.

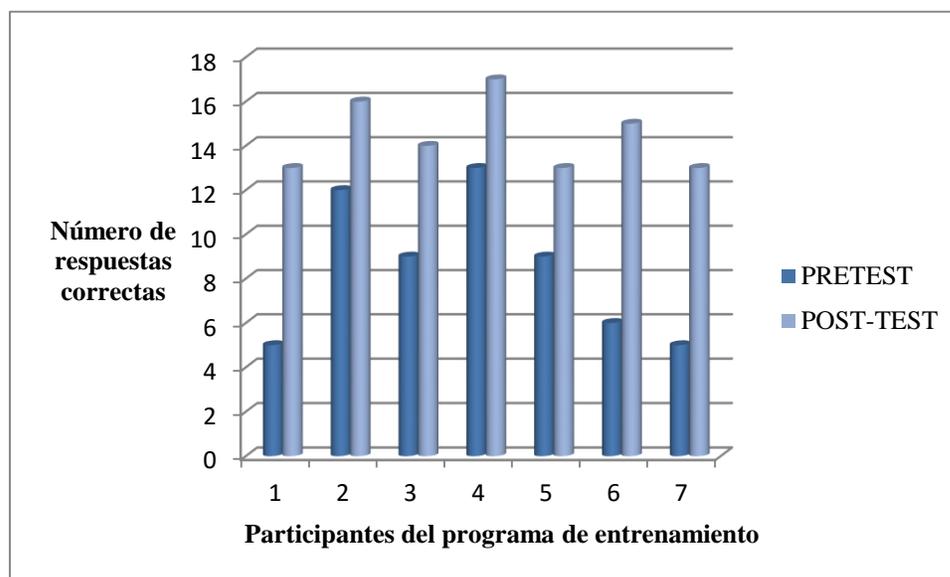


Figura 26. Número de respuestas correctas en el Cuestionario 1. Pre-test y Post-test

En la figura 26, se observa los resultados obtenidos por las siete (7) participantes en el cuestionario 1 sobre Desnutrición y conceptos básicos de Análisis Conductual Aplicado (ACA), el cual se encuentra sobre la base de 17 puntos. En el eje de las abscisas (x) se encuentran los siete (7) participantes y en el eje de las ordenadas (y) el número de

respuestas correctas obtenidas por cada participante en el cuestionario 1 en el pre-test (primera aplicación) y post-test (segunda aplicación). Las barras de color azul hacen referencia a los puntajes obtenidos en el pre-test, mientras que las barras grises identifican los datos del post-test. En este gráfico (Figura 26) se puede observar que todas las participantes obtuvieron una ganancia con respecto al conocimiento de los temas explicados en la sesión 1, en la segunda aplicación del cuestionario 1 (post-test) con respecto a la primera aplicación (pre-test), este resultado se muestra sobre todo en los sujetos 1, 6 y 7.

Cuestionario 2. Sesión 2

Tabla 38.

Número de respuestas correctas en el Cuestionario 2. Pre-test y Post- test

Sujeto	Pre-test	Post-test
1	5	9
2	8	10
3	5	9
4	9	11
5	1	6
6	3	7
7	6	10
Media	5,3	8,9
Mediana	5	9
Moda	5	9
Desviación típica	2,75	1,45

En la tabla 38, se encuentran expresados y listados los valores obtenidos por cada uno de las 7 participantes en pre-test y post-test del cuestionario 2 de la sesión número 2 sobre técnicas y procedimientos del análisis conductual aplicado (ACA), el cual se encuentra sobre la base de once (11) puntos. Cabe destacar, que en los resultados totales obtenidos por los participantes, se puede apreciar que en el post-test, todas lograron una ganancia en cuanto al conocimiento de los temas expuestos en la sesión (la cual se puede

notar en el incremento de los puntajes del post-test con respecto al pre-test). En los sujetos 1, 3, 5 y 7 es en donde se puede reflejar más este incremento, dado que sus puntuaciones variaron cuatro (4) puntos con respecto al pre-test.

En esta tabla también se pueden observar los estadísticos descriptivos correspondientes al pre-test y post-test de la aplicación del cuestionario 2, el cual está sobre la base de 11 puntos. Los valores que se consideran en la misma son: la media, mediana, moda y desviación típica obtenidos en el total de la prueba por los participantes. Como se puede observar en la presente tabla, el grupo constituido por siete (7) participantes, en el pre-test del cuestionario 2 obtuvo una Media= 5,3 y una DT= 2,75, una Mediana de 5 y Moda= 5; dicho grupo luego de aplicársele el post-test del mismo cuestionario obtuvo una Media= 8,9 y una DT= 1,45, una Mediana= 9 y Moda= 9. De esta forma se demuestra una ganancia en lo relacionado al conocimiento por parte de las participantes sobre técnicas y procedimientos de ACA en el post-test, al comparar los valores obtenidos entre la primera (pre-test) y segunda (post-test) aplicación del cuestionario, presentándose un incremento en los valores de la media, mediana, moda.

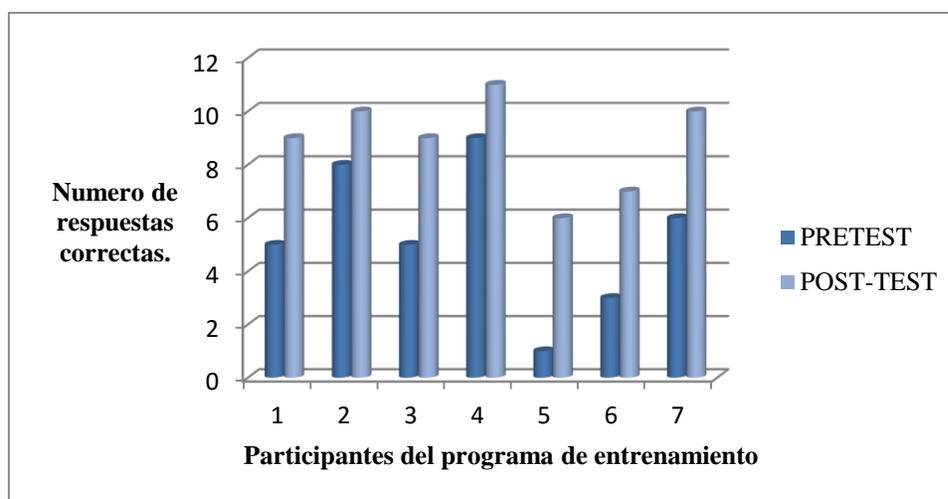


Figura 27. Número de respuestas correctas en el Cuestionario 2. Pre-test y Post-test

En la figura 27, se observa los resultados obtenidos por las siete (7) participantes en el cuestionario 2 sobre técnicas y procedimientos de Análisis Conductual Aplicado

(ACA), el cual se encuentra sobre la base de once (11) puntos. En el eje de las abscisas (x) se encuentran los siete (7) participantes y en el eje de las ordenadas (y) el número de respuestas correctas obtenidas por cada participante en el cuestionario 2 en el pre-test (primera aplicación) y post-test (segunda aplicación). Las barras de color azul hacen referencia a los puntajes obtenidos en el pre-test, mientras que las barras grises identifican los datos del post-test. En este gráfico (Figura 27) se puede observar que todas las participantes obtuvieron una ganancia con respecto al conocimiento de los temas explicados en la sesión 2, en la segunda aplicación del cuestionario 1 (post-test) con respecto a la primera aplicación (pre-test), en la mayoría de las participantes hubo un aumento de al menos 4 puntos, excepto los sujetos 2 y 4, los cuales solo aumentaron 2 puntos.

Ejercicios prácticos. *Sesión tres*

El primer ejercicio entregado, se trataba sobre identificación de conductas adecuadas e inadecuadas (Ver anexo 17), Los resultados correspondientes a este ejercicio fueron que 57% de los participantes respondió de manera correcta la totalidad de los ejemplos, es decir, tres. Un 29% de los participantes respondió adecuadamente dos de los tres ejemplos. Y un 14% respondió de manera correcta uno de los tres ejemplos dados.

Seguidamente se entregó la hoja con el contenido de los ejercicios prácticos para identificar la triple relación de contingencia (Ver Anexo 18). Los resultados de este ejercicio arrojaron que un 86% de las participantes respondieron correctamente la totalidad de los ejemplos, mientras que el 14% respondió incorrectamente.

Para finalizar se entregó la hoja correspondiente a los ejercicios prácticos sobre las técnicas empleadas para instaurar, mantener y eliminar conductas (Ver Anexo 19). De este ejercicio se desprendieron los siguientes resultados: el 71% de las participantes respondieron correctamente cuatro de las cinco propuestas, 15% de las participantes respondieron adecuadamente tres de los cinco ejemplos y 14% respondieron de manera correcta dos de las cinco propuestas

VII. Discusión

La desnutrición es considerada como un problema de relevancia, lo cual como se señaló en apartados anteriores es de origen multifactorial (orgánico, social, económico, psicológico y cultural), generando consecuencias que pueden afectar el desarrollo integral del niño. Por ende esta investigación persigue hacer frente a esta problemática mediante el entrenamiento de padres en estrategias conductuales para el manejo de la conducta alimentaria. Es importante señalar que el programa de entrenamiento utilizado es basado por el aporte de la investigación de Marques y Siso (2001), siendo una de las recomendaciones de este su aplicación y evaluación.

De tal manera, el propósito principal de esta investigación fue evaluar el efecto de un programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria sobre el conocimiento de los padres, las medidas conductuales de los padres y niños, y en las medidas antropométricas de los niños.

Respondiendo a este objetivo, se evidenció que, en cuanto a la variable conocimiento hubo diferencias con respecto a las medidas del pre-test y post-test en cada una de las participantes, como lo muestra las medidas de tendencia central utilizadas; en la media el dato varió de 7,7 a 13,4, la mediana pasó de 9 a 14, mientras que en la moda el dato que más se repitió en el pre-test fue el 9 y en el post-test fue el 14. Cabe destacar que las madres participantes han recibido talleres de información sobre desnutrición y algunas estrategias para la modificación de conductas en CANIA, antes del inicio de esta investigación, sin embargo según lo expresado en los resultados del pre-test, el número de respuestas correctas sobre estos temas fue bajo, en comparación a la segunda administración del cuestionario (post-test) realizado al finalizar la aplicación del programa, exceptuando el sujeto 2 y 4 que obtuvieron altas puntuaciones tanto en el pre-test y el post-test, donde pudo haber influido su nivel de instrucción, dado que ambas tienen estudios universitarios.

Algunos autores señalan que la formación parental constituye una acción que incluye sensibilización, aprendizaje, adiestramiento o clarificación de valores y actitudes que son clave en la educación de los niños y es un medio para incentivar su desarrollo (Bartau, Maganto y Exteberria, 2001).

En relación con la aplicación de las estrategias conductuales que realizaron los padres durante la primera semana, se les solicitó que no llenaran el registro debido al desconocimiento expresado por los mismos sobre procedimientos o técnicas conductuales, esto a partir de las preguntas realizadas por las facilitadoras. A partir de la segunda semana (fase de intervención), las participantes registraron las estrategias utilizadas durante la cena de lunes a viernes, y fines de semana una comida a su elección. El procedimiento más utilizado durante en esta fase fue el de Refuerzo positivo, aplicado por la totalidad de las participantes, siendo la mayor frecuencia del uso de esta estrategia siete (7) veces a la semana (sujeto 1 y 2) y la mínima dos (2) veces (sujeto 7). En cuanto al uso del procedimiento de Extinción en esta semana, se evidenció que tres (3) de las participantes (sujeto 4, 5 y 6) lo aplicaron con una frecuencia de tres (3), uno (1) y tres (3) veces por semana respectivamente. El procedimiento de Castigo fue utilizado en esta fase por tres (3) de las madres (sujeto 4, 5 y 6) con una frecuencia de tres (3), tres (3) y uno (1) respectivamente.

La utilización de técnicas conductuales para el manejo de la conducta alimentaria es importante ya que los patrones alimentarios se forman y aprenden más no se heredan, los modos de alimentarse, las preferencias y rechazos hacia ciertos alimentos están fuertemente condicionados al aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida (Gomez, s/f).

En la fase de seguimiento, quedó reflejado que la totalidad de las participantes administraron refuerzo positivo durante toda la semana, con una frecuencia mínima de seis (6) y máxima de siete (7) veces. En cuanto al procedimiento de extinción, solo tres participantes lo aplicaron (sujeto 3, 5 y 6) con frecuencia de una (1), dos (2) y dos (2)

respectivamente. En relación a la administración de Castigo fue utilizado por dos (2) de las madres (sujeto 3 y 5) con una frecuencia de uno (1) y dos (2) respectivamente.

Con respecto a las medidas conductuales de los niños, se utilizó para la recolección de datos registros específicos de las conductas inadecuadas del niño mientras come. Este registro se realizó solo en la hora de la cena, por recomendaciones del personal de la institución, además es la única comida del día que se realizan los niños en casa con todo el grupo familiar. En este sentido se pudo identificar que en la mayoría de los niños se redujo la frecuencia de las conductas inadecuadas, tomando en cuenta las medidas antes de iniciar el entrenamiento (línea base) y las de la etapa de seguimiento. Exceptuando el sujeto 1, donde la medida de la frecuencia fue estable desde el día uno (1) hasta el día veintiuno (21), es importante destacar que la madre registró la misma conducta inadecuada durante todas las fases, la cual fue: Realiza otra actividad mientras come (ver tv, jugar u otro), por lo que la estabilidad de los datos pudo deberse a que la madre no aplicó las estrategias conductuales en las que fue entrenada para el manejo de esta conducta específica, como se evidencia en los registros de aplicación de técnicas conductuales.

En relación a las medidas de duración del tiempo de ingesta, se evidencia que en cada uno de los niños hubo una reducción. Excepto el sujeto 5, donde el dato permaneció estable en todas las fases con treinta (30) minutos de duración; y el sujeto 6 donde se presentó un aumento en el tiempo de ingesta de dieciocho (18) minutos en la primera medida a treinta (30) minutos en el día 21, sin embargo durante la fase de intervención y seguimiento tiene un promedio de duración entre veinte (20) y treinta y cinco (35) minutos. Cabe destacar que el promedio de duración del tiempo de ingesta en el total de los niños fue entre veinte (20) y treinta (35) minutos.

Los resultados de las medidas antropométricas demuestran que hubo cambios favorables, es decir, un aumento en todas las medidas tomadas (Peso y talla con respecto a la edad, pliegue tricípital y circunferencia media del brazo) en cada uno de los niños de los sujetos participantes. Excluyendo la medida del pliegue tricípital del sujeto 3 y 6 y

talla del sujeto 5, estas no presentaron cambios desde las medidas iniciales hasta las medidas de seguimiento.

Según lo antes expuesto, podría considerarse que el Programa de Estrategias conductuales dirigido a padres para el Manejo de la Conducta Alimentaria, tuvo un efecto en las variables dependientes de esta investigación, las cuales fueron: Conocimiento, Medidas conductuales de padres y niños y medidas antropométricas. Evidenciándose en lo expresado en los registros realizados por las participantes. Es importante señalar que la totalidad de los cambios alcanzados, podrían no ser consecuencia directa de la implementación de este programa, dado que las madres son expuestas en CANIA a talleres informativos y de entrenamiento en manejo de la conducta alimentaria, además de permanecer de lunes a viernes en el área de recuperación nutricional del centro, donde se lleva a cabo una rutina diaria que incluye la ingesta de alimentos adecuados en cuanto a nutrientes y cantidad.

Sin embargo, según los resultados obtenidos en los registros de las variables dependientes, había poco o nulo manejo de información sobre Desnutrición y Manejo de la Conducta Alimentaria. A partir de la primera sesión esto cambió, como se mencionó anteriormente. Una vez adquirido y puesto en práctica este conocimiento, se reflejaron los cambios en el uso de las estrategias, incidiendo en la disminución de las conductas inadecuadas de los niños durante la hora de comer, lo que a su vez pudo haber influido en el aumento de las medidas antropométricas. Por ejemplo, en la totalidad de los registros de aplicación de técnicas conductuales las madres reportan el uso de Refuerzo positivo por el hecho de consumir toda la comida presentada en el plato, lo cual, influirá en los cambios favorables de las medidas antropométricas.

La evaluación de la aceptabilidad, muestra la valoración dada por las participantes al “Programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la Conducta Alimentaria”. Con respecto a las categorías planteadas, se utilizó una escala tipo likert para su estimación, y las respuestas oscilaron entre Muy bueno (4) y Excelente (5). En cinco (5) de las ocho (8) categorías, los participantes según su criterio, consideraron estos aspectos como excelentes. Por otra parte en la categoría Adecuación de la información y

Adecuación de los instrumentos de evaluación seis (6) de los participantes la consideraron excelente, mientras que un participante las consideró muy bueno. Para la categoría, Pertinencia de las actividades prácticas, dos (2) de la totalidad de los participantes la consideraron muy buena, mientras que cinco (5) de los mismos la consideran excelente. Pudiéndose considerar que en el 62% de las categorías evaluadas, las participantes clasificaron al programa como Excelente. Así mismo con respecto a las preguntas: ¿Cumplió sus objetivos?, ¿Ha implementado lo aprendido? Y ¿Lo recomendaría?, el 100% de los participantes contestó de manera afirmativa.

Con respecto a la evaluación del programa Guevara (2005) plantea que se debe tomar en cuenta varios aspectos para valorar sus resultados, el primer punto es determinar si se lograron los objetivos planteados, en este sentido con respecto a la sesión 1, el objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre Desnutrición y conceptos básicos del Análisis Conductual Aplicado, antes y después de haber recibido información por parte de las facilitadoras sobre estos temas. El criterio para evaluar el cumplimiento de este objetivo es que las participantes contestaran correctamente un 75% de los ítems del post-test del cuestionario 1, cumpliéndose este criterio en la totalidad de los participantes con un porcentaje de respuestas correctas que oscila entre 76% y 100%.

En la sesión 2, el objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre técnicas o procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado, antes y después de haber recibido información por parte de las facilitadoras sobre este tema. El criterio para evaluar el cumplimiento de este objetivo es que las participantes contestaran correctamente un 75% de los ítems del post-test del cuestionario 2, se cumplió este criterio en cinco (5) de las siete (7) participantes, con un porcentaje de respuestas correctas que oscilan entre 81% y 100%. Con respecto a las dos participantes que no alcanzaron el objetivo, se observó un aumento en el nivel de conocimiento de 9% a 54% (sujeto 5), es decir una diferencia de 45% entre el pre-test y el post-test; y de 27% a 63% (sujeto 6), lo que se traduce en una diferencia de 36% entre el pre-test y el post-test.

En la sesión 3, el objetivo principal fue que los participantes identificaran en los ejemplos entregados: conductas adecuadas e inadecuadas, técnicas o procedimientos

conductuales y los elementos de la triple relación de contingencia, y vacíen el contenido de los ejemplos en tres columnas correspondientes. El criterio para evaluar el cumplimiento de este objetivo es que el 70% las participantes responda de manera correcta a estos ejercicios prácticos. Con respecto a la identificación de conductas adecuadas e inadecuadas no se cumplió este criterio, dado que solo el 57% de las participantes contestó correctamente. En cuanto a la identificación de técnicas o procedimientos, se cumplió con el criterio de evaluación, ya que el 86% respondió adecuadamente. Y finalmente el 71% de las participantes lograron identificar los elementos de la triple relación de contingencia, cumpliendo con el criterio de evaluación.

Sobre la base de los resultados anteriormente presentados, se podría afirmar que la mayoría de los objetivos del programa fueron alcanzados, exceptuando en la sesión 3, donde considerando lo planteado por Guevara (2005), se pueden introducir modificaciones en cuanto a las estrategias de recolección de datos, donde se evidenció la necesidad de mejoría dado que no se alcanzó el criterio de evaluación en la totalidad de los ejercicios.

En palabras de Bueno (2001), se realizó una evaluación sumativa o retroactiva, al identificar los objetivos logrados y los cambios producidos en las participantes. Por ello se le podría atribuir una valoración positiva al programa, dado que se caracteriza por ser una alternativa oportuna y dinámica, además el programa permite brindar a los padres estrategias adecuadas para abordar las conductas desadaptativas realizadas por los niños en el momento de la alimentación, respondiendo a una problemática de relevancia social. Así mismo se muestra que obtuvo una amplia receptividad por parte de las participantes

VIII. Conclusiones

Tomando en cuenta los resultados de este proyecto de investigación se puede concluir que:

1. El programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria, tuvo un efecto en el incremento del nivel de conocimiento sobre desnutrición y estrategias conductuales de las participantes.

2. Las madres adquirieron y ejecutaron estrategias y procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado durante y después de la aplicación del programa.

3. Las técnicas derivadas del análisis conductual tienen un efecto sobre la reducción de las conductas inadecuadas de los niños realizadas a la hora de comer, en comparación con las medidas iniciales.

4. Las medidas antropométricas de los niños incrementaron durante las tres semanas de aplicación y seguimiento, potenciado por la aplicación de técnicas derivadas del análisis conductual

5. Se cumplieron la mayoría de los objetivos del programa, según los criterios de evaluación de cada sesión.

6. El entrenamiento previo de los padres así como el control nutricional al que están sometidos los niños, pudo haber influido en los resultados de estas mediciones.

7. El programa obtuvo un alto índice de aceptabilidad por parte de las participantes.

IX. Recomendaciones y Limitaciones

1. Llevar a cabo la aplicación y evaluación del programa con diseño de grupo, que permite el contraste entre grupo control y grupo experimental.
2. Seleccionar un mayor número de participantes para la aplicación y evaluación del programa.
3. Con la finalidad de contrastar resultados, se recomienda llevar a cabo la aplicación y evaluación del programa con la colaboración de participantes de otra zona geográfica.
4. Contar con la intervención de participantes de nivel de instrucción superior al utilizado en esta investigación, con el fin de verificar variaciones en los resultados.
5. Evaluar el programa, con participantes que no tengan conocimiento y entrenamiento previo en manejo de la conducta alimentaria para confirmar que los resultados obtenidos son por la intervención realizada
6. Entrenar a madres de niños con diagnóstico de desnutrición grave, con la finalidad de evaluar la efectividad del programa.
7. Registrar las conductas problema, la duración de comer y la aplicación de técnicas conductuales en todas las comidas.
8. Se debe realizar modificaciones para el cumplimiento de los objetivos de la sesión 3, con el fin de optimizar el aprendizaje y la puesta en práctica de los participantes.

Recomendaciones y Limitaciones

9. Incrementar el número de sesiones con la finalidad de extender el tiempo de entrenamiento y el espacio entre los mismos, para que los participantes tengan la oportunidad de asimilar la información, ponerla en práctica y en caso de surgir dudas sobre las destrezas entrenadas poder aclararlas con las facilitadoras

X. Referencias

- Amirali, H. y Henley, L. (2008). La inclusión de los padres de familia en la evaluación de un programa de desarrollo infantil. [Versión electrónica], La relevancia de la participación paterna. *Investigación y practica de la niñez temprana*, 10(1).
- Arias, M., Fernández, F. y Perona, S. (2000). Psicología básica, psicología aplicada y metodología de investigación: El caso paradigmático del análisis experimental y aplicado del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (2), 277-300.
- Atalah E., Bustos P., Gómez E. (1983). Desnutrición infantil: Costo social por patología respiratoria y digestiva. [Versión electrónica] *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*; 33 (2): 395-408.
- Ávila, H., Bastarrachea, R., González, J., Laviada, H., Vargas, L. (2002). *Obesidad consenso*. México: McGraw-Interamericana.
- Bados, A. y García, E. (2011). Técnicas operantes. Recuperado el 5 de Febrero de 2015 de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18402>.
- Barella, S., Angulo, N., Castro, C. (2003). Patologías asociadas a la desnutrición infantil. Incidencia acumulada 1992-2002. [Versión electrónica] *Salus online*.7 (3) 44-55.
- Barlow, D. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual*. Barcelona, España: Martínez Roca.

- Bartau, I., Maganto, J. y Exteberría, J. (2001). Los programas de formación de padres: una experiencia educativa. Recuperado el 18 de marzo de 2015 de http://www.rieoei.org/par_com2.htm.
- Brito, C., Castro, C., Gaslonde, J., Lecuna M., Valdez, V. y Veronesi, N. (2001). El rol del psicólogo en la malnutrición infantil. En *Boletín de Nutrición Infantil CANIA*. (pp. 31-38). Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).
- Brito, C., Castro, C., Gaslonde, J., Lecuna, M., Valdez, V. y Veronesi, N. (2001). El rol del psicólogo en la atención de la malnutrición infantil. *Boletín informativo de nutrición infantil CANIA*, (6) 31-38.
- Bueno, C. (2001). *La evaluación de programas de formación de formadores en el contexto de la formación en y para la empresa*. Tesis doctoral. Departamento de pedagogía aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrourtu Editores.
- Centro de Atención Nutricional Antinamo (2012). *Boletín de Nutrición Infantil. Estudio de la situación alimentaria y nutricional de la parroquia Antímamo*. Caracas: Autor.
- Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). (2005). *Manual de Organización y funcionamiento*. Caracas: Autor.
- Cruz, L. (2005). *Desnutrición infantil en comunidades rurales*. Tesis de pregrado, Universidad Veracruzana, México.

- Dembo, M. (1984). *Un esquema introductorio al Conductismo*. Material mimeografiado. Escuela de Psicología, UCV.
- Diccionario de la Real Academia Española (2012). *Conocimiento*. (22.^a Ed.). [Versión electrónica]
- Dominguez, P y Olivares, C., y Santos, S. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. [Versión electrónica] *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*; 58 (3)
- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. España: Síntesis.
- Garcete, L. (2010). La nutrición como pilar para el desarrollo del capital humano. [Versión electrónica] *Pediatría* 37 (2).
- García, L. (1999). *Evaluación de un programa de asesoramiento a padres y representantes para el desarrollo del autoestima del niño preescolar*. Trabajo de grado para optar al título de especialista en Higiene mental del Desarrollo Infantil y Juvenil, Universidad Centrooccidental “Lisandro Alvarado”, Barquisimeto, Venezuela.
- García, M, Bravo, A y Bravo, M. (2011). Evolución histórica de los programas alimentario-nutricionales en Venezuela. [Versión electrónica], *Agroalimentaria* 18 (35), 43-59.
- Goldfried, M. y Davison, G. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Paidós.

- Gómez, L. (s/f). Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. *Curso continuo de actualización en pediatría*, 7 (4), 38-50.
- Guevara, M. (2005). *Gerencia de servicios psicológicos: una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Henriquez, G. y Dini, E. (2009). Evaluación del estado nutricional. En *Nutrición en Pediatría*. (2ª Ed). (pp.3- 74) Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Nutrición (2009). *Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional. Boletín informativo*. Caracas: SISVAN.
- Jinnah, H., y Walters, L. (2008). La inclusión de los padres de familia en la evaluación de un programa de desarrollo infantil. La relevancia de la participación paterna. [Versión electrónica] *Investigación y práctica de la niñez temprana*, 10 (1).
- Juanes, N. (2009). Guía de estimulación para niños con malnutrición aguda severa. Trabajo final. Máster en Cooperación Internacional y Ayuda Humanitaria, Proyecto Kalú.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGrawHill.

- Kohen, V., Gómez, C., Lourenço, T., Pérez, A., Castillo, R., Villarino M., Bermejo, L., y Zurita, L., (2009). Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria [versión electrónica], *Nutrición hospitalaria*, 24(5), 558-567.
- Lecuna, M. (s/f). *Evaluación psicológica del niño y el adolescente*. Manuscrito no publicado. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, Caracas.
- López, M., y Landaeta, M. (1995). *El déficit nutricional en Venezuela. En: Venezuela entre el exceso y el déficit*. Caraca: Cavendes.
- Lora, C. y Saucedo, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas en México. [Versión electrónica] *Salud Mental* 29 (3), 60-67.
- Machado, L., Izaguirre, I. y Santiago, R. (2009). *Nutrición pediátrica*. Panamericana: Caracas.
- Marques, A. y Siso, M. (2001). *Validación social de un programa dirigido a padres como entes mediadores para el manejo de la desnutrición infantil*. Tesis de pregrado no publicada, Universidad Central de Venezuela.
- Ortiz, A., Peña, L., Albino, A., Mönckeberg, F. y Serra, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. [Versión electrónica], *Nutrición Hospitalaria* 21 (4), 533-541.
- Ribes, E. (2007). Lenguaje, aprendizaje y conocimiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (1), 7-14.
- Rimm, D. y Masters, J. (1980). *Terapia de la conducta*. Mexico: Trillas.

UNICEF (2008). *Estado Mundial de la Infancia 2008*. Nueva York: Autor. Recuperado el 31 de Mayo de 2013 en <http://www.unicef.org>.

Weiss, C. (1975). *La investigación evaluativa*. México: Trillas.

XI. Anexos

Programa dirigido a padres para el manejo conductual de la desnutrición infantil

	Objetivos	Actividades	Procedimiento	Recursos.	Evaluacion	Tiempo
Sesión 1.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer rapport con los padres de los niños para fomentar su participación en el entrenamiento. • Determinar el nivel de información que poseen los padres sobre la desnutrición infantil. • Determinar el conocimiento teórico adquirido por los padres sobre la desnutrición infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los padres. • Presentación de las facilitadoras. • Indagar sobre las expectativas de los padres en cuanto al programa. • Explicar el objetivo general del entrenamiento. • Entrega del cuestionario pre-test N#1 a los padres. • Introducción acerca de la desnutrición infantil. • Discusión de la información suministrada. • Entrega del post-test N#1 a los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se iniciará la sesión dándoles la bienvenida a los padres. • Se realizara la presentación de las facilitadoras. • Se procederá a solicitarle a los padres que expongan sus expectativas sobre el entrenamiento. • Posteriormente una de las facilitadoras presentará el objetivo general del programa de entrenamiento. • Se les entregará el pre-test a cada uno de los padres, dándoseles las instrucciones de cómo realizar el cuestionario. • Luego las facilitadoras expondrán los aspectos generales sobre la 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: facilitadoras y participantes. • Materiales: Lápices, borrador, laptop, hoja de cuestionario N#1, video beam. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se considerará alcanzado el objetivo si cada uno de los participantes expresa sus expectativas favorables en relación con el programa. • Se logrará el objetivo si cada uno de los participantes puede contestar correctamente un 75% de los ítems del cuestionario N#1 	<ul style="list-style-type: none"> • 75 minutos.

			desnutrición infantil con la ayuda de la presentación de power point.			
			<ul style="list-style-type: none"> • Una vez finalizada la exposición se fomentará la discusión sobre los aspectos señalados y se responderán preguntas. • Por último, se les entregará a cada uno de los participantes el cuestionario de post test que evalúa los repertorios adquiridos durante la sesión. 			
Sesion 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de información que poseen los padres sobre los fundamentos generales del análisis conductual aplicado. • Determinar el conocimiento teórico adquirido por los padres sobre el análisis conductual aplicado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega del cuestionario N#2 a los padres. • Introducción sobre los fundamentos del análisis conductual aplicado. • Discusión acerca de los conceptos señalados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las facilitadoras entregarán a cada uno de los participantes el pre-test N#2 y se le explicará cómo realizarlo. • Luego las facilitadoras expondrán los fundamentos generales del A.C.A. con ayuda de la presentación de power point. • Una vez finalizada la exposición se fomentará la discusión de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: facilitadoras y participantes. • Materiales: Lápices, borrador, laptop, hoja de cuestionario N#2, video beam 	<ul style="list-style-type: none"> • Se logrará el objetivo si cada uno de los participantes puede contestar correctamente un 75% de los ítems del cuestionario N#2. 	<ul style="list-style-type: none"> • 90 minutos.

conceptos señalados de manera que puedan surgir comentarios, dudas al respecto y puedan ser aclarados.

- Seguidamente se estimulará a los participantes a definir con sus propias palabras los conceptos básicos del A.C.A.

- Por último, se les hará entrega a los participantes del cuestionario post-test N#2 que evalúa el repertorio adquirido durante la sesión.

Sesion 3.

- Identificar a través de los padres las características de las conductas adecuadas e inadecuadas a la hora de la alimentación del niño.
- Que los padres sean capaces de identificar los elementos de la triple relación de contingencia y realizar un análisis funcional en una

- Recordar los conceptos de la sesión anterior.
- Entregar el guión de la situación simulada

- Se les entregará a las participantes hojas de ejercicios escritos con ejemplos de conductas adecuadas o inadecuadas a la hora de comer para que puedan identificarlas, diferenciarlas y seleccionarlas en cada caso.
- Se realizará la presentación de una situación simulada de

- Humanos: facilitadoras y participantes.
- Materiales: lápices, borrador, formato de ejercicios teóricos sobre las conductas adecuadas e inadecuadas, formato de role playing

- Se considerará alcanzado el objetivo si los participantes identifican y diferencias correctamente en cuatro de los seis ejemplos presentados en las

- 70 minutos.

Anexo 1

<p>situación simulada.</p>	<p>manera que los participantes puedan identificar los elementos de la triple relación de contingencia (estimulo antecedente, conducta y estimulo consecuente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posteriormente se le indicará a los participantes que expliquen por qué la conducta de comer inadecuadamente puede modificarse. • Se le fomentará la discusión de la sesión para aclarar cualquier duda en los participantes. 	<p>conductas adecuadas e inadecuadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Será logrado el objetivo si los participantes identifican correctamente los elementos de la triple relación de contingencia y explican adecuadamente cómo influyen los estímulos antecedentes y consecuentes en la modificación de la conducta de comer en una situación simulada.
<p>Sesion 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los padres en el manejo de las técnicas empleadas en el análisis conductual aplicado para instaurar, mantener y decrementar comportamientos. Contratos conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega del cuestionario pre-test N#3 a los participantes. • Charla sobre las técnicas utilizadas en el análisis conductual aplicado para instaurar repertorios adecuados, 	<ul style="list-style-type: none"> • Se iniciará esta sesión entregándoles a los participantes el cuestionario pre-test N#3 e indicando las instrucciones de cómo realizarlo. • Seguidamente las facilitadoras expondrán el <p>Humanos: y participantes.</p> <p>Materiales: Lápices, borrador, laptop, hoja de cuestionario N#2, video beam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se alcanzará el objetivo si cada uno de los participantes puede contestar correctamente un 75% de los ítems • 80 minutos.

Anexo 1

mantener los aprendidos y eliminar los que resultan funcionalmente inadecuados.

- Entrega del cuestionario post-test N#3 a los participantes.

procedimiento de reforzamiento positivo y modelaje con explicación de las situaciones en qué debe aplicarse, cómo debe realizarse y cuáles son los tipos de reforzadores que pueden utilizarse.

- Las facilitadoras expondrán las técnicas utilizadas en el análisis conductual aplicado para mantener los comportamientos una vez que han sido instaurados (control de estímulos) y eliminar aquellos que funcionalmente resulten inadecuados (extinción).

- Se presentará la definición y ejemplos de contratos conductuales.

- Al finalizar se les entregará a cada uno de los participantes el cuestionario post-test N#3 que evalúa los repertorios adquiridos durante la sesión.

del cuestionario N#3.

Anexo 1

Sesion 5.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes definan y expliquen las técnicas de adquisición de comportamientos empleados en el análisis conductual aplicado (reforzamiento positivo, modelaje), para mantener repertorios ya instaurados (control de estímulos) y para disminuir o eliminar las conductas inadecuadas (extinción y contratos conductuales). • Que los participantes identifiquen las técnicas más apropiadas por emplear en una situación simulada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se procederá a plantearles por escrito una serie de situaciones donde estén implícitos comportamientos adecuados e inadecuados para que identifiquen, diferencien y seleccionen el tipo de técnica empleada en cada caso. • Luego se motivará a los participantes a que expresen sus dudas y puedan definir con sus propias palabras cada una de las técnicas abordadas. • Se llevará a cabo un ensayo conductual con el fin de aplicar los conceptos señalados. • Una vez finalizada la actividad, se tomará unos minutos de receso. • Posteriormente se entregará a los participantes reunidos en grupos de tres, una hoja de ejercicios teóricos, en donde se presentan situaciones para que identifiquen la conducta y la técnica de modificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: facilitadoras y participantes. • Materiales: Lápices, borrador, laptop, video beam, hoja de ejercicios teóricos sobre las técnicas conductuales, guión de situaciones simuladas sobre las técnicas de modificación de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se considerará alcanzado el objetivo si los participantes y/o seleccionan correctamente las técnicas que deben emplearse en cuatro de los seis ejemplos presentados en las conductas adecuadas e inadecuadas. • Cada grupo debe ser capaz de identificar correctamente la técnica de modificación conductual a emplearse en cuatro de los seis casos presentados. 	<ul style="list-style-type: none"> • 130 minutos.
------------------	--	---	---	--	--

Anexo 1

de conducta en cada caso.

Anexo 2

Programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria en niños con diagnóstico de desnutrición

Sesión	Objetivos	Actividades	Procedimiento	Recursos	Evaluación	Tiempo
1	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer raport con las madres - Determinar el nivel de conocimiento de desnutrición y triple relación de contingencia - Que los padres sean capaces de identificar los elementos de la triple relación de contingencia y realizar un análisis funcional - Determinar el conocimiento teórico adquirido durante la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Bienvenida a los padres - Presentación de las facilitadoras - Explicar el objetivo del programa - Llenar la ficha de identificación y firmar el contrato o compromiso (Ver anexo 15) - Entregar cuadernillo de registro - Entrega de cuadro con los motivos de consulta más frecuentes (Ver anexo 16) - Realizar interrogantes con respecto al conocimiento de términos de técnicas 	<p>Se les dio la bienvenida a las madres participantes, se les pidió llenar una ficha con datos personales y firmar el contrato o compromiso de colaborar con la investigación (Ver anexo 15). Seguidamente se le entregó una carpeta o cuadernillo de registro, una hoja que contenía un cuadro con algunos de los motivos más frecuentes por los que asisten a consulta en el Centro (Ver anexo 16),</p> <p>Se procedió a realizar interrogantes con respecto al conocimiento de términos de técnicas o procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado, así como de sus respuestas ante las conductas de los niños a la hora de la comida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de identificación y contrato (Ver anexo 15) - Formato de registro de conductas inadecuadas al comer (Ver anexo 5) - Formato para el registro de la duración de la conducta de comer (Ver anexo 6). - Cuadro de los motivos de consulta (Ver anexo 16) - Cuestionario 1 (Ver anexo 8) - Video Beam - Bolígrafos - Carpetas - Sándwich - Jugo - Café 	<ul style="list-style-type: none"> - Se considera los objetivos de la sesión si las participantes contestan correctamente un 75% de los ítems del Post test del Cuestionario 1 (Ver anexo 7) 	- 90 minutos

o procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado, así como de sus respuestas ante las conductas de los niños a la hora de la comida

Posteriormente se les entregó el Cuestionario 1 (Ver anexo 8), se dio el orden de responder por espacio de máximo 10 minutos.

Una vez retirado el Cuestionario 1 (Ver anexo 8), se comenzó con la presentación y explicación de la Sesión 1.

Finalizada la presentación se procedió a resolver dudas o preguntas, luego a entregar el Post-test o Cuestionario 1 (Ver anexo 7), para ser respondido por los padres, al terminar dicha actividad. El siguiente paso fue explicar la modalidad de llenado de los registros asignados para la primera semana.

Para concluir la sesión se les se invitó a las participantes a asistir a la próxima reunión y a disfrutar de un refrigerio preparado por las facilitadoras.

- Entrega del Pretest Cuestionario General (Anexo 3)
- Entrega de Pres test del Cuestionario 1 (Ver anexo 8)
- Exposición de los temas de nutrición y triple relación de contingencia
- Entrega del Post test del Cuestionario 1 (Ver anexo 8)
- Explicar el llenado de los registros
- Entrega de refrigerio

Anexo 2

2	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el conocimiento de técnicas conductuales - Capacitar a los padres en el manejo de las técnicas empleadas en el análisis conductual aplicado - Determinar el conocimiento teórico adquirido en la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo a los padres - Retirar registros de llenos del orden de la sesión - Entrega del pre test del Cuestionario 2 (Ver anexo 9) - Repaso de la sesión anterior - Exposición de técnicas y procedimientos conductuales - Entrega de Post test del Cuestionario 2 (Ver anexo 9) - Explicación del llenado del Registro de aplicación de técnicas conductuales (Ver anexo 4) - Entrega de refrigerio 	<p>Se inició la sesión saludando a las madres participantes, seguidamente se les pidió su cuadernillo de registros para retirar los registros de la semana, se les reforzó el hecho de traer sus registros y asistir a sesión. Luego se procedió a explicar la dinámica de la sesión.</p> <p>Seguidamente se les entregó en Cuestionario 2 (Ver anexo 9), para ser contestado, se leyeron las instrucciones y se les dio un máximo de 10 minutos para responderlo. Una vez que las participantes finalizaron de contestar el test, se empezó con un repaso de la sesión anterior, y prosiguió a explicar los temas fijados para la misma.</p> <p>Finalizada la presentación, se preguntó nuevamente si había dudas respecto a los temas abordados. Y se procedió a entregar el Cuestionario 2 (Ver anexo 9), nuevamente,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario 2 (Ver anexo 9) - Registro de aplicación de técnicas conductuales (Ver anexo 4) - Video Beam - Bolígrafos - Carpetas - Pasapalos de hojaldre - Jugo - Café 	<p>Se considera alcanzados los objetivos de la sesión si las participantes contestas correctamente un 75% de los ítems del Post test del Cuestionario 2 (Ver anexo 8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 120 minutos
---	--	---	--	--	---	---

			para ser contestado por las participantes. Finalizado lo anterior, provino la explicación del cómo llenar el Formato de registro de aplicación de técnicas conductuales (Ver anexo 4), se resolvieron las dudas y se finalizó la sesión compartiendo un refrigerio con las participantes.			
3	<ul style="list-style-type: none"> - Que las participantes identifiquen conductas adecuadas e inadecuadas - Que las participantes identifiquen técnicas conductuales empleadas en ejemplos dados - Que las participantes identifiquen los elementos de la triple relación de contingencia, y vacíen el contenido de los 	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo a los padres - Repaso de la sesión anterior - Entrega de ejercicios prácticos de conductas adecuadas e inadecuadas (Ver anexo 17) - Entrega de ejercicios prácticos para identificar triple relación de contingencia (Ver anexo 18) - Entrega de ejercicios para 	<p>Se inició dándole la bienvenida a las participantes, se realizó un corto repaso de la sesión anterior y se procedió a realizar en primer lugar, ejercicios prácticos sobre conductas adecuadas e inadecuadas (Ver anexo 16), el cual consistía en identificar, en cada uno de los tres ejemplos entregados, la (s) conducta (s) adecuada (s) o inadecuada (s). Se hizo entrega de las hojas que contenían los ejemplos, una de las facilitadoras leyó las instrucciones en voz alta, así</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios prácticos de conductas adecuadas e inadecuadas (Ver anexo 17) - Ejercicios prácticos para identificar triple relación de contingencia (Ver anexo 18) - Ejercicios para identificar técnicas para instaurar y mantener conductas (Ver anexo 19) - Formato de aceptabilidad del programa (Ver anexo 11) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se considera alcanzados los objetivos de la sesión si 70% de las participantes responden de manera adecuada a: ejercicios prácticos de conductas adecuadas e inadecuadas, ejercicios prácticos para identificar triple 	- 90 minutos

Anexo 2

ejemplos en tres columnas correspondientes a Antecedente, Conducta y Consecuencia	<p>identificar técnicas para instaurar y mantener conductas (Ver anexo 19)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrega de formato de aceptabilidad del programa (Ver anexo 11) - Entrega de Manual para padres (Ver anexo 10) - Entrega de certificado de asistencia a las madres participantes (Ver anexo 12) - Entrega de refrigerio 	<p>como cada uno de los ejemplos, las participantes dispusieron de 10 minutos para responder. Seguidamente las facilitadoras les comunicaron las respuestas correctas, a la vez corregían a cada una de las participantes</p> <p>A continuación se entregó la hoja con el contenido de los ejercicios prácticos para identificar la triple relación de contingencia (Ver Anexo 17), el cual consistió en la entrega de tres situaciones puntuales, cada una debió ser vaciada en tres columnas correspondiente a Antecedente, Conducta y Consecuente. Una de las facilitadoras leyó las instrucciones y se les otorgó 15 minutos a las participantes para responder. Seguidamente se entregó la hoja correspondiente a los ejercicios prácticos sobre las técnicas empleadas para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manual para padres (Ver anexo 10) - Certificado de asistencia (Ver anexo 12) - Video Beam - Bolígrafos - Carpetas - Torta - Ponquesitos - Jugo - Café 	relación de contingencia y ejercicios para identificar técnicas para instaurar y mantener conductas.
---	---	---	---	--

instaurar, mantener y eliminar conductas (Ver Anexo 18), el cual consistió en la entrega de una hoja con cuatro situaciones en las que debían identificar la técnica o procedimiento que se estaba utilizando en el mismo y un ejemplo donde debían identificar qué se pretendía.

Posteriormente se entregó un formato de la evaluación de la aceptabilidad del programa (Ver anexo 10), una de las facilitadoras leyó las instrucciones y explicó los pasos a seguir para registrar la evaluación. Para culminar esta actividad se otorgó 15 minutos.

La última actividad de la sesión consistió en la entrega de un Manual con el contenido dado a lo largo de las sesiones (Ver Anexo 9) y un certificado de asistencia (Ver Anexo 11) a los participantes que completaron el

entrenamiento. Y se finalizó
compartiendo un refrigerio
ofrecido por las facilitadoras.



Nombre:

Nombre del representado:

CUESTIONARIO FINAL.

A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con la desnutrición, análisis conductual y estrategias conductuales. Lea cuidadosamente cada una de ellas y de acuerdo a sus conocimientos encierre en un círculo la alternativa que considere correcta. Si desconoce alguna de las respuestas no se detenga, continúe con la siguiente.

- 1) **La desnutrición es definida como:**
 - a) Una enfermedad crónica.
 - b) Déficit de grasa en el cuerpo.
 - c) Imperfecto desarrollo corporal.
 - d) Trastorno alimentario.
- 2) **La desnutrición puede deberse a:**
 - a) Problemas de absorción de los alimentos.
 - b) Bajo poder adquisitivo para adquirir alimentos.
 - c) Enfermedades infecciosas.
 - d) Todas las anteriores.
- 3) **Una de las consecuencias de la desnutrición puede ser:**
 - a) Disminución de la frecuencia cardíaca.
 - b) Aumento de la tensión arterial.
 - c) Déficit de peso y estatura para la edad
 - d) Aumento de talla.
- 4) **La desnutrición puede eliminarse con:**
 - a) Alimentación balanceada.
 - b) Hábitos alimenticios adecuados.
 - c) Tratamiento médico-nutricional.
 - d) Todas las anteriores.
- 5) **Una conducta se define como aquello que:**
 - a) Es creativo.
 - b) Hacemos.
 - c) Nos rodea.
 - d) Lo que comemos.
- 6) **Un antecedente es:**
 - a) Un evento que ocurre como resultado de una conducta.
 - b) Un evento determinado que modifica una conducta.
 - c) Un evento que se presenta antes de que ocurra una conducta.
 - d) Un evento que acompaña una determinada conducta.
- 7) **La triple relación de contingencia está formada por:**
 - a) Antecedente-Conducta-Consecuente.
 - b) Antecedente-Conducta-Ambiente.
 - c) Conducta-Reforzador-Ambiente.
 - d) Conducta-Consecuente-Ambiente.
8. **Los reforzadores son todos aquellos:**
 - a) Fortalecen la probabilidad de una conducta.
 - b) Debilitan la probabilidad de una conducta.
 - c) Prolongan la ocurrencia de una conducta.
 - d) Eliminan una conducta.
9. **Los reforzadores pueden ser:**
 - a) Objetivos.
 - b) Adecuados e inadecuados.
 - c) Cambiables y sociales.
 - d) Agradables y desagradables.

10. **El reforzador positivo es aquel que:**
- a) Castiga una conducta determinada para que no se repita.
 - b) Refuerza la realización de una conducta inadecuada.
 - c) Premia inmediatamente una conducta para que se haga más frecuente.
 - d) Enseña una conducta inadecuada.
11. **Darle un dulce a un niño inmediatamente después de lavarse las manos, es un ejemplo de:**
- a) Modelaje.
 - b) Castigo.
 - c) Reforzamiento.
 - d) Extinción.
12. **Aquel procedimiento que permite adquirir un comportamiento si alguien muestra cómo hacerlo:**
- a) Extinción.
 - b) Contrato conductual.
 - c) Reforzamiento.
 - d) Modelaje.
13. **Un ejemplo de extinción es:**
- a) Felicitar a un niño al terminar de comer
 - b) Prestarle atención al niño cuando no quiere comerse la ensalada
 - c) Ignorar la conducta de llanto del niño a la hora de la comida
 - d) Darle palmadas al niño cuando golpea la mesa durante la comida
14. **La estrategia de tiempo fuera consiste en:**
- a) Llevar al niño al cuarto donde suele jugar
 - b) Retirar al niño físicamente del espacio donde realizó la conducta inadecuada
 - c) Llevar al niño a una esquina durante una hora
 - d) Quitarle su juguete favorito
15. **Cuando se retiran privilegios usted debe:**
- a) Identificar cuáles son las cosas y/o actividades que le gustan al niño
 - b) Explicarle al niño porqué se le están retirando los privilegios
 - c) El tiempo de suspensión de los privilegios debe ser corto
 - d) Todas las anteriores.

Formato de la aplicación de técnicas conductuales

Instrucciones:

A continuación se presenta un cuadro donde usted deberá:

1. Hacer una descripción de la manera como utilizó las técnicas conductuales (de haberlas usado),
2. Debe registrar todos los días, es decir, de Lunes a Viernes, en la hora de la cena
3. Los fines de semana (sábado y domingo), también debe registrar, pero en cualquiera de las comidas (no necesariamente la cena)
4. Ejemplo:

Miércoles Fecha:	Refuerzo por conductas adecuadas (Premios, elogios, felicitaciones, etc.)	Extinción (Ignorar conductas inadecuadas)	Sanciones (retirar privilegios/ tiempo fuera/ hacer que corrija su conducta)

Anexo 5***Formato de registro de conductas inadecuadas al comer***

A continuación le presentamos un cuadro de registro que contiene las diferentes conductas que puede ejecutar el niño mientras come, usted deberá:

1. Marcar con un check, en el espacio correspondiente a la conducta que presenta en el niño en esa comida.
2. Debe registrar todos los días, es decir, de Lunes a Viernes, en la hora de la cena
3. Los fines de semana (sábado y domingo), también debe registrar, pero en cualquiera de las comidas (no necesariamente la cena)
4. Ejemplo:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Comportamiento durante la comida							
Habla demasiado							
Mastica con la boca abierta							
Rechaza la comida (cierra la boca, se opone)							
Echa la comida fuera de la boca o la escupe							
Depende de otros para comer (le dan la comida o requiere ayuda)							
Tarda más de 30min para comer todo							
Mientras come realiza otra actividad (jugar, ver T.V, u otra)							
Pide con frecuencia beber							
Tira la comida fuera del plato o al piso							
Come sin horario específico							
Hace ruidos con los cubiertos y platos							
Como en sitios diferentes a la mesa							
Come de pie							
Come acostado							
Otra (especifique)							

Formato para el registro de duración del tiempo de ingesta

Instrucciones:

A continuación le presentamos un cuadro de registro para la duración de la conducta de comer. Usted debe:

1. Debe registrar todos los días, es decir, de Lunes a Viernes, en la hora de la cena
2. Los fines de semana (sábado y domingo), también debe registrar, pero en cualquiera de las comidas (no necesariamente la cena)
3. Debe escribir la hora en la que el niño comienza a comer, en el espacio correspondiente
4. Cuando finalice debe escribir la hora en la que termina, en el espacio correspondiente
5. Ejemplo:

	Hora de inicio	Hora de Finalización	Total duración
Lunes (Cena)	6:30 pm	7:15 pm	45 minutos
Martes (Cena)	7:00 pm	8:02 pm	1 hora y dos minutos
Miércoles (Cena)			
Jueves (Cena)			
Viernes (Cena)			
Sábado			
Domingo			



CUESTIONARIO 1.

Nombre: _____

Nombre del representado: _____

A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con la desnutrición. Lea cuidadosamente cada una de ellas y de acuerdo a sus conocimientos encierre en un círculo la alternativa que considere correcta. Si desconoce alguna de las respuestas no se detenga, continúe con la siguiente.

1. La desnutrición es definida como:

- e) Una enfermedad crónica.
- f) Déficit de grasa en el cuerpo.
- g) Imperfecto desarrollo corporal.
- h) Trastorno alimentario.

2. La desnutrición puede deberse a:

- e) Problemas de absorción de los alimentos.
- f) Bajo poder adquisitivo para adquirir alimentos.
- g) Enfermedades infecciosas.
- h) Todas las anteriores.

3. Una dieta balanceada debe contener:

- a) Cualquier tipo de alimento.
- b) Bajas calorías y altas proteínas.
- c) Alimentos de cada grupo básico.
- d) Alimentos ricos en proteínas.

4. Un ejemplo de hábitos alimentarios adecuados es:

- a) Ingerir sólo los alimentos de mayor agrado.
- b) Consumir alimentos de alto contenido calórico.
- c) Ingerir abundante líquido durante las comidas.
- d) Permanecer sentado durante la comida.

5. Una de las consecuencias de la desnutrición puede ser:

- e) Disminución de la frecuencia cardiaca.
- f) Aumento de la tensión arterial.
- g) Déficit de peso y estatura para la edad
- h) Aumento de talla.

6. La desnutrición ocurre con mayor frecuencia en:

- a) La infancia
- b) La adolescencia.
- c) La adultez.
- d) Cualquier edad.

7. La desnutrición puede eliminarse con:

- e) Alimentación balanceada.
- f) Hábitos alimenticios adecuados.
- g) Tratamiento médico-nutricional.
- h) Todas las anteriores.

8. Si un niño tiene un bajo peso significa:

- a) Que está en línea.
- b) Se alimenta adecuadamente.
- c) Podría sufrir enfermedades.
- d) Tendrá un crecimiento normal.

9. Una conducta se define como aquello que:

- e) Es creativo.
- f) Hacemos.
- g) Nos rodea.
- h) Lo que comemos.

10. Una conducta adecuada es aquella que:

- a) Es aceptada por la sociedad.
- b) Realizamos diariamente.
- c) Persiste en el tiempo.
- d) Es castigada por la sociedad.

11. Un ejemplo de conducta adecuada sería:

- a) Comer llevándose los dedos a la boca.
- b) Permanecer sentado a la hora de comer.
- c) Ingerir pequeñas cantidades de alimentación.
- d) Llevar el plato de comida a la habitación.

12. El ambiente está constituido por aquello que:

- a) Hacemos.
- b) Nos rodea.
- c) Logramos.
- d) Construimos.

13. Un ejemplo de conducta inadecuada es:

- a) Usar los cubiertos durante la comida.
- b) Consumir alimentos de los cuatro grupos.
- c) Comer mientras se ve la televisión.
- d) Ir al comedor a la hora de las comidas.

14. Un antecedente es:

- e) Un evento que ocurre como resultado de una conducta.
- f) Un evento determinado que modifica una conducta.
- g) Un evento que se presenta antes de que ocurra una conducta.
- h) Un evento que acompaña una determinada conducta.

15. Se entiende por consecuencia:

- a) Aquella que se presenta antes de una determinada conducta.
- b) Un evento que va seguido de una conducta determinada.
- c) Un evento determinante de la conducta.
- d) Un estímulo que refuerza una conducta.

16. La triple relación de contingencia está formada por:

- e) Antecedente-Conducta-Consecuente.
- f) Antecedente-Conducta-Ambiente.
- g) Conducta-Reforzador-Ambiente.
- h) Conducta-Consecuente-Ambiente.

17. Un ejemplo de estímulo consecuente es:

- a) Darle un caramelo al niño antes de comenzar a comer.
- b) Elogiar al niño luego de finalizar una tarea.
- c) Indicarle al niño que se siente a comer.
- d) Pedirle al niño que se lave los dientes antes de comer.



CUESTIONARIO 2.

Nombre: _____

Nombre del representado: _____

A continuación se le presentan una serie de preguntas dirigidas a indagar los aspectos que Usted conoce del Análisis Conductual Aplicado. Lea cuidadosamente cada una de ellas y encierre en un círculo la que considere correcta. Si desconoce alguna de las respuestas no se detenga, continúe con la siguiente.

1. **Los reforzadores son todos aquellos:**
 - a) Fortalecen la probabilidad de una conducta.
 - b) Debilitan la probabilidad de una conducta.
 - c) Prolongan la ocurrencia de una conducta.
 - d) Eliminan una conducta.
2. **Los reforzadores pueden ser:**
 - a) Objetivos.
 - b) Adecuados e inadecuados.
 - c) Cambiables y sociales.
 - d) Agradables y desagradables.
3. **Un abrazo es un tipo de reforzador:**
 - a) Material.
 - b) Manipulable.
 - c) Social.
 - d) Arbitrario.
4. **El reforzador positivo es aquel que:**
 - a) Castiga una conducta determinada para que no se repita.
 - b) Refuerza la realización de una conducta inadecuada.
 - c) Premia inmediatamente una conducta para que se haga más frecuente.
 - d) Enseña una conducta inadecuada.
5. **Darle un dulce a un niño inmediatamente después de lavarse las manos, es un ejemplo de:**
 - a) Modelaje.
 - b) Castigo.
 - c) Reforzamiento.
 - d) Extinción.
6. **Aquel procedimiento que permite adquirir un comportamiento si alguien muestra cómo hacerlo:**
 - a) Extinción.
 - b) Contrato conductual.
 - c) Reforzamiento.
 - d) Modelaje.
7. **Al modelar una determinada conducta se requiere:**
 - a) Utilizar gestos y ayuda física.
 - b) Imitar la conducta que se desea instaurar.
 - c) Aprender una conducta más compleja.
 - d) Ofrecer una instrucción verbal.
8. **Un ejemplo de extinción es:**
 - a) Felicitar a un niño al terminar de comer.
 - b) Prestarle atención al niño cuando no quiere comerse la ensalada.
 - c) Ignorar la conducta de llanto del niño a la hora de la comida.
 - d) Darle palmadas al niño cuando golpea la mesa durante la comida.
9. **La estrategia del tiempo fuera consiste en:**
 - a) Llevar al niño al cuarto donde suele jugar.
 - b) Retirar al niño físicamente del espacio donde realizó la conducta inadecuada.
 - c) Llevar al niño a una esquina durante una hora.
 - d) Quitarle su juguete favorito.

10. **Cuando se retiran privilegios usted debe:**
- a) Identificar cuáles son las cosas y/o actividades que le gustan al niño.
 - b) Explicarle al niño porqué se le están retirando los privilegios.
 - c) El tiempo de la suspensión de privilegios debe ser corto
 - d) Todas las anteriores.
11. **Cuando realiza sobrecorrección, se debe hacer:**
- a) Pedirle al niño que realice la conducta inadecuada hasta que se canse.
 - b) Sólo explicarle al niño cuál es la conducta adecuada para que la haga en otra situación similar.
 - c) Solicitarle al niño que realice la conducta adecuada inmediatamente después de realizar la conducta inadecuada.
 - d) Ninguna de las anteriores

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

Programa de entrenamiento para el manejo de la conducta alimentaria



Introducción

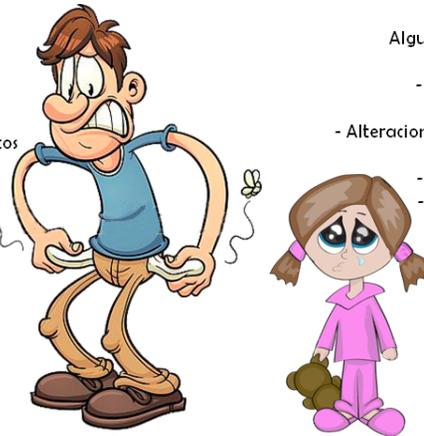
La alimentación, es uno de los actos más importantes y vitales para el ser humano. Pero no sólo basta comer para vivir sino que hay que comer de una forma adecuada para vivir más y con un mejor estado de salud. Sin embargo, en muchas ocasiones la alimentación no es adecuada. Por lo tanto, es importante crear o formar conductas o hábitos de alimentación deseables en los primeros años de vida (infancia) para el crecimiento y desarrollo "normal" del niño. Las técnicas de modificación de conducta proporcionan alternativas sencillas para ayudar a los padres a modificar los comportamientos inadecuados e instaurar comportamientos aceptables en el niño.

Desnutrición Infantil

La desnutrición es un trastorno alimentario provocado por falta de ingestión o por la deficiente absorción de nutrientes aportados por los alimentos que el organismo necesita. Son diversos los factores que influyen en la desnutrición, por lo que es necesario de varias disciplinas para su diagnóstico y tratamiento.

Algunas causas de la desnutrición son:

- Enfermedades infecciosas
- Falta de disponibilidad de alimentos
- Bajo poder adquisitivo para adquirir alimentos
- Falta de asistencia médica periódica
- Ambiente inadecuado a la hora de comer
- Problemas de absorción de los alimentos
- Falta de conocimiento



Algunas consecuencias de la desnutrición son:

- Alteraciones del desarrollo del lenguaje
- Alteraciones del desarrollo motor
- Alteraciones en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia, hostilidad)
- Deficit de peso y estatura para la edad
- Alteraciones del aparato inmunológico, gastrointestinal, endocrino, respiratorio, cardiovascular y del Sistema Nervioso Central.

Fundamentos del Análisis Conductual Aplicado

Desde el modelo conductual las conductas que ejecutan las personas son aprendidas y así como se aprendieron también se pueden debilitar y sustituirlas por conductas más adecuadas.

Conducta

Es todo aquello que realizamos en terminos observable. Son respuestas, formas de actuar de la persona ante estímulos concretos, (reír, hablar, llorar, caminar, fruncir el ceño) que se presentan en un ambiente determinado (todo lo que nos rodea)

Antecedente

Son los eventos que se presentan antes de que ocurra una conducta determinada.

Consecuencias

Es todo evento que va seguido de una conducta determinada



Triple relación de contingencia

Antecedente

Todo lo que ocurre en el contexto antes de presentarse la conducta.
¿Qué pasó?, ¿quiénes estaban?, ¿qué dijeron?, ¿Qué hicieron?

Conducta

Son todas aquellas acciones que realiza el paciente, incluye verbalizaciones y pensamientos.

Consecuente

Todo lo que ocurre en el contexto después de presentarse la conducta.
¿Qué pasó?, ¿quiénes estaban?, ¿qué dijeron?, ¿Qué hicieron?

La familia (papá, mamá, e hijos) está sentada en la mesa comiendo

Carlitos comienza a pegar los cubiertos contra el plato, haciendo ruido, y a cantar "que rica está la comida"

La madre le dice "por favor Carlos, deja de hacer ruido y de cantar, y sigue comiendo"

Técnicas empleadas para establecer conductas

Reforzamiento

Procedimiento mediante el cual se premia inmediatamente una conducta, para que ésta se haga más frecuente. Reforzar significa dar a otra persona o a mi mismo, algo que le o me gusta después de una conducta específica.

Por ejemplo: cuando el niño utiliza correctamente los cubiertos durante la comida, la madre lo premia de forma inmediata, lo felicita y le permite bañarse en la piscina.

Hay una mayor probabilidad de que esta acción (que utilice bien los cubiertos) se repita en el futuro.

Reforzar significa dar a otra persona o a mi mismo, algo que le o me gusta después de una conducta específica.



Reforzador

Es toda aquella consecuencia o evento agradable, que sigue inmediatamente a una conducta.

Antecedente:	Conducta:	Consecuencia:
La madre manda a su hijo a realizar la tarea	el niño busca los cuadernos, se sienta en la mesa y realiza todas sus actividades escolares	La madre lo felicita y le permite jugar con la tablet

Recordemos que cuando reforzamos, la conducta reforzada, aumentará en el futuro

Algunas consideraciones:

- Cuando se vaya a reforzar se debe hacer inmediatamente después de que ocurra la conducta adecuada.
- Cuando se vaya a usar algo como reforzador, debemos estar seguro que lo que estamos usando como recompensa o premio le gusta mucho al niño.

Tipos de reforzadores

Reforzadores Sociales

Incluyen palabras de aprobación, gestos, cercanía y contacto físico. Se refiere a elogiar, felicitar, alabar, abrazar, sonreír, prestar atención y brindar afirmaciones verbales tales como: "muy bien", "que bonito"; a alguna persona por alguna conducta específica





Reforzadores cambiables

Son aquellos que se pueden cambiar por objetos o actividades agradables, por ejemplo: fichas, calcomanías, estrellas, dinero

Reforzadores manipulables o tangibles

Son todos aquellos objetos que se puede tocar y pueden ser dados a otros como; juguetes, cuadernos, lápices, dinero, creyones, libros, carritos, muñecas, etc. Se recomienda usar objetos pequeños y económicos.



Modelaje

Es mucho más fácil aprender algo si se nos enseña cómo hacerlo, además las personas imitan lo que hacen las demás personas, es decir, toman como modelo el comportamiento de los demás. Lo mínimo que se necesita, es que el niño imite.

Para utilizar este procedimiento se debe tener en cuenta:

- El tiempo que transcurre entre la presentación de la conducta modelo y la emisión de la conducta imitada por el niño.
- No dar instrucciones verbales para que el niño imite la conducta. Si da instrucciones el niño estará respondiendo a las ordenes y no al modelo.
- Los niños, especialmente, aprenden con facilidad, rapidez y precisión una tarea si han visto en que forma la realiza otra persona.



Mantenimiento de conductas

Una vez adquirida la conducta adecuada, es decir, que el niño realiza la conducta esperada, debemos asegurarnos de mantenerla en el tiempo, para ello:
Reforzaremos intermitentemente, esto quiere decir, a veces si y otras no, sin orden específico, por ejemplo:
-Lunes, Martes, Viernes, Domingo
- Lunes, Miércoles, Jueves, Sábado

¿Por qué no usar castigo físico?

Algunas razones son:
- Consecuencias legales
- El niño puede llegar a sentir rechazo hacia quien castiga
- El castigo físico no genera cambios a largo plazo

Técnicas empleadas para reducir conductas

Extinción

Este procedimiento consiste en suspender la entrega de un reforzador, es decir, las consecuencias que siguen a una determinada conducta. Por ejemplo:
Cuando un niño come con las manos para conseguir la atención de sus padres, cuando se le deja de prestar la atención que requiere, es decir, se le ignora (la conducta) dejará de emitir la conducta inadecuada. Y se le prestará atención cuando emita la conducta adecuada (comer con los cubiertos)



Algunas consideraciones:

- Para aplicar este procedimiento es necesario identificar el reforzador que mantiene esta conducta, he aquí la importancia de la triple relación de contingencia.
- Al principio del procedimiento se produce un aumento de la conducta, sea firme y posteriormente la conducta disminuirá rápidamente (curva de extinción)
- Debe ignorar por completo la conducta inadecuada
- Cuando empiece a utilizar este procedimiento la conducta empeorará, pero debe mantenerse firme ignorando, y la conducta disminuirá rápidamente.
- Debe ser constante y firme al utilizar este procedimiento



Tiempo fuera

Es una técnica que se deriva de la anterior (Extinción), consiste en retirar la atención del niño cuando emite la conducta inadecuada. Esto incluye retirar al niño físicamente del espacio donde se encuentra, para trasladarlo a otro espacio, donde no existan reforzadores (juguetes, juegos, T.V) por un breve lapso de tiempo (depende la edad)

Retirar privilegios

Esta técnica consiste en retirar ciertos privilegios o sancionar al niño, por cada conducta inadecuada que emita. Esto se refiere a, por ejemplo: no permitirle ver T.V., suspender el paseo planeado para el fin de semana, no darle la chuchería que come todos los días. Es importante identificar qué cosas son realmente significante para el niño

Hacer que corrija su conducta

Esta técnica consiste en insistir en que el niño corrija de alguna manera la conducta que ha emitido. Hay dos clases de Sobrecorrección:

-Restitución: Corregir los efectos negativos de la conducta indeseada, dejando la situación incluso mejor que antes. Por ejemplo: si regó los colores, que lo recoja y los coloque en su sitio.

- Práctica positiva: Practicar de manera repetida una conducta alternativa que sea adecuada. Por ejemplo: El niño desordenado, debería recoger toda la ropa y enseres desordenados y guardarlos en el lugar adecuado.





Evaluación de la aceptabilidad del programa.

A continuación se le presenta una serie de aspectos a evaluar, según su criterio u opinión, puntúelos del 1 al 5 considerando que:

1= Deficiente 2= Regular 3= Bueno 4= Muy bueno 5= Excelente.

	1	2	3	4	5
Adecuación de la información					
Claridad de la información					
Pertinencia de las actividades practicadas					
Adecuación de los instrumentos de evaluación					
Claridad de exposición por parte de las facilitadoras					
Receptividad de las facilitadoras, ante los planteamientos de los participantes					
Desempeño de las facilitadoras					
Estructuras del programa (Programa de entrenamiento para el manejo de la conducta alimentaria.					

1. ¿Considera Ud. que el programa cumplió sus objetivos?
2. ¿Ha implementado lo aprendido?
3. ¿Se lo recomendaría a otras personas?



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y
Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica



LOS ABAJO FIRMANTES, OTORGAN LA SIGUIENTE CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN A:

Por haber asistido al:

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL
MANEJO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Con una duración de 6 horas

En Caracas a los 05 días del mes de Junio de 2015

Lic. Marisabel Lecuna
Asesora del programa

Rosa Castellanos
Facilitadora

Desiree Velasquez
Facilitadora



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica.
Coordinación de Seminario de Investigación.



Atención.-

Departamento de Investigación. Gestor de conocimiento CANIA.

Por medio de la presente, Yo, Profesora _____, titular de la cédula de identidad n° _____, declaro que las alumnas Rosa Castellano C.I. 18.602.817 y Desireé Velásquez C.I. 18.589.282 son estudiantes de la escuela de Psicología, opción Clínica de la Universidad Central de Venezuela. Quienes están interesadas en realizar su trabajo especial de grado en el Centro de Alimentación Nutricional Infantil Antímamo, bajo el título de: *Evaluación de un programa de estrategias conductuales dirigido a padres para el manejo de la conducta alimentaria.*

 Prof. (a).

Jefe de Departamento

 Prof. (a).

Coordinador(a)

Seminario de Investigación

 Br. Rosa Castellanos

 Br. Desireé Velásquez.



Consentimiento informado

Señor(a) representante, por medio de la presente se solicita su colaboración en el desarrollo de un programa de entrenamiento dirigido a padres como entes mediadores de la desnutrición infantil, a cargo de dos estudiantes de la escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, el cual se llevará a cabo en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo “CANIA” y tendrá una duración de cinco sesiones.

El programa tiene como finalidad proporcionarle destrezas conductuales para el manejo de la desnutrición en sus hijos; por tanto pretende ser un instrumento de ayuda que le permita capacitarse y a la vez adquirir mayores habilidades para hacer frente a los dilemas que puedan plantearse en torno a la desnutrición.

Para llevar a término dicho trabajo, es necesario obtener información sobre su disposición en la participación del programa brevemente descrito, por lo que deseamos su colaboración en responder las siguientes preguntas (la información que usted nos suministre, es de carácter confidencial y con fines investigativos).



Caracas, _____

Contrato

Datos Personales:

Del representante:

Nombre: _____ Edad: _____

Nivel de instrucción: _____ Ocupación:

Teléfono: _____ E-mail:

Del representado:

Nombre: _____ Sexo:

Edad: _____

Grado: _____

Diagnostico: _____

Yo, _____, acepto ser participante del **Programa**, y me comprometo a asistir a todas sus sesiones y llenar los registros asignados, con la finalidad de colaborar con la investigación y poner en práctica los conocimientos adquiridos.

Firma

1. ¿Por qué trae o trajo su hijo al Centro?

Conducta	Marque con un check la (s) opción (es) que se acerquen a su respuesta
El tiempo de ingesta es inadecuado (muy rapido, muy lento)	
Dependencia (la dan la comida en la boca, se muestra pasivo ante la alimentacion)	
Disperso (juega, conversa, se levanta de la mesa, u otra)	
Desinteres (a la hora de alimentarse no muestra interes o motivación por alimentarse)	
Actitud displacentera (rechazo, fastidio, llanto, desgano, peleas, berrinches oposicionismo)	
Sobrevalora el alimento (no puede esperar, intolerancia a las restricciones asociadas a la alimentación, excesivo interes por la comida)	
Conductas caprichosas (selectividad, rituales)	
Interacción (la familia no comparte a la hora de comer, el niño come del plato de otras personas, hay que perseguirlo para comer)	
Ambiente inadecuado (come en distintos lugares, se alimenta en presencia de distractores como la T.V, juegos, videojuegos, computadora, juguetes)	
Horario (no tiene horario para comer, come fuera del horario, consume chucherias entre comidas, omite comidas)	
Otra (especifique)	



Nombre: _____

Nombre del representado: _____

EJERCICIOS TEORICOS SOBRE LAS CONDUCTAS ADECUADAS E INADECUADAS.

A continuación se le presentan una serie de ejemplos, en los cuales debe identificar y diferenciar los comportamientos adecuados e inadecuados a la hora de la alimentación. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y encierre en círculos la conducta adecuada y subraye la conducta inadecuada. Por ejemplo:

La madre de Pedro le dice que la comida está servida, Pedro se sienta en la mesa y empieza a comer con lentitud, se recuesta de la mesa y le dice a su mamá que no tiene hambre. La madre le indica que debe sentarse correctamente y comerse toda la comida, de lo contrario no podrá ver comiquitas.

1. La madre de Karla le dice que la comida está servida, Karla sale de su cuarto, toma el plato de comida de la mesa y regresa a su cuarto a comer mientras disfruta de un programa de televisión. Ante esta situación, la madre va hasta el cuarto y le dice que lo más adecuado es que se sienta en la mesa y permanezca sentada hasta que termine la comida y que puede seguir viendo la televisión después de comer.
2. Luego de llegar a casa de un paseo, la madre prepara la cena, durante la comida, Jorge se levantó de la mesa y fue a sentarse en la sala, luego de allí se fue a su cuarto a ver televisión. Como había dejado la mitad de la comida, su madre se fue al cuarto darsela en la boca para asegurarse que el niño reciba sus alimentos y nutrientes requeridos. El padre al ver esta situación, le pide a su esposa que deje de hacer eso y le pide al niño que se levante y termine la comida en la mesa.
3. La madre de Juanita le dice que es hora de comer y Juanita se sienta en su silla, frente a la mesa, agarra los cubiertos, sin embargo la niña al ver la ensalada dice que no le gusta, aleja el plato y grita “no quiero”, la madre se acerca y le responde que ella misma le dará la comida en la boca



Nombre: _____

Nombre del representado: _____

**EJERCICIOS PARA IDENTIFICAR LA TRIPLE RELACION DE CONTINGENCIA.
ANTECEDENTE-CONDUCTA-CONSECUENTE.**

A continuación se le presentan una serie de ejemplos, en los cuales debe identificar el antecedente, conducta y consecuente de cada situación planteada. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y vacíe en cada columna los datos requeridos. Por ejemplo:

La madre de Pedro le dice que la comida está servida, Pedro se sienta en la mesa y empieza a comer con lentitud, se recuesta de la mesa y le dice a su mamá que quiere esa comida, que se ve fea. La madre le indica que debe sentarse correctamente y comerse toda la comida, de lo contrario no podrá ver comiquitas.

Antecedente	Conducta	Consecuente
<i>La madre de Pedro le dice que la comida está servida</i>	<i>Pedro se sienta en la mesa y empieza a comer con lentitud, se recuesta de la mesa y le dice a su mamá que “no quiere esa comida que le sirvió, que se ve fea”.</i>	<i>La madre le indica que debe sentarse correctamente y comerse toda la comida, de lo contrario no podrá ver comiquitas.</i>

1. La madre de Karla le dice que la comida está servida, Karla sale de su cuarto, toma el plato de comida de la mesa y regresa a su cuarto a comer mientras disfruta de un programa de televisión. Ante esta situación, la madre va hasta el cuarto y le dice que lo más adecuado es que se siente en la mesa y permanezca sentada hasta que termine la comida y que puede seguir viendo la televisión después de comer.

Antecedente	Conducta	Consecuente

Anexo 18

2. Luego de llegar a casa de un paseo, la madre prepara la cena, durante la comida, Jorge se levantó de la mesa y fue a sentarse en la sala, luego de allí se fue a su cuarto a ver television. Como habia dejado la mitad de la comida, su madre se fue al cuarto darsela en la boca para asegurarse que el niño reciba sus alimentos y nutrientes requeridos. El padre al ver esta situacion, le pide a su esposa que deje de hacer eso y le pide al niño que se levante y termine la comida en la mesa.

Antecedente	Conducta	Consecuente

3. La madre de Juanita le dice que es hora de comer y Juanita se sienta en su silla, frente a la mesa, agarra los cubiertos, sin embargo la niña al ver la ensalada dice que no le gusta, aleja el plato y grita “no quiero”, la madre se acerca y le responde que ella misma le dará la comida en la boca.

Antecedente	Conducta	Consecuente



Nombre: _____

Nombre del representado: _____

EJERCICIOS SOBRE LAS TECNICAS EMPLEADAS PARA INSTAURAR, MANTENER Y ELIMINAR CONDUCTAS.

A Continuación se le presentan una serie de situaciones relacionadas con la conducta de comer. Usted deberá leer cada una de ellas cuidadosamente y mencionar la técnica o procedimiento que considere más adecuado para emplearse en cada caso.

1. Si Gaby presenta la conducta de permanecer sentada durante la hora de la comida, comiendo todo lo que le sirvieron y al finalizar su madre le dice: “muy bien Gaby, ahora puedes ir a jugar con tus muñecas”.

¿Cuál técnica estará empleando en esta situación?

2. Roberto ha mostrado en algunas ocasiones la conducta de utilizar los cubiertos adecuadamente para comer, además la madre ha observado que en algunas oportunidades el niño se come todos los vegetales.

¿Qué técnica deberá usar la madre de Roberto si desea instaurar estos comportamientos?

3. Vanesa acostumbra a comer con las manos, sin utilizar los cubiertos. Su madre ha decidido colocar a la niña junto con su hermano a la hora de la comida con el fin de que Vanesa aprenda la forma correcta de hacerlo.

¿Qué procedimiento estará empleando en este caso?

4. Es la hora de cenar de Anita y su madre la llama varias veces para que se siente a comer hasta que se ve en la necesidad de ir a buscarla a su habitación. Por tal razón, la madre decide que de ahora en adelante si Anita no responde después de la segunda instrucción, no podrá ver su comiquita preferida.

¿Qué procedimiento se estará empleando?

5. La madre de Mariela esta dándole la comida durante varios días consecutivos a la 1:00 de la tarde, presentándole el plato y cubiertos sobre la mesa, manteniéndola sentada en el comedor a la hora de comer.

¿Qué pretende la madre de Mariela con esta situación?