



Universidad F.A.S.T.A
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Nutrición

ALIMENTACIÓN Y NEOFOBIA EN EDAD PREESCOLAR

Rosario Perez Diaz

Tesis de grado
2022

- Tutora: Andrea Dirr
- Asesoramiento Metodológico:
Bianca Argento y Vivian Minnaard

“Ser profesionales completos:
aquellos que trabajan para otros.”

Miryam Gorban

A todos mis seres queridos que me acompañaron durante todos estos años

A mis padres, por transmitirme sus valores y ser pilares fundamentales para ser quien soy hoy

A mis abuelos, Rosa, Gilberto y Mirta por acompañarme a lo largo de este camino

A todos mis compañeros y amigos, que siempre brindaron apoyo y entusiasmo en cada paso que daba

A Andrea Dirr, por el apoyo y orientación que me dió para culminar este último paso en mi carrera profesional

A Bianca Argento, por la buena predisposición y la ayuda brindada

A Vivian Minnaard, por su asesoramiento constante para llevar a cabo el trabajo

A todas y cada una de las familias que se tomaron un tiempo para participar de esta investigación

A la Universidad F.A.S.T.A por brindarme las herramientas necesarias para ejercer como futuro profesional de la salud.

Introducción: La etapa preescolar es la más importante, ya que en ella se producen cambios en forma constante, por ello, es esencial tener en cuenta la importancia de una alimentación saludable. Tanto las preferencias como aversiones hacia determinados alimentos están fuertemente condicionadas por el contexto familiar, esto genera que la manera de alimentarse de los padres se la puede tomar como un marcador de cómo se alimentarán los niños en el futuro.

Objetivo: Analizar el estado nutricional, la presencia de neofobia alimentaria, los hábitos alimentarios de niños entre 3 y 5 años y el grado de información de sus respectivos padres sobre alimentación saludable de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2021.

Materiales y Métodos: El estudio es descriptivo, transversal y no experimental. Se trabaja con una muestra no probabilística, por conveniencia, conformada por 27 padres y sus respectivos hijos que residen en la ciudad de Mar del Plata. Los datos se obtienen por medio de una encuesta online conformada por preguntas cerradas y abiertas, frecuencia de consumo de alimentos por parte de los niños, y la Escala de neofobia alimentaria utilizada en el estudio de Rodríguez-Tadeo et al (2015). Esta consta de 10 ítems con 7 escalas y permite proporcionar información sobre la presencia de neofobia alimentaria en los niños.

Resultados: Los datos recabados determinaron que, según lo referido por los padres, más de la mitad de los niños estudiados poseen algún tipo de malnutrición, ya sea por exceso o por subalimentación; siendo el 44,44% aquellos que tienen un estado nutricional normal. Se destaca el consumo habitual de alimentos ricos en proteínas y de frutas, y en menor frecuencia de verduras, de las cuales se resalta el consumo de papa, batata y choclo. Por otro lado, se puede afirmar que los niños presentaron un bajo porcentaje de neofobia alimentaria, siendo clasificado más de la mitad dentro del grupo promedio y, al valorar el grado de información que poseen los padres sobre alimentación saludable, se encontró que la mayoría posee un grado medio.

Conclusión: Es importante comprender a la nutrición como un hecho complejo en donde no solo se establece la relación del sujeto con el alimento sino también considerarlo como un hecho social en el cual influye tanto el ambiente y toda persona que rodea al sujeto. El rol del Licenciado en Nutrición es fundamental acompañando al niño y a su familia en la generación de hábitos saludables que repercutirán a corto y largo plazo en la calidad de vida del niño.

Palabras Clave: preescolar - estado nutricional - padres - neofobia alimentaria - hábitos alimentarios

Introduction: The preschool stage is the most important, since there are constant changes in it, therefore, it is essential to take into account the importance of a healthy diet. Both the preferences and aversions towards certain foods are conditioned by the family context, this means that the way parents eat can be taken as a marker of how children will eat in the future.

Objective: To analyze the nutritional status, the presence of food neophobia, eating habits of children between 3 and 5 years old and the level of knowledge about the healthy diet of their respective parents in the city of Mar del Plata during the year 2021.

Materials and Methods: The study is descriptive, cross-sectional and non-experimental. We work with a non-probabilistic sample, for convenience, made up of 27 parents and their respective children who reside in the city of Mar del Plata. The data is obtained through a survey made up of closed questions, frequency of food consumption by the children, and the Food Neophobia Scale used in the study by Rodríguez-Tadeo et al (2015). This consists of 10 items with 7 scales and provides information on the presence of food neophobia in children.

Results: The data collected determined, taking into account what the parents reported, more than half of the children studied have some type of malnutrition, either due to excess or undernutrition, being 44.44% those who have a normal nutritional status. Frequent consumption of foods rich in proteins and fruits stands out, and in a smaller percentage the consumption of vegetables, in which the consumption of potatoes, sweet potatoes and corn stands out. On the other hand, it can be stated that children have a low percentage of food neophobia, being classified more than half within the average group and, when assessing the degree of information that parents have about healthy eating, it was found that the majority has a medium level of knowledge.

Conclusion: It is important to understand nutrition as a complex fact where not only the relationship of the person with the food is established, but also consider it as a social fact in which the environment and people who surround the person influences both. The role of the dietitian is fundamental, accompanying the child and his family in the generation of healthy habits that will have short and long-term repercussions on the child's quality of life.

Key words: preschool - nutritional status - parents - food neophobia - eating habits

Introducción.....	1
Capítulo 1: <i>Nutrición, crecimiento y desarrollo en preescolares</i>	5
Capítulo 2: <i>Alimentación en la niñez</i>	16
Diseño Metodológico.....	29
Análisis de datos.....	43
Conclusiones.....	63
Bibliografía.....	67
Anexos.....	78

INTRODUCCIÓN

La niñez es la etapa de la vida más importante, ya que en ella se producen cambios en forma constante, por ello, es esencial tener en cuenta la importancia de la alimentación infantil. El consumo adecuado de energía y nutrientes es necesario para que los niños en su infancia temprana y pre escolares alcancen el potencial completo de crecimiento y desarrollo (Brown, 2014)¹.

En esta etapa, las estructuras neurofisiológicas y psicológicas están en pleno proceso de maduración y en este sentido, la calidad y cantidad de influencias que reciben los niños y niñas del entorno familiar, socioeconómico y cultural los moldearán de una forma casi definitiva (Organización de los Estados Americanos, 2010).²

Según los datos aportados por la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)³ llevada a cabo por la Secretaría de Gobierno de Salud en 2019, en Argentina el sobrepeso y la obesidad resultaron ser las formas más frecuentes de malnutrición en niños, niñas y adolescentes. Siendo la proporción de sobrepeso en la población menor de 5 años del 10,0%, la de obesidad del 3,6% y la de exceso de peso ya sea por sobrepeso u obesidad del 13,6%. Estas formas de malnutrición traen consecuencias a corto y largo plazo, dando lugar a enfermedades de tipo gastrointestinal, musculoesqueléticas y ortopédicas, aparición temprana de diabetes de tipo 2 y problemas emocionales y de comportamiento, como depresión y estigmatización (UNICEF, 2019)⁴.

Los niños con sobrepeso y obesidad tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta, además se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la adultez (Serrano, 2018)⁵.

Por ello, como consideran Maíz, Urdaneta y Alliot (2018)⁶ es muy importante promover una dieta saludable desde la infancia ya que se conoce que los hábitos alimentarios durante esta etapa van a tener un fuerte impacto sobre la calidad de la dieta en la edad adulta.

¹ Judith E. Brown es profesora Emérita de Nutrición de la Facultad de Salud Pública y el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Minnesota. Además es autora de varios libros, entre ellos "Nutrición en las diferentes etapas de la vida".

² La OEA también destaca que esta etapa está marcada por un notable crecimiento físico y significativo desarrollo sensorial y perceptivo.

³ La ENNyS es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones.

⁴ En 2019, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicó el informe el cual ofrece datos nuevos y análisis sobre la malnutrición en el siglo XXI y realiza recomendaciones para que los derechos de la infancia sean el elemento central de los sistemas alimentarios.

⁵ José Antonio Serrano es Coordinador del Área de Salud de The Family Watch (Instituto Internacional de Estudios sobre la familia).

⁶ En su trabajo, los autores concluyen que para promover una alimentación saludable en la población infantil, se considera necesario que los programas incluyan elementos de educación nutricional y educación sensorial, así como de habilidades culinarias.

En la etapa preescolar, los niños seleccionan alimentos, desarrollan preferencias y van modulando el desarrollo del hábito alimentario influenciados por pautas ambientales, tales como el momento del día, las proporciones de alimento que les ofrecen y qué posibilidad tienen de poder autorregular su ingesta de acuerdo con el modelo de crianza y prácticas de alimentación que expresan sus padres o cuidadores (Setton y Fernández, 2014)⁷.

La preferencia de los alimentos también puede estar influenciada por la neofobia alimentaria, esta cumple una función protectora ya que se presenta como una resistencia cuando el niño es expuesto a un nuevo alimento (Pliner y Hobden, 1992)⁸. Esta resistencia se considera característica del comportamiento del preescolar, no obstante, la reacción de un niño que experimenta este fenómeno presenta también signos de angustia y ansiedad, y el comportamiento puede llegar a ser habitual e incluso persistir en la edad adulta (Maíz Aldalur, Maganto y Balluerka Lasa, 2014)⁹.

La neofobia influye en la diversificación alimentaria y, consecuentemente, en los hábitos alimentarios futuros, pudiendo llevar a que la alimentación no sea adecuada (Viana, Santos y Guimarães, 2008)¹⁰.

Como destaca Cortés Moreno y Avilés Flores (2011)¹¹, durante estos años el papel de la familia como grupo primario es fundamental en el aprendizaje de hábitos, costumbres, normas y valores del niño. Este punto también lo comparte Setton (2014)¹² afirmando que, durante la infancia y la niñez, el ámbito familiar es clave para el desarrollo de la conducta alimentaria, de patrones de ingesta, de preferencias alimentarias y de hábitos de alimentación.

La mejor herramienta de prevención de muchos trastornos y enfermedades es enseñar a un niño a comer correctamente durante su infancia y adolescencia, aumentando las probabilidades de tener una dieta sana y equilibrada durante la adultez (Vilaplana Batalla, 2011).¹³

⁷ Las autoras, junto con la colaboración de expertos destacados en el área, desarrollaron diferentes temas de la salud infantil como la evaluación nutricional, la nutrición en diferentes etapas y contextos, la malnutrición por carencia y por exceso, y por último, soporte nutricional.

⁸ Los autores publicaron en 1992 un trabajo en donde desarrollan una escala para medir el rasgo de neofobia alimentaria en humanos.

⁹ En su revisión publicada en 2014 buscaron conocer las características de los niños que presentan problemas alimentarios evitativos/restrictivos en la infancia incidiendo especialmente en los que presentan neofobia alimentaria así como su relación con el consumo de frutas y verduras.

¹⁰ Estos autores afirman que la neofobia alimentaria en los niños se asocia a un consumo deficiente de frutas y verduras, por lo que es necesario intervenir para eliminarla.

¹¹ En su estudio, concluyeron que un ambiente familiar libre de estrés propicia formas de interacción más favorecedoras para el desarrollo del niño.

¹² Débora Setton es Médica Pediatra, Docente Universitaria, Especialista Universitaria en Nutrición y en Nutrición Infantil.

¹³ Montse Vilaplana Batalla es Farmacéutica comunitaria y Máster en Nutrición y Ciencias de los Alimentos.

A partir de lo expuesto surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional, la presencia de neofobia alimentaria, los hábitos alimentarios de niños de 3 a 5 años y el grado de información de sus respectivos padres sobre alimentación saludable en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2021?

Se plantea como objetivo general:

Analizar el estado nutricional, la presencia de neofobia alimentaria, los hábitos alimentarios de niños de 3 a 5 años y el grado de información de sus respectivos padres sobre alimentación saludable en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2021.

Se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el estado nutricional de los niños referido por los padres
- Identificar la presencia de neofobia alimentaria en los niños.
- Indagar los hábitos alimentarios de los niños.
- Determinar el grado de información sobre alimentación saludable de sus respectivos padres.
- Examinar las características sociodemográficas de los niños y sus padres.

CAPÍTULO 1

Nutrición, crecimiento y
desarrollo en preescolares

La infancia es la etapa evolutiva más importante de los seres humanos, las experiencias de los niños en sus primeros años son fundamentales para su progresión posterior (Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2011)¹⁴. La edad preescolar abarca muchas dimensiones en el desarrollo del ser humano, tanto físicas, psicológica y sociales, estableciendo bases en el desarrollo de la personalidad y formación de hábitos (Zarate Vergara, Castro Salas y Tirado Perez, 2017)¹⁵.

La etapa preescolar es decisiva en el desarrollo, esta abarca desde que el niño ha adquirido la autonomía en la marcha hasta que empieza a asistir a la escuela, es decir, de los 3 a los 6 años de edad (Hidalgo y Güemes, 2011)¹⁶.

Este período, no resulta ser habitualmente del que más información específica que se pueda encontrar, porque sus características y problemas se abordan comúnmente en el contexto del desarrollo general del ser humano y de afecciones propias de las edades pediátricas en su conjunto. Sin embargo, es la principal aportadora de morbilidad y mortalidad durante la niñez, después de la lactancia, y en ella se estructuran los cimientos fundamentales del desarrollo de la personalidad y se producen acontecimientos físicos y de formación de hábitos que influyen en la calidad de vida a lo largo de la existencia (Aliño Santiago et al, 2007)¹⁷.

La nutrición está integrada por un complejo sistema en el que interaccionan el ambiente que influye en la selección de alimentos, frecuencia de consumo, tipo de gastronomía, tamaño de las raciones, horarios, etc., el agente agua, energía y nutrientes y el huésped, es decir, el niño con sus características fisiológicas. Si en el adulto, la nutrición tiene por objeto el mantenimiento de las funciones vitales y la producción de energía en su sentido más amplio, en el niño adquiere una dimensión mayor (Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, 2007)¹⁸. Esta constituye una inversión a largo plazo sobre la salud y la calidad de vida de todas las personas (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006)¹⁹.

¹⁴ La OEI es un organismo internacional de carácter intergubernamental para la cooperación entre los países Iberoamericanos en el campo de la educación, la ciencia, la tecnología y la cultura en el contexto del desarrollo integral, la democracia y la integración regional.

¹⁵ Estos autores en 2017 publicaron una revisión para describir el crecimiento y variaciones normales de los niños para ayudar a evaluar su desarrollo y transmitir pautas de crianza a los padres o cuidadores desde la consulta de atención primaria.

¹⁶ M.I. Hidalgo es Pediatra, acreditada en Medicina de la Adolescencia y vocal nacional de la Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría (AEP) con más de 10 libros editados. M. Güemes es Residente de Pediatría en el Complejo Hospitalario Virgen de la Salud, Toledo.

¹⁷ En su trabajo, publicado en 2007, los autores buscan la difusión de conocimientos respecto al periodo del preescolar en cuanto al desarrollo normal, la creación de hábitos, las causas de enfermedad y defunciones, y las características de la atención médica.

¹⁸ En 2007 el Comité de Nutrición de la AEP publicó "Manual práctico de Nutrición en Pediatría".

¹⁹ Las Guías Alimentarias para la Población Infantil fueron emitidas por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

La nutrición en cada una de las diferentes etapas de la edad pediátrica tiene como objetivo conseguir un crecimiento y desarrollo adecuados, evitar las deficiencias nutricionales y prevenir enfermedades que se manifiestan en el adulto (Dalmau Serra, 2012)²⁰. Una nutrición adecuada contribuye de manera fundamental a la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de niños y niñas. Pero, más allá de eso, la malnutrición afecta al desarrollo humano (Comisión Económica para América Latina, 2018)²¹. Esta se manifiesta de muchas formas, entre ellas: la subalimentación y desnutrición, que se considera la ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía; la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye tanto las carencias, denominada hambre oculta, como el exceso y la sobrenutrición y obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2020)²².

La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en todo el mundo. Si bien en algunos entornos las tasas se han estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. La obesidad puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que puede alcanzar y a la calidad de vida (OMS, 2016)²³. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta e incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, ictus, osteoartritis, enfermedad coronaria, apnea del sueño y algunos tipos de cáncer como de endometrio, mama y colon (Serrano, 2018)²⁴.

Según los datos aportados por la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYs)²⁵ llevada a cabo por la Secretaría de Gobierno de Salud en 2019, en Argentina el sobrepeso y la obesidad resultaron ser las formas más frecuentes de malnutrición en niños, niñas y adolescentes. Siendo la proporción de sobrepeso en la población menor de 5 años del 10,0%, la de obesidad del 3,6% y la de exceso de peso ya sea por sobrepeso u

²⁰ Jaime Dalmau Serra es un Doctor especialista en Pediatría, actualmente se encuentra en la Unidad de Nutrición y Metabolopatías del Hospital Infantil la FE, Valencia.

²¹ CEPAL es una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas y busca contribuir al desarrollo económico de América Latina, coordinar las acciones encaminadas a su promoción y reforzar las relaciones económicas de los países entre sí y con las demás naciones del mundo.

²² La OMS es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud.

²³ En su informe, la OMS reúne recomendaciones para combatir la obesidad infantil haciendo especial atención en la toma de iniciativa de los gobiernos para que actúen en la prevención y tratamiento de la misma.

²⁴ El autor agrega que “El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo: unas 2,8 millones de muertes al año”.

²⁵ La primera ENNYs se realizó en el año 2005, e incluyó solamente niños y niñas de hasta 5 años, y mujeres en edad fértil. Mientras que la segunda tuvo como población objetivo personas de todos los rangos etarios: de 0 a 2 años, de 2 a 17, y de 18 años y más.

obesidad del 13,6%. La Secretaria de Gobierno de Salud (2019)²⁶ se refiere a esta última cifra como elevada si se tiene en cuenta que el exceso de peso esperado para esta edad es de 2,3 por ciento. Por otro lado, la proporción de bajo peso y emaciación en la población de menores de 5 años fue de 1,7% y 1,6% respectivamente. Con respecto a la proporción de baja talla a nivel nacional fue de 7,9%, con diferencias significativas por nivel de ingreso (primer quintil 11,5% vs. quinto quintil 4%).

Cuando en esta etapa se producen deficiencias prolongadas de nutrientes, éstas pueden afectar negativamente el tamaño corporal y el nivel intelectual. Por ello con una nutrición adecuada y apoyo ambiental, es posible prevenir o reducir los efectos a largo plazo de la desnutrición, como el retraso en el crecimiento y la afeción cognitiva (Brown, 2014)²⁷. Además es justamente en este momento cuando se definen los hábitos de alimentación y se siembra la semilla de muchas enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006)²⁸.

La primera infancia²⁹ es una etapa donde los niños y niñas son especialmente frágiles y vulnerables, pero a la vez una etapa en la cual el potencial de crecimiento y desarrollo individual es muy importante (Observatorio Social, 2015)³⁰.

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez (Organización Panamericana de la Salud, 1994)³¹.

“El aumento en el tamaño y la masa corporales es el resultado de la hipertrofia e hiperplasia celulares³², proceso conocido como crecimiento. Por otro lado, los cambios en la organización y diferenciación funcional de tejidos, órganos y sistemas son el resultado del proceso de desarrollo o maduración y adaptación.” (García Aranda, Gómez Chico Velasco y Valencia Mayoral, 2016)³³.

²⁶ La Secretaria agrega que mediante la ENNYS se confirma el aumento del sobrepeso y la obesidad NNyA en concordancia con otras encuestas nacionales.

²⁷ Con su publicación la autora busca ofrecer a los instructores una herramienta que puedan utilizar de manera productiva para enriquecer sus esfuerzos didácticos y ofrecer a los estudiantes una experiencia educativa interesante sobre la nutrición en todos las etapas de la vida.

²⁸ El MSyAN también afirma que durante la edad preescolar, los niños y niñas constituyen un grupo difícil de acceso para los programas de salud y nutrición.

²⁹ La primera infancia comprende desde la etapa prenatal hasta los 8 años.

³⁰ El Observatorio Social es una Asociación Civil creada con el propósito de apoyar al sector público a mejorar la administración de sus programas sociales; y asesorar a las empresas y organizaciones de la sociedad civil para resolver problemáticas vinculadas con lo social.

³¹ La OPS es la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

³² La hipertrofia es el aumento del tamaño individual de cada célula, y la hiperplasia es el aumento del número celular.

³³ José Alberto García Aranda, Rebeca Gómez Chico Velasco y Pedro Francisco Valencia Mayoral son los autores del “Manual de pediatría : Hospital Infantil de México Federico Gómez”.

El crecimiento y el desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Si las condiciones de vida son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa. En caso contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se verá limitado dependiendo de la intensidad y la persistencia del agente agresor (Muzzo, 2003)³⁴.

Gomez-Campos et al. (2016)³⁵ afirman que el crecimiento está condicionado por dos tipos de factores. Por un lado se refieren a los factores intrínsecos, que son los relacionados al sistema neuro-endocrino como la herencia genética, las hormonas y la presencia de enfermedades. Por otro lado se refieren a los factores extrínsecos, entre los cuales se destacan los aspectos socioeconómicos; los factores étnicos, el estilo de vida, la dieta, educación y la vivienda; el aspecto nutricional; los factores geográficos y finalmente, la tendencia secular que hace referencia a las modificaciones que se producen generacionalmente en el crecimiento y desarrollo de las poblaciones.

Con respecto a los factores que afectan el desarrollo, Piaget refiere que son los factores hereditarios, de acción del ambiente físico, del ambiente social y de equilibrio que gobiernan particularmente las interacciones de los tres anteriores y favorecen la adaptación del individuo (OPS,1994)³⁶.

Tanto el crecimiento como el desarrollo son de gran utilidad para determinar el estado de salud de los pacientes en edad pediátrica. Sólo a través de observaciones y mediciones repetidas con intervalos regulares de tipo y graficadas en curvas estandarizadas puede evaluarse el crecimiento. En la Argentina para el registro, monitoreo y evaluación del mismo se cuenta con la “Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico” (Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría, 2013)³⁷ y con el Manual “Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009)³⁸.

El desarrollo es la adquisición de funciones con aumento de la complejidad bioquímica y fisiológica a través del tiempo, que comprende fenómenos de maduración y adaptación

³⁴ En su trabajo el autor presenta las características del crecimiento normal del niño y del adolescente, destacando los factores que influyen y la importancia de las mediciones antropométricas para la evaluación.

³⁵ Su revisión científica tiene como objetivo analizar los factores que afectan el crecimiento físico y describir los tipos de investigación transversal, longitudinal y retrospectivos utilizados en el estudio del crecimiento físico.

³⁶ El autor destaca el desarrollo como un proceso dinámico que aumenta la autonomía del niño y la capacidad de comunicación del mismo con la familia y la sociedad.

³⁷ Actualmente se cuenta con dos ediciones: la primera del año 2013 y la segunda del año 2021.

³⁸ La misma tiene como objetivo establecer una metodología para la capacitación de los equipos de salud a la hora de trabajar con embarazadas y niños.

(Torres Serrano, 2002)³⁹. OPS (1994)⁴⁰ establece que para la evaluación del desarrollo se deben analizar las conductas sociales, de lenguaje, de coordinación y motora.

Durante esta etapa, la velocidad de crecimiento disminuye en comparación con la que ocurre durante los primeros años de vida. El crecimiento del niño es de forma desacelerada, ya que al final del segundo año hay un freno en el crecimiento somático, los cuales están relacionados con la disminución de las necesidades nutricionales y cambios en el apetito del niño (Behram et al, 2009)⁴¹. La ganancia de peso es 2 a 2.5 kg por año durante el tercer año y de 2.5 a 3.5 kg por año entre los cuatro y seis años de edad. En cuanto a la talla esta aumenta 8 a 9 cm durante el tercer año y 5 a 7 cm a partir del cuarto año (Peña Quintana, Madruga Acerete y Calvo Romero, 2001)⁴². Hay un aumento de las extremidades inferiores, disminuye la cantidad de agua y grasa corporal y aumenta la masa muscular y el depósito mineral óseo (Comité de Nutrición de la AEP, 2007)⁴³. Desde el primer año de vida hasta los 5 años el agua corporal total de la masa disminuye de 79 a 77%. Durante este periodo la disminución del líquido extracelular y el aumento del líquido intracelular es mayor en los niños que en las niñas. Esto indica que la masa celular es mayor en el sexo masculino que en el femenino, confirmandose a través de los valores más altos de potasio corporal total, contenido de proteínas y densidad de la masa magra. El mineral óseo de la masa magra incrementa de 3 a 3.6% en los niños pero no en las niñas (Fiorito y Chevallier, 2001)⁴⁴. Además, Lorenzo et al (2007)⁴⁵ refiere que ocurre una acumulación proporcionalmente mayor de tejido adiposo subcutáneo (TAS) en las extremidades que en el tronco, diferente de lo que ocurría en el lactante en donde la proporción de TAS en el tronco y extremidades era prácticamente similar.

Estos cambios, sumados a un mayor incremento en la talla que en el peso, son los responsables de la modificación de la silueta (Casanueva et al, 1995)⁴⁶. Posada Díaz,

³⁹ La autora también afirma que el crecimiento es un signo de salud de un niño, una expresión inadecuada del crecimiento señala la existencia de patología.

⁴⁰ En el "Manual de crecimiento y desarrollo del niño" la OPS adjunta un material con fines didácticos que establece los criterios para evaluar el desarrollo durante los primeros años de vida.

⁴¹ El objetivo de esta publicación es proporcionar información esencial para pediatras generalistas y sub-especialistas a la hora de diagnosticar y tratar a los niños y adolescentes de todo el mundo.

⁴² Estos autores publicaron en 2001 su trabajo llamado "Alimentación del preescolar, escolar y adolescente. Situaciones especiales: dietas vegetarianas y deporte".

⁴³ El objetivo de esta publicación es ayudar a resolver las dudas en la práctica clínica cotidiana de los pediatras y también de otros profesionales de la salud preocupados e interesados por estas cuestiones.

⁴⁴ Estos autores en 2001 a través del Boletín CESNI publicaron su trabajo "Composición corporal y metabolismo energético".

⁴⁵ El propósito de los autores es crear una herramienta de actualización y de conocimiento sobre los aspectos fundamentales de la nutrición infantil.

⁴⁶ Su libro busca actualizar conocimientos sobre Nutriología médica no solo para los médicos, sino también para el profesional de la nutrición y de todas aquellas personas interesadas en la alimentación, la nutrición y su vinculación con la salud.

Gómez Ramírez y Ramírez Gómez (2016)⁴⁷ también refieren que, aproximadamente a los cuatro años, a nivel de la columna vertebral desaparece la lordosis de la región lumbar y también se hacen visibles los arcos plantares. El cerebro, alcanza casi el 90 % de su tamaño al concluir la etapa, además ocurre el remodelado de la cara y brotan los segundos molares (Aliño Santiago et al, 2007)⁴⁸.

El grado de madurez alcanzado por la mayoría de los órganos y sistemas es equiparable al adulto. La regulación del apetito es más perfecta que en el lactante y el aparato digestivo, tanto en su función digestivo-absortivo como en su papel de barrera, ha alcanzado un nivel de eficiencia que permite al niño de esta edad tolerar una alimentación variada (Hernández Rodríguez y Sastre Gallego, 1999)⁴⁹.

Posada Díaz, Gómez Ramírez y Ramírez Gómez (2016)⁵⁰ caracteriza la etapa preescolar como una etapa la cual hay una adquisición de mayores habilidades corporales, el paso de un egocentrismo total a una forma práctica de actuar, la adquisición del control de esfínteres y la distinción de género, la consolidación de su autonomía y el desarrollo de una gran iniciativa para hacer las cosas, lo que significa un avance significativo en la construcción de la creatividad. Es una época en la que se da una lucha entre la obtención de independencia y autonomía y la demanda de atención y cuidado por parte de los adultos.

El desarrollo psicológico en los preescolares incluye la incorporación paulatina de habilidades motoras y del lenguaje; más tarde, durante la época escolar, maduran habilidades como: la lectura, la escritura, las operaciones matemáticas y la adquisición progresiva de conocimientos (Moreno Villares y Galiano Segovia, 2015)⁵¹.

En la edad preescolar el niño adquiere habilidades a nivel social para relacionarse con su entorno, realizar juegos en grupo y trabajar con otros niños, además alcanza la madurez para cooperar con sus compañeros y establecer reglas en el juego, también se puede observar que el niño inicia con manifestaciones de moralidad al tratar de complacer a sus padres y aparece narraciones complejas para referir mentiras, por lo cual es necesario

⁴⁷ Los autores cubren de manera integral aspectos fundamentales sobre la visión holística de la salud infantil, como las metas de desarrollo humano integral, el crecimiento y el desarrollo, los cuidados básicos de la niñez y la puericultura del adolescente.

⁴⁸ Miriam Aliño Santiago es doctora especialista en Pediatría. Raymundo Navarro Fernández es Doctor especialista en Medicina General Integral y Máster en Atención Primaria. Juana R. López Esquirol es Doctora especialista en Cirugía Pediátrica e Iraiza Pérez Sánchez es Doctora especialista en Fisiología.

⁴⁹ "Tratado en Nutrición" es un libro escrito en 1999 por Manuel Hernandez Rodríguez y Ana Sastre Gallego.

⁵⁰ Álvaro Posada Díaz es Pediatra y Profesor titular del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia. Juan Fernando Gomez Ramírez es Médico Pediatra y Profesor Titular en la Universidad de Antioquia. Humberto Ramírez Gómez es Pediatra Puericultor, Epidemiólogo y Profesor titular del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

⁵¹ J.M. Moreno Villares es Médico que trabaja actualmente en el Servicio de Pediatría en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. M.J. Galiano Segovia es Pediatra del Centro de Salud María Montessori, Leganés, Madrid.

brindar al preescolar, atención, afecto, confianza y estimulación, a fin de lograr su progreso apropiado (Zarate Vergara, Castro Salas y Tirado Perez, 2017)⁵². También durante estos años, se inicia la adquisición de los hábitos y costumbres propias de la familia y de la cultura en que vive (Comité de Nutrición de la AEP, 2007)⁵³.

Al disminuir la velocidad de crecimiento en la etapa preescolar, los niños manifiestan menos apetito, disminuyen el volumen de su ingesta, y su patrón de alimentación puede ser variable e impredecible. Esto causa preocupación en los padres y es motivo de consultas frecuentes al pediatra (Setton y Fernández, 2014)⁵⁴.

Los requerimientos nutricionales son la cantidad mínima de un nutriente capaz de mantener la salud de un individuo, así como prevenir, en la mayoría de las personas, los estados de deficiencia y, en el caso de los niños, lograr un crecimiento satisfactorio. Las recomendaciones son las expresiones cuantitativas de los nutrientes necesarios para satisfacer los requerimientos de todos los individuos sanos de una población dada (Sociedad Argentina de Pediatría, 2001)⁵⁵.

El requerimiento de energía en los preescolares es altamente variable y depende de: la velocidad de crecimiento, la etapa biológica y la actividad física que desarrolla cada niño (Setton y Fernández, 2014)⁵⁶. Este último rasgo tiene una gran importancia ya que tiene una gran variabilidad individual, lo que implica unas diferencias muy amplias en las necesidades calóricas (Hernández Rodríguez y Sastre Gallego, 1999)⁵⁷.

Durante esta etapa, tanto las necesidades calóricas como las proteicas descienden. Las necesidades energéticas dependen del gasto calórico necesario para mantener el metabolismo basal, la termorregulación, la actividad física y el crecimiento. Aunque existen

⁵² Andrea Zárate Vergara es Médico epidemiólogo, residente de posgrado de Cuidados intensivos pediátrico, Universidad de Santander. Colombia. Ulfran Castro Salas es Médico pediatra, docente posgrado de Cuidados intensivos pediátrico, Universidad de Santander. Colombia. Irina Tirado Pérez es Médico epidemiólogo, magister en Cuidados paliativos pediátricos, residente de posgrado de Cuidados intensivos pediátrico, Universidad de Santander. Colombia.

⁵³ El “manual práctico de Nutrición en Pediatría” está disponible online en la página web de la Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es/>

⁵⁴ Débora Setton es Médica Pediatra, Especialista Universitaria en Nutrición, además Especialista en Nutrición Infantil. Adriana Fernandez es Médica Pediatra, Docente Universitaria y Especialista en Nutrición Infantil.

⁵⁵ En su trabajo “Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años” la SAP busca proveer al equipo de salud los conocimientos necesarios para dar recomendaciones que mejoren las prácticas nutricionales con el fin de promover un estado nutricional óptimo de los niños de 0 a 2 años.

⁵⁶El objetivo de los autores fue crear una herramienta práctica de estudio y consulta para pediatras, médicos clínicos y especialistas en nutrición.

⁵⁷ Estos autores publicaron “Tratado en Nutrición” con el propósito de confluir el saber biomédico con la nutrición.

otros factores que también pueden influir como son la fiebre, la temperatura ambiente y el sueño (Comité de Nutrición de la AEP, 2007)⁵⁸.

En la actualidad, existen dos grandes grupos de referencia que formulan las recomendaciones dietéticas para la población general: El Consejo Nacional de Investigación (NRC), un organismo dependiente de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos y del Instituto de Medicina; y la FAO junto con la OMS y la ONU. Estos últimos en 2001 publicaron un reporte llamado “Requerimientos de energía humana” que tenía como objetivo proponer un método para el cálculo de requerimientos. En el mismo se calculó el requerimiento energético diario (RED), que fue estimado a partir de la sumatoria del gasto energético total y la energía necesaria para la formación de tejidos. Al dividir el RED por la mediana del peso para cada edad se obtuvo el requerimiento energético por kilo de peso corporal (FAO/OMS/ONU, 2001)⁵⁹ (Cuadro N° 1).

Cuadro N°1: Requerimiento energético para niños y niñas calculado por el análisis de regresión cuadrática, según gasto energético total según peso, más energía asociada con la formación de tejidos durante el crecimiento

Edad (años)	Kcal/Kg/día	
	Varones	Mujeres
3-4	79.7	76.5
4-5	76.8	73.9
5-6	74.5	71.5
6-7	72.5	69.3
7-8	70.5	66.7
8-9	68.5	63.8

Fuente: FAO/OMS/ONU. (2001). Recuperado de <https://cutt.ly/kGWmQ0E>

Las proteínas de la dieta son la fuente de nitrógeno y aminoácidos que los humanos necesitan para sintetizar sus proteínas corporales y otras sustancias nitrogenadas (Lorenzo et al 2007)⁶⁰. Estas deben aportar el 10-15% de las calorías de la dieta necesarias para mantener el crecimiento, aumentando su necesidad en el ejercicio intenso o en situaciones de estrés importante, como en enfermedades graves o traumas quirúrgicos (Comité de

⁵⁸ El Comité de Nutrición es un grupo consultor y asesor de la AEP cuyo objetivo fundamental es la atención a la alimentación y nutrición infantil, con especial interés en la lactancia materna, difundiendo conocimientos actualizados sobre el tema e impulsando la formación de los profesionales.

⁵⁹ El objetivo de los autores es asesorar sobre cuestiones científicas relacionadas con las necesidades de energía y nutrientes de los alimentos, y así poder formular recomendaciones para la acción.

⁶⁰ Los autores agregan que el requerimiento proteico de un niño está dado por la cantidad de proteínas que debe ingerir para crecer adecuadamente, compensar las pérdidas nitrogenadas y mantener un buen estado de salud.

Nutrición de la AEP, 2007)⁶¹. Inicialmente de los 3 a 5 años las recomendaciones proteicas dadas por FAO (1985)⁶² son 1.1 grs/kg/día, es decir 17.5 grs/día y de 5 a 7 años es 1 gr/kg/día, es decir 21 grs/día.

Los hidratos de carbono además de su papel energético, aportan 4 kcal por gramo, son fundamentales en el metabolismo de los centros nerviosos pues la glucosa proporciona casi toda la energía que utiliza el cerebro diariamente (Abete et al, 2010)⁶³. Según la Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO (2003)⁶⁴ la meta de ingesta de hidratos de carbono es de 55-75%, siendo este un porcentaje de energía total disponible después de tener en cuenta la consumida en forma de proteínas y grasas, por ello la amplitud del margen. Además se recomienda que el consumo de azúcares libres⁶⁵ sea menor al 10%.

Los lípidos proporcionan energía y llevan a cabo una variedad de importantes funciones en el cuerpo, proveen ácidos grasos esenciales, actúan como vehículo de vitaminas liposolubles como vitaminas A, D,E,K y carotenoides (FAO, 2013)⁶⁶. La Sociedad Argentina de Pediatría (2015)⁶⁷, con un enfoque en prevención en enfermedades cardiovasculares, recomienda para niños de 2 a 10 años que el porcentaje de grasa total sea entre un 25-30% del Valor Calórico Total (VCT). En cuanto a las grasas saturadas, se recomienda que sea de un 8-10% y de monoinsaturados y poliinsaturados hasta un 20% del VCT. En cuanto al colesterol se refiere a 300 mg o menos al día.

En la dieta del niño, al igual que en la del adulto, no sólo la ingesta energética total y la ingesta de macronutrientes son importantes para un correcto desarrollo. Durante las últimas décadas se ha incrementado el foco sobre el papel importante que juegan los llamados micronutrientes en la salud (Rodríguez-Palmero, 2001)⁶⁸. Los micronutrientes, también conocidos como vitaminas y minerales son componentes de coenzimas y cofactores que intervienen en múltiples reacciones orgánicas e indispensables en el metabolismo

⁶¹ El autor también refiere que tanto las proteínas de origen animal como las de origen vegetal deben formar parte de la dieta.

⁶² FAO en 1985 publicó, teniendo en cuenta la Reunión Consultiva Conjunta FAO/OMS/UNU de Expertos de 1981, el informe "Necesidades de energía y de proteínas".

⁶³ En su publicación desarrollan las características de los principales nutrientes que componen los alimentos.

⁶⁴ En 2003 publicó un informe que resume los dos años de consultas conjuntas de la FAO y la OMS con expertos del área médico y de salud pública.

⁶⁵ El término azúcares libres hace referencia a todos los monosacáridos y disacáridos añadidos a los alimentos por el fabricante, el cocinero o el consumidor, más los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes y los jugos de frutas.

⁶⁶ FAO en 2013 publicó "Alimentarnos bien para estar sanos", un módulo de aprendizaje diseñado para explorar conceptos básicos sobre nutrición, salud y alimentación saludable.

⁶⁷ El Consenso sobre manejo de las dislipidemias en pediatría tiene por objetivo transmitir los lineamientos para el diagnóstico temprano y el tratamiento de dislipidemias en pediatría y concientizar al pediatra sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular del adulto.

⁶⁸ La autora agrega que es esencial una ingesta adecuada de micronutrientes en los niños ya que el crecimiento y la actividad física aumentan los requerimientos.

intermedio de otros nutrientes (Lorenzo et al 2007)⁶⁹. Debido a la escasa síntesis , deben ser obtenidos de la dieta habitual y se necesitan en pequeñas cantidades. Por lo tanto, si se mantiene una dieta balanceada estarán presentes en cantidades suficientes en los alimentos (Tonietti, 2015)⁷⁰.

La mayoría de los requerimientos de vitaminas y minerales para niños y adolescentes han sido extrapolados de los requerimientos de adultos, teniendo en cuenta cantidades adicionales necesarias para el crecimiento (La Prensa de las Academias Nacionales de EE. UU, 2005)⁷¹. Las recomendaciones más recientes son las publicadas por el NRC en 2004 y por la FAO/OMS en 1998.

En Argentina, existe una alta prevalencia de deficiencia de algunos micronutrientes. Las principales son en relación al hierro, vitamina A, vitamina C, yodo, calcio y, en menor proporción, folatos, y, en el sur del país, vitamina D, donde es menor la radiación de rayos ultravioletas, especialmente en la temporada invernal (Torresani, 2008)⁷².

⁶⁹ Los autores también refieren que algunos minerales, además, son componentes estructurales del organismo y son necesarios en diferentes procesos que afectan el crecimiento, desarrollo, la función inmune y el transporte de oxígeno.

⁷⁰ Miriam Tonietti es Doctora, actualmente trabaja en el Servicio de Nutrición del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁷¹ La NAP, por sus siglas en inglés The National Academies Press, se encarga de publicar los informes de las Academias de Estados Unidos de Ciencias, Ingeniería y Medicina.

⁷² María Elena Torresani es Licenciada en Nutrición, Docente en la Universidad de Buenos Aires y miembro del Comité de Docencia e Investigación de la Escuela de Nutrición de la UBA.

CAPÍTULO 2

Alimentación en la niñez

La alimentación constituye un fenómeno complejo en el cual interactúan la biología y las respuestas adaptativas desarrolladas en cada lugar y tiempo concreto (Contreras Hernández, 2007)⁷³. Esta no se reduce a una función biológica, sino que establece una función estructurante de la constitución humana. Cada persona incorpora durante su socialización determinados modelos que a lo largo de su vida serán reinterpretados y modificados según sean las propias experiencias, las sucesivas instancias de aprendizaje y el acceso a nuevos tipos de información (Rovaletti, 2013)⁷⁴.

García Barthe (2014)⁷⁵ refiere que la alimentación puede ser abordada desde distintas perspectivas: la biológica en términos de nutrientes, aportes calóricos y consumo energético, la psicológica en términos de placer/displacer, gratificación, vínculos tempranos y subjetividad y también desde la antropología sociocultural, como hecho social.

La alimentación, en todas sus variantes culturales y en un sentido amplio, define la salud de las personas, su crecimiento y desarrollo (De Luis Román, Bellido Guerrero y García Luna, 2012)⁷⁶. La etapa infantil es el momento en el que se desarrollan los factores de riesgo que pueden desencadenar en edades adultas enfermedades relacionadas con la alimentación. Por ello, este es el momento adecuado para instaurar las bases de una alimentación saludable (Rodrigo-Cano, Soriano y Aldas-Manzano, 2016)⁷⁷.

Para que la alimentación se pueda considerar saludable debe aportar todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para llevar a cabo las actividades diarias y, a la vez, mantenerse sana, respetando los gustos y hábitos de la misma (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2016)⁷⁸.

En el marco de las Guías alimentarias para la población Argentina (GAPA), el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2016)⁷⁹ establece 10 recomendaciones para lograrla (Cuadro N°2).

⁷³ Jesús Contreras Hernández es Doctor en Filosofía y Letras. Actualmente, Catedrático de Antropología Social y Director del "Observatori de l'Alimentació" de la Universidad de Barcelona.

⁷⁴ Su artículo analiza la comensalidad, o la ausencia de la misma, y los hábitos alimentarios de la sociedad postmoderna.

⁷⁵ En su trabajo la autora aporta una mirada, desde las ciencias sociales, sobre los procesos que llevan de considerar al alimento como conjunto de nutrientes a la comida como hecho social

⁷⁶ Estos autores agregan que la alimentación debe reunir cualidades de variedad, equilibrio y adecuación acompañada de hábitos de vida saludables.

⁷⁷ En su trabajo, los autores estudiaron el grado de conocimientos sobre hábitos saludables de niños de 3 y 6 años, padres y profesores y su adherencia a la Dieta Mediterránea.

⁷⁸ Las "Guías Alimentarias para la Población Argentina" tienen por objetivo la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y las diversas formas de malnutrición.

⁷⁹ Este es un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos nutricionales y la composición de alimentos en una herramienta práctica que orienta a la población para una correcta selección y consumo de alimentos.

Cuadro N°2: Recomendaciones propuestas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para lograr una alimentación saludable.

Mensaje 1 Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.
Mensaje 2 Tomar a diario 8 vasos de agua segura.
Mensaje 3 Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.
Mensaje 4 Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
Mensaje 5 Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.
Mensaje 6 Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.
Mensaje 7 Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.
Mensaje 8 Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.
Mensaje 9 Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.
Mensaje 10 El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2016). Recuperado de <https://cutt.ly/qGWmz6>

Como se dijo anteriormente, la alimentación tiene un componente social. La comida es fuente de energía y disfrute sensorial y social, particularmente en la infancia es un importante ordenador de la vida cotidiana, del tiempo y del espacio, asociada a ella los niños aprenden normas, valores y formas de relacionarse (Ibáñez y Huergo, 2012)⁸⁰. Este constituye un vehículo privilegiado de socialización, es una forma de expresar la identidad y sentido de pertenencia (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019)⁸¹.

En esta etapa, la nutrición balanceada en los niños y niñas más allá de influir en su talla y peso como parte de su aspecto físico, es fundamental para el establecimiento de sus futuros hábitos alimenticios, ayudándolo a prevenir alteraciones en miras a un desarrollo óptimo integral lo que involucra aspectos educativos potenciando la atención, la memoria, el

⁸⁰ Ileana Desirée Ibáñez es Licenciada en Comunicación Social, Doctora en Estudios Sociales en América Latina y Miembro del Programa de estudios de Acción Colectiva y Conflicto Social (CIECS-UE/CONICET). Juliana Huergo es Licenciada en Nutrición, Doctora en Estudios Sociales de América Latina e Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

⁸¹ El documento “Manual para cocineros y auxiliares de cocinas” busca que aquellas personas que participan del proceso de elaboración y servicio de alimentos en las escuelas puedan trabajar en vista a una alimentación saludable y segura.

interés, la disposición y el rendimiento, entre otros (González-Bavera y Certad-Villarroe, 2018)⁸².

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida (Osorio, Weisstaub y Castillo Duran, 2002)⁸³. Moreno Villares y Galiano Segovia (2015)⁸⁴ refieren que la conducta alimentaria se establece desde el inicio de la alimentación complementaria y están consolidados antes de finalizar la primera década de la vida, persistiendo en gran parte en la edad adulta.

En el desarrollo de la conducta alimentaria participan de modo fundamental dos componentes: la regulación fisiológica del apetito-saciedad y el contexto social (Lorenzo et al, 2007)⁸⁵.

El concepto del apetito, tanto en niños como en adultos, engloba la elección de determinados alimentos y bebidas, el deseo de comer, las preferencias personales, los antojos y la ingesta calórica total. Al apetito lo regulan dos sensaciones opuestas: el hambre, que representa el impulso de comer producido por la necesidad homeostática de energía o por las influencias no homeostáticas del entorno y constituye la base de la conducta alimentaria⁸⁶; y la saciedad, que consiste en el proceso que tiene lugar durante y después de la ingesta de alimentos, por el cual disminuye el apetito y no se produce una ingesta excesiva. La saciedad puede dividirse en dos tipos: el primero es la saciedad intra-ingesta o saciación, que consiste en el proceso que ocurre durante el acto de comer y que propicia su fin, controlando la cantidad de alimento ingerido; el segundo es la saciedad pos-ingesta o saciedad, que es la sensación de plenitud que surge tras comer y que hace que se frene una ingesta excesiva (Blundell et al, 2010)⁸⁷.

La regulación del apetito se lleva a cabo mediante un complejo mecanismo en el que intervienen neurotransmisores y otros mediadores bioquímicos a nivel cerebral (Martínez

⁸² En su estudio, en el cual analizaron la dieta de niños de 3 a 6 años durante la jornada escolar, determinaron que las comidas que traían de sus casas se caracterizaban por contener alimentos fritos y que la ingesta de golosinas era elevado comparado con el de frutas.

⁸³ Jessica Osorio es Licenciada en Nutrición y Magíster en Nutrición Clínica Pediátrica. Gerardo Weisstaub es Médico Pediatra y Magíster en Ciencias de la Nutrición. Carlos Castillo Duran es Médico y Magíster en Nutrición Humana.

⁸⁴ En su trabajo los autores repasan la alimentación durante los periodos pre-escolar , escolar y adolescencia recalcando las características de cada una, los requerimientos nutricionales y diferentes aspectos que requieren atención en esos periodos.

⁸⁵ En su libro, los autores realizaron una revisión corregida y aumentada de la publicación “Nutrición Pediátrica En Nutrición del Niño Sano” a partir de material basado en evidencia científica.

⁸⁶ Los mecanismos homeostáticos corresponden a los que regulan los niveles de nutrientes en la sangre y los tejidos. Por otro lado, los mecanismos no homeostáticos o hedónicos son aquellos que producen sensaciones de bienestar o de recompensa después de ingerir alimentos, o bien determinan la preferencia por ciertos alimentos sobre otros.

⁸⁷ Estos autores, en 2010, publicaron un artículo que tiene como objetivo describir un conjunto de procedimientos científicos utilizados para evaluar el impacto de los alimentos y sus ingredientes en el apetito (psicológico y conductual).

Rubio y Grupo PrevInfad, 2014)⁸⁸. También participan otras influencias hormonales originadas en sitios distantes como el estómago y el intestino delgado; e incluso ambientales, entre las que se cuentan el fotoperíodo y los ritmos circadianos (Ochoa y Muñoz Muñoz, 2014)⁸⁹.

Después del 1er año de vida, e incluso alrededor de los 4-5 años, debido a la ralentización fisiológica del crecimiento, es muy común que los niños presenten una gran variabilidad, o incluso una disminución, del apetito. Cabe señalar que esta condición ocurre en ausencia de cualquier causa orgánica y la mayoría de las veces sin repercusiones negativas en el crecimiento del niño. Sin embargo, ante la negativa del niño a comer, los padres expresan angustia, ansiedad y frustración, siendo esta una de las principales preocupaciones que expresan en las consultas a los profesionales de la salud (Tomada, Morais Ferreira y Rêgo, 2015)⁹⁰.

Desde que el alimento es percibido conscientemente por el sujeto hasta que se produce la ingestión del mismo, intervienen toda una serie de señales sensitivas, entre ellas: el olor, sabor, textura, temperatura e incluso la apariencia y presentación de éstos. Todas estas señales son transmitidas hasta el sistema nervioso central, y provocan el inicio del acto alimentario al movilizar al sujeto hacia la aprehensión del alimento, la colocación en la cavidad oral, la degustación del mismo, y finalmente, la masticación y deglución (Ochoa y Muñoz Muñoz, 2014)⁹¹.

En la modulación del apetito-saciedad el sentido del gusto tiene una participación significativa. Existe una preferencia innata por el sabor dulce, que se asocia a alimentos comestibles y placenteros, y un rechazo por los sabores ácidos y amargos, que se asocian a no comestibles. La experiencia cotidiana del niño con la comida va modificando las respuestas tempranas, no aprendidas, de aceptación de lo dulce y rechazo de lo amargo y ácido (Moretti, 1998)⁹².

Además del gusto, otros sentidos desempeñan un papel importante. Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013)⁹³ refieren que los niños tienden a evitar los alimentos servidos a temperaturas extremas y rechazan algunos platos por su olor antes que por su sabor. A

⁸⁸ Estos autores publicaron un artículo llamado "Promoción de hábitos saludables. Apetito. Control de esfínteres".

⁸⁹ César Ochoa es Médico y Doctor en Ciencias. Guadalupe Muñoz Muñoz es Médico y forma parte del Departamento de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México.

⁹⁰ En su estudio los autores presentan cuatro casos de niños de edad preescolar que reportaron disminución del apetito de origen no orgánico.

⁹¹ En su investigación, publicada en 2014, analizan la regulación del apetito y la saciedad con las manipulaciones dieto terapéuticas y farmacológicas en el contexto actual el cual predomina la obesidad y el sobrepeso.

⁹² Mariana Moretti es Médica Especialista en Nutrición infanto-juvenil y Directora Médica del Centro Especializado en Desórdenes Alimentarios (CEDA).

⁹³ En 2013, estos autores publicaron la 13ª edición de su libro "Krause Dietoterapia".

menudo es necesario dar cierta sensación de orden en la presentación de la comida ya que muchos niños no aceptan alimentos distintos que están en contacto en un mismo recipiente, tampoco así los platos combinados o con alimentos no identificables. La presentación visual de un alimento es un determinante importante para su consumo, esto involucra tanto colores, como tamaños, formas y disposiciones en el plato.

A partir de estudios, Zeinstra et al. (2010)⁹⁴ y Donadini, Fumi y Porretta (2014)⁹⁵ pudieron identificar una mayor aceptación en ciertos métodos de cocción de verduras, tales como el vapor, dado que exaltan menos el sabor que otros, como es el caso del horneado, siendo así que las texturas granulares y los colores oscuros tiene una mayor posibilidad de rechazo.

A medida que el niño comienza a socializar e incorporar los modelos de alimentación de su cultura, deja de comer exclusivamente en respuesta a estímulos de hambre y comienzan a intervenir señales ambientales y sociales en el deseo de comer (Moretti, 1998)⁹⁶.

Las transformaciones demográficas, epidemiológicas, sociales y económicas de los últimos años impactan directa o indirectamente en la alimentación, el estilo de vida y la salud de la población. Las sociedades urbanas han incorporado estilos de vida sedentarios y una dieta caracterizada por su pobre calidad nutricional (Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil, 2018)⁹⁷. La globalización cultural y del comercio, la urbanización y los cambios sociales asociados, la universalización del capitalismo y los nuevos conocimientos en tecnología de alimentos han llevado a una mayor presencia de alimentos procesados y ultraprocesados en desmedro de los saberes y sentidos de la cocina tradicional (Aguirre, Díaz Córdoba y Polischer, 2015)⁹⁸.

En la actualidad, los hábitos alimentarios de los niños están cambiando de manera acelerada, fomentados por la publicidad, la moda y el escaso tiempo que existe en los

⁹⁴ En su estudio, los autores tomaron 3 diferentes grupos de niños que iban desde los 4 a 12 años y un grupo de adultos jóvenes (18 - 25 años), los cuales probaron y, a partir de ello, clasificaron seis métodos de preparación para zanahorias y chauchas.

⁹⁵ En su estudio niños de 4 a 5 años fueron puntuados, con una escala de reacción facial, a 6 vegetales (zanahoria, tomate, zucchini, espinaca, hinojo y achicoria) que fueron preparados de 3 maneras diferentes.

⁹⁶ En 1998, en el marco del Boletín CESNI, este autor publicó su artículo llamado "Conducta alimentaria en niños".

⁹⁷ CESNI es una asociación civil sin fines de lucro dedicada a la investigación y educación en Nutrición Infantil en Argentina.

⁹⁸ Su libro analiza la problemática alimentaria a nivel global y sus efectos en Argentina. Además, presenta el análisis e interpretación de entrevistas realizadas a mujeres y varones de distintas regiones del país, las cuales se indaga sobre la planificación, la compra, la preparación, el consumo y el desperdicio de alimentos, la cocina y el cocinar.

hogares para la preparación de alimentos saludables, o en muchos otros casos por falta de recursos y conocimientos sobre nutrición (García Londoño et al, 2008)⁹⁹.

La constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos en todo lugar al que los niños concurren, ha inducido un cambio importante en el patrón de alimentación infantil (Olivares, Yañez y Diaz, 2003)¹⁰⁰. Existe clara evidencia sobre la influencia de la publicidad de alimentos de baja calidad nutricional en el tipo de alimentos que prefieren, piden y consumen los niños y niñas. Las estrategias publicitarias que utilizan premios y promociones ligados a la compra del producto; que incluyen personajes animados y famosos en las publicidades y/o apelan al gusto y al sabor, aumentan el recuerdo del comercial y el disfrute del producto, e inciden en las preferencias y los patrones de consumo. Asimismo, al mirar televisión los niños y niñas asocian que los alimentos con baja calidad nutricional tienen un mejor gusto y son más atractivos (Fundación InterAmericana del Corazón Argentina, 2017)¹⁰¹.

La familia es el primer contacto con los hábitos alimentarios, ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños, siendo este el entorno más importante de aprendizaje (Vio et al, 2012)¹⁰². Esta representa un modelo de dieta y conducta alimentaria que los niños aprenden, constituyendo así, una fuente de conocimientos que bien podrían llegar a ser positivos o negativos, según la educación con que cuenta en hábitos alimentarios (Anaya- García y Álvarez-Gallego,2018)¹⁰³.

Muchas veces las personas encargadas de suministrar la alimentación a los niños, carecen de conocimientos sobre la forma en que deben ser alimentados. Por esta razón, estos últimos reciben una alimentación poco variada y un ejemplo distorsionado en lo que tienen que ver con la conducta alimentaria saludable (Ducuara- Mora, 2011)¹⁰⁴.

Esto genera que la manera de alimentarse de los padres se la puede tomar como un marcador de cómo se alimentarán los niños en el futuro. Especialmente en las familias en

⁹⁹ En su investigación caracterizaron los hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida de los niños Jardín Vaticanitos de la Localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, D. C. tomando como marco conceptual el modelo de Lund y Burk.

¹⁰⁰ Los autores recalcan la necesidad de educar en nutrición a la población escolar y su familia y también la de mejorar las condiciones ambientales adversas relacionadas con la baja oferta, alto precio y escasa o nula publicidad de los alimentos saludables.

¹⁰¹ FIC Argentina es una ONG autofinanciada y formalmente constituida en Argentina, afiliada a la InterAmerican Heart Foundation (IAHF), una organización creada en Estados Unidos.

¹⁰² Su estudio, publicado en 2012, tiene como objetivo realizar un análisis comparativo del conocimiento y consumo alimentario entre los escolares, sus padres y profesores, que sirva como línea de base para un modelo de intervención educativa en alimentación y nutrición en el ámbito escolar.

¹⁰³ Los autores agregan que el nivel educativo de los padres y sus ingresos económicos repercuten en el tipo de alimentos y su accesibilidad, situación que podría influir inevitablemente en el estado nutricional de cada uno de los integrantes de la familia.

¹⁰⁴ Pedro Enrique Ducuara-Mora es Nutricionista dietista y Magister en Administración en Salud.

las que existe obesidad o preocupaciones con la alimentación y dietas, el comportamiento alimentario de los hijos es influenciado por el estilo alimentario de los padres. Por ejemplo, las cantidades de comida que comen y la frecuencia con que lo hacen, y la preferencia por alimentos más energéticos dependen de la observación del mismo patrón en los padres, particularmente en la madre (Birch, 1998)¹⁰⁵.

El estilo de crianza relacionado con la comida, y específicamente el grado en que los padres intentan ejercer control sobre la alimentación de sus hijos, se ha destacado como una influencia importante en la elección de alimentos de los niños (Wardle, Carnell y Cooke, 2005)¹⁰⁶.

Delgado-Perez y Liria-Dominguez (2016)¹⁰⁷ a partir de su investigación, establecieron estrategias positivas y negativas que utilizan las madres a la hora de dar de comer a sus hijos. Entre las estrategias positivas se encuentran aquellas relacionadas con el apetito y el tiempo de consumo como, no insistir cuando el niño no quiere comer y dedicar tiempo para que él mismo coma, y el manejo de oportunidades que utiliza a su favor la madre, como cambiar las preparaciones, alternar preparaciones saladas con preparaciones dulces y modificar el alimento, camuflando las verduras en preparaciones, cambiando las consistencias o picando en trozos pequeños ciertos alimentos. En cuanto a las estrategias negativas, están aquellas en donde se utiliza la presión para que el niño coma, como gritarle, obligarlo a que coma o utilizar ciertas frases como “crecer sano/fuerte”, y por otro lado se encuentra la estrategia de premio/chantaje.

Según la investigación realizada por la Tuñon y Di Paolo (2018)¹⁰⁸, 44.4% de los padres de niños de 2 a 4 años disfrazan la comida saludable que a los chicos no les gusta para que la coman, el 40.6% de los padres “negocian” con los chicos para que coman y el 36.1% de los padres obligan a los chicos a comer lo que se les prepara.

En su estudio Galloway, Fiorito, Francis y Birch (2006)¹⁰⁹ concluyeron que los niños consumieron una cantidad significativamente mayor de alimentos cuando no se los presionó para comer y realizaron menos comentarios negativos. Los niños que fueron presionados

¹⁰⁵ En 1998, este autor publicó un artículo denominado "Influencias psicológicas en la dieta infantil".

¹⁰⁶ En su estudio, los autores pudieron establecer la relación entre el consumo de frutas y verduras de los padres, y la neofobia alimentaria de los niños siendo estos fuertes predictores del consumo de frutas y verduras de los niños, y ambos se asociaron con el control de los padres sobre la alimentación de los niños.

¹⁰⁷ Estos autores en 2016 llevaron a cabo una investigación que tuvo como población de estudio a madres de una zona urbano-marginal de Lima, Perú y sus hijos de 36 a 66 meses de edad.

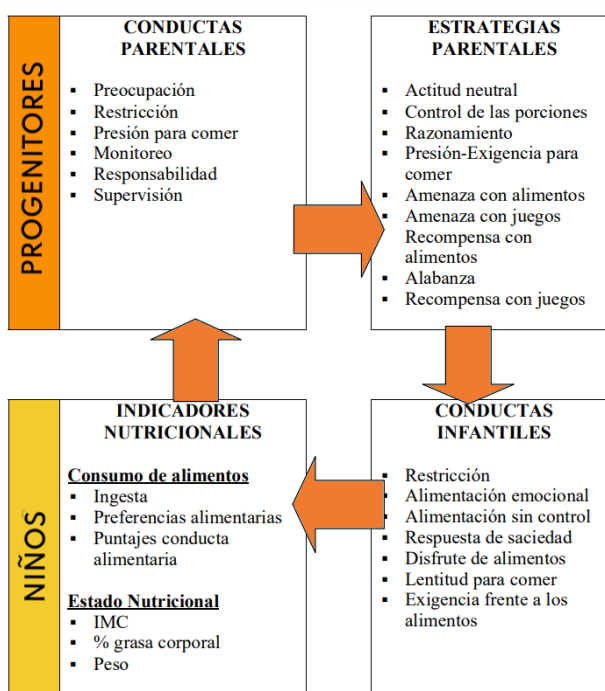
¹⁰⁸ En 2018, dentro del marco del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia perteneciente al Observatorio de la Deuda Social Argentina, de la Pontificia Universidad Católica Argentina, estos autores publicaron un informe llamado “Infancias y comensalidad. Hábitos y prácticas en relación a las comidas”.

¹⁰⁹ En 2006, estos autores publicaron su investigación llamada “Termine su sopa”: efectos contraproducentes de presionar a los niños para que coman sobre la ingesta y afectan”.

para comer en sus casas tuvieron puntuaciones percentiles de índice de masa corporal más bajas.

Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos (2008)¹¹⁰ se refieren a la conducta alimentaria como un ciclo interactivo (Figura N°1) en el que la “conducta alimentaria de los padres hacia sus hijos” los lleva a adoptar “estrategias específicas de alimentación infantil”, provocando en los niños “conductas alimentarias propias” que finalmente se reflejan en “indicadores de nutrición del niño”. Por ello sugiere que el estado nutricional de los niños puede ejercer su efecto, tanto como resultado final y como causa de la conducta de los padres hacia la alimentación de sus hijos.

Figura N°1: Interacciones entre la conducta familiar y alimentación infantil



Fuente: Domínguez, Olivares y Santos (2008). Recuperado de <https://cutt.ly/VGWmzVu>

Cómo se desarrolló anteriormente, la preferencia alimentaria en la edad preescolar puede estar influenciada por varios factores, entre ellos se encuentra la resistencia a algunos alimentos (Hernández Cabrera, 2020)¹¹¹.

“...La neofobia alimentaria es la resistencia a comer y/o evitar probar nuevos alimentos, se supone que tiene valor adaptativo, que cumple una función protectora en un entorno alimentario potencialmente hostil.” (Pliner y Hobden, 1992)¹¹².

¹¹⁰ Esta investigación aborda la influencia de la familia sobre la conducta alimentaria infantil en relación con la obesidad desde la perspectiva del ambiente familiar compartido como desde la herencia genética.

¹¹¹ Su estudio tenía como objetivo establecer la prevalencia de neofobia en niños de segundo curso de primaria que asisten a un comedor escolar de la isla de La Palma, España.

¹¹² Patricia Pliner es Licenciada en Psicóloga Social e Investigadora con enfoque en el comportamiento humano relacionado con la selección de alimentos. Karen Hobden es Licenciada en

Esta se manifiesta en todos los animales omnívoros y también, en los humanos. Se trata de una reacción innata de seguridad ante los peligros de un entorno en el que muchos alimentos pueden ser tóxicos. Así, ante el contacto con nuevos alimentos la actitud es de precaución, evitándose siempre que sea posible mientras se favorece la predilección por alimentos ya familiares (Casas-Esteve, Gomez-Santos y Salvatierra- Ferron, 2013)¹¹³. Se ha sugerido que la neofobia alimentaria es una fuerza conservadora, que opera para mantener el comportamiento de alimentación del organismo "encerrado en un camino seguro", evitando que sus preferencias de sabor se desvíen de los alimentos familiares conocidos por ser inofensivos (Schulze y Watson, 1995)¹¹⁴.

La neofobia alimentaria ayuda a este mecanismo de evitación, ya que el niño rechaza naturalmente las posibles fuentes de alimentos con las que no tiene experiencia. Por ello se la debe tratar como un trastorno natural más allá de un capricho (Lalinde Arango y Correa Arango, 2016)¹¹⁵.

En cuanto a la edad en la que se da este evento diferentes autores plantean determinadas edades. Cooke, Wardle y Gibson (2003)¹¹⁶ y Addessi, Galloway, Visalberghi y Birch (2005)¹¹⁷ indican que esta se da entre los 2-6 años de edad y luego con el paso del tiempo va desapareciendo. Raspini, Dirr, Di Iorio y Rinaldi (2014)¹¹⁸ indican que alrededor de los 3 años aparece la neofobia, coincidiendo esta con la etapa de rebeldía y del desarrollo del yo. También Maiz Aldalur (2004)¹¹⁹ hace referencia a la neofobia propia del desarrollo entre 2-3 años, siendo que a partir de los 5 años debería desaparecer. Por último, el

Psicología, Maestría en Psicología Social, Doctora en Psicología e Investigadora de la Universidad de Windsor, Canadá.

¹¹³ Estos autores publicaron un artículo que tenía como objetivo el estudio de la primera experiencia del modelo de intervención (Talleres Thao-Pequeña Infancia) en niños de 0 a 3 años, el cual tiene un formato de talleres para madres y padres con el objetivo de abordar aspectos tales como las actitudes y dificultades en la introducción de los nuevos alimentos.

¹¹⁴ En 1995, estos autores publicaron un artículo llamado "Neofobia del sabor en especies de roedores seleccionadas".

¹¹⁵ Las autoras destacan la necesidad de hacer todo un acompañamiento de carácter emocional y psicológico mientras el niño es expuesto a nuevos alimentos.

¹¹⁶ En su estudio los autores realizaron a madres de niños de 2 a 6 años un cuestionario que incluía preguntas sobre el comportamiento alimentario de los niños, la presencia de neofobia y las estrategias utilizadas a la hora de la comida.

¹¹⁷ Elsa Addessi es Maestra en Biología, Doctora en Biología Animal e Investigadora. Amy T Galloway es Licenciada en Psicología y Doctora en Biopsicología. Elisabetta Visalberghi es Bióloga. Leann Birch es Licenciada en Psicología, Profesora e Investigadora, considerada pionera en el campo de la conducta alimentaria infantil.

¹¹⁸ Estos autores publicaron un documento llamado "Alimentación del niño sano: trabajos prácticos guía 2014".

¹¹⁹ Edurne Maiz Aldalur publicó en 2004 su trabajo llamado "Obesidad infanto-juvenil, neofobia alimentaria y variables psicológicas asociadas".

Ministerio de Salud (2013)¹²⁰ indicó a la neofobia como propia de la primera y segunda infancia, es decir entre el nacimiento y los 12 años aproximadamente.

Este es un comportamiento prevalente en la infancia porque es un periodo en donde se desarrollan descubrimientos táctiles, relacionados con el gusto y olfativos y en el que los hábitos alimentarios se forman (de Oliveira Torresa, Gomesa y Mattosa, 2020)¹²¹. Como en cualquier etapa del desarrollo, algunos niños son sumamente rígidos y permanecen con miedo a los nuevos alimentos. Para algunos, ese temor puede durar hasta la edad adulta (Sarría Chueca y Fleza Zaragozano, 2009)¹²².

Sullivan y Birch (1994)¹²³ demostraron que los niños que fueron alimentados a través de lactancia materna se adaptan más rápidamente a los nuevos alimentos que los que fueron alimentados con una fórmula infantil, lo que sugiere que los primeros poseían quizás una experiencia sensorial más rica, obtenida a través de la leche materna.

La reacción del niño que experimenta neofobia alimentaria se presenta con graves signos de angustia y ansiedad. Lamentablemente, el nuevo alimento es con frecuencia retirado por los padres, que lo interpretan como rechazo del niño al nuevo alimento. La mayoría no son conscientes de la existencia de esta etapa del desarrollo y pueden limitar la oferta de alimentos basados tan sólo en los evidentes miedos y rechazos (Sarría Chueca y Fleza Zaragozano, 2009)¹²⁴.

La presión ejercida por los progenitores para que sus hijos consuman los alimentos está asociada a mayores niveles de neofobia. Por consiguiente, las futuras presentaciones del alimento se vincularan al enojo o a la irritación de los progenitores y el niño continuará rechazando el alimento (Maiz Aldalur, Maganto Mateo y Balluerka Lasa, 2014)¹²⁵.

En los niños la neofobia puede afectar a las elecciones alimentarias y por tanto, limitar la variedad de la dieta. En preescolares, las evidencias apuntan que a mayor nivel de neofobia existe una mayor reducción de preferencias de todos los grupos de alimentos, un menor consumo de frutas, verduras y de alimentos ricos en proteínas, y también una

¹²⁰ Este documento tiene como finalidad ser una base para la atención de niños con sobrepeso u obesidad en el Primer Nivel de Atención.

¹²¹ En 2020, estos autores realizaron una revisión sistemática identificando así los factores asociados a la neofobia alimentaria presente en los niños.

¹²² En su trabajo, publicado en 2009, los autores describen las alteraciones en la alimentación en niños, como los comedores resistentes o la neofobia alimentaria.

¹²³ En 1994, estos autores publicaron un artículo llamado "Experiencia dietética infantil y aceptación de alimentos sólidos".

¹²⁴ Los autores agregan que aquellos niños a los que no se les ha proporcionado una adecuada exposición a nuevos alimentos eventualmente pueden ser adultos que los sigan omitiendo de su dieta.

¹²⁵ Edurne Maiz Aldalur es Doctora en Psicología y Profesora adjunta en el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos en la Universidad del País Vasco. Carmen Maganto Mateo es Doctora en Psicología, Profesora Titular de Psicodiagnóstico Infantil en la Universidad del País Vasco y especialista en Psicología Clínica. Nekane Balluerka Lasa es Licenciada en Psicología y Rectora de la Universidad del País Vasco.

reducción en el consumo de calorías totales (Rodríguez-Tadeo et al, 2015)¹²⁶. La neofobia alimentaria se asocia con una dieta menos saludable, por ello, intentar disminuirla suele ser una estrategia frecuentemente utilizada para mejorar la dieta (Maíz Aldalur, Urdaneta y Alliot, 2018)¹²⁷.

La exposición a nuevos alimentos ha sido la estrategia más utilizada para reducir la neofobia alimentaria, ya que la exposición habitual hace que el alimento deje de ser nuevo y aumente su familiaridad. Asimismo, que el niño tenga experiencias positivas con alimentos se ha considerado también muy necesario para promover la disposición a probar otros nuevos (Pliner y Salvy, 2006)¹²⁸.

La exposición entre 10 a 15 veces del alimento nuevo ayuda a revertir este rechazo, siendo el efecto no inmediato pero que puede generar un gran cambio (Benton, 2004)¹²⁹ (Birch y Wolfe Marlin, 1982)¹³⁰. Es necesario que la exposición sea el consumo de los alimentos ya que se demostró que simplemente mirar u oler un alimento nuevo no era efectivo para reducir la neofobia (Birch, 2008)¹³¹.

En los niños, la aceptación a los alimentos se ve favorecida por las influencias sociales. La observación a sus padres y/o hermanos comiendo y disfrutando de los alimentos estimulan al niño a consumirlos debido al efecto del modelado (Harper y Sanders, 1975)¹³² (Addessi, Galloway, Visalberghi y Birch, 2005)¹³³. Que el niño vea a un modelo comer un alimento que inicialmente no le gustó o un alimento nuevo puede mejorar la preferencia por los alimentos y la probabilidad de que se consuma el alimento que

¹²⁶ En su investigación, realizada a escolares de la ciudad de Murcia, los autores concluyeron que la neofobia alimentaria se asoció a una disminución en el consumo de verduras y frutas, el gusto por las legumbres y menor consumo de cereales y sus derivados en el desayuno.

¹²⁷ Estos autores agregan que para promover una alimentación saludable en la población infantil, se debe considerar necesario incluir elementos de educación nutricional y sensorial y habilidades culinarias.

¹²⁸ Estos autores participaron del libro "La Psicología en la elección de alimentos", en el cual escribieron un capítulo específico que se titula "Neofobia alimentaria en humanos".

¹²⁹ David Benton es Doctor en Psicología y Profesor en la Universidad de Swansea, Gales.

¹³⁰ En su estudio con el fin de comprobar la relación entre la exposición y el rechazo a un alimento realizaron dos experimentos con niños de 2 años: al primer grupo se les presentaron 20, 15, 10, 5 o 2 veces en un periodo de 25 días diferentes tipos de quesos, mientras que al segundo grupo distintos tipos de frutas.

¹³¹ La autora agrega que tanto la cantidad y como la calidad de experiencias que los niños tengan con los alimentos, tienen efectos positivos en las preferencias alimentarias y patrones de ingesta de alimentos.

¹³² Estos autores en 1975 publicaron su estudio llamado "El efecto de la alimentación de los adultos en la aceptación de los niños pequeños de alimentos desconocidos".

¹³³ En 2005, estos autores publicaron su estudio en el cual evaluaron el comportamiento de los niños sometidos a 3 situaciones diferentes con respecto a la presencia y comportamiento de un adulto a la hora de comer un alimento nuevo.

inicialmente no le gustó (Birch et al, 1987)¹³⁴.

Hendy y Raudenbush (2000)¹³⁵ refieren que las maestras también juegan un papel importante a la hora de animar al niño preescolar a aceptar el alimento desconocido.

Guiar a los padres en técnicas de exposición regulares y repetidas al gusto, particularmente con vegetales, frutas, carne y huevos, genera una potencial mejora en la dieta de los niños, ya que estos se encuentran en un periodo sensible en el cual están desarrollando hábitos alimentarios que durarán toda su vida (Cooke, Wardle y Gibson, 2003)¹³⁶.

¹³⁴ Los autores agregan el concepto “seguridad aprendida”, esta es una mejora en la preferencia alimentaria que se da cuando un niño es expuesto a un alimento nuevo y no presentó consecuencias gastrointestinales negativas.

¹³⁵ En su estudio, concluyeron que las maestras que demostraron entusiasmo ante un alimento nuevo mejoraba la preferencia alimentaria de los niños durante las primeras cinco comidas.

¹³⁶ En su estudio concluyeron que los mayores niveles de neofobia alimentaria se relacionaban con el bajo consumo de vegetales, frutas y carnes.



DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es descriptiva ya que mide y evalúa diversos aspectos y componentes del fenómeno a investigar. El tipo de diseño, es no experimental, transversal, puesto que evalúa el estado nutricional de los niños referido por los padres, la presencia de neofobia y los hábitos alimentarios de los niños que residen en la ciudad de Mar del Plata así como también el grado de información de sus respectivos padres sobre alimentación saludable en un momento determinado, sin realizarse un seguimiento del caso, a través de una encuesta enviada de manera online.

El universo o población son todos los padres y sus respectivos hijos de edad entre 3 a 5 años que residen en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2021.

El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia, compuesto por 27 padres y sus respectivos hijos de edad entre 3 a 5 años que residen en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2021.

La unidad de análisis es cada uno de los padres y sus respectivos hijos de edad entre 3 a 5 años que residen en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2021.

Las variables a estudiar serán las siguientes:

- Edad de los niños:

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento

Definición operacional: Tiempo que ha vivido cada niño que reside en la ciudad de Mar del Plata contando desde su nacimiento. Los datos se obtienen, por medio de una pregunta a completar, a través de una encuesta dirigida por los padres de los niños.

- Sexo de los niños:

Definición conceptual: Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre o como mujer.

Definición operacional: Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los niños que residen en la ciudad de Mar del Plata como hombres o como mujeres. Los datos se obtienen, por medio de una pregunta de dos opciones: masculino o femenino, a través de una encuesta dirigida por los padres de los niños.

- Estado nutricional de los niños referido por los padres:

Definición Conceptual: Situación referida por los padres en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Definición Operacional: Situación referida por los padres en la que se encuentran sus hijos, que residen en la ciudad Mar del Plata, en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Los datos se obtienen por medio de preguntas a completar sobre el peso y la talla, a través de una encuesta dirigida por los padres de los niños.

El peso corporal es la suma de todos los componentes del organismo y representa la masa corporal total.

La talla es la estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.

Con las mediciones del peso y la talla se calculará el Índice de masa corporal, el mismo es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo. Se trasladará el IMC junto con la edad del niño en años, meses y días a las tablas de “Patrones de crecimiento infantil” de la OMS, publicadas por el Ministerio de Salud. Esto teniendo en cuenta la Talla/ Edad. Las categorías de resultados que se utilizarán son:

Tabla N°1: Clasificación del estado nutricional de los niños referido por los padres según IMC/Edad y Talla/Edad

IMC/E	Talla/ Edad	
	Normal (> pc 3)	Baja (< pc 3)
IMC Bajo (< pc 3)	Bajo Peso	Bajo peso con talla baja
IMC entre pc 3 y 10	Riesgo de Bajo Peso	Riesgo de bajo peso con baja talla
IMC Normal (entre pc 10 y 85)	Normal	Talla baja
IMC (entre > pc 85 y 97)	Sobrepeso	Sobrepeso con baja talla
IMC (> pc 97)	Obesidad	Obesidad con baja talla

Fuente: “Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría”. MSN (2009)

- Presencia de Neofobia alimentaria de los niños:

Definición conceptual: Resistencia a comer y/o evitar probar nuevos alimentos.

Definición operacional: Resistencia a comer y/o evitar probar nuevos alimentos que pueden llegar a presenciar los niños que residen en la ciudad de Mar del Plata. Se evaluará mediante la Escala de neofobia alimentaria utilizada en el estudio de Rodríguez-Tadeo et al (2015). Esta está basada en la Escala de Neofobia Alimentaria en Niños (Pliner 1994) y la

Escala de Neofobia Alimentaria (Pliner y Hobden, 1992) traducida y validada al español por Fernández-Ruiz, Claret y Chaya (2013).

Esta encuesta consta de 10 ítems, que serán respondidas por los padres y tutores sobre sus hijos. Cinco de los ítems se evaluarán de la siguiente manera: 1=Completamente de acuerdo, 2=Moderadamente de acuerdo, 3=Ligeramente de acuerdo, 4=Ni en acuerdo, ni en desacuerdo, 5=Ligeramente en desacuerdo, 6=Moderadamente en desacuerdo y 7=Completamente en desacuerdo. Los otros cinco ítems se evaluaron de forma contraria a los anteriores, donde 1=Completamente en desacuerdo y 7=Completamente de acuerdo.

Los resultados se categorizan:

- Neofobicos, chicos que presentan resistencia a probar nuevos alimentos: 51-70 puntos.
- Grupo promedio: chicos que presentan disposición a probar nuevos alimentos: 25-50 puntos.
- Neofilicos, chicos que están muy dispuestos a probar nuevos alimentos: 10-24 puntos.

• Hábitos alimentarios de los niños:

Definición conceptual: Comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales

Definición operacional: Comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a los niños que residen en la ciudad de Mar del Plata a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a influencias sociales y culturales. Los datos se obtendrán, por medio de preguntas de opción múltiple a través de una encuesta dirigida por los padres de los niños, en donde se preguntaran aspectos sobre las comidas: momentos, frecuencia, con que bebida acompañan, existencia de colaciones, uso de pantallas como televisión, tablets y celulares; tipo y forma de preparación de frutas y verduras. Además se hará una encuesta de frecuencia de consumo.

• Grado de información de los padres sobre alimentación saludable:

Definición conceptual: Conocimientos adquiridos por una persona a través de la experiencia o educación sobre alimentación saludable.

Definición operacional: Conocimientos adquiridos a través de la experiencia o educación por los padres de los niños que residen en la ciudad de Mar del Plata sobre alimentación saludable. Los datos se obtienen a través de una encuesta dirigida por los padres de los niños con preguntas abiertas y con opciones múltiples. Los contenidos que se

evaluarán son: las recomendaciones y micronutrientes de los diferentes grupos de alimentos (lácteos, verduras, frutas y embutidos), importancia de las comidas, composición de un desayuno completo y contenido de bebidas gaseosas. Los resultados se categorizan: Alto conocimiento (8-10 puntos), Medio conocimiento (6-8 puntos), Bajo conocimiento (3-5 puntos), Muy bajo conocimiento (1 puntos), Nulo conocimiento (0 puntos).

Consentimiento Informado

La presente investigación es realizada por Rosario Perez Diaz, estudiante de la carrera de Licenciatura en Nutrición de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA, como parte de la tesis de grado. Me encuentro investigando sobre el estado nutricional de los niños referido por los padres, presencia de neofobia alimentaria y hábitos alimentarios de niños de 3 a 5 años que residen en la ciudad en Mar del Plata y el grado de información en alimentación saludable de sus padres.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará responder una breve encuesta referida el estado nutricional de los niños referido por los padres, la presencia de neofobia alimentaria y sobre los hábitos alimentarios de sus hijos de edad preescolar y un cuestionario sobre su grado de información en alimentación saludable.

La participación es voluntaria y le llevará 15 minutos de su tiempo, siendo de mucha ayuda para poder concretar esta investigación. La información que se recoja en la encuesta será confidencial y anónima y la misma será utilizada únicamente con fines académicos.

Puede abandonar la evaluación en cualquier momento sin que esto repercuta en su persona.

Ante cualquier duda o consulta podrá realizarla vía mail: rperezdiaz@ufasta.edu.ar

Muchas gracias, Rosario

Encuesta Nutricional

1. Sexo:
2. Fecha de nacimiento:
3. Peso:
4. Talla:

• CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO:

5. ¿Cuántas veces a la semana realiza el niño las siguientes comidas? Marque donde corresponda

COMIDA	Todos los días	6 a 5 días a la semana	4 a 3 días a la semana	2 a 1 día a la semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca
Desayuno						
Colación media mañana						
Almuerzo						
Colación media tarde						
Merienda						
Cena						

6. ¿Con qué frecuencia semanal consume el niño los siguientes alimentos? Marque donde corresponda

TIPO DE ALIMENTO	Todos los días	6 a 5 días a la semana	4 a 3 días a la semana	2 a 1 día a la semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca
Leche						
Yogurt						
Quesos						
Huevo						
Carne vacuna						
Pollo						
Pescado						
Vegetales cocidas (todos menos Papa/Batata/Choclo)						
Vegetales crudos						
Papa/Batata/Choclo						
Frutas						
Arroz/Polenta/Pastas/ Pastas rellenas						
Legumbres (lentejas, porotos, arvejas, garbanzos, etc.)						
Cereales de desayuno						
Pan						
Galletitas de agua y dulces						
Productos de panadería (tortas, budines, galletitas, facturas)						

Productos de copetín						
Jugos comerciales/Gaseosas						

7. El niño acompaña su comida con...

- Agua
- Gaseosa con azúcar
- Gaseosa sin azúcar
- Jugos comerciales
- Jugo natural de frutas
- Nada

8. En cuanto a los vegetales, ¿cuáles de estos consume habitualmente el niño?

- Acelga
- Espinaca
- Tomate
- Lechuga
- Zapallito
- Zanahoria
- Cebolla
- Zapallo
- Remolacha
- Papa
- Batata
- Choclo
- Brócoli
- Coliflor
- Morrón

9. ¿De qué manera consume habitualmente los vegetales el niño?

- Salteados
- En ensaladas
- Pisados (pure), licuados o mixeados
- En tortillas, croquetas y budines
- Otros

10. En cuanto a las frutas, ¿cuáles consume habitualmente el niño?

- Manzana
- Naranja
- Mandarina
- Banana
- Pera
- Uva
- Sandía/Melón
- Frutilla
- Kiwi
- Ciruela
- Durazno
- Ananá

11. ¿De qué manera consume habitualmente las frutas el niño?

- Frescas
- En licuados
- Jugos exprimidos
- En preparaciones como tortas, muffins y galletas
- Compotas, en almíbar o purés
- Otra...

12. A la hora del almuerzo/cena, generalmente el niño come...

- Solo
- Acompañado de otros niños
- Acompañado de al menos un adulto
- Otra...

13. ¿El niño habitualmente utiliza la televisión u otros dispositivos electrónicos como celulares o tablet durante las comidas?

- Si
- No

Escala de Neofobia Alimentaria

14. Marque donde corresponda, según el comportamiento del niño

	1	2	3	4	5	6	7
	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
Constantemente prueba comidas o alimentos nuevos y diferentes							
Le gustan las comidas o alimentos de países diferentes							
En fiestas con comida, prueba comidas o alimentos nuevos							
Come casi de todo							
Le gusta probar nuevos restaurantes étnicos*							

*Étnico: término usado para diferenciar los alimentos de los nacionales.

15. Marque donde corresponda, según el comportamiento del niño

	1	2	3	4	5	6	7
	Completamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Completamente de acuerdo
No confía en comidas o alimentos nuevos							
Si no sabe lo que hay en una comida o alimento, no lo prueba							
La comida étnica le parece demasiado extraña para comerla							
Le da miedo comer cosas que nunca ha probado antes							
Es muy especial respecto a los alimentos que comen							

Fuente: Rodríguez-Tadeo, A. et al (2015). *Neofobia alimentaria: impacto sobre los hábitos alimentarios y aceptación de alimentos saludables en usuarios de comedores escolares*. *Nutr. Hosp*, 31(31),260-268. Recuperado de <https://cutt.ly/dGWSfx8>

PUNTUACIÓN TOTAL:

Encuesta sobre Alimentación Saludable

16. ¿Cuál de todas estas comidas le parece que es la más importante? Marque la respuesta correcta

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena
- Todas lo son

17. ¿Cuál es la recomendación diaria de vasos de agua? Marque la respuesta correcta

- 3
- 5
- 8
- Las que puedas tomar

18. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras se recomienda comer al día? Marque la respuesta correcta

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

19. Generalmente los embutidos, fiambres y productos procesados se caracterizan por tener un alto contenido de:

- Sodio
- Vitamina B
- Hidratos de carbono
- Vitamina C

20. Luego de los 2 años de vida, se recomienda el consumo de lácteos...

- Enteros
- Semi descremados
- Descremados

21. ¿Cuál de estas opciones se considera un desayuno completo?
- Pan, leche o yogurt y queso
 - Leche o yogurt y fruta
 - Jugo exprimido de fruta y galletas
 - Leche o yogurt, pan con queso y fruta
22. Las bebidas gaseosas comunes se caracterizan por tener un elevado contenido de:
- Azúcar
 - Sodio
 - Calcio
23. ¿Por qué cree usted que se recomienda incorporar a la alimentación verduras y frutas de diferentes colores?
24. El principal beneficio del consumo de frutas y verduras crudas es el aporte de:
- Calcio
 - Vitamina K
 - Proteínas
 - Fibra alimentaria
25. En cuanto al consumo de carnes (vacuna, pollo, pescado, cerdo), se recomienda:
- Cocinarlas con la grasa visible y luego quitarlas a la hora de comer
 - Quitar la grasa visible antes de cocinarlas
 - No es necesario quitar la grasas visible en ningún momento

ANÁLISIS DE DATOS

Para poder llevar adelante la presente investigación se desarrolló un trabajo de campo, el cual consistió en una encuesta realizada a 27 padres y sus respectivos hijos que residen en la ciudad de Mar del Plata. Los datos se obtuvieron en un solo corte, durante el mes de diciembre del año 2021.

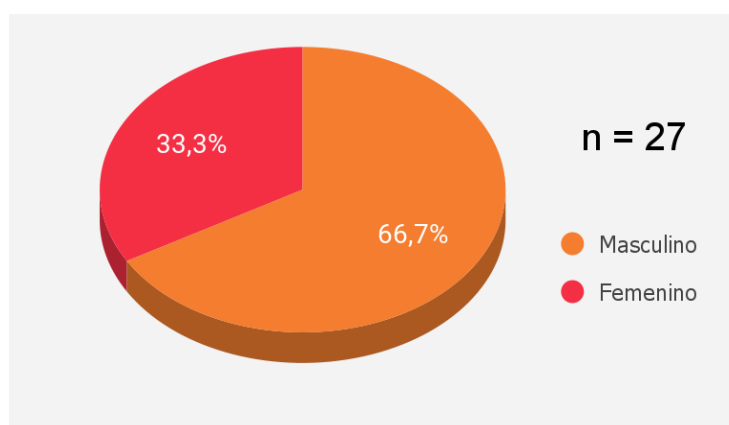
La encuesta estuvo conformada por preguntas cerradas con el fin de conocer el estado nutricional de los niños referido por los padres y los hábitos alimentarios de los niños considerando, frecuencia con que realizan desayuno/almuerzo/merienda/cena/colaciones, con quien realizan las comidas, tipo y forma de preparación de frutas y verduras y uso de pantallas como televisión, tablets y celulares durante las comidas principales. Además, incluyó una frecuencia de consumo de alimentos por parte de los niños y preguntas cerradas dirigidas a los padres para determinar el grado de información de los mismos sobre alimentación saludable.

La presencia de neofobia se evaluó por medio de la Escala de neofobia alimentaria utilizada en el estudio de Rodríguez-Tadeo et al. (2015) consta de 10 ítems con 7 escalas y permite proporcionar información sobre la presencia de neofobia alimentaria en los niños.

La información que se detalla a continuación es el resultado del análisis del trabajo de campo realizado en la muestra seleccionada.

Inicialmente se presentan los aspectos vinculados al perfil sociodemográfico de los niños encuestados. En primer lugar, se expone la composición por sexo de la muestra.

Gráfico N°1. Distribución según sexo de los niños

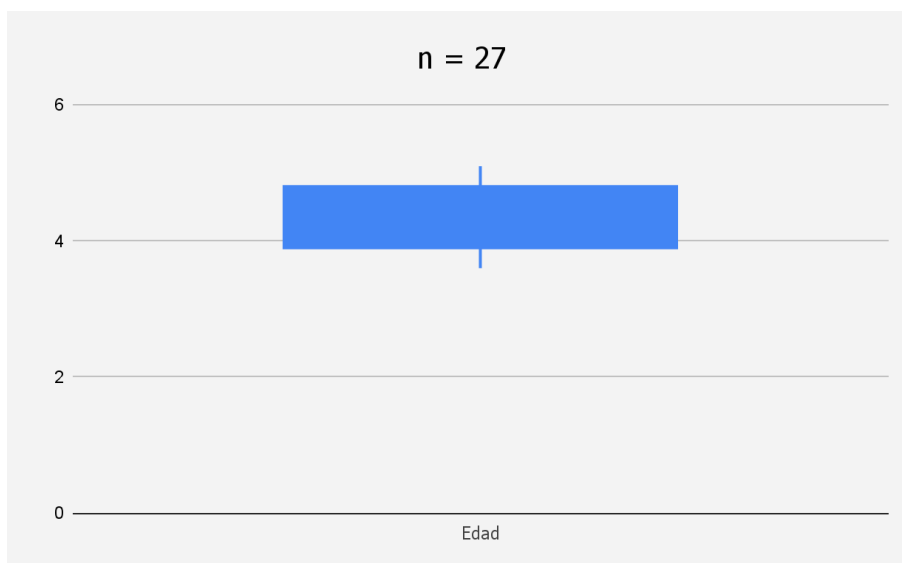


Fuente: elaboración propia

La muestra estuvo compuesta por 27 niños de los cuales 18 (66,7%) fueron del sexo masculino y 9 (33,3%) del sexo femenino.

A continuación, se presenta la distribución de la muestra según la edad.

Gráfico N°2. Distribución según edad por meses de los niños

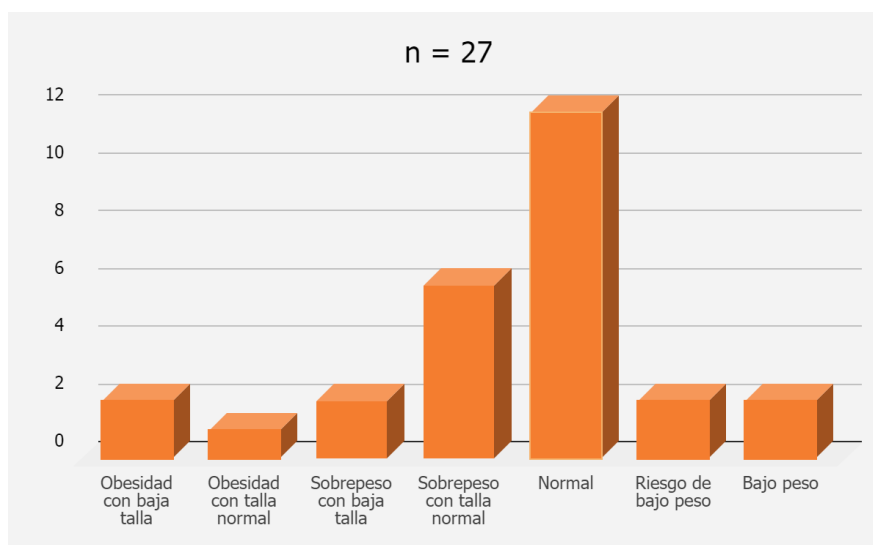


Fuente: elaboración propia

Las edades oscilaron entre 3 años 7 meses y 5 años 1 mes, siendo la edad promedio de 4,3 años y la mediana de 4,2 años.

El siguiente gráfico representa el estado nutricional de los niños referido por los padres.

Gráfico N°3. Clasificación según el estado nutricional de los niños referido por los padres



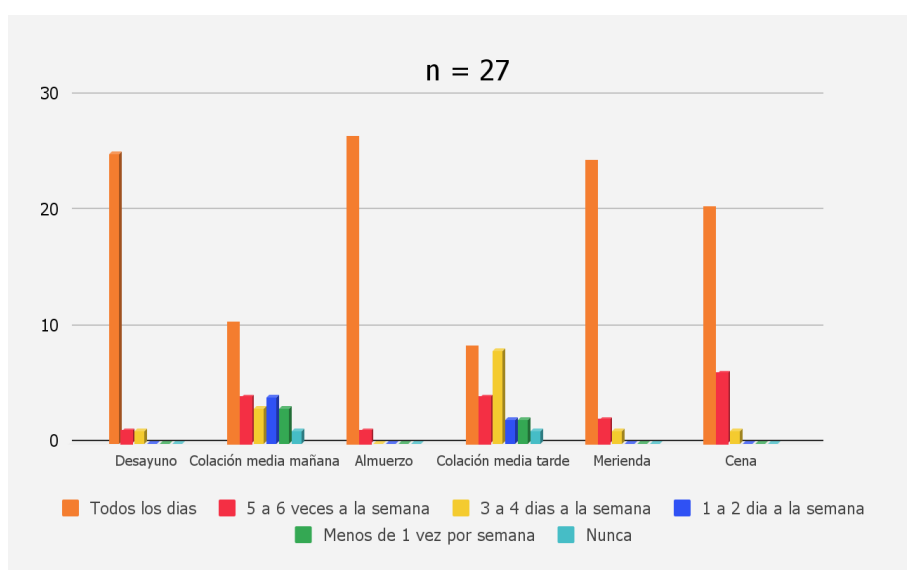
Fuente: elaboración propia

A partir de los datos recabados, teniendo en cuenta lo referido por los padres, se pudo observar que el 44,44% de los niños posee un estado nutricional normal mientras que el 7,41% posee riesgo de bajo peso y el 7,41% bajo peso. Asimismo, el 29,63% posee sobrepeso, de los cuales el 7,41% además poseen afectación en la talla y un 11,11% posee obesidad, de los cuales el 7,41% también tienen afectada la talla.

Teniendo en cuenta los datos recabados, se observa una diferencia con respecto a los datos aportados por la Segunda ENNyS, la cual afirmaba que en la población menor de 5 años el porcentaje de exceso de peso ya sea por sobrepeso u obesidad es del 13,6% . Por otro lado, la proporción de bajo peso y emaciación en la población de menores de 5 años es de 1,7% y 1,6% respectivamente, y con respecto a la proporción de baja talla a nivel nacional fue de 7,9% (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

Por otro lado, indagando sobre el consumo de las comidas principales como desayuno, almuerzo, merienda, cena o colaciones se obtuvieron los siguientes datos.

Gráfico N°4. Consumo de comidas principales o colaciones de los niños



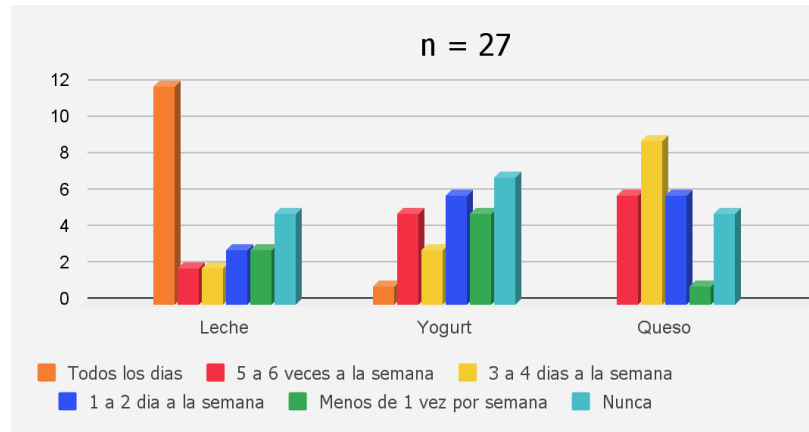
Fuente: elaboración propia

El 96,26% de los niños almuerza en forma diaria, mientras que la cena es realizada todos los días por el 74,07%. Considerando la muestra total, a diario realizan el desayuno y merienda, el 92,59% y 88,88% respectivamente. La colación de media mañana es realizada todos los días por el 37,03% y la colación de media tarde por el 29,62%.

Se realizó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos de los niños y a continuación se analizó la frecuencia de consumo particular de cada grupo de alimentos estudiado.

Se empieza por el grupo de los lácteos.

Gráfico N°5. Frecuencia de consumo semanal de lácteos de los niños



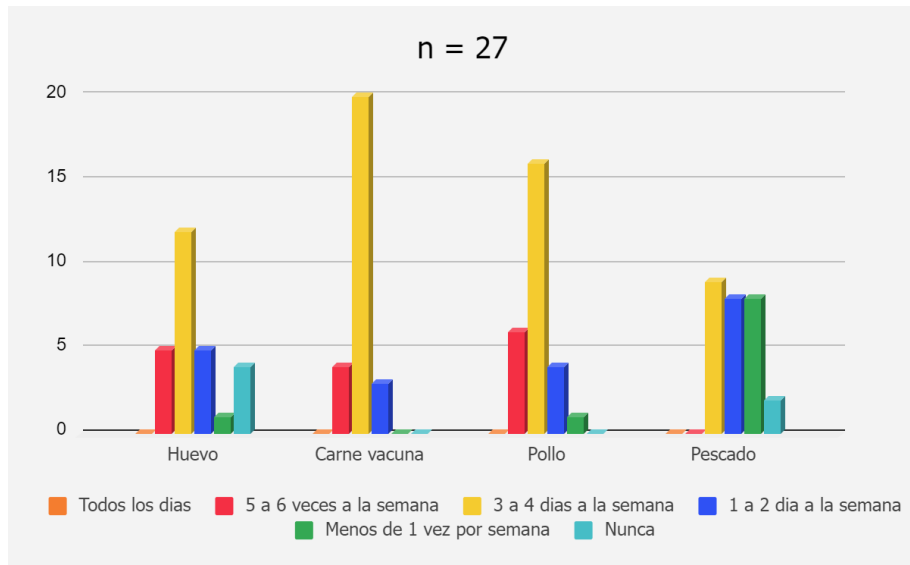
Fuente: elaboración propia

El gráfico N°5, muestra que la leche es consumida con mayor frecuencia respecto del yogurt. La leche es consumida por el 81,46% de los niños, con una frecuencia diaria del 44,44%, de 5 a 6 veces a la semana por 7,4%, de 3 a 4 veces por el otro 7,4%, de 1 a 2 veces por semana por el 11,11%, menos de una vez por semana por el 11,11%, y un 18,51% no la consumen nunca. El yogurt por su parte, es consumido por el 74,05% de los niños pero con otra frecuencia, el 3,7% lo consumen diariamente, un 18,51% lo consumen de 5 a 6 veces por semana, otro 11,11% lo consume de 3 a 4 veces por semana, el 22,22% lo consume de 1 a 2 veces por semana, un 18,51% lo consume menos de 1 vez por semana, a la vez que un 25,92% no lo consumen en ninguna ocasión.

En cuanto al queso, es consumido por el 81,47% de los niños. Con una frecuencia de 5 a 6 veces por semana es consumida por el 22,22%, de 3 a 4 veces a la semana por el 33,33%, de 1 a 2 veces por semana por el 22,22%, menos de 1 vez a la semana por el 3,7% y el 18,51% no lo consumen nunca.

En el gráfico N°6 se observa los resultados referidos al consumo de huevo y carnes, considerando carne roja, pollo y pescado.

Gráfico N°6. Frecuencia de consumo semanal de huevo y carnes de los niños

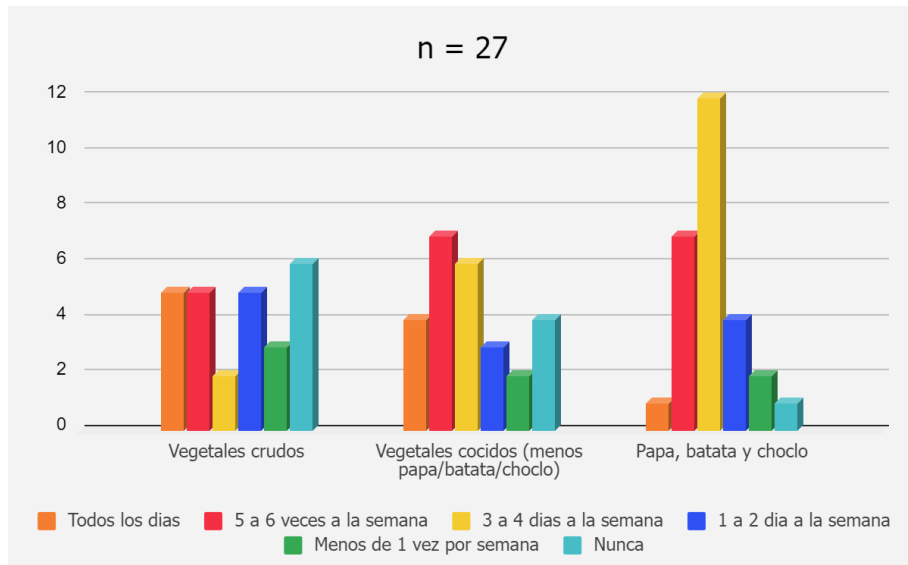


Fuente: elaboración propia

El huevo es consumido por el 85,16% de los niños. El 18,51% lo consumen de 5 a 6 veces a la semana, el 44,44% lo consumen de 3 a 4 veces a la semana, el 18,51% de 1 a 2 veces a la semana, el 3,7% menos de una vez por semana y el 14,81% no lo consumen.

La carne vacuna, por su parte, es consumida por el 100% de los niños, de 5 a 6 veces por semana por el 14,81% mientras que el 74,07% la consumen de 3 a 4 veces a la semana y un 11,11% 1 a 2 veces a la semana. El pollo también es consumido por el 100% de los niños, con una frecuencia de 5 a 6 veces por semana por el 22,22%, de 3 a 4 veces por semana por un 59,25%, de 1 a 2 veces por semana por el 14,81% y menos de una vez por semana por el 3,7%. Con respecto al pescado este es consumido por el 92,6% de la muestra, un 33,33% lo consumen de 3 a 4 veces por semana, un 29,26% de 1 a 2 veces por semana, un 29,26% menos de 1 vez por semana y un 7,4% no consumen nunca.

Gráfico N°7. Frecuencia de consumo semanal de vegetales de los niños

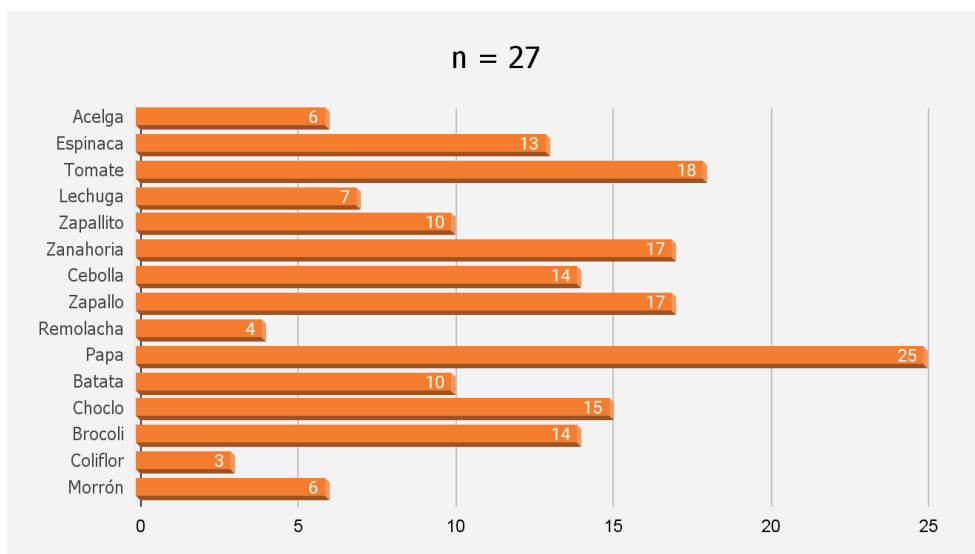


Fuente: elaboración propia

En el gráfico N°7 se puede observar que dentro de este grupo de alimentos, los más elegidos por la muestra estudiada son la papa, batata y choclo, siendo consumidas por el 96,3% de los niños. Un 3,7% las consumen de manera diaria, de 5 a 6 veces a la semana por el 25,92%, de 3 a 4 veces a la semana por el 44,44%, de 1 a 2 veces a la semana por el 14,81%, menos de una vez a la semana por el 7,4% y un 3,7% no las consumen nunca.

Por otro lado, los vegetales crudos son consumidos por el 74,08% de la muestra, con una frecuencia diaria por el 18,51%, de 5 a 6 veces a la semana por el 18,51%, de 3 a 4 veces a la semana por el 7,4%, de 1 a 2 veces a la semana por el 18,51%, menos de una vez a la semana por el 11,51% y no son consumidos nunca por el 25,92%. Los vegetales cocidos, sin considerar la papa, batata y choclo, son consumidos por el 81,49%, de los cuales 14,81% los consumen todos los días, un 25,92% de 5 a 6 veces a la semana, un 22,22% de 3 a 4 veces a la semana, otro 11,11% los consumen 1 a 2 veces a la semana, un 7,4% menos de una vez por semana y el 18,51% no los consumen.

Gráfico N°8. Tipo de vegetales consumidos por los niños



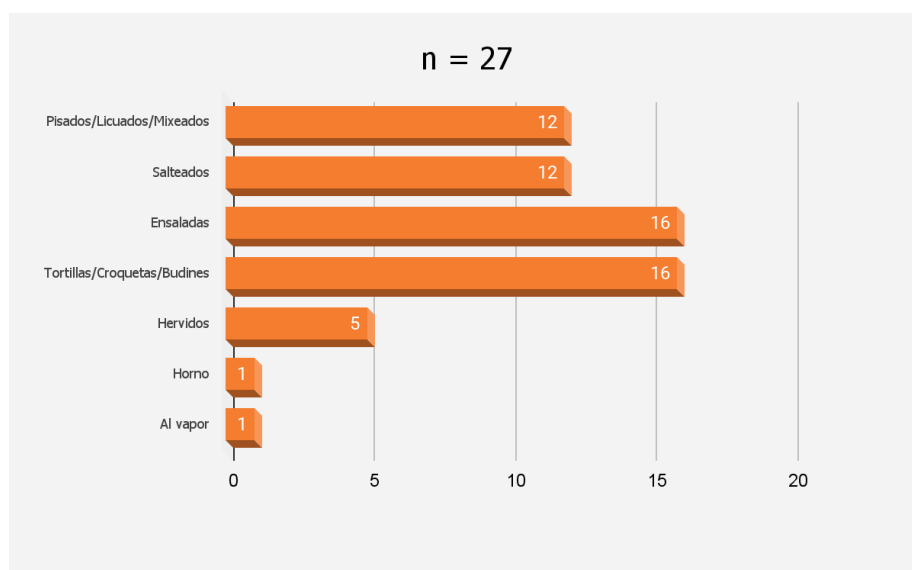
Fuente: elaboración propia

El gráfico N°8 muestra información sobre el tipo de vegetales que son habitualmente consumidos por los niños. En primer lugar, con un porcentaje del 92,6%, se encuentra la papa, seguido por el tomate, la zanahoria y el zapallo los cuales son consumidos por el 60% a 70% de los niños. Luego con un porcentaje entre el 59 a 50% se encuentran el choclo, la cebolla y el brócoli. Con un consumo moderado se encuentran la espinaca que es consumida por un 48,1% de la muestra. Le siguen la batata, el zapallito, la lechuga, acelga y el morrón. Por último, solo el 14,8% y 11,1% de la muestra consumen remolacha y coliflor.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por González (2016) en su estudio del cual obtuvo que los vegetales más consumidos por los niños eran la papa, el tomate y la lechuga. Además CESNI (2016) afirma que las verduras más consumidas por los niños de entre 2 a 12 años, sin tener en cuenta la papa, son el tomate, la cebolla, la zanahoria, el zapallo y la lechuga.

Acerca de las formas de consumo de los vegetales, se recabaron los siguientes datos.

Gráfico N°9. Formas de consumo de vegetales por los niños



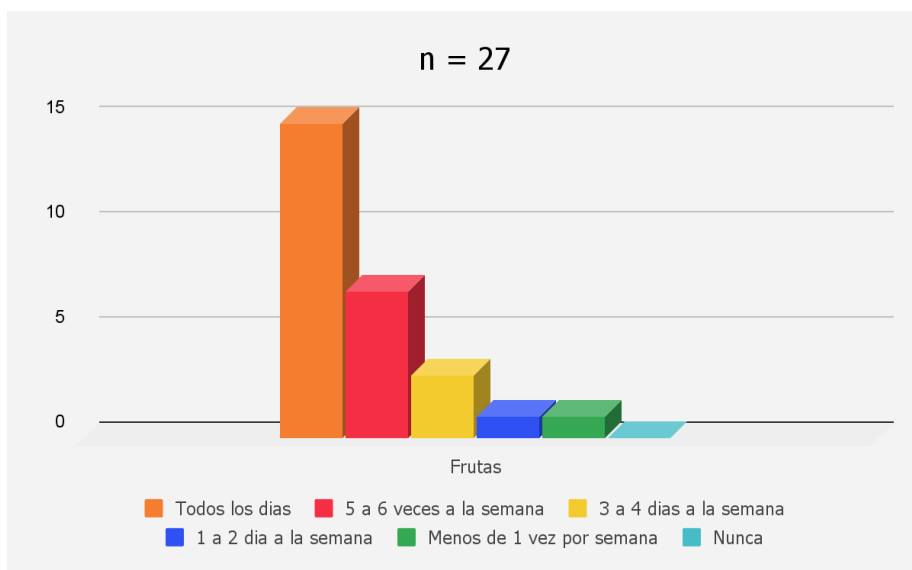
Fuente: elaboración propia

Las formas de consumo más habituales de vegetales por los niños son en ensaladas y en tortillas, croquetas y budines. Luego se encuentran el consumo en purés, licuados o mixeados y salteados con un porcentaje del 44,44% de la población. Le sigue el consumo de vegetales hervidos con un 18,51% y por último el consumo de vegetales al horno y al vapor con un porcentaje del 3,7% respectivamente.

En contraposición a estos resultados, en el gráfico N°7 se observó que los vegetales crudos no eran consumidos en ningún momento de la semana por el 25,92% de los niños, mientras que los vegetales cocidos no eran consumidos nunca por él 18,51%.

Zeinstra et al. (2010) afirma que los vegetales crudos y las ensaladas son mejores aceptadas en la población infantil que los vegetales cocidos. El autor refiere que se puede deber al cambio de texturas, y por lo tanto en apariencia y sabor.

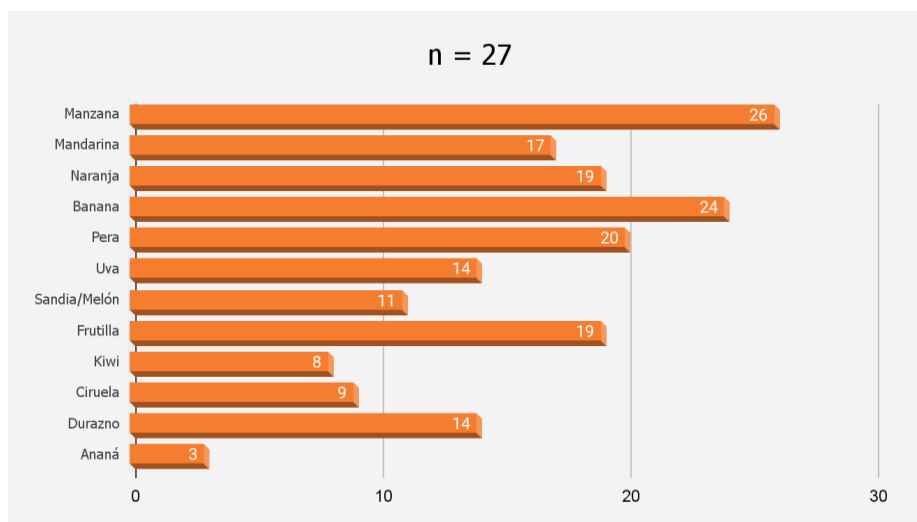
Gráfico N°10. Frecuencia de consumo semanal de frutas de los niños



Fuente: elaboración propia

En el gráfico N°10 se puede observar que la totalidad de la muestra consume frutas, siendo elegidas de manera diaria por el 55,55%, de 5 a 6 días a la semana por el 25,92%, 3 a 4 veces por semana por el 11,11%, el 3,7% la consumen 1 a 2 veces a la semana y un 3,7% menos de una vez a la semana.

Gráfico N°11. Tipo de frutas consumidas por los niños

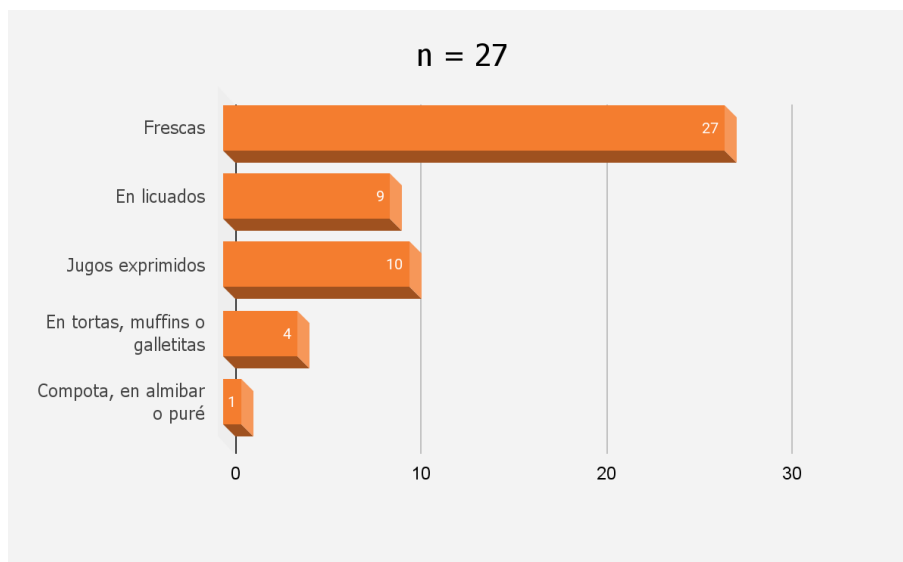


Fuente: elaboración propia

El gráfico N°11 muestra información sobre el consumo habitual de frutas por los niños. La fruta más consumida, con un grado de consumo del 96,3%, es la manzana y le sigue la banana que es consumida por el 88,9% de la muestra. Con un porcentaje de consumo entre el 75 y 70% se encuentran la pera, naranja y frutilla. Luego la mandarina, la uva y el durazno con un porcentaje de 63% y 51,9% respectivamente. Con un consumo habitual por menos

de la mitad de la muestra se encuentra la sandía, el melón, la ciruela y el kiwi. Por último, la fruta menos consumida es el ananá con un porcentaje del 11,11%.

Gráfico N°12. Formas de consumo de frutas de los niños

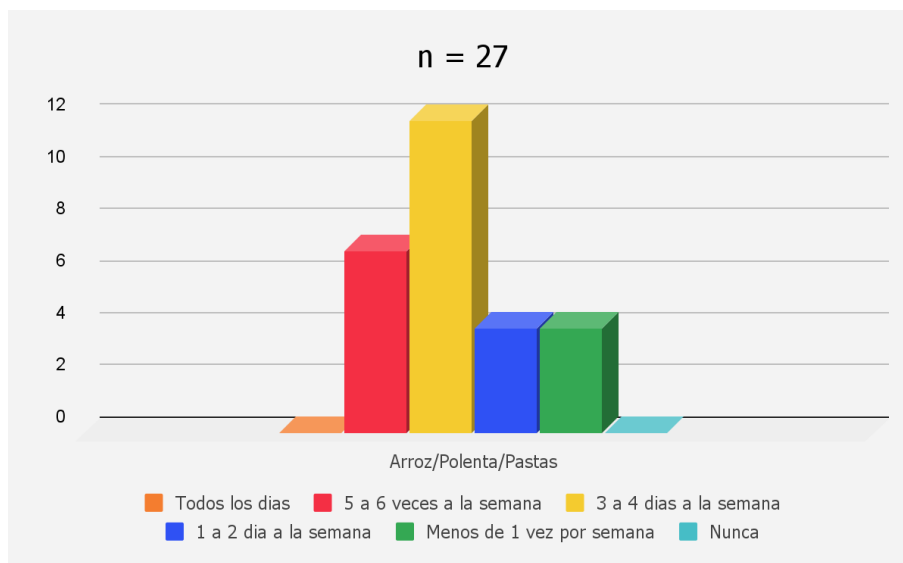


Fuente: elaboración propia

En relación a la forma de consumo de las frutas, el 100% de los niños las consumen frescas. Las otras formas más habituales fueron en jugos exprimidos y licuados con un 37% y 33,3% respectivamente. Le siguió con un 14,8% en preparaciones como tortas, muffins y galletitas y la forma de consumo menos habitual fue en compota, almíbar o puré con un 3,7%.

Acerca de la frecuencia de consumo de arroz, polenta, pastas simples y rellenas, los resultados se plasman en el gráfico N°13.

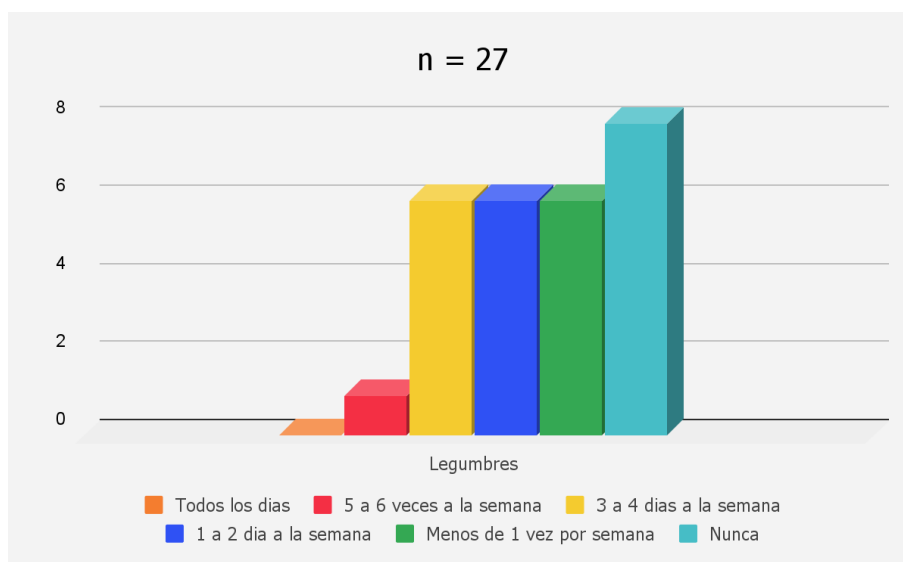
Gráfico N°13. Frecuencia de consumo semanal de arroz/polenta/pastas/pastas rellenas de los niños



Fuente: elaboración propia

El consumo de arroz, polenta y pastas abarca al 100% de la muestra, siendo consumidas por el 25,92% de 5 a 6 veces a la semana, de 3 a 4 veces a la semana por el 44,44%, de 1 a 2 veces a la semana por el 14,81% y menos de 1 vez a la semana por el 14,81%.

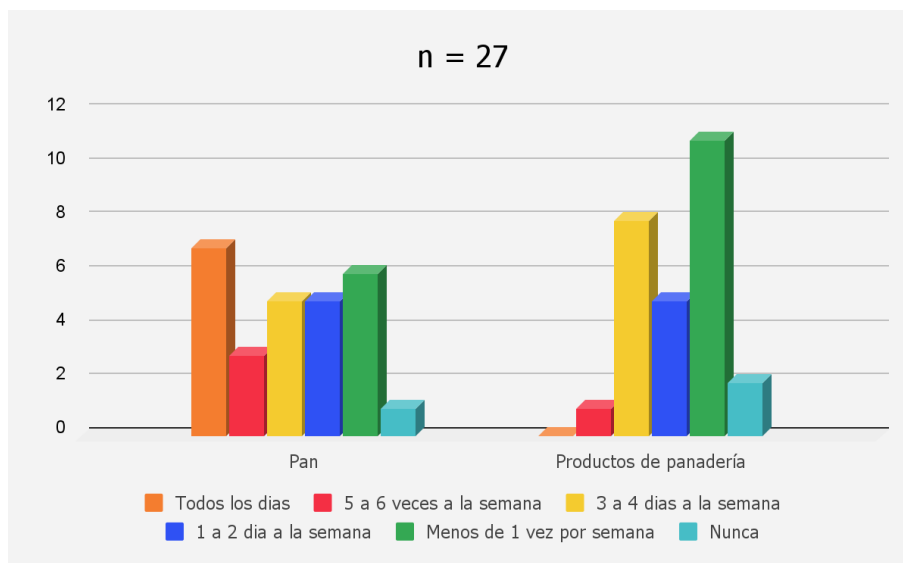
Gráfico N°14. Frecuencia de consumo semanal de legumbres de los niños



Fuente: elaboración propia

Los datos recolectados nos muestran que el 70,37% de los niños consumen legumbres mientras que el 29,62% nunca las consumen. De los que las consumen el 3,7% las incorpora de 5 a 6 veces a la semana, el 22,22% de 3 a 4 veces a la semana, otro 22,22% 1 a 2 veces a la semana y un 22,22% menos de una vez a la semana.

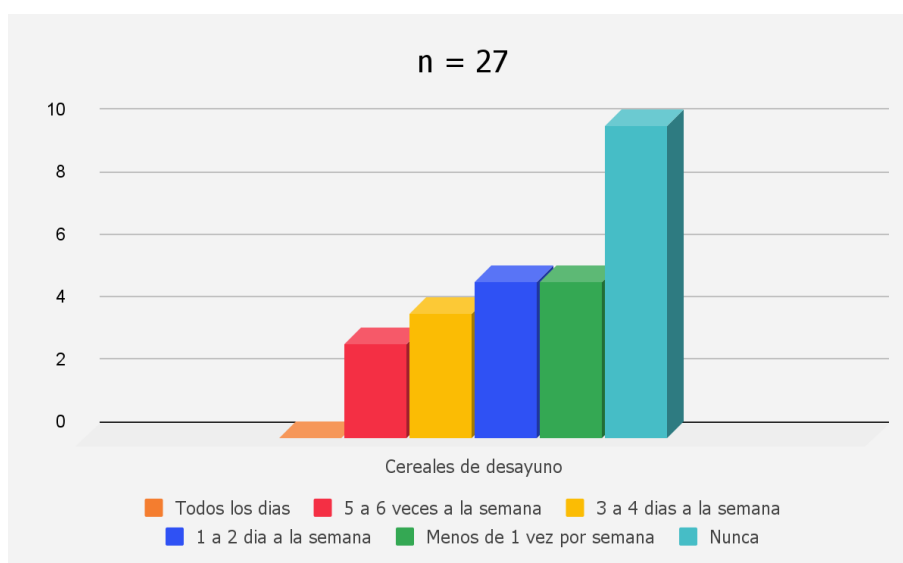
Gráfico N°15. Frecuencia de consumo semanal de pan y productos de panadería de los niños



Fuente: elaboración propia

En lo que respecta al pan y productos de panadería, el 96,3% de la muestra consume pan, siendo el 25,92% de manera diaria, el 11,11% de 5 a 6 veces por semana, el 18,51% de 3 a 4 veces semanales, el 18,51% de 1 a 2 veces a la semana, el 22,22% menos de una vez por semana y un 3,7% no lo consumen nunca. Con respecto a los productos de panadería, el 92,6% lo consumen pero con diferentes frecuencias: el 3,7% lo consume de 5 a 6 veces a la semana, el 29,62% lo consume de 3 a 4 veces por semana, el 18,51% de 1 a 2 veces a la semana, el 40,74% menos de una vez por semana y el 7,4% no los consumen nunca.

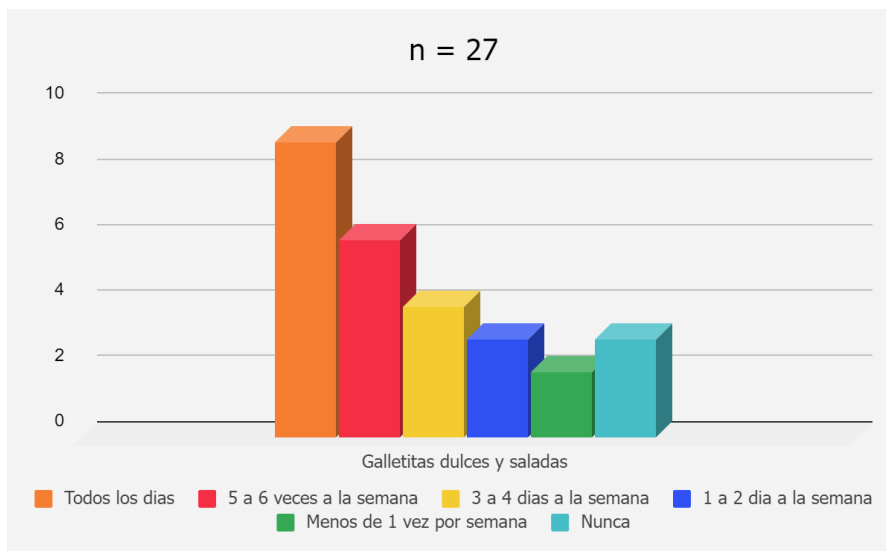
Gráfico N°16. Frecuencia de consumo semanal de cereales de desayuno de los niños



Fuente: elaboración propia

Como se observa en el gráfico N°16, el 62,97% de los niños consumen cereales de desayuno, siendo ingeridos de 5 a 6 veces por semana por el 11,11%, de 3 a 4 veces por semana por el 14,81%, 1 a 2 veces por semana por el 18,51% y menos de una vez por semana por el 37,03%.

Gráfico N°17. Frecuencia de consumo semanal de galletitas saladas/dulces de los niños



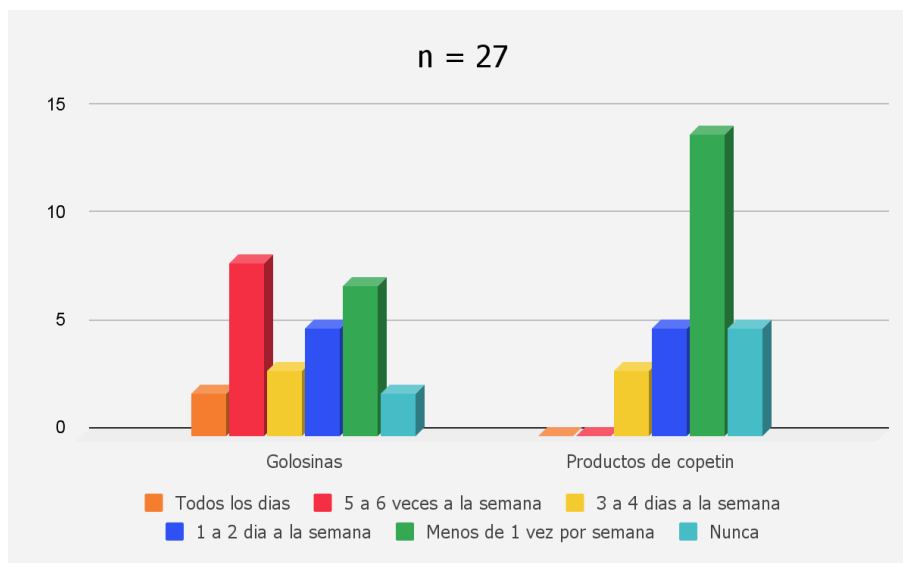
Fuente: elaboración propia

En relación a las galletitas dulces y saladas, su consumo abarca al 88,88% de la muestra contra solo un 11,11% que no lo hace. El 33,33% las consume de manera diaria, el 22,22% de 5 a 6 veces por semana, el 14,81% de 3 a 4 veces por semana, el 11,11% de 1 a 2 veces a la semana y el 7,4% menos de una vez a la semana.

Estos datos coinciden con los datos aportados por la ENNyS 2 la cual indica que, un 27,8% de los niños de 2 a 12 años consumen de manera diaria galletitas al menos una vez al día (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

Sobre la frecuencia de consumo de golosinas y productos de copetín, se recabaron los siguientes datos plasmados en el gráfico N°18.

Gráfico N°18. Frecuencia de consumo semanal de golosinas y productos de copetín de los niños

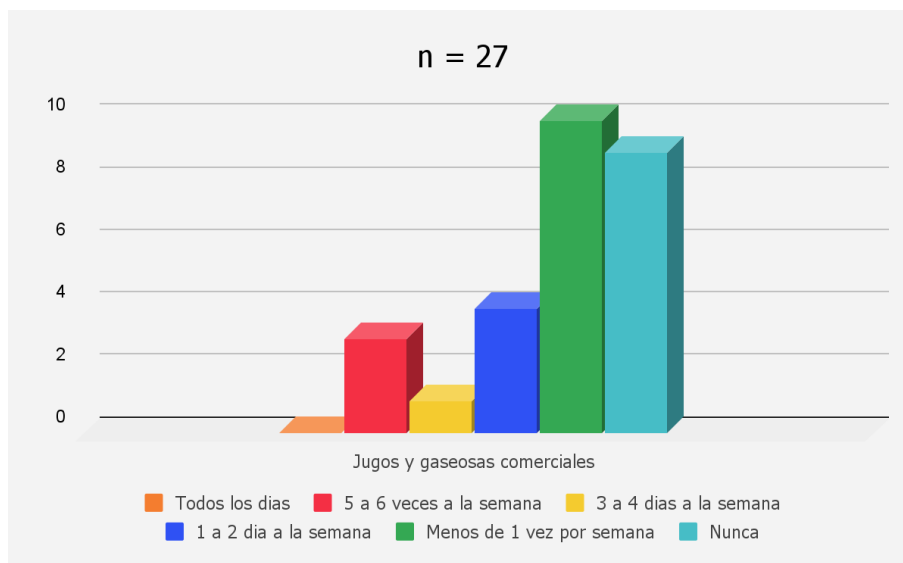


Fuente: elaboración propia

Se observa que el 96,3% de los niños consumen con diferentes frecuencias golosinas, caramelos y/o alfajores. El 7,4% lo consumen de manera diaria, el 29,62% de 5 a 6 veces a la semana, el 11,11% de 3 a 4 veces semanales, el 18,51% de 1 a 2 veces a la semana, el 25,92% menos de una vez a la semana y el 7,4% nunca los consumen. Por otro lado, el 81,49% de los niños consumen productos de copetín. El 11,11% lo consumen de 3 a 4 veces a la semana, un 18,51% de 1 a 2 veces por semana, el 51,85% menos de una vez a la semana y el 18,51% no lo consumen nunca.

El consumo de este tipo de ultraprocesados es más habitual que lo expuesto en las ENNyS 2 (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019) en donde el 36% de la población refirió haber consumido golosinas dos veces por semana o más, mientras que en el gráfico N°18 se observa que el 66,64% de los niños los consumen más de 1 vez por semana. En cuanto a los productos de copetín, la ENNyS refiere que un 26,5% de los niños de 2 a 12 años los consumen al menos dos veces por semana, mientras que en la investigación se observó que el 29,62% de los niños los consumen más de una vez por semana.

Gráfico N°19. Frecuencia de consumo semanal de jugos y gaseosas comerciales de los niños

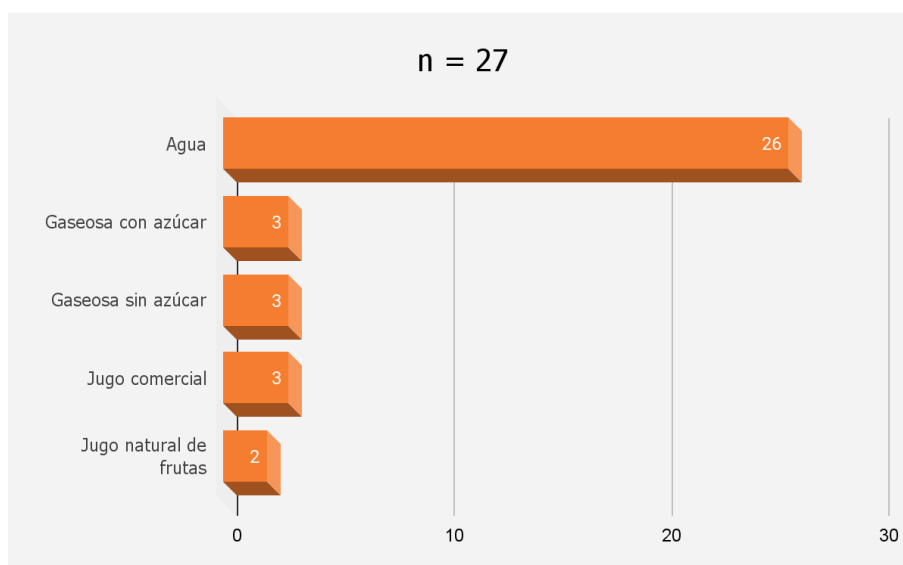


Fuente: elaboración propia

En el gráfico se puede observar que el 66,67% de la muestra consume jugos y gaseosas, siendo el 11,11% que los consumen de 5 a 6 veces semanales, un 3,7% de 3 a 4 veces semanales, un 14,81% de 1 a 2 veces por semana y un 37,03% menos de una vez por semana.

Acerca del consumo de bebidas en las comidas por parte de los niños, se recabaron los siguientes datos.

Gráfico N°20. Bebida consumida en las comidas por los niños



Fuente: elaboración propia

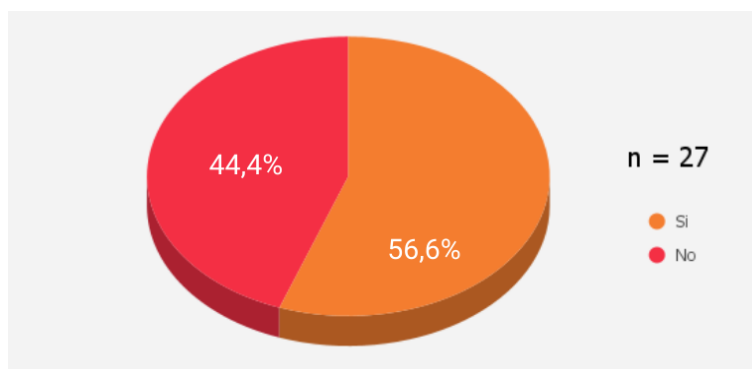
Como se observa, una gran parte de la población estudiada, que abarca el 96,3%, tienen como preferencia el consumo de agua durante las comidas. Con un porcentaje

significativamente menor, le siguen las gaseosas con azúcar, las gaseosas sin azúcar y los jugos comerciales. En último lugar se encuentran los jugos naturales de frutas.

A la hora del almuerzo o cena, el total de los niños encuestados lo realizan acompañados de al menos un adulto. Este es un punto importante y positivo debido al efecto modelado, el cual a partir de la observación de lo que consumen los adultos, el niño tendrá deseo de consumir esos alimentos, reduciendo la aparición de resistencias y mejorando la preferencia alimentaria (Addessi, Galloway, Visalberghi y Birch, 2005).

Por otro lado, el gráfico N°21, muestra la presencia de dispositivos electrónicos y tablets durante las comidas.

Gráfico N°21. Presencia de dispositivos electrónicos y tablets durante las comidas



Fuente: elaboración propia

En contraposición, se observa que el 55,6% de los niños utilizan de manera habitual la televisión u otros dispositivos electrónicos como celulares o tablets durante las comidas. Este hábito interviene de manera negativa en la comensalidad y, además genera un consumo de alimentos independientemente de la sensación de apetito (Fung Fallas, Rojas Mora y Delgado Castro, 2020) y expone al niño a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal.

Para determinar la presencia de neofobia alimentaria de la muestra estudiada, se llevó adelante la Escala de neofobia alimentaria de Rodríguez-Tadeo et al (2015) que está basada en la Escala de Neofobia Alimentaria en Niños (Pliner, 1994) y la Escala de Neofobia Alimentaria (Pliner y Hobden, 1992) traducida y validada al español por Fernández-Ruiz, Claret y Chaya (2013), de la cual se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla N°2. Resultados desagregados parte I según Escala de neofobia alimentaria

n=27	1	2	3	4	5	6	7
	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
Constantemente prueba comidas o alimentos nuevos y diferentes	22,22%	29,63%	7,41%	11,11%	18,52%	7,41%	3,70%
Le gustan las comidas o alimentos de países diferentes	3,70%	18,52%	18,52%	29,63%	3,70%	14,81%	11,11%
En fiestas con comida, prueba comidas o alimentos nuevos	11,11%	29,63%	7,41%	18,52%	14,81%	7,41%	11,11%
Come casi de todo	33,33%	29,63%	3,70%	14,81%	0,00%	11,11%	7,41%
Le gusta probar nuevos restaurantes étnicos*	7,41%	22,22%	18,52%	18,52%	3,70%	3,70%	25,93%

*Étnico: término usado para diferenciar los alimentos de los nacionales.

Fuente: elaboración propia

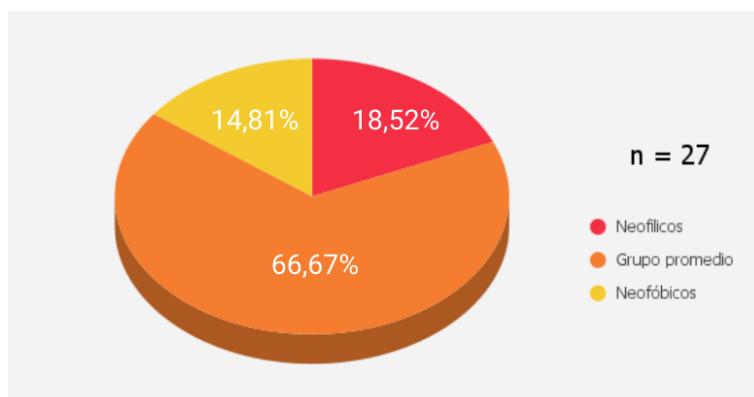
Tabla N°3. Resultados desagregados parte II según Escala de neofobia alimentaria

n=27	1	2	3	4	5	6	7
	Completamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Completamente de acuerdo
No confía en comidas o alimentos nuevos	14,81%	14,81%	22,22%	22,22%	3,70%	7,41%	14,81%
Si no sabe lo que hay en una comida o alimento, no lo prueba	22,22%	3,70%	25,93%	14,81%	7,41%	11,11%	14,81%
La comida étnica le parece demasiado extraña para comerla	18,52%	3,70%	11,11%	29,63%	11,11%	14,81%	11,11%
Le da miedo comer cosas que nunca ha probado antes	18,52%	11,11%	18,52%	22,22%	11,11%	3,70%	14,81%
Es muy especial respecto a los alimentos que comen	44,44%	3,70%	7,41%	14,81%	7,41%	3,70%	18,52%

Fuente: elaboración propia

Las tablas N°2 y 3 muestran información acerca de los diez ítems que forman parte de la Escala de neofobia alimentaria. De los resultados obtenidos, se destaca que casi la mitad de la muestra afirma que su hijo “Constantemente prueba comidas o alimentos nuevos y diferentes” ya que un 22,22% refiere que está “completamente de acuerdo” y un 29,63% está “moderadamente de acuerdo”. Asimismo, se observa que un 25,93% refiere que a su hijo “no le gusta probar nuevos restaurantes étnicos”.

Gráfico N°22. Resultados globales obtenidos de la Escala de neofobia alimentaria en los niños



Fuente: elaboración propia

En el gráfico N°22 muestra los resultados a partir de la puntuación total obtenida en la Escala de neofobia alimentaria. Se observa que el 14,81% de los niños corresponden al grupo neofobicos, el 66,67% al grupo promedio y un 18,52% al neofilicos.

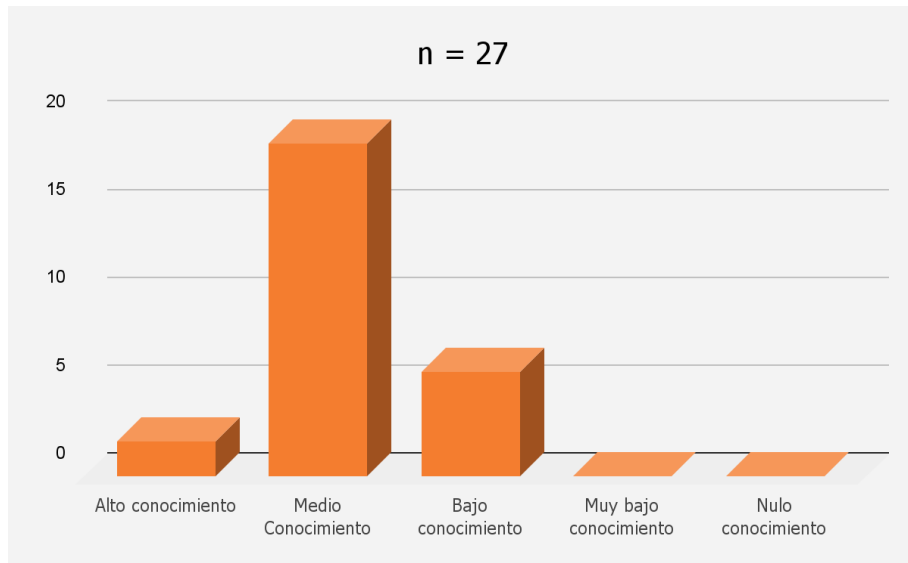
Con respecto a los niños que forman parte del grupo de neofobicos, se observó que el total son del sexo masculino.

Este bajo porcentaje de neofobia alimentaria se podría relacionar con que la edad promedio de la muestra fue de 4,3 años ya que, como explica Addessi, Galloway, Visalberghi y Birch (2005), esta resistencia se presenta de los 2 a 6 años y a medida que pasa el tiempo va disminuyendo.

Rodríguez-Tadeo et al (2015) en su estudio, que estuvo dirigido a niños de mayor edad, obtuvo datos similares ya que la prevalencia de neofobia en su muestra fue de 16,1%, mientras que el 66,5% de los participantes se incluyeron en el grupo promedio y el 17,4% en la categoría de neofilicos.

Por otro lado, a partir de la encuesta conformada por preguntas de opción múltiple para determinar el grado de información sobre alimentos saludables de los padres, se recabaron los siguientes datos.

Gráfico N°23. Grado de información sobre alimentación saludable de los padres



Fuente: elaboración propia

Al desagregarse la encuesta, se destaca que casi la mitad de los encuestados afirmó que se debe consumir solo 2 porciones de frutas y verduras de manera diaria, mientras que solamente el 7,4% de los padres contestaron 5 porciones. El mensaje número 3 de las GAPA, desarrolladas por el Ministerio Salud y Desarrollo Social (2016), indica que se debe consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras para llevar a cabo una alimentación saludable.

Por otro lado, el 40,7% de los padres contestaron de manera errónea el tipo de lácteos que se debe consumir a partir de los dos años, mientras que un 59,2% lo hicieron acorde a lo que se refieren en los mensajes de la GAPA, es decir que a partir de los años se debe consumir leche, yogur o quesos semi o totalmente descremados.

A partir de la puntuación total de la encuesta se obtuvo que el 7,41% de los padres de los niños poseen un alto conocimiento sobre alimentación saludable, mientras que el 70,37% poseen medio conocimiento y un 22,22% poseen bajo conocimiento. No se registraron encuestados que posean muy bajo o nulo conocimiento sobre alimentación saludable.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en 27 padres y sus respectivos hijos que residen en la ciudad de Mar del Plata, a los que se les realizó una encuesta enviada de manera online. Las edades de los niños rondaron entre los 3 años 7 meses y 5 años 1 mes, con un promedio de edad de 4,3 años. Con respecto a la distribución por sexo de los niños se observó una marcada prevalencia del sexo masculino siendo el 66,7% mientras que el 33,3% restante era del sexo femenino.

La encuesta tuvo el objetivo de, por un lado, evaluar el estado nutricional de los niños referido por los padres, para lo cual se les consultó sobre el peso y la talla. Por otro lado, identificar la presencia de neofobia alimentaria en los niños a través de la Escala de neofobia alimentaria (Rodríguez-Tadeo et al, 2015), la cual determinaba la presencia o no mediante la respuesta a 10 ítems a partir de 7 escalas. También tuvo el objetivo de indagar los hábitos alimentarios de los niños; para lo cual se consultó momentos, frecuencia y con qué bebidas acompañaban las comidas, existencia de colaciones, uso de pantallas como televisión, tablets y celulares, frecuencia de consumo de determinados alimentos; tipo y forma de preparación de frutas y verduras. Por último se buscó determinar el grado de información sobre alimentación saludable de los padres mediante preguntas acerca de las recomendaciones y micronutrientes de los diferentes grupos de alimentos (lácteos, verduras, frutas y embutidos), importancia de las comidas, composición de un desayuno completo y contenido de bebidas gaseosas.

Teniendo en cuenta lo referido por los padres acerca del estado nutricional de sus hijos, se determinó que más de la mitad de los niños presentaron algún tipo de malnutrición, ya sea por exceso o por subalimentación. Sin embargo, se debe tener en cuenta que este dato está basado en la información provista por los padres y no en datos tomados a partir de mediciones antropométricas realizadas para el fin de esta investigación.

Al establecer la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos, se destacó el consumo frecuente de alimentos ricos en proteínas. Dentro del grupo lácteos, se observó que la leche era el alimento más consumido y con una frecuencia diaria por los niños. Por otro lado, la totalidad de la muestra consumía tanto carne vacuna como pollo, con un porcentaje muy alto de consumo semanal, de 3 a 4 veces. En cuanto al pescado se observó una menor frecuencia semanal a la de los otros tipos de carnes.

En cuanto a los vegetales, el grupo de la papa, batata y choclo resultaron ser los más consumidos con un porcentaje del 96,3%, siendo un 44,44% los que lo consumen de 3 a 4 veces a la semana. Le siguieron los vegetales cocidos, exceptuando la papa, batata y choclo, con un consumo del 81,49%, siendo que el 18,5% de los niños no los consumían nunca. Por último, los vegetales crudos fueron consumidos por el 74,08% mientras que el 25,92% restante no los consumían nunca. Tanto de los vegetales cocidos como de los

crudos su consumo en su mayoría no fue diario ya que solo el 14,81% consumían todos los días vegetales cocidos y el 18,51% consumían vegetales crudos.

En cuanto a las frutas, la totalidad de la muestra las consumía, pero solo la mitad lo realizaba todos los días. Según los datos obtenidos las frutas más consumidas por amplio margen fueron la manzana y la banana, siguiendo la pera, naranja y frutilla. Por otro lado, las de menor preferencia fueron la ciruela, el kiwi y el ananá. En relación a las formas de consumo de frutas, el 100% de la muestra las consumían frescas, con un menor porcentaje le siguió el consumo de frutas en jugos exprimidos y licuados, siendo la forma menos habitual la fruta en compotas, almíbar o purés.

El arroz, polenta, pastas tanto simples como rellenas eran consumidas por el total de la muestra, la cual la mayoría las consumían de 3 a 4 veces a la semana. Se destacó el consumo de legumbres ya que se observó que el 70,74% de los niños las consumían mientras que el 29,26% no lo hacían nunca.

Se obtuvo que el 96,3% de los niños incluye pan en su alimentación, siendo el 25,92% los que los consumían de manera diaria y el 22,22% menos de una vez por semana. Además se detectó el consumo de productos de panadería como tortas, budines, galletitas y facturas con un porcentaje del 92,6% pero con una frecuencia diferente al pan siendo que el 40,74% los consumen menos de una vez por semana.

En lineamiento a lo referido en el mensaje 2 de las GAPA, se observó la preferencia del agua por parte de los niños como bebida para consumir a la hora de las comidas. No obstante, en esta investigación no se estableció de manera cuantitativa el consumo, por lo cual no se puede establecer realmente el cumplimiento de las recomendaciones. Por otro lado, se observó que los jugos y gaseosas comerciales están presentes en los hábitos alimentarios de los niños ya que son consumidas por el 66,67% de la muestra, siendo que un 37,03% lo hacen menos de una vez por semana.

Los alimentos ultra procesados como cereales de desayuno, galletitas tanto saladas como dulces, golosinas y productos de copetín se vieron presentes en la frecuencia semanal de los niños lo cual sería un punto a trabajar para generar hábitos alimentarios más saludables.

Se destacó el cumplimiento de la realización tanto del desayuno, almuerzo, merienda y cena de manera diaria por parte de los niños. Además, el acompañamiento de al menos un adulto en el almuerzo o cena en la totalidad de la muestra, constituye un punto positivo por el efecto del modelo, explicado anteriormente. No obstante, la presencia de dispositivos electrónicos durante las comidas por más de la mitad de la muestra se toma como punto a trabajar ya que la misma acarrea consecuencias no solo en la distorsión del apetito sino

también expone a los niños a las publicidades de alimentos de alta densidad calórica y baja calidad nutricional.

Por último, con los datos obtenidos se puede afirmar que un bajo porcentaje de los niños presentó resistencia a probar nuevos alimentos, siendo clasificado más de la mitad de la muestra dentro del grupo promedio y el restante al grupo de neofílicos.

En relación al grado de información sobre alimentación saludable por parte de los padres se observó que el 7,41% poseen un alto conocimiento, mientras que el 70,37% poseen medio conocimiento y un 22,22% poseen bajo conocimiento.

El bajo porcentaje de neofobia alimentaria en la muestra y el grado de conocimiento sobre alimentación saludable de los padres se vieron reflejados en los hábitos alimentarios estudiados anteriormente, en donde se observó un consumo frecuente de alimentos ricos en proteínas, frutas y, en menor proporción, verduras. Como así también la incorporación de legumbres a la alimentación y el consumo de agua durante las comidas.

Es importante comprender a la nutrición como un hecho complejo en donde no solo se establece la relación del sujeto con el alimento sino también considerarlo como un hecho social en el cual influye tanto el ambiente y toda persona que rodea al sujeto. Esto en la etapa preescolar toma mucha relevancia ya que en la misma se solidifican hábitos alimentarios que repercutirán a corto y largo plazo en la calidad de vida del niño. El rol del Licenciado en Nutrición es fundamental en esta etapa acompañando al niño y a su familia en la generación de hábitos saludables. También su trabajo es importante para promover en las instituciones educativas programas con un enfoque en educación alimentaria durante la niñez y en el desarrollo de ambientes que beneficien la alimentación, estilos de vida y hábitos saludables en la población estudiada.

En base a lo anterior, se pueden considerar como posibles interrogantes y futuros temas de investigación:

- ¿Cuál es la relación entre la presencia de neofobia alimentaria en los niños de 2 a 3 años, el grado de información de los padres sobre alimentación saludable y el nivel socioeconómico de los mismos?
- ¿Cómo se relaciona el estado nutricional del niño y los hábitos alimentarios con respecto a las estrategias aplicadas a la hora de la alimentación por parte de los padres?
- ¿Cómo inciden en los hábitos alimentarios del niño el enfoque sobre educación alimentaria de la institución educativa a la que asisten?

The background is a solid orange color with a pattern of small, light-colored dots. There are two large, stylized circular shapes: a yellow one in the top-left corner and a larger yellow one in the bottom-right corner, both with white outlines.

BIBLIOGRAFÍA

Abete, I. Cuervo, M. Alves, M y Martínez, A. (2010). Fundamentos de nutrición. En Sociedad Española de Nutrición. *Ingestas Dietéticas de Referencia (IDR) para la población española*. (pp. 1-58) Recuperado de <https://sennutricion.org/es/2010/03/02/ingestas-dieticas-de-referencia-idr-para-la-poblacion-espaola-consenso-fesnad-2010>

Addessi, E. Galloway, A. Visalberghy, E.& Birch, L. L. (2005) Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. *Appetite*, 45(3), 264-71. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16239048>

Aguirre, P. Díaz Córdoba, D. y Polischer, G. (2015). *Cocinar y comer en Argentina hoy*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Sociedad Argentina de Pediatría - FUNDASAP.

Aliño Santiago, M. Navarro Fernández, R. López Esquirol, J. y Pérez Sánchez, I. (2007). La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010

Anaya-García, S. y Álvarez-Gallego, M. (2018). Factores asociados a las preferencias alimentarias de los niños. *Revista Eleuthera*, 18(1), 58-73. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/eleut/v18/2011-4532-eleut-18-00058.pdf>

Behrman, R.E. Kliegman, R.M. y Jenson, H. B. (2009). *Nelson Tratado de Pediatría*. 18. Barcelona, España: Elsevier.

Birch, L. (1998). Psychological Influences on the Childhood Diet. *The Journal of Nutrition*, 128(2), 407S–410S. Recuperado de <https://academic.oup.com/jn/article/128/2/407S/472402>

Birch, L. L & Wolfe Marlin, D. (1982). I don't like it; I never tried it: Effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite*, 3(4), 353-360. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666382800536>

Birch, L. L. (2008). Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proceedings of the Nutrition Society*, 57(4), 617 - 624. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/development-of-food-acceptance-patterns-in-the-first-years-of-life/BA4E8F2C6BD21F90FFA4C9C2E3AE42D7>

Birch, L. L. McPhee, L. Shoba, B. C. Pirok, E. & Steinberg, L. (1987). What kind of exposure reduces children's food neophobia?: Looking vs. tasting. *Appetite*, 9(3), 171-178. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666387800119>

Blundell, J. de Graaf, C. Hulshof, T. Livingstone, B. Lluch, A. Mela, D. Salah, S. Schuring, E. Van der Knaap, H. & Westerterp, M. (2010). Appetite control: methodological aspects of the evaluation of foods. *Obesity reviews : an official journal of the International*

Association for the Study of Obesity, 11(3), 251-270. Recuperado de <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:17d78215-513f-4aef-9d18-95dea4d39b22>

Brown, E.J. (2014). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. Quinta edición. Distrito Federal, México: Mc Graw Hill Education.

Casanueva, E. Kaufer-Horwitz, M. Pérez-Lizaur, A.B. y Arroyo, P. (1995). Nutriología Médica. *Revista Cuadernos de Nutrición*, 19(1), 43-44. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/cuadernos-de-nutricion/articulo/casanueva-e-kaufer-horwitz-m-perez-lizaur-ab-arroyo-p-eds-nutriologia-medica-mexico-editorial-panamericana-1995>

Casas-Esteve, R. Gomez-Santos, S. F. y Salvatierra- Ferron, Y. (2013). Talleres Thao-Pequeña infancia: una intervención pionera de prevención de la obesidad infantil desde edades tempranas. *ISEP Science*, 1(5), 4-14. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4239713>

Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil. (2016). *Consumo de frutas y vegetales en la población argentina* (1). Recuperado de <http://www.cesni.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/Consumo-frutas-y-hortalizas-OBSERVATORIO-Final.pdf>

Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil. (2018). *La mesa argentina en las últimas dos décadas: Cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes (1996 - 2013)*. Recuperado de <https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2018/09/LA-MESA-ARGENTINA-EN-LAS-ULTIMAS-DOS-DECADAS.pdf>

Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. (2007). *Manual práctico de Nutrición en Pediatría*. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf

Contreras Hernández, J. (2007). Alimentación y religión. *Humanitas Humanidades Médicas*, 1(16), 10-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6709490>

Cooke, L. Wardle, J. & Gibson, E. (2003). Relationship between parental report of food neophobia and everyday food consumption in 2–6- year-old children. *Appetite*, 41(2), 205-206. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14550320>

Cortés Moreno, A. y Avilés Flores, A. L. (2011). Factores demográficos, crianza e historia de salud: vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. *Universitas Psychologica*, 10(3), 789-802. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/603/1172>

Dalmau Serra, J. (2012). Nutrición en la infancia y en la adolescencia. En Carbajal Azcona, A. y Martínez Roldán, C. *Manual Práctico de Nutrición y Salud Kellogg's*. (pp.207-221). Recuperado de

https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_13.pdf

De Luis Román, A. L. Bellido, D. y García Luna, P.P. (2012). *Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

De Oliveira Torres, T. Gomes, D. R. & Mattos, M. P (2020). Factors associated with food neophobia in children: systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*,39(1),1-11. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rpp/a/xsn45fp4ZVngJGRBFSqPFyx/?format=pdf&lang=en>

Delgado-Perez, D. y Liria-Dominguez, R. (2016). Estrategias usadas para alimentar a niños preescolares por madres de una zona urbana marginal de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*,33(3),507-512. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300016

Domínguez, P. Olivares, S. y Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*,58(3),249-255. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?sequence=1

Donadini, G. Fumi, M. D. Porretta, S. (2012). Influence of preparation method on the hedonic response of preschoolers to raw, boiled or oven-baked vegetables. *LWT - Food Science and Technology*,49(2),282-92. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0023643812003039>

Ducua-Mora, P. E. (2011). Consideraciones sobre la inapetencia infantil y la adopción de hábitos alimentarios saludables. *Revista CES Med*,25(2), 153-168. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v25n2/v25n2a04.pdf>

Fernández-Ruiz, V. Claret, A. y Chaya, C. (2013). Testing a Spanish-version of the Food Neophobia Scale. *Food Quality and Preference*,28(1),222-225. Recuperado de <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-5e58cf5e-36d6-3356-8cb3-d780aa927e47>

Fiorito, L. y Chevallier, C. (2001). Composición corporal y Metabolismo Energético. *Boletín CESNI*,17(1), 3-11.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *Estado Mundial de la Infancia 2019 - Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación*. Recuperado de <https://www.unicef.org/media/61091/file/Estado-mundial-infancia-2019-resumen-ejecutivo.pdf>

Fundación Interamericana del Corazón Argentina. (2017). *Propuesta de regulación de publicidad de alimentos no saludables* (1). Recuperado de https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/1708_propuesta_publicidad_alimentos-1.pdf

Fung Fallas, M. P. Rojas Mora, E. J. Delgado Castro, L. G. (2020). Impacto del tiempo de pantalla en la salud de niños y adolescentes. *Revista Médica Sinergia*,5(6),1-9. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms206b.pdf>

Galloway, A. T. Fiorito, L. M. Francis, L. A. & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*,46(3),318-323. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666306000195?via%3Dihub>

García Aranda, J.A. Gómez Chico Velasco, R. y Valencia Mayoral, P.F. (2016). *Manual de Pediatría. Hospital Infantil de México Federico Gómez*. Recuperado de <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1745>

García Barthe, M. (2014). Del alimento a la comida: las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos de los niños. *Revista pediátrica del Hospital de Niños de Buenos Aires*,56(255),237-248. Recuperado de <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/05-255-Del-alimento-a-la-comida.pdf>

García Londoño, G. Liévano de Lombo, G. Liévano Fiesco, M.C. Leclercq Barriga, M. y Moreno Verano, M. (2008). Caracterización de hábitos alimentarios y estilos de vida de los niños del Jardín Vaticanitos, Bogotá, D.C. *Perspectivas en la Nutrición Humana*,10(2),143-152. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v10n2/v10n2a3.pdf>

Gomez-Campos, R. Arruda, M. Luarte-Rocha, C. Urra Albornoz, C. Almonacid Fierro, A. y Cossio-Bolaños, M. (2016). Enfoque teórico del crecimiento físico de niños y adolescentes. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 244-253. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300011

González-Bavera, A. C. y Certad-Villarroe, P. A. (2018). Análisis de la dieta consumida por niños y niñas en educación inicial durante la rutina diaria. *Revista De Comunicación Vivat Academia*,1(141), 1-38. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5257/525756095001/html/index.html>

González, J. (2016). *Consumo de frutas y hortalizas en niños de 3 y 4 años del jardín de infantes y maternal "Pisapisuela"* (tesis de grado). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC125111.pdf>

Harper, L. V. & Sanders, K. M. (1975). The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *Journal of Experimental Child Psychology*,20(5),206-214. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022096575900983>

Hendy, H. M. & Raudenbush, B. (2000). Effectiveness of teacher modeling to encourage food acceptance in preschool children. *Appetite*,34(1),61-76. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10744893/>

Hernández Cabrera, A. J. (2020). *Prevalencia de neofobia alimentaria en comedores escolares en la isla de La Palma* (tesis de grado). Recuperado de <https://cutt.ly/YGAdtot>

Hernández Rodríguez, M y Sastre Gallego, A. (1999). *Tratado de Nutrición*. Recuperado de https://books.google.com.ar/books?id=SQLNJOsZClwC&pg=PA831&dq=pre+escolar+nutricion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjsq5Owj5DIAhXqILkGHdJSB_44ChDoAQgnMAA#v=onepage&q=pre%20escolar%20nutricion&f=false

Hidalgo, M. I. y Güemes, M. (2011). Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. *Pediatría Integral*,15(4),351-368. Recuperado de <https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-4.pdf>

Ibáñez, I. D. y Huergo, J. (2012). “Encima que les dan, eligen”, políticas alimentarias, cuerpos y emociones de niños/as de sectores populares. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*,8(4), 29-42. Recuperado de <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/156/113>

Lalinde Arango, V. y Correa Arango, M. C. (2016). *Hallazgos importantes en la respuesta infantil ante estímulos para la construcción de hábitos y estilos de vida* (tesis de maestría). Recuperado de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11406/Veronica_LalindeArango_Maria_delCarmen_CorreaArango_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Lorenzo, J. Guidoni, M. E. Diaz, M. Marenzi, M. S. Lestingi, M. A. Lasivita, J. Isely, M. B. Bozal, A. y Bondarczuk B. (2007). *Nutrición del niño sano*. 1era edición. Rosario, Argentina: Corpus.

Mahan, L. K. Escott-Stump, S. y Raymond, J. L. (2013). *Krause Dietoterapia*. Barcelona, España: Elsevier.

Maíz Adalur, E. (2004). *Obesidad infanto-juvenil, neofobia alimentaria y variables psicológicas asociadas* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://www.ehu.eus/documents/2458295/3502358/Edurne+Maiz.pdf/a4963a98-78a7-4887-807f-2ca9ce6ba61b>

Maiz Aldalur, E. Maganto, M. y Balluerka Lasa, N. (2014). Neofobia y otros trastornos restrictivos alimentarios en la infancia y consumo de frutas y verduras: revisión. *Revista española nutrición comunitaria*, 20(4),150-157. Recuperado de <http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Web%20RENC%202014%20-4-%20art%204.pdf>

Maíz Aldalur, E. Urdaneta, E. y Alliot, X. (2018). La importancia de involucrar a niños y niñas en la preparación de las comidas. *Nutrición Hospitalaria*,34(spe 4),136-139. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700023&lang=es

Martínez Rubio, A. y Grupo PrevInfad. (2014). Promoción de hábitos saludables, apetito y control de esfínteres. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*,7(1),155-163. Recuperado de https://archivos.fapap.es/files/639-1103-RUTA/08_FAPAP_03_2014.pdf

Ministerio de Salud de la Nación.(2009). *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Recuperado de <https://cesni-biblioteca.org/archivos/manual-evaluacion-nutricional.pdf?t=1587919707>

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2006). *Las Guías Alimentarias para la Población Infantil: Consideraciones para los equipos de salud*. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2016). *Manual para la aplicación de las Guías alimentarias para la población argentina*. Recuperado de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Manual para cocineros/as y auxiliares de cocina* (1). Recuperado de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-04/2019-09_manual-para-cocineros-y-auxiliares-de-cocina.pdf

Ministerio de Salud. (2013). *Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000377cnt-sobrepeso-y-obesidad-en-ninos.pdf>

Moreno Villares, J.M. y Galiano Segovia, M.J. (2015). Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría Integral*,19(4), 268-276. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-del-nino-preescolar-escolar-y-del-adolescente/>

Moretti, M. (1998). Conducta alimentaria en niños. *Boletín CESNI*,7(1),20-23. Recuperado de <https://cesni-biblioteca.org/>

Muzzo, S. (2003).Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente. *Revista chilena de Nutrición*,30(2),92-100. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000200003

Observatorio Social. (2015). *La primera infancia en Argentina*. Recuperado de <https://www.observatoriosocial.com.ar/images/articulos/infancia-en-la-argentina.pdf>

Ochoa, C. y Muñoz Muñoz, G. (2014). Hambre, apetito y saciedad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*,24(2),268-279. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2014/can142k.pdf>

Olivares, S. Yáñez, R. Díaz, N. (2003). Publicidad de alimentos y conducta alimentaria en escolares de 5º a 8º básico. *Revista chilena de nutrición*,30(1),36-42. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000100005

Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2011). *La primera infancia (0-6 años) y su futuro*. Madrid, España: Fundación Santillana.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas. (2001). Human energy requirements. Recuperado de <https://www.fao.org/3/y5686e/y5686e.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2013). *Alimentarnos bien para estar sanos* (1). Recuperado de <https://www.fao.org/3/i3261s/i3261s00.htm>

Organización de los Estados Americanos. (2010). *Primera Infancia: una mirada desde la neuroeducación*. Recuperado de <http://www.iin.oea.org/pdf-iin/rh/primera-infancia-esp.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Malnutrición*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas* (1). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42755/WHO_TRS_916_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil* (1). Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=CAC8FC6ECE10E44AD030E3685268859E?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (1994). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3123>

Osorio, J. Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). *Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones*. *Revista chilena de nutrición*,29(3),280-285. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

Peña Quintana, L. Madruga Acerete, D. y Calvo Romero, C. (2001). Alimentación del preescolar, escolar y adolescente. Situaciones especiales: dietas vegetarianas y deporte. *Anales de Pediatría*,54(5),484-496. Recuperado de <https://www.analesdepediatria.org/es-alimentacion-del-preescolar-escolar-adolescente--articulo-S1695403301775728>

Pliner, P. & Hobden, K. (1992). Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite*, 19(2), 105-20. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/21666930_Development_of_a_scale_to_measure_the_trait_of_food_neophobia_in_humans

Pliner, P. & Salvy, S.J. (2006). Food Neophobia in Humans. En Sheperd, R. & Raats, M. *The Psychology of Food Choice*. (pp. 75-83). Recuperado de https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=t0loTcVxIIC&oi=fnd&pg=PA75&ots=1odTqOobci&sig=aOyr90qMImRAd9bJET8F1k3JHX8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Pliner, P. y Hobden, K. (1992). Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite*, 19(2), 105-20. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/21666930_Development_of_a_scale_to_measure_the_trait_of_food_neophobia_in_humans

Posada Díaz, A. Gómez Ramírez, J.F. y Ramírez Gómez, H. (2016). *El niño sano*. 4ta edición. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Prensa de las Academias Nacionales de Estados Unidos. (2005). *Ingestas dietéticas de referencia de agua, potasio, sodio, cloruro y sulfato* (1). Recuperado de <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10925/dietary-reference-intakes-for-water-potassium-sodium-chloride-and-sulfate>

Raspini, M. Dirr, A. Dio Iorio, A. y Rinaldi, M (2014). *Alimentación del niño sano: trabajos prácticos guía 2014*. Recuperado de <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/349>

Rodrigo-Cano, S. Soriano, J. M. y Aldas-Manzano, J. (2016). Valoración de la efectividad de la educación alimentaria en niños preescolares, padres y educadores. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(1),32-39. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v20n1/original4.pdf>

Rodríguez- Palmero, M. (2001). Ingesta de minerales y vitaminas en la población infantil. *Offarm*,20(11),90-95. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ingesta-minerales-vitaminas-poblacion-infantil-13023370>

Rodríguez Tadeo, A. Patiño Villena, B. Urquidez Romero, R. Vidaña Gaytán, M. E. Periago Caston, M. J. Ros Berruezo, G. y González Martínez Lacuesta, E. (2015). Neofobia alimentaria: impacto sobre los hábitos alimentarios y aceptación de alimentos saludables en usuarios de comedores escolares. *Nutrición Hospitalaria*,31(1),260-268. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n1/26originalpediatria05.pdf>

Rovaletti, M. L. (2013). La sociedad postmoderna como crisis de la comensalidad. *Revista Argentina de Psiquiatría*,24(1),405-409. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28498/CONICET_Digital_Nro.03bf1e77-7734-44fa-b7d8-d1ff7890c3e5_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Sarría Chueca, A. y Fleta Zaragozano, J. (2009). Problemas de los niños a la hora de comer: Comedores resistentes y neofobia alimentaria. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*,39(1),12-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7298876>

Schulze, G. & Watson, N. V. (1995). *Biological Perspectives on Motivated Activities*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

Secretaria de Gobierno de Salud. (2019). *Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: Resumen Ejecutivo*. Recuperado de <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>

Serrano, J. A. (2018). La obesidad infantil y juvenil. *Quaderns de polítiques familiars*, 4(5),36-47. Recuperado de http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/958/03La_obesidad_infantil_juvenil.pdf?sequence=1

Setton, D. y Fernández, A. (2014). *Nutrición en Pediatría*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Sociedad Argentina de Pediatría. (2001). *Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años*. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. (2013). *Guía para la evaluación del crecimiento físico*. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. (2015). Consenso sobre manejo de las dislipidemias en pediatría. *Archivos Argentinos de Pediatría*,113(2),177-186. Recuperado de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n2a23.pdf>

Sullivan, S. A. & Birch, L. L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*,93(2),271-277. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8121740/>

Tomada, I. Morais Ferreira, R. y Rêgo, C. (2015). Decrease of Appetite of Nonorganic Origin in Toddlers. *Acta Portuguesa de Nutrición*,1(1),10-14. Recuperado de https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852015000200003&lang=es?script=sci_arttext&pid=S2183-59852015000200003&lang=es

Tonietti, M. (2015). *Vitaminas y suplementos. ¿Cuándo son necesarios?*. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/37%20CONARPE/tonietti.vitaminas.pdf

Torres Serrano, A. (2002). *Crecimiento y desarrollo*. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación,14(24),54-57. Recuperado de https://www.mediagraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2_4f.pdf

Torresani, M. E. (2008). *Cuidado nutricional pediátrico*. 2da edición. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Tuñon, I. y Di Paolo, G. (2018). *Infancias y comensalidad: hábitos y prácticas en relación a las comidas*. Buenos Aires, Argentina: EDUCA.

Viana, V. Santos, P y Guimaraes, M.J. (2008) Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*,9(2),209-31. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200003&script=sci_arttext&tlng=en

Vilaplana Batalla, M. (2011). Educación nutricional en el niño y adolescente - Objetivos clave. *Offarm*,30(3), 43-50. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-educacion-nutricional-el-nino-adolescente--X0212047X11205090>

Vio, F. Salinas, J. Lera, L. González, C.G. y Huenchupán, C.(2012). Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Revista chilena de nutrición*,39(3),34-39. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v39n3/art05.pdf>

Wardle, J. Carnell, S. & Cooke, L. (2005). Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: How are they related?. *Journal of the American Dietetic Association*,105(2),227-232. Recuperado de [https://www.jandonline.org/article/S0002-8223\(04\)01712-2/fulltext](https://www.jandonline.org/article/S0002-8223(04)01712-2/fulltext)

Zarate Vergara,A. Castro Salas, U. y Tirado Perez, I. (2017). Crecimiento y desarrollo normal del preescolar, una mirada desde la atención primaria. *Revista Pediatría Electrónica*,14(2),27-33. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986846>

Zeinstra, G.G. Koelenb, M. A. Koka, F. J. y de Graaf, C. (2010). The influence of preparation method on children's liking for vegetables. *Food Quality and Preference*,21(8),906-914. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0950329309001967>

ANEXOS

ALIMENTACIÓN Y NEOFobia EN EDAD PREESCOLAR



Rosario Perez Diaz

Licenciatura en Nutrición - 2022

INTRODUCCIÓN:

La etapa preescolar es la más importante, ya que en ella se producen cambios en forma constante, por ello, es esencial tener en cuenta la importancia de una alimentación saludable. Tanto las preferencias como aversiones hacia determinados alimentos están fuertemente condicionadas por el contexto familiar, esto genera que la manera de alimentarse de los padres se la puede tomar como un marcador de cómo se alimentarán los niños en el futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio es descriptivo, transversal y no experimental. Se trabaja con una muestra no probabilística, por conveniencia, conformada por 27 padres y sus respectivos hijos que residen en la ciudad de Mar del Plata. Los datos se obtienen por medio de una encuesta online conformada por preguntas cerradas y abiertas, frecuencia de consumo de alimentos por parte de los niños, y la Escala de neofobia alimentaria utilizada en el estudio de Rodríguez-Tadeo et al (2015). Esta consta de 10 ítems con 7 escalas y permite proporcionar información sobre la presencia de neofobia alimentaria en los niños.

RESULTADOS:

Los datos recabados determinaron que, según lo referido por los padres, más de la mitad de los niños estudiados poseen algún tipo de malnutrición, ya sea por exceso o por subalimentación; siendo el 44,44% aquellos que tienen un estado nutricional normal. Se destaca el consumo habitual de alimentos ricos en proteínas y de frutas, y en menor frecuencia de verduras, de las cuales se resalta el consumo de papa, batata y choclo. Por otro lado, se puede afirmar que los niños presentaron un bajo porcentaje de neofobia alimentaria, siendo clasificado más de la mitad dentro del grupo promedio y, al valorar el grado de información que poseen los padres sobre alimentación saludable, se encontró que la mayoría posee un grado medio.

CONCLUSIÓN:

Es importante comprender a la nutrición como un hecho complejo en donde no solo se establece la relación del sujeto con el alimento sino también considerarlo como un hecho social en el cual influye tanto el ambiente y toda persona que rodea al sujeto. El rol del Licenciado en Nutrición es fundamental en esta acompañando al niño y a su familia en la generación de hábitos saludables que repercutirán a corto y largo plazo en la calidad de vida del niño.

OBJETIVO:

Analizar el estado nutricional, la presencia de neofobia alimentaria, los hábitos alimentarios de niños de 3 a 5 años y el grado de información de sus respectivos padres en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2021.

Gráfico N°3. Clasificación según el estado nutricional de los niños referido por los padres

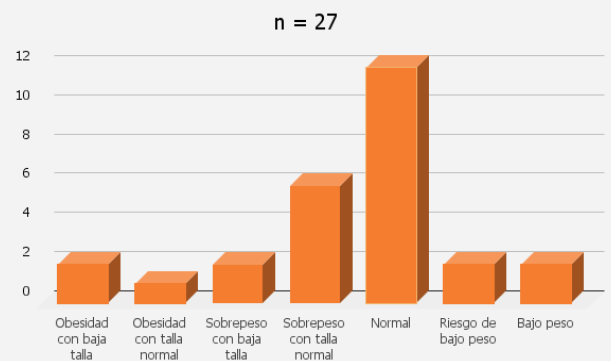


Gráfico N°22. Resultados globales obtenidos de la Escala de neofobia alimentaria en los niños

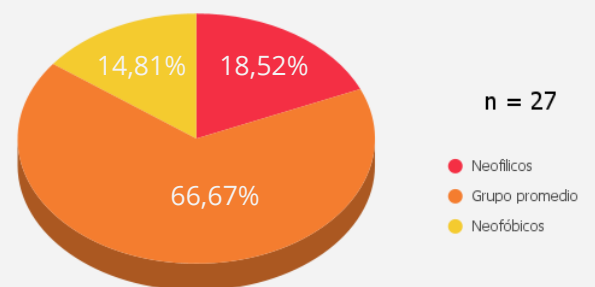


Gráfico N°23. Grado de información sobre alimentación saludable de los padres

