

CÁTEDRA SEMINARIO FINAL

Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición

“DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL CONTEXTO DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA EN EL AÑO 2020”

AUTORAS:

Cecchetto Luciana



Imberti Velen



DIRECTORA:

Dra. Román María Dolores



CO-DIRECTORA:

Lic. Troncozo Magalí



ASESORA:

Mgter. Grande María del Carmen



PMG MGR MARÍA DEL C. GRANDE
PROFESORA TITULAR
ESCUELA DE NUTRICIÓN
FCM - UNC

AÑO 2021

Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición:

**“DIFICULTADES ALIMENTARIAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL CONTEXTO DE
CUIDADO INFANTIL FAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5
AÑOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA EN EL AÑO 2020”**

AUTORAS:

Cecchetto Luciana 39696872

Imberti Velen 39324362

DIRECTORA:

Dra. Román María Dolores

CO-DIRECTORA:

Lic. Troncozo Magalí

ASESORA:

Mgter. Grande María del Carmen

TRIBUNAL:

Presidenta: Dra. Laquis Mariana

Miembros: Lic. Bergero María

Dra. Román María Dolores

Calificación:

Fecha:

Art. 28: Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.

INDICE

Resumen	4
Introducción	5
Planteamiento y delimitación del problema	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Marco Teórico	8
Crecimiento y desarrollo en niños	8
Dificultades Alimentarias	8
Síntomas, signos y señales de DA en niños	9
Clasificación de las DA	9
Conceptualización de cuidador nutricional	13
Tipo de cuidadores nutricionales, su relación con conductas y DA en niños	13
El rol del núcleo familiar en la construcción de las conductas alimentarias	14
Elecciones alimentarias de los niños y la influencia del contexto educativo	16
Hipótesis	18
Variables	19
Diseño Metodológico	20
Operacionalización de variables	21
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
Plan de análisis de datos	28
Resultados	29
Discusión	44
Conclusión	49
Referencias bibliográficas	51
Anexos	57
Glosario	75

RESUMEN

“Dificultades alimentarias y su asociación con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Córdoba en el año 2020”

Área temática de investigación: Nutrición Clínica y Dietoterapia.

Autores: Cecchetto L, Imberti V, Grande MC, Troncozo M, Román MD.

Introducción: Las Dificultades Alimentarias (DA) son una serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la infancia, también involucran la percepción por parte del/la cuidador/a de que el/la niño/a no se alimenta de forma adecuada. Numerosos determinantes de la alimentación pueden incidir en las preferencias o aversiones alimentarias, entre ellos las influencias sociales y el contexto en el que los niños se desarrollan.

Objetivos: Analizar la ocurrencia de DA y su asociación con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar de niños de 3 a 5 años que asisten a control de crecimiento y desarrollo en centros de salud públicos y privados de la Ciudad de Córdoba, en el año 2020. **Metodología:**

Estudio descriptivo, observacional, correlacional de corte transversal (n=108). Se indagó sobre el comportamiento alimentario de los participantes mediante una encuesta que incluyó el cuestionario Behavioral Pediatrics Feeding Assessment (BPFAS). Se indagó sobre las características del contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar, las cuales fueron analizadas de manera comparativa entre los niños con y sin DA. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple para analizar la asociación entre la presencia de DA y las variables de interés. **Resultados:** El 41,67% de la muestra presentó DA. Las variables que mostraron una evidencia significativa con la problemática fueron la edad de incorporación del niño a la sala maternal o pre-jardín y la cantidad de comidas realizadas en este, las cuales se presentaron como protectores del desarrollo de DA (OR 1,03; IC95% 1,005–1,072 y OR 0,37; IC95% 0,145–0,964 respectivamente).

Conclusión: Algunos factores relacionados al contexto de cuidado infantil extrafamiliar en la infancia pueden condicionar el desarrollo de DA. Resulta necesario profundizar el estudio sobre esta problemática para identificar otros aspectos alimentarios y contextuales sobre los cuales es importante trabajar para la prevención de las DA y la promoción de salud a partir de una alimentación saludable.

Palabras claves: Dificultades alimentarias - Cuidadores nutricionales - Contexto Familiar - Salas Maternales y Pre-jardines - Comportamiento Alimentario.

INTRODUCCIÓN

El modo de alimentarse, las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida (1). En la infancia, la persistencia de no comer de manera adecuada o tener una alimentación desequilibrada puede afectar negativamente el desarrollo físico y psicosocial de un niño¹ pudiendo desarrollar una Dificultad Alimentaria (DA) en el futuro (2). Esta se define como una serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta. Asimismo, involucran la percepción por parte del cuidador² de que el niño no se alimenta de forma adecuada, sugiriendo que si el adulto a cargo percibe que hay un problema en su alimentación, significa que existe una dificultad en la misma (3-4).

En general, el niño comienza a incorporar la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad desde el momento del nacimiento, aprendiendo por imitación, tanteo y repetición, tendiendo a reproducirse en él el modelo alimentario de los padres y/o cuidadores (1-5). Estos últimos se definen como personas que tienen la responsabilidad de alimentar y cuidar a los niños y/o de tomar decisiones sobre cómo los mismos deben ser alimentados (2). Las actitudes de los cuidadores hacia los alimentos han demostrado ser un factor que influye en los hábitos alimentarios de los niños en edad preescolar, influyendo en el gusto o disgusto por alimentos específicos (6-7). El servicio de cuidado ha recaído de forma histórica y cultural como responsabilidad principal de las mujeres y ha sido una de las causas principales de la desigualdad de género experimentada en el mundo laboral (8). Actualmente, y en gran parte debido a la inserción de las mujeres al trabajo remunerado, los adultos enfrentan una problemática ante el cuidado de los niños, con la preocupación de que los mismos cuenten con un cuidado adecuado, en especial en edades tempranas. Por ello, padres y/o cuidadores familiares (padre/s, madre/s, hermanos/as) han ido solicitando cada vez más el apoyo de otros cuidadores extrafamiliares (abuelas/os, tías/os, niñeras/os, maestras/os, etc.) y, en muchos casos se ha visto que han requerido el ingreso de sus

¹ Niño: a modo de facilitar la lectura, en esta tesis, se incluye bajo esta denominación a individuos de ambos sexos y de todas las identidades de género.

² Cuidador: a modo de facilitar la lectura, en esta tesis, se incluye bajo esta denominación a individuos de ambos sexos y de todas las identidades de género.

hijos desde edades tempranas a instituciones escolares, o han solicitado la incorporación del cuidador extrafamiliar al hogar (9).

La composición del hogar en el que los niños viven es un factor a considerar, ya que puede influir de manera determinante en la configuración de las conductas alimentarias en la etapa preescolar (10). Además, el contexto educativo y socioeconómico de la familia puede afectar la cantidad, calidad, frecuencia y diversidad de los alimentos a los que se ven expuestos desde el nacimiento, determinando en cierta forma sus patrones alimentarios (11-12-13).

A medida que los niños crecen, entre los 2 y los 4 años, aumenta progresivamente la capacidad para elegir sus propios alimentos y, en muchos casos, la realización de algunas comidas fuera del hogar los expone a nuevas influencias (14). Cada vez más, las escuelas y guarderías juegan un papel importante en el desarrollo de la alimentación de los niños, ya que pasan más tiempo y realizan gran parte de sus comidas en estos entornos, promoviendo así la interacción de los niños con sus pares, quienes pueden favorecer, o no, la introducción de nuevos alimentos y por lo tanto influir en sus hábitos alimentarios (13-15).

La alimentación, la nutrición y la salud tienen implicaciones a largo plazo, lo que sucede en la infancia y la niñez repercute en la adolescencia y en la edad adulta; por lo que las prácticas alimentarias cotidianas tendrán un impacto profundo en el crecimiento, desarrollo, desempeño y calidad de vida de los niños (16).

Este trabajo de investigación tiene como finalidad proveer información sobre la asociación entre la ocurrencia de DA con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar de niños de 3 a 5 años en la ciudad de Córdoba en el año 2020.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la relación entre la ocurrencia de DA y el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar de niños de 3 a 5 años en la Ciudad de Córdoba en el año 2020?

OBJETIVO GENERAL

Analizar la ocurrencia de DA y su asociación con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar de niños de 3 a 5 años que asisten a control de crecimiento y desarrollo en centros de salud públicos y privados de la Ciudad de Córdoba, en el año 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Examinar la presencia de DA en los niños que componen la muestra de estudio.
2. Describir la composición del grupo familiar en la que vive el niño, el nivel socioeconómico del hogar y el nivel de escolaridad alcanzado por el principal cuidador nutricional del niño.
3. Analizar la presencia de cuidadores extrafamiliares del niño dentro del hogar, así como la asistencia a salas maternas y/o pre-jardines y la alimentación que allí reciben.
4. Valorar la asociación entre la ocurrencia de DA y la composición del grupo familiar.
5. Valorar la asociación entre la ocurrencia de DA y la realización de comidas con cuidadores extrafamiliares dentro del hogar y en guarderías o jardines maternas.

MARCO TEÓRICO

Crecimiento y desarrollo en niños

Luego del nacimiento, la velocidad de crecimiento y el avance madurativo no siguen una marcha uniforme, sino que se pueden determinar tres importantes períodos: el período de crecimiento acelerado de la lactancia, el período de crecimiento estable de la etapa preescolar y escolar y el período de aceleración del crecimiento de la etapa puberal (3). En cada etapa de su desarrollo, el niño, va construyendo un esquema interno con el cual puede comprender el mundo. Así mismo, se van configurando los hábitos y estilos de vida que se verán reflejados en años posteriores (17). Dentro del período de crecimiento estable, la etapa preescolar comprende a los niños desde los 2 años hasta los 5 años de vida inclusive (18-19). La velocidad de crecimiento disminuye progresivamente en niños mayores de 12 meses, y es por ello que en la etapa preescolar los mismos manifiestan menor apetito, disminuyen el volumen de su ingesta y su patrón de alimentación puede volverse variable e impredecible. La reducción del gasto metabólico basal y de la velocidad de crecimiento, junto con cambios en la composición corporal, condiciona a los mismos a presentar menor necesidad energética y como consecuencia, una disminución del apetito (18-19). Sumado a lo anterior, el niño en esta etapa se encuentra más interesado en explorar el ambiente que lo rodea, por lo que la alimentación no es su principal interés (2).

En la etapa preescolar comienzan a comprender cuándo y de qué manera se come, diferencian las comidas que se les ofrecen y entienden que existen situaciones especiales donde se consumen alimentos de manera diferente. Además desarrollan preferencias y van modulando el desarrollo del hábito alimentario, influenciado por pautas ambientales, tales como: el momento del día, las porciones de alimentos que les ofrecen y qué posibilidades tienen de poder autorregular su ingesta de acuerdo con el modelo de crianza y prácticas de alimentación que expresan sus cuidadores (3).

DIFICULTADES ALIMENTARIAS

Las DA, son una serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta (3). Son multicausales y pueden afectar negativamente el proceso por el cual los cuidadores proveen alimentos a niños pequeños (20).

En la infancia, los problemas relacionados con los hábitos alimentarios implican, en mayor o menor medida, el rechazo hacia algunos alimentos (21). En esta etapa, el adulto a cargo puede percibir la aparición de una DA, sugiriendo que, si este percibe una dificultad en el niño en su forma de alimentarse, quiere decir que la dificultad existe (4-20).

Esta denominación no incluye a los “trastornos de la alimentación”, entidades de mayor gravedad, que resultan de alteraciones severas, somáticas y/o del comportamiento, con probables secuelas orgánicas, nutricionales o emocionales (4).

Síntomas, signos y señales de dificultades alimentarias en niños

Kerzner expresa que existen una serie de signos y síntomas que pueden sugerir la presencia de una DA en un niño. Las mismas pueden ser: síntomas sugestivos, signos orgánicos y señales de alarma conductuales (4).

Entre los síntomas sugestivos de las DA, se pueden mencionar los horarios de comida prolongados, el rechazo a la comida que perdura por lo menos un mes, comidas disruptivas y estresantes, falta de alimentación independiente, alimentación nocturna en niños pequeños, distracción para aumentar la ingesta, alimentación prolongada con leche materna o biberón y fracaso para avanzar en las texturas de los alimentos. Los signos orgánicos se refieren a aquellos relacionados a disfagia, aspiración, dolor aparente con la alimentación, vómitos, diarrea, retraso del desarrollo, síntomas cardiorrespiratorio crónicos y falla de medro; las cuales representan situaciones que pueden conducir al desarrollo de una DA (4). Algunas de las señales de alarma conductuales pueden ser la existencia de fijación alimentaria (limitaciones dietarias extremas), alimentación nociva (forzada y/o persecutoria), interrupción brusca de la alimentación después de un evento disparador, náuseas anticipatorias y retraso en el desarrollo (4).

Clasificación de las DA

En la clasificación de las DA según Kerzner (2015), se pueden diferenciar tres grupos: el niño con apetito limitado; el niño con ingesta selectiva de alimentos; el niño con miedo a la alimentación (4).

Apetito limitado: El apetito limitado es una DA no específica que podría estar asociada con diversos problemas. Incluye desde niños que comen adecuadamente, pero que parece que comen

demasiado poco (percepción errónea por parte de los cuidadores), a aquellos con alguna enfermedad orgánica manifiesta. Se establecen cuatro sub-categorías:

- *Percepción errónea:* la característica más importante de la interpretación errónea de la falta de apetito es la excesiva preocupación de los cuidadores, a pesar del crecimiento normal del niño. Los cuidadores comúnmente perciben a los niños genéticamente pequeños con un apetito “pequeño” consecuente como pobres consumidores. Los cuidadores no logran reconocer que la velocidad de crecimiento se desacelera hacia el final del primer año, y en el segundo año de vida con una concomitante disminución del apetito. Esta percepción errónea puede ser la base de una DA, si adoptan prácticas inadecuadas de alimentación (4).
- *El niño activo enérgico con apetito limitado:* este problema se desarrolla durante la transición a la auto-alimentación; característicamente estos niños son activos, enérgicos, curiosos y mucho más interesados en jugar y hablar que en comer. Se niegan a permanecer sentados durante las comidas, comen pequeñas cantidades, y con frecuencia dejan de ganar peso. No existe una explicación orgánica subyacente. Una característica distintiva es el conflicto entre el cuidador y el niño, que si no se resuelve puede obstaculizar la capacidad del niño para alcanzar su potencial de desarrollo físico y cognitivo. Estos niños muchas veces son diagnosticados con retraso de crecimiento no orgánico, y retraso del crecimiento nutricional (4). Chatoor y col. (2009) se refieren a ellos como portadores de anorexia infantil (22).
- *El niño apático aislado:* estos niños son inactivos, muestran desinterés tanto por la comida como por el medio que los rodea, y se comunican pobremente con sus cuidadores. Ellos pueden parecer poco exigentes, y a menudo no hacen contacto visual, balbucean, o tienen dificultades en el habla. Ellos y sus cuidadores suelen parecer deprimidos y en general interactúan poco. Generalmente, estos niños suelen mostrar signos de déficit nutricional. La misma puede ser una causa de depresión y anorexia, creando un círculo vicioso en el que la anorexia y la mala nutrición se exacerban (4-23).
- *Enfermedad orgánica:* para identificar a estos niños, Kerzner (2015) utilizó la modificación de Burklow y col. (1998) de la clasificación de Rudolph y Link (2002) para la consideración de las condiciones más relevantes que pueden concluir en una DA. Las mismas pueden ser estructurales, gastrointestinales, cardiorrespiratorias, nerviosas, y metabólicas (4-24-25).

Alimentación selectiva: los niños considerados selectivos varían entre los que comen adecuadamente para su etapa de desarrollo (percepción errónea por parte de los cuidadores), y los que representan aversiones sensitivas relacionadas o enfermedad orgánica. Los niños con ingesta altamente selectiva rechazan alimentos específicos, con gusto, textura, olor o apariencia particular. Este comportamiento va más allá de la resistencia normal a la introducción de nuevos alimentos como la neofobia, implica una resistencia más acentuada que persiste en el tiempo (4-23). Se establecen cuatro sub-categorías:

- *Percepción errónea:* la neofobia es frecuentemente mal percibida por los cuidadores como selectividad inapropiada. Sin embargo, es un comportamiento normal, que comienza generalmente al final del primer año de vida, alcanza su pico máximo entre los 18 y 24 meses, y finalmente se resuelve. La mayoría de los niños aceptan nuevos alimentos, en especial los vegetales amargos solamente después de exposiciones repetidas (23).
- *Selectividad leve:* incluye a un gran grupo de niños que a menudo son denominados “consumidores caprichosos”. Estos niños consumen menos alimentos que el promedio. Dovey y col. (2008) señalaron que, a diferencia de la neofobia, la exposición repetida a alimentos rechazados no tiende a dar lugar a la aceptación por estos consumidores exigentes. Sin embargo, estos niños suelen tener un crecimiento y desarrollo normales y tienen ingesta de energía y nutrientes adecuados. La mayor preocupación con estos niños no es su nutrición, sino que la familia gira en torno a una alimentación coercitiva, y a sus posteriores consecuencias en el comportamiento, pudiendo ser un problema bidireccional que afecte la conducta del niño (4-26).
- *El niño altamente selectivo:* aquí las consecuencias son lo suficientemente graves, como para considerarlo un trastorno de la alimentación. Estos niños limitan su dieta a menos de diez a quince alimentos. Chatoor (2009) se refiere a estos niños como portadores de *aversiones alimentarias sensoriales*: la negativa de comer categorías completas de alimentos en relación con su sabor, textura, olor, temperatura, y/o apariencia. Este problema puede interrumpir el desarrollo de las habilidades motoras orales normales (4-22).
- *Selectividad orgánica:* la alimentación selectiva puede ser la consecuencia de condiciones médicas y se observa a menudo en niños con retraso en el desarrollo debido a anoxia, causas cromosómicas, mitocondriales, o inexplicables de daño neurológico. La selectividad puede estar

relacionada con respuestas hipersensibles o hiposensibles a las propiedades sensoriales de los alimentos y/o con el retraso en el desarrollo de pautas de motricidad oral (4).

Miedo a la alimentación: cualquier experiencia severamente aversiva relacionada con la alimentación puede causar temor a la misma. Dicha experiencia puede ser continua o condicionada por eventos pasados. Se distinguen 3 patrones distintos: miedo a la alimentación después de un solo evento, en particular de asfixia o atragantamiento; miedo a la alimentación en el niño que ha sido sometido a procedimientos orales desagradables o dolorosos; y miedo a la alimentación en niños que son alimentados por sonda o tubo, o que han perdido pautas de alimentación, que carecen de experiencia, y/o se sienten amenazados cuando la comida es introducida por vía oral (4). Se establecen cuatro sub-categorías:

- *Percepción errónea:* esto sucede con algunos lactantes con conducta de llanto excesivo, que son mal percibidos como hambrientos y temerosos de la alimentación, ya que suelen resistirse al biberón o al pecho. Sin embargo, la mayoría de ellos lloran por otras razones (por ejemplo, por incapacidad para calmarse a sí mismos, o por cólicos). En casi todos los casos estos niños reciben cantidades adecuadas de nutrientes (4).
- *Miedo a la alimentación en el lactante:* esto sucede en lactantes que aparentemente se encuentran hambrientos, pero que cuando comienzan a alimentarse se desprenden del pezón luego de algunas succiones con aparente dolor. Sin embargo, estos niños comen en mayor cantidad cuando se encuentran somnolientos. Con el tiempo emerge un temor evidente en la alimentación y a veces la presencia del pecho o biberón induce resistencia y llanto en ellos (4).
- *Miedo a la alimentación en el niño mayor:* esto se observa en el niño que se atraganta, regurgita o vomita la comida, y luego deja de comer. Se da más a menudo con alimentos sólidos. Estos casos suelen denominarse disfagia funcional o fobia por ahogamiento. Algunas veces es el resultado de un padre que fuerza enérgicamente la alimentación del niño. Esto puede ser lo suficientemente grave para provocar pérdida de peso (4).
- *Miedo por causa orgánica:* cualquier condición orgánica resultante en dolor significativo que se relacione con la alimentación, tiene el potencial de causar temor a comer. Los niños dependientes de la alimentación por sonda son un ejemplo destacado, así como la odinofagia debido a esofagitis (4).

Por otra parte, Davies y col. (2006) consideran que las DA deben conceptualizarse como un trastorno relacional entre el cuidador y el niño, de manera que, los estilos de alimentación de los cuidadores, deben ser incorporados en el manejo de estos problemas (19-27).

Conceptualización de cuidador nutricional

El concepto de cuidador engloba bajo su definición un amplio abanico de trabajos y tareas, marcados por relaciones interpersonales y determinadas por circunstancias y necesidades de diversa índole, siendo absolutamente indispensables para la estabilidad tanto física como psíquica de los miembros que integran cada grupo social así como también para el mantenimiento de la cohesión familiar y comunal (3).

Desde UNICEF se define al cuidado como la provisión a nivel familiar y comunitario de tiempo, atención y apoyo para satisfacer las necesidades físicas, mentales y sociales de los niños en crecimiento y otros miembros del hogar. La ingesta de nutrientes, la salud y el desarrollo cognitivo y psicosocial de niños se ven afectados particularmente por un conjunto de comportamientos implementados por los cuidadores para la satisfacción de estas necesidades (21). El cuidador es la persona que alimenta y cuida a los niños gran parte del tiempo y/o toma decisiones sobre cómo deben ser alimentados. Además, existen relaciones sociales y familiares entre ellos que, generalmente, son en forma de parentesco (2).

Tipo de cuidadores nutricionales, su relación con conductas y dificultades alimentarias en los niños

Las actitudes de los cuidadores influyen sobre la conducta alimentaria de un niño. Los diferentes estilos están determinados por las normas culturales, las preocupaciones de los cuidadores y las características del niño (4).

Los alimentadores sensibles siguen el concepto de la división de la responsabilidad; el cuidador determina dónde, cuándo y qué come el niño y éste último determina cuánto. Este tipo de alimentadores guían al niño a comer en lugar de controlarlo, fijan límites y modelos apropiados para comer, hablan positivamente acerca de la comida y responden a las señales de alimentación del mismo. Este estilo de alimentación ha dado lugar a que los niños coman más frutas, verduras y menos alimentos con alto contenido en grasas saturadas, azúcar y sal, lo que resultaría en un patrón alimentario más saludable (4).

Los alimentadores controladores ignoran las señales de hambre del niño y pueden usar la fuerza, el castigo o recompensas inapropiadas para coaccionar al niño a comer. Estas prácticas parecen inicialmente efectivas, pero se vuelven contraproducentes, resultando en un pobre ajuste de la ingesta de energía, en un menor consumo de frutas y verduras, y en un mayor riesgo de llevar a cabo conductas alimentarias poco saludables (4).

Los alimentadores indulgentes satisfacen al niño. Ellos tienden a alimentar al niño cuando lo demanda, frecuentemente preparando comidas especiales o variadas. Este alimentador siente que es imprescindible cumplir con todo lo que el niño necesita, pero al hacerlo ignora las señales de hambre del mismo y no establece límites. Las consecuencias de estas prácticas de alimentación incluyen un menor consumo de alimentos que contienen importantes nutrientes y un consumo desproporcionado de productos ricos en grasas.

Los alimentadores negligentes abandonan la responsabilidad de alimentar al niño y pueden dejar de ofrecer alimentos o poner límites. Cuando alimentan a sus bebés, pueden evitar el contacto visual y parecer desinteresados. A menudo dejan que los niños más grandes se valgan por sí mismos (4).

Los cuidadores influyen en tres formas de aprendizaje que se han asociado con las conductas alimentarias en niños pequeños: familiarización, aprendizaje asociativo y aprendizaje observacional. A través de una combinación de estas alternativas, los niños adquieren el gusto o disgusto por alimentos específicos y dependen de sus cuidadores para saber qué, cuándo y cómo comer. Por esto, la alimentación en la infancia es un componente clave de su crianza que implica más que simplemente ofrecer comida (6).

Un ambiente de alimentación cálido que tenga en cuenta las necesidades del niño permite que el cuidador nutricional se convierta en un modelo a seguir para una alimentación saludable, y es probable que mejore los resultados nutricionales de estos (6).

El rol del núcleo familiar en la construcción de las conductas alimentarias

La alimentación se *facilita socialmente* según el contexto, donde el ambiente y el hogar familiar juegan un papel crucial en la configuración de las conductas alimentarias de los niños. Si los mismos ven cómo sus padres, hermanos y/o cuidadores comen una amplia variedad de alimentos, es más probable que los acepten más rápidamente, debido a que, al mostrar altos niveles de

plasticidad, los niños responderían a estímulos relacionados con los alimentos ofrecidos por los adultos y las señales sociales que rodean ese acto de comer (2-21).

La familia es un agente fundamental de la transformación de valores y conductas, además de ser la base del desarrollo emocional, debido a que entre los integrantes de la misma se desarrollan estrechos lazos afectivos. En ese sentido, es importante identificar cómo influye ella en el desarrollo de los diferentes comportamientos alimentarios que puedan beneficiar o afectar la salud de los niños y cómo la misma está compuesta (28).

En nuestro país, se ha observado que la incorporación de otras personas externas al núcleo familiar constituye un factor que puede alterar la conducta alimentaria del niño (10). Dicho esto, un estudio de Clark y cols. (2007), plantea que es de gran importancia conocer quién elabora el menú principal del día en cada familia. Además, confirma que en la actualidad continúa siendo la madre la figura familiar que mejor conoce las necesidades alimentarias de sus hijos, para la elaboración y el mantenimiento de una óptima alimentación tanto de los niños como de la familia (29). Históricamente, la responsabilidad doméstica y familiar ha recaído de forma exclusiva en la mujer. De allí que dicha responsabilidad ha condicionado la inserción de la misma al mercado de trabajo generando situaciones de desigualdad de género y ha determinado, entre otros puntos, lo que se conoce como doble o triple jornada (8). Durante los últimos años el papel de las mujeres como encargadas de las actividades domésticas y del cuidado de sus hijos, ha tenido grandes cambios, debido a que cada vez más mujeres se incorporan al mercado laboral y contribuyen al sustento económico del hogar. Todo esto ha generado diferentes transformaciones en los roles tradicionales de cada uno de los miembros de la familia (9).

Por otra parte, es importante considerar el nivel educativo de la familia que rodea a los niños, ya que se ha asociado con las elecciones alimentarias de los mismos. También se ha observado que la escolaridad materna influye en la percepción que tienen las madres sobre el estado nutricional de sus hijos y sobre los alimentos considerados como saludables o no (13). Además, otro factor a considerar es el poder adquisitivo del hogar, el mismo está fuertemente relacionado con el nivel cultural de los padres y con su estilo de educar, y tiene una incidencia directa en la cantidad, calidad, frecuencia y diversidad de los alimentos a los que el niño se ve expuesto desde el nacimiento (11). En este sentido, la posición socioeconómica y el nivel educativo de los adultos a cargo son un predictor importante de los patrones de alimentación, y a menudo presentan una

barrera para una alimentación saludable, jugando un papel crucial en la construcción de las conductas alimentarias (11-12-13).

Elecciones alimentarias de los niños y la influencia del contexto educativo

Ante el cuidado de los niños, los adultos a cargo se enfrentan a una problemática con la preocupación de que los mismos cuenten con una atención adecuada, en especial en las primeras etapas de la infancia. Por ello, los padres y/o cuidadores familiares han ido solicitando cada vez más el apoyo de otros cuidadores extrafamiliares y, en muchos casos se ha visto que han requerido el ingreso de sus hijos desde edades tempranas a instituciones escolares o de cuidado infantil como salas maternas o guarderías, o han solicitado la incorporación de un cuidador extrafamiliar al hogar (9).

Según la Ley n°10348, modificatoria de la Ley n° 9870 (Ley General de Educación de la provincia de Córdoba) los niños pueden ser incorporados en pre jardines desde los 45 días, pero obligatoriamente en Córdoba, a partir de los 3 años, deben ser incorporados a los jardines ingresando así al sistema de educación formal (30). En estos ámbitos se presentan diversas instancias en las que los niños realizan algunas comidas que pueden variar desde una colación hasta una de las comidas principales, como el almuerzo o la merienda. Por esto, tanto quienes trabajan dentro de los jardines o guarderías como las personas que trabajan dentro del hogar, serían responsables de la alimentación y del cuidado de los niños, siendo una fuente importante de afecto y modelo a seguir para ellos (9).

Aunque los progenitores y/o cuidadores nutricionales familiares y extrafamiliares proporcionarían la mayor influencia en creencias y comportamientos alimentarios en los niños, no es el único factor que influye en los mismos. A medida que estos crecen, entre los 2 y los 4 años, empiezan a adquirir mayor autonomía en la elección de alimentos y en muchos casos, al realizar comidas fuera del hogar, se exponen a nuevas influencias (14). A esta edad, los modelos de alimentación de sus compañeros o pares cobran mayor importancia e impacto (14-31). Cada vez más, las escuelas y guarderías juegan un papel importante en el desarrollo de la alimentación de los niños, ya que pasan más tiempo y realizan gran parte de sus comidas en estos entornos (13). Se ha observado que generalmente, hay una provisión significativamente mayor de alimentos y bebidas con altos niveles de azúcar, grasa, sal y bajo valor nutricional en los establecimientos de gestión estatal en comparación con instituciones

privadas. Se ha observado que esto modula las preferencias de consumo y la construcción de hábitos alimentarios en niños (32). En un estudio realizado en Bogotá a niños escolares, se observó que los mismos podrían modificar sus comportamientos en base a la observación e imitación de sus pares en estos entornos. Por lo tanto, se consideraría que estos últimos representan modelos a seguir para el desarrollo de conductas alimentarias saludables en los niños (33).

Según lo mencionado hasta aquí, existe evidencia que muestra que existen diversos factores que podrían influir positiva o negativamente en el desarrollo de los hábitos de alimentación durante la infancia, por lo tanto, se puede suponer que las características del contexto de cuidado infantil podrían estar asociadas al desarrollo de DA en esta etapa de la vida. Se espera que este trabajo aporte al conocimiento de aquellos condicionantes de la alimentación infantil y que pueda servir para facilitar el desarrollo de estrategias de abordaje de esta problemática, aún poco estudiada en nuestro medio.

HIPÓTESIS

- La ocurrencia de DA en niños de 3 a 5 años difiere según el tipo de hogar al que el niño pertenece.
- La realización de comidas con un cuidador extrafamiliar o en salas maternales/pre-jardines se asocia a la ocurrencia de DA.

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

- Dificultad Alimentaria (DA).

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Parentesco del principal cuidador familiar del niño.
- Tipo de hogar.
- Presencia de otros cuidadores extrafamiliares.
- Comidas que realiza el niño con cuidadores extrafamiliares.
- Asistencia a salas maternas o pre-jardines.
- Edad de incorporación del niño en meses en salas maternas o pre-jardines.
- Comidas que realiza el niño en las salas maternas o pre-jardines.

VARIABLES DE DESCRIPCIÓN

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de escolaridad del principal cuidador familiar del niño.
- Nivel socioeconómico del hogar.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Este trabajo se desarrolló como parte de una línea de investigación de reciente formación que se lleva a cabo desde la Cátedra Nutrición Materno Infantil de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. En ese marco, este estudio propuso desarrollar una investigación desde un enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, correlacional de corte transversal. Se considera que es descriptivo porque genera conocimientos describiendo fenómenos de la realidad; observacional ya que se realiza un estudio de fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos; correlacional debido a que busca describir asociación entre las variables en estudio (DA y el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar), y de corte transversal ya que si bien se tomaron datos sobre la historia del individuo, el estudio analiza la presencia/ausencia de DA en el momento de la realización de la encuesta sin realizar un seguimiento longitudinal de las variables (34).

Aspectos éticos: Esta investigación contempló la perspectiva del derecho de las Declaración de Tokio y Helsinki, la cual considera los principios éticos para la investigación sobre seres humanos, entendiendo que el bienestar de los mismos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Los participantes prestaron su consentimiento informado manifestando su voluntad a participar.

Universo: Niños de 3 a 5 años que asistieron al control de crecimiento y desarrollo a centros de salud públicos y privados en la Ciudad de Córdoba en el año 2020.

Muestra: Se realizó un muestreo por conveniencia de niños de 3 a 5 años que asistieron al control de crecimiento y desarrollo en centros de salud públicos y privados de la ciudad de Córdoba, hasta alcanzar un tamaño muestral mínimo estimado de 100 niños.

Criterios de inclusión

- Niños entre 3 a 5 años de edad que no presentan ningún tipo de patología aguda o crónica.
- Niños cuyo cuidador haya accedido a participar en la investigación y que haya prestado su consentimiento informado manifestando su voluntad de participar.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Dificultad alimentaria

Definición teórica: Alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta. Este concepto involucra la percepción, por parte del cuidador, de que el niño no se alimenta en forma adecuada (3). Por ello en este trabajo se propone una clasificación de la DA que considera el puntaje obtenido mediante el cuestionario Behavioral Pediatrics Feeding Assessment (BPFAS) tanto en relación al comportamiento del niño como respecto a la percepción del problema por parte del cuidador (35).

Definición empírica: La Tabla 1 presenta las 4 posibles combinaciones considerando los comportamientos del niño y la percepción del cuidador, a partir de esta surgen las siguientes categorías de análisis:

- Presencia de DA: Existe DA cuando el puntaje relacionado al comportamiento del niño obtenido en el BPFAS es >84 puntos y >9 puntos para la percepción del cuidador (35).
- Presencia de DA sin reconocimiento del problema por parte del cuidador: Existe DA cuando el puntaje relacionado al comportamiento del niño obtenido en las BPFAS es >84 puntos y <9 puntos para la percepción del cuidador (35).
- Presencia de DA solo por la percepción del cuidador: Existe DA cuando el puntaje relacionado al comportamiento del niño obtenido en las BPFAS es <84 puntos y >9 puntos para la percepción del cuidador (35).
- Ausencia de DA: no existe DA cuando los puntajes obtenidos en el BPFAS son < 84 puntos para el comportamiento del niño y < 9 puntos para la percepción del cuidador (35).

Tabla 1. Categorías de dificultades alimentarias relacionadas al comportamiento del niño y la percepción del problema por parte del cuidado nutricional

		Dificultades relacionadas al comportamiento del niño	
		BPFAS >84 puntos	BPFAS < o igual 84 puntos
Percepción del problema por parte del cuidador	> 9 puntos	DA con percepción del cuidador	DA solo por percepción del problema por el cuidador
	< o igual 9 puntos	DA sin la percepción del problema por parte del cuidador	SIN DA

Parentesco del principal cuidador familiar del niño

Definición teórica: Lazo establecido a raíz de consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino en relación con el niño (36).

Definición empírica: categorizada de la siguiente manera:

- Consanguinidad: *Primer grado:* padres; *Segundo grado:* abuelos, hermanos; *Tercer grado:* tíos, bisabuelos
- Afinidad: *Primer grado:* padrastro/ madrastra, abuelos no consanguíneos, padres/madres adoptivos/as; *Segundo grado:* cuñado/a, hermanastros

Tipo de hogar

Definición teórica: Se refiere a cómo se compone desde el punto de vista de las relaciones de parentesco existentes entre los integrantes y la presencia, o no, de ambos cónyuges (37).

Definición empírica: Es una variable categórica nominal. Para la categorización se utilizó la clasificación de Tipo de Hogares que plantea el INDEC en el Informe de Resultados N° 413 (37).

Categorización:

- Hogares familiares (los que representan relaciones de parentesco entre sus miembros):
 - Nucleares completos: convive la pareja -el principal sostén y su cónyuge- con o sin hijos.
 - Nucleares incompletos: uno de los cónyuges está ausente.
 - Extendidos: nuclear más otros familiares.
 - Compuestos: en los que se encuentra, además, a otros no familiares.
 - Sin núcleo: no existe relación conyugal.
- Hogares no familiares (cuando no existe relación de parentesco entre sus miembros)
 - Multipersonales
 - Sin núcleo: no existe relación conyugal.

Presencia de cuidadores extrafamiliares

Definición teórica: Personas a cargo de los niños que se encargan de proporcionar una atención específica de cuidado (38).

Definición empírica: Categorizada de la siguiente manera: *Presencia:* Abuelos/as, Tíos/as, Niñera/o, Otro/a; *Ausencia*

Comidas que realiza el niño con cuidadores extrafamiliares

Definición teórica: Comidas que el niño realiza bajo el cuidado de un cuidador extrafamiliar (niñera/o, abuelos, tíos/as, otros). Es una variable que incluye varias dimensiones referidas a cada una de las comidas que se realizan a lo largo del día (desayuno, colación de media mañana, almuerzo, merienda, otros) (38).

Definición empírica: Variable categórica nominal, categorizada de la siguiente manera:

Desayuno: (Sí-No); Almuerzo: (Sí-No); Merienda; (Si-No); Cena: (Sí-No); Colación: (Sí-No)

Asistencia a salas maternas o pre-jardín

Definición teórica: Refiere a si el niño asiste al momento de la entrevista a salas maternas o pre-jardines (39).

Definición empírica: Variable dicotómica: Asiste- No asiste

Edad de incorporación del niño en salas maternas o pre-jardines

Definición teórica: Edad en años y meses en el que el niño se incorporó a una sala maternal o al pre-jardín (39).

Definición empírica: Variable cuantitativa continua expresada en años y meses.

Comidas que realiza el niño en las salas maternas o pre-jardines

Definición teórica: Comidas que el niño realiza en las salas maternas o pre-jardines. Es una variable que incluye varias dimensiones referidas a cada una de las comidas que se realizan a lo largo del día (desayuno, colación de media mañana, almuerzo, merienda, otros) (39).

Definición empírica: Variable dicotómica que indica si el niño consumió o no cada una de las comidas detalladas en la sala maternal o pre jardín:

Desayuno: (Sí - No), Colación de media mañana:(Si - No), Almuerzo:(Sí - No), Merienda:(Si - No), Cena:(Sí - No)

Edad

Definición teórica: Tiempo que ha vivido el niño desde su nacimiento (40).

Definición empírica: Variable cuantitativa continua en meses del niño desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.

Sexo

Definición teórica: Es la condición biológica que distingue al niño de la niña (41).

Definición empírica: Variable cualitativa nominal. Categorizada en: Mujer; Hombre.

Nivel de escolaridad del principal cuidador del niño

Definición teórica: La dimensión, nivel educativo del principal sostén del hogar se refiere al máximo nivel de educación alcanzado por el mismo (42).

Definición empírica: Variable cualitativa ordinal. Se categorizó de la siguiente manera:

- Sin instrucción o primario incompleto: Persona que no asistió al nivel primario de enseñanza formal o que no llegó a completarlo.
- Primario completo: Persona que cursó y aprobó el último año del nivel primario de enseñanza formal.

- Secundario incompleto: Persona que asistió al nivel secundario de enseñanza formal pero no llegó a completarlo.
- Secundario completo: Persona que cursó y aprobó el último año del nivel secundario de enseñanza formal.
- Terciario/Universitario incompleto: Persona que asistió a una carrera de nivel de enseñanza superior pero no llegó a completarlo.
- Terciario/Universitario completo: Persona que cursó y aprobó una carrera de nivel de enseñanza superior.

Nivel socioeconómico del hogar

Definición teórica: Posición económica y social individual o familiar en relación a otras familias (3).

Definición empírica: Para construir esta variable se siguió el modelo empleado por la Asociación Argentina de Marketing (AAM) del año 2006. A partir de la combinación de las dimensiones nivel educativo y ocupación se conformó la variable nivel socio-económico (NSE), que permitirá caracterizar la situación de los niños en estudio. Para la determinación de estas dimensiones se tendrá en cuenta el principal sostén del hogar (PSH). El mismo es aquella persona que recibe mayor remuneración dentro del hogar (43). Es una variable de tipo cualitativa ordinal que de acuerdo a la AAM presenta 7 categorías que se re-agruparán en las 3 siguientes:

La Asociación Argentina de Marketing establece siete categorías para la variable nivel socioeconómico (NSE), sin embargo, se realizará una adaptación para obtener las siguientes categorías: Nivel socioeconómico Alto: (alto + medio alto); Nivel socioeconómico Medio: (medio medio + medio bajo + bajo superior); Nivel socioeconómico Bajo: (bajo inferior + marginal) (43) (Ver ANEXO 3).

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó una encuesta que fue distribuida a las familias participantes en formato digital para ser respondida de manera auto-administrada mediante un dispositivo digital (teléfono celular, tablet o computadora). Dicha encuesta estuvo estructurada en dos partes. La primera contó con preguntas cerradas para conocer el parentesco, el nivel de escolaridad y la situación laboral del principal cuidador del niño, el tipo de hogar al que el niño pertenece, la presencia de otros cuidadores extrafamiliares y las comidas que realiza el niño con los mismos, la asistencia a salas maternas o pre-jardín, edad de incorporación del niño a estas últimas y las comidas que allí realiza.

La segunda parte del cuestionario estuvo destinada a indagar sobre la posible ocurrencia de DA. Para ello se trabajó en la adaptación del Behavioral Pediatrics Feeding Assessment (BPFAS), cuestionario que ya fue traducido al idioma español y utilizado en investigaciones previas de esta línea de investigación (2-3-21). El BPFAS está diseñado para evaluar comportamientos a la hora de la comida y las conductas parentales y filiales asociadas a una ingesta nutricional deficiente. Se caracteriza por ser versátil ya que puede ser aplicado en niños desde los 9 meses hasta los 12 años de edad, presenten o no alguna patología.

La escala BPFAS tiene una gran sensibilidad y especificidad para detectar problemáticas relacionadas a la alimentación. El BPFAS está conformado por **35 preguntas** en las cuales los padres o cuidadores responden para cada una en una escala de 1 a 5 (nunca a siempre) indicando la frecuencia con la que se presenta el ítem preguntado. Responde además si ese comportamiento exhibido es un problema para ellos contestando “sí” o “no” a la pregunta: “¿Es esto un problema para usted?”. Los primeros 25 elementos de la escala se centran específicamente en los comportamientos de los niños, y los últimos 10 elementos se centran en las percepciones y estrategias que utilizan los padres o cuidadores para el manejo de los problemas. Hay preguntas redactadas en direcciones positivas y negativas, las preguntas redactadas en positivo se puntúan de manera inversa.

Los puntajes de frecuencia se utilizaron con dos puntos de corte para el análisis de los datos en este trabajo. Un punto de corte mayor a 84 puntos para el total de frecuencia de la conducta del niño (PFT) y un punto de corte mayor a 9 puntos para la frecuencia de las percepciones/estrategias de los padres o cuidadores (PTP). Del puntaje total se obtuvieron dos valores numéricos que establecieron la presencia o ausencia de conductas que sugieren la existencia de DA y la presencia o ausencia de la percepción por parte del padre o cuidador.



Se realizó una prueba piloto en una muestra de 10 individuos para poner a prueba la comprensión del cuestionario y detectar posibles complicaciones que pudieran haber surgido a partir de su aplicación (ver ANEXO 2).

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida en las entrevistas se volcó a una base de datos de Microsoft Excel que luego se importó al software Stata V14 para su tratamiento.

Se inició el análisis estadístico mediante una exhaustiva exploración de las variables de interés, calculando medidas resumen para variables cuantitativas y construyendo tablas y gráficos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas. A fin de profundizar el análisis exploratorio se realizaron pruebas de diferencias de medias y de proporciones para comparar la distribución de las variables de interés de acuerdo a la presencia o ausencia de DA. Se propusieron modelos de regresión logística de respuesta binomial (presencia-ausencia de DA) incluyendo como co-variables a la presencia de cuidadores extrafamiliares y la asistencia a salas maternas/pre-jardines así como a las comidas que allí realiza.

RESULTADOS

Este capítulo presenta los principales resultados de la investigación.

La muestra se conformó con un total de 108 niños, de los cuales el 51,9 % eran varones y el 48,1% restante mujeres (Figura 1). La edad promedio fue de 3,9 años (DE 0,84).

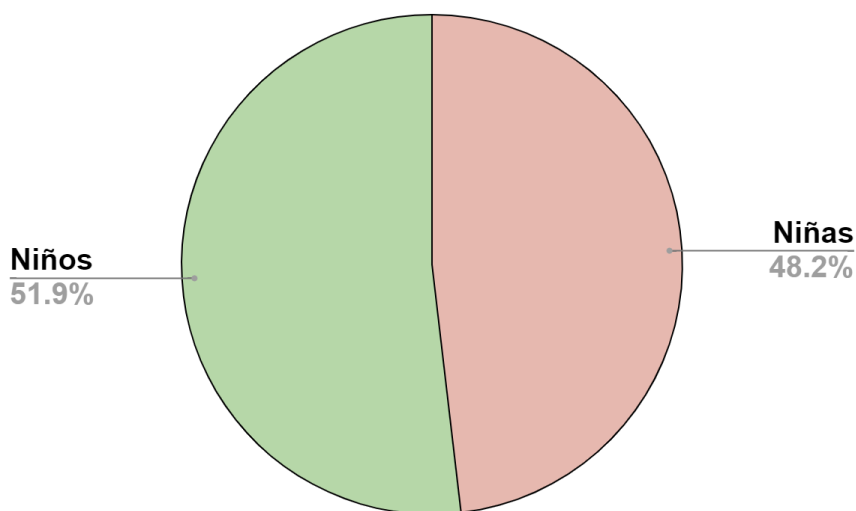


Figura 1: Distribución porcentual por sexo de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

La mayor parte de los niños de la muestra (82,4%) asistió a los controles de salud en una institución privada (Figura 2).

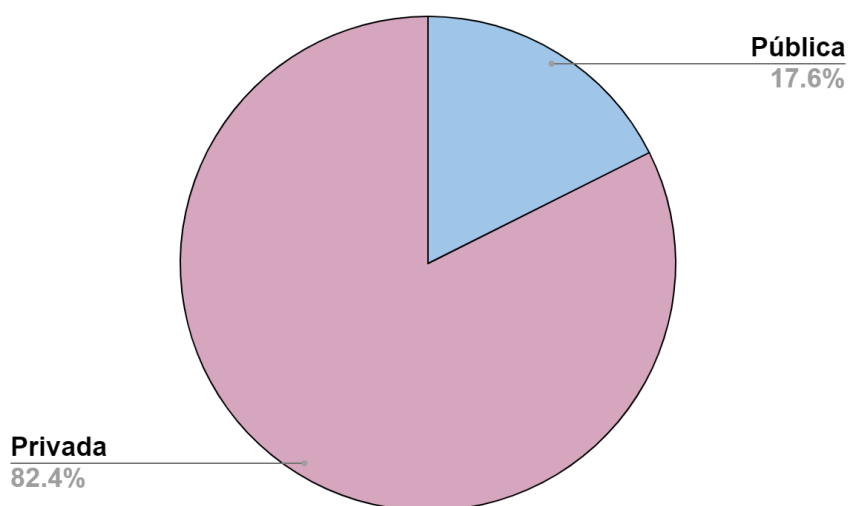


Figura 2: Distribución porcentual del tipo de institución de salud al que asisten los niños de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

En la figura 3 se puede observar que el principal cuidador del niño está representado en su mayoría por la madre (88,89%) y en segundo lugar por padre (7,41%). Por último, se encontraron casos en los que el cuidado del niño estaba a cargo de la tía/o (2,78%) y en último lugar por la niñera (0,93%) (Figura 3).

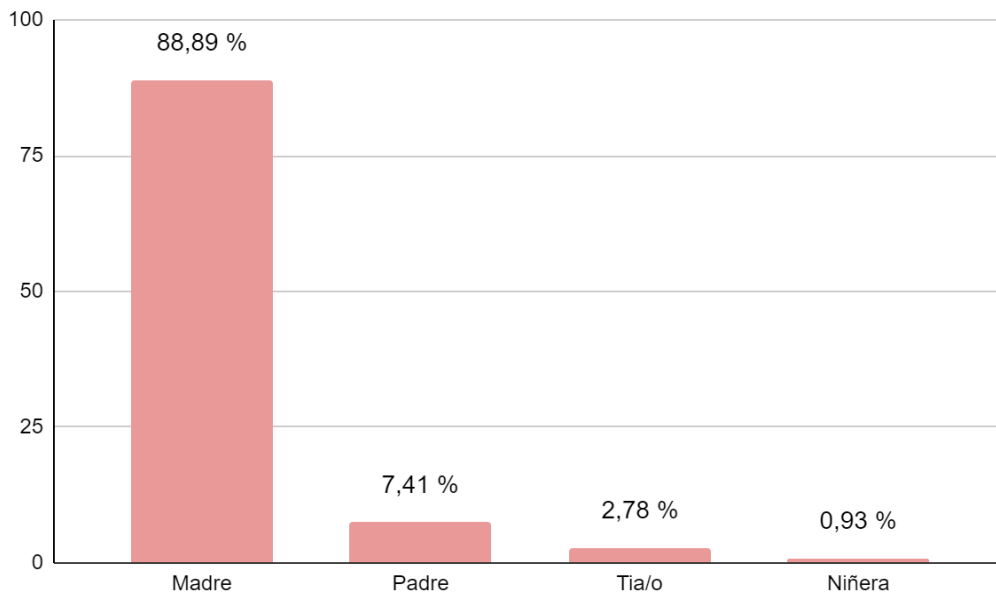


Figura 3: Distribución porcentual del principal cuidador del niño de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

Con respecto a la cantidad de personas que conviven en el hogar con el niño, se encontró que más del 75% de los hogares contaba con 3 o 4 integrantes (Figura 4). Por otro lado, en la figura 5 se muestra el tipo de hogar en el que vive el niño, observándose que más del 85% de los niños convive con, al menos, 1 de sus progenitores. Además, representando a más del 60% de la muestra, se logró observar la presencia de al menos un hermano del niño en el hogar (Figura 6).

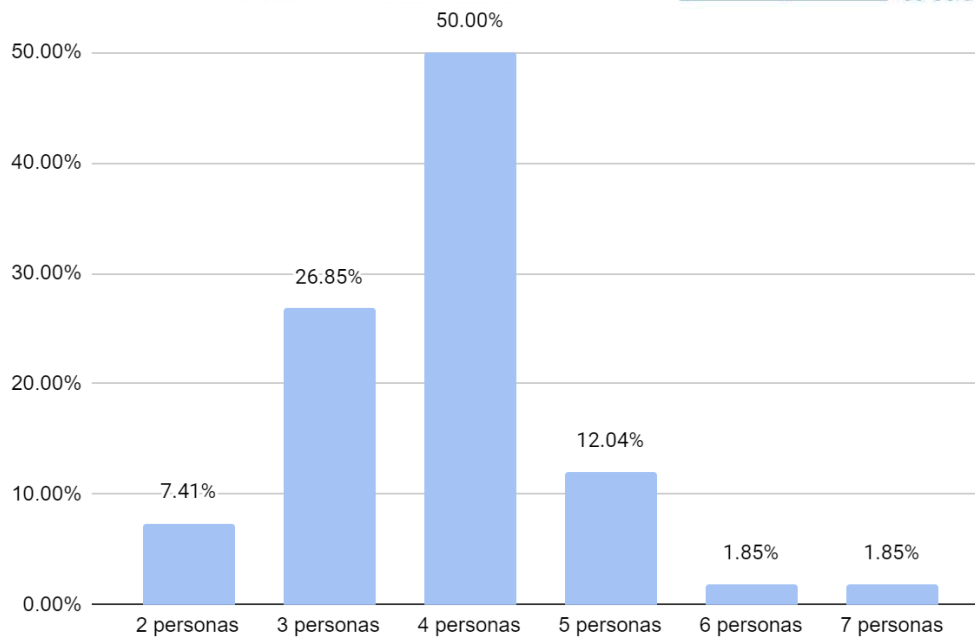


Figura 4: Distribución porcentual del número de personas que conviven en el hogar al que el niño pertenece, de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

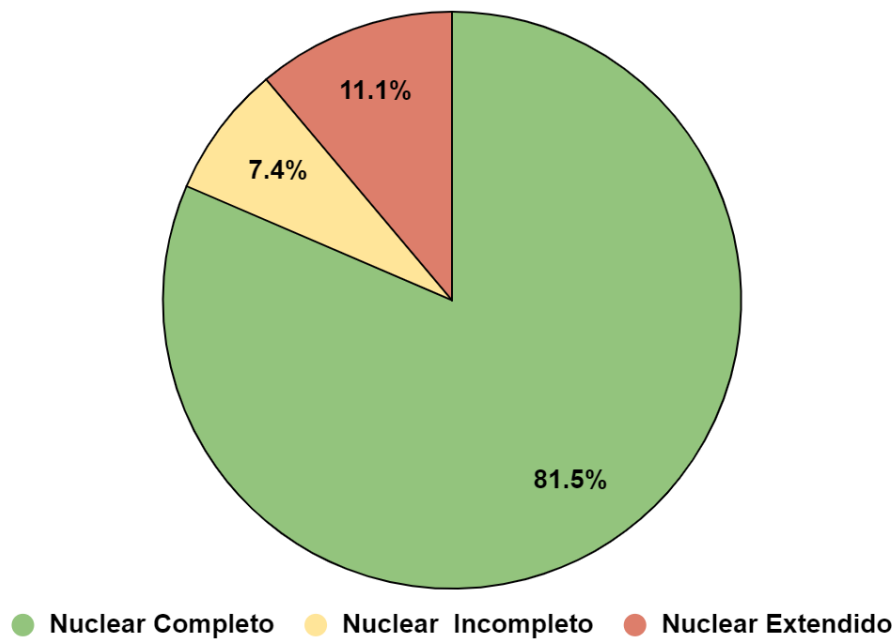


Figura 5: Distribución porcentual del tipo de hogar en el que vive el niño de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

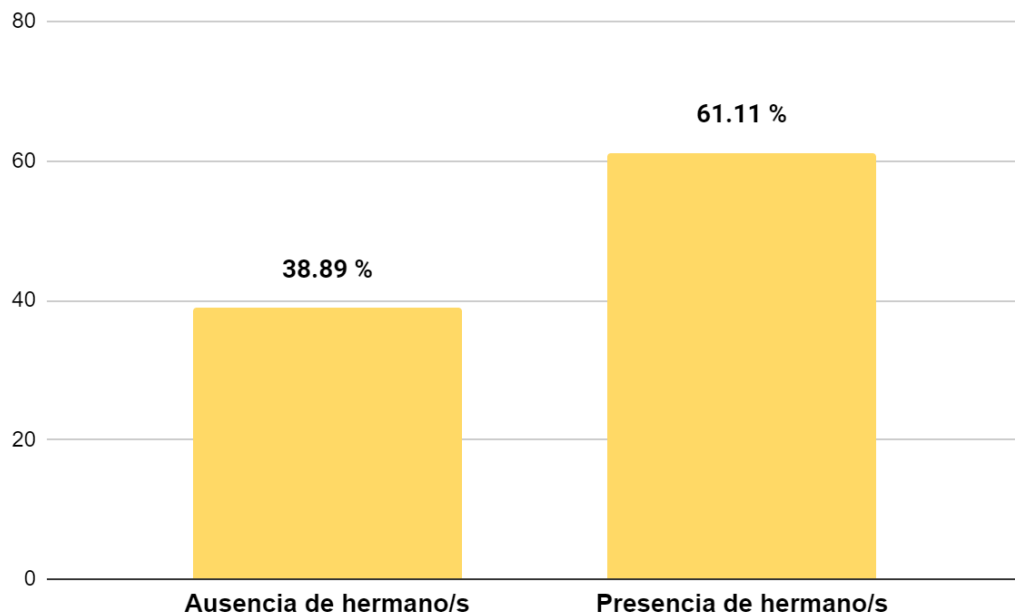


Figura 6: Distribución porcentual de la presencia o ausencia de hermanos en el hogar de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

De los principales cuidadores que representaron la muestra, un 63% logró alcanzar el nivel de instrucción más alto, siendo este el mayor porcentaje registrado (Figura 7).

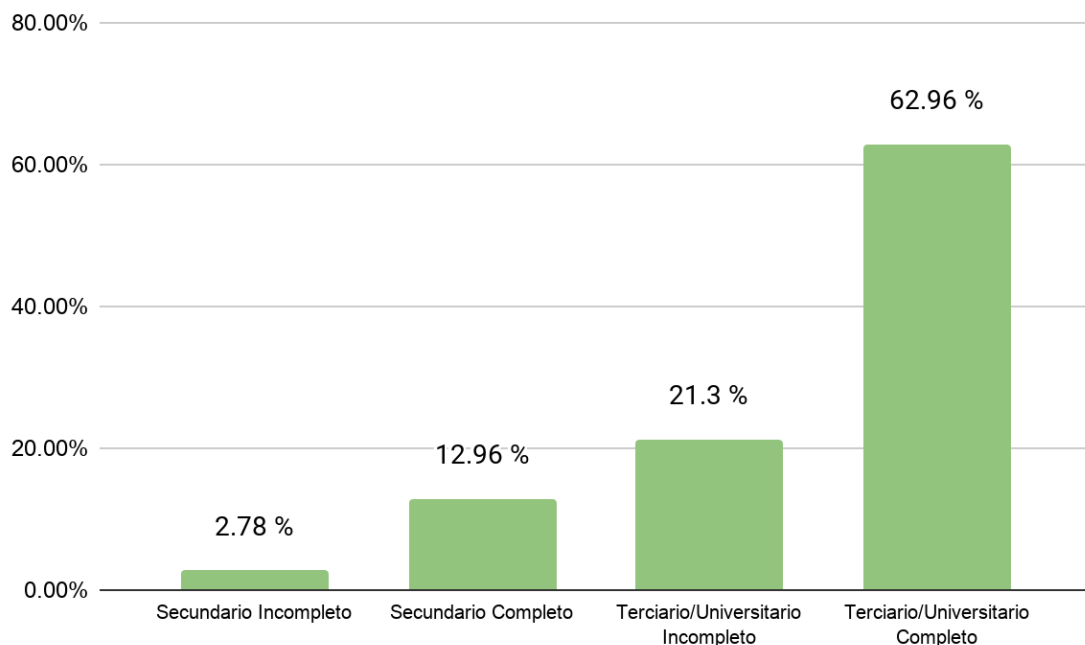


Figura 7: Distribución porcentual del máximo nivel de escolaridad alcanzado por el principal cuidador del niño de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

En lo que respecta al nivel socioeconómico del hogar, se encontró que poco más de la mitad de la muestra, representada por un 50,93%, perteneció al nivel medio. En menor proporción, representado por un 49,07%, perteneció al nivel socioeconómico alto. En dicha muestra, no se hallaron hogares que representen a un nivel socioeconómico bajo (Figura 8).

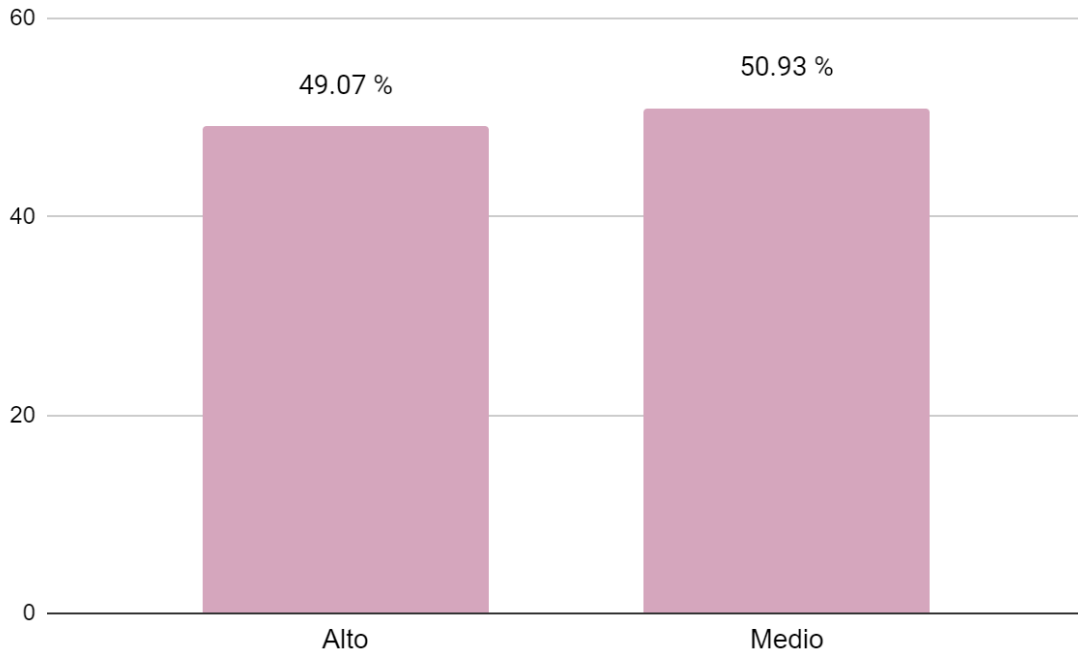


Figura 8: Distribución porcentual de los diferentes niveles socioeconómicos de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

En la figura 9 se puede observar que un 59,3% de los encuestados respondió que el niño cuenta con un cuidador extrafamiliar. Por otro lado, se determinó que sólo un 13,9% de los niños no asistió al pre-jardín o sala maternal antes del confinamiento obligatorio (Figura 10). En la figura 11 se analizó la combinación de la asistencia al jardín o sala maternal con la presencia de un cuidador extrafamiliar; se pudo observar que la mayor parte de los niños que asisten al jardín contaron además con un cuidador extrafamiliar.

- PRESENTA CUIDADOR EXTRAFAMILIAR
- NO PRESENTA CUIDADOR EXTRAFAMILIAR

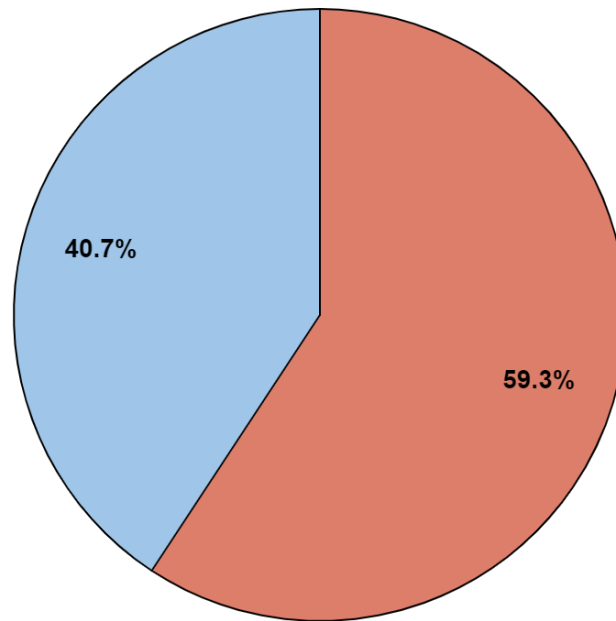


Figura 9: Distribución porcentual de la presencia o ausencia de un cuidador extrafamiliar de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

- NO ASISTEN AL JARDIN
- ASISTEN AL JARDIN

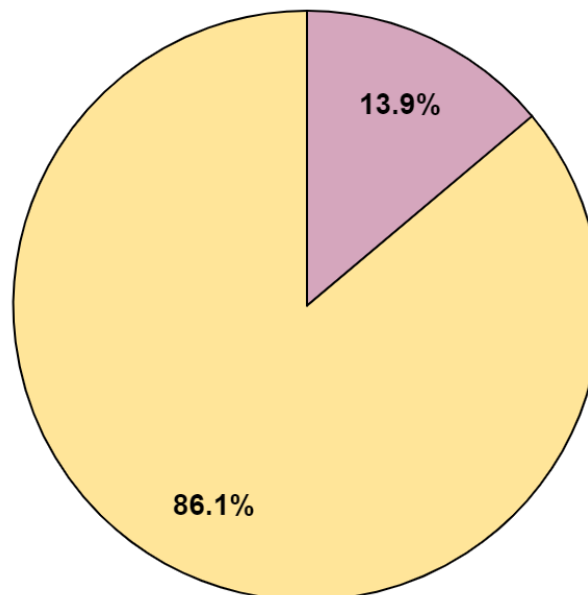


Figura 10: Distribución porcentual de la asistencia de los niños a salas maternas o pre jardines antes del inicio del confinamiento obligatorio de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

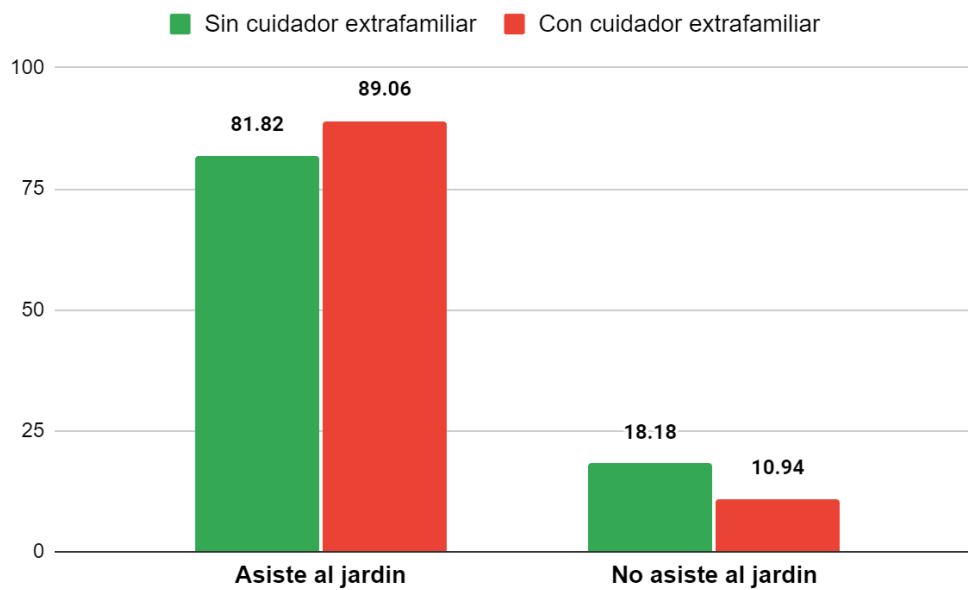


Figura 11: Distribución porcentual de la asistencia/ausencia al jardín o sala maternal con la presencia/ausencia de cuidadores extrafamiliares de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

La mayor parte de los niños, representando un 60% de la muestra, se incorporó a la sala maternal o pre-jardín antes de los 2 años de edad (Figura 12). Por otro lado, un 31,48% de los niños realizó 2 o más comidas en la sala maternal o pre-jardín (Figura 13).

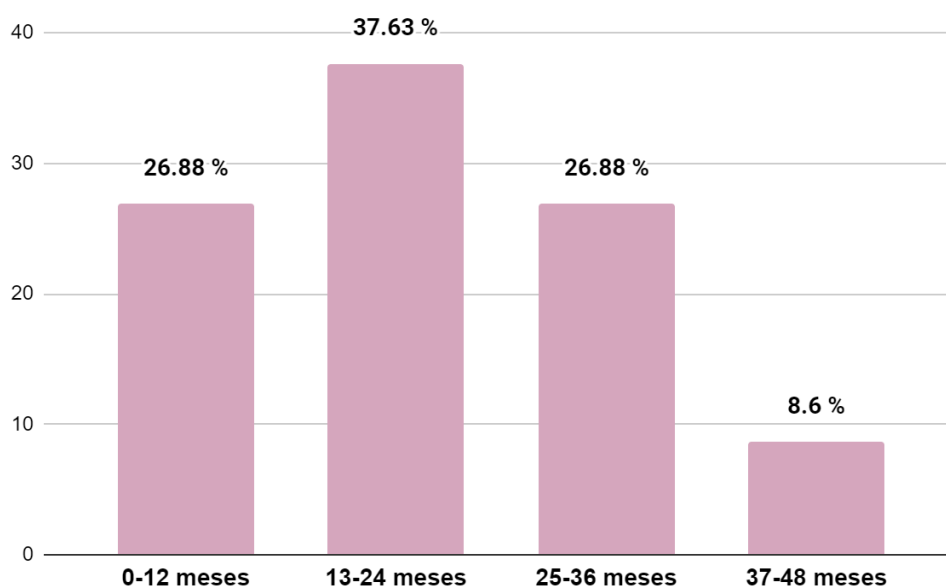


Figura 12: Distribución porcentual de la edad de incorporación del niño a la sala maternal o pre jardín de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

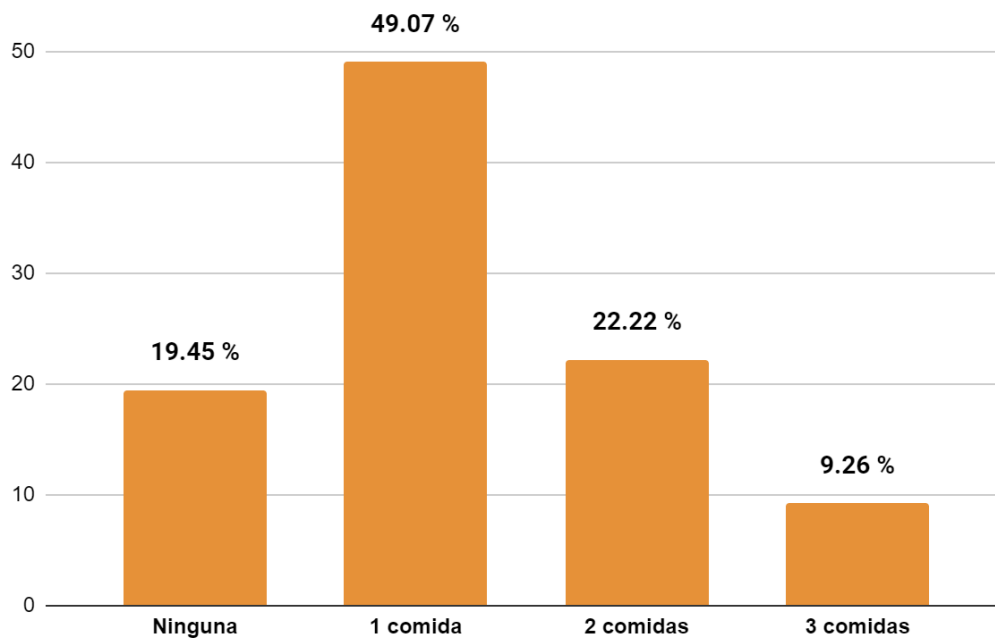


Figura 13: Distribución porcentual de la cantidad de comidas que realiza el niño en la sala maternal o pre-jardín de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

En cuanto al número de comidas que realizaron los niños con los cuidadores extrafamiliares, se pudo observar que el 55,55 % de los encuestados realizó al menos una (Figura 14).

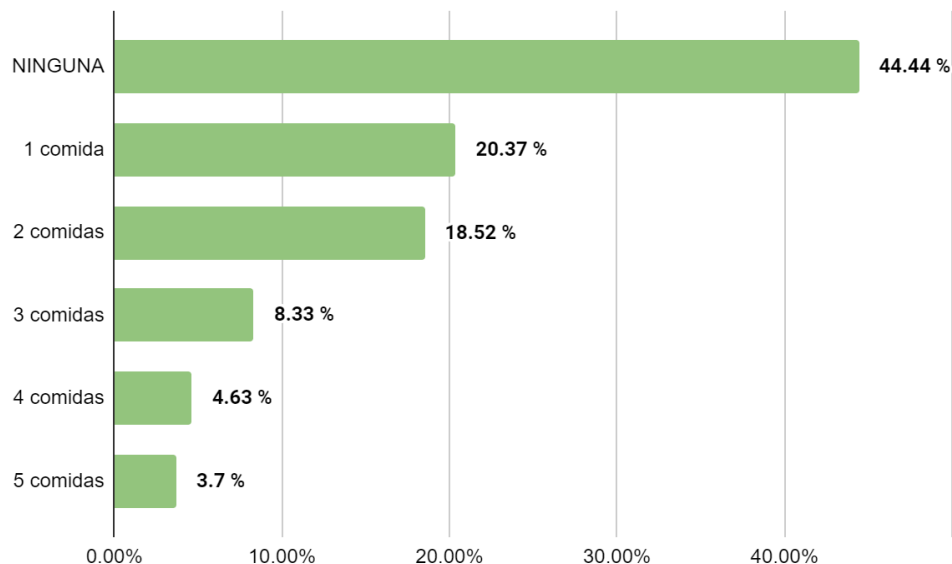


Figura 14: Distribución porcentual de la cantidad de comidas que realiza el niño con el cuidador extrafamiliar de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

Dando continuación al análisis de las variables de estudio, se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento BPFAS.

En la figura 15 se puede observar que la mayor parte de la muestra (58,33%) no presentó DA. Del 41,67% restante, la mayor parte (25,93%) presentó DA sin percepción por parte del cuidador (Figura 16).

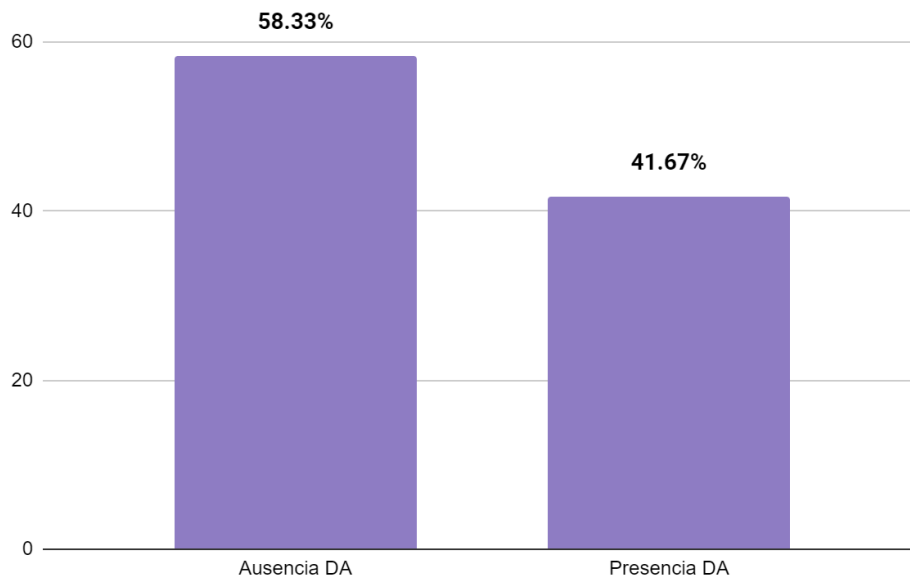


Figura 15: Distribución porcentual de la presencia/ausencia de DA de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

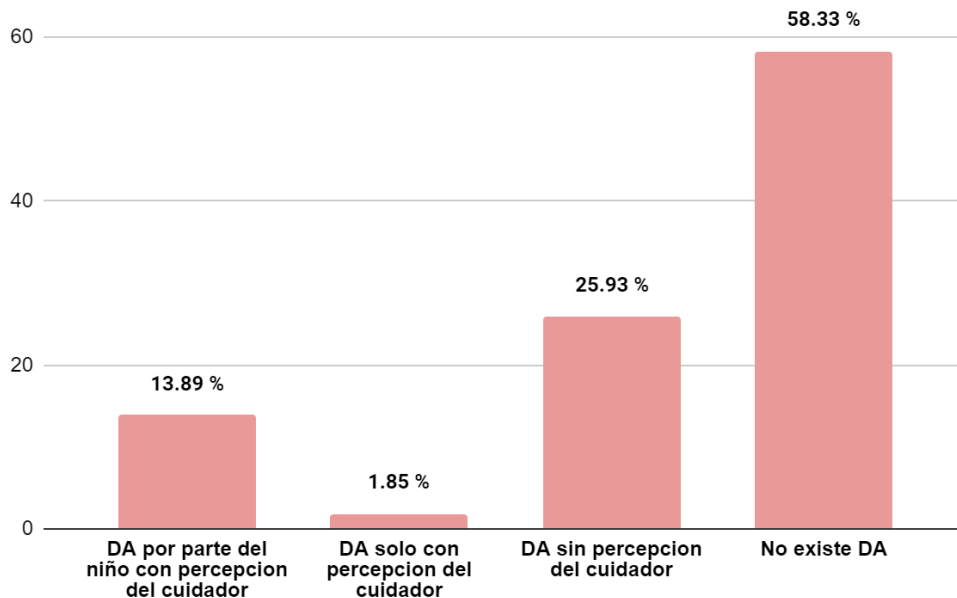


Figura 16: Distribución porcentual de la presencia/ausencia de DA de la muestra de niños de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba, año 2020.

En la Tabla 2 se evidencia que existe un mayor porcentaje de niñas con DA (55,56%), sin embargo estas diferencias no resultan estadísticamente significativas. De manera inversa, se observa que la proporción de niños sin DA es mayor que la de las niñas sin DA, aunque la diferencia no alcanza a ser significativa ($p=0,268$). Con respecto al tipo de institución al que los niños asisten para el control de salud, observamos que si bien existe una mayor proporción de la muestra que asiste a centros privados, no se hallan diferencias significativas entre la presencia de DA y el tipo de institución al que concurren ($p=0,839$). Por otro lado, se puede ver que, a pesar de que la mayor proporción de los cuidadores completó el nivel terciario/universitario (62,96%), las diferencias observadas no resultan estadísticamente significativas respecto a la presencia de DA. Asimismo, aunque no se hallaron diferencias significativas en relación al tipo de hogar en el que el niño vive, se puede observar que existe un mayor porcentaje de DA en niños que pertenecen a familias nucleares extendidas en comparación con otros tipos de hogares. Por último, pudimos observar que la mayor parte de la muestra cuenta con la presencia de hermanos en el hogar (61,11%) del cual un 55,56% presentó DA, no obstante, estos valores no resultan significativos en comparación a la presencia de DA en el grupo de aquellos niños que no tienen hermanos 44,44% ($p=0,466$).

En la Tabla 3 podemos ver que no se encontraron diferencias significativas con respecto a los niños que asistieron o no al jardín y presentaron DA ($p=0,887$). Dentro de los niños que asistieron al jardín ($n=93$), se observó que en aquellos que iniciaron el jardín o sala maternal antes de los 12 meses de edad, hubo una mayor proporción de niños que no desarrollaron DA en comparación con los que sí (37% vs 12%; $p=0,022$). En base a la cantidad de comidas que realiza el niño en el jardín, se puede observar que los que realizaron entre 0 o 1 comida, presentaron mayor prevalencia de DA (74,36%) a diferencia de los que realizaron 2 o más comidas (25,64%), sin embargo, no los valores no resultaron estadísticamente significativos ($p=0,124$).

Con respecto a la presencia de un cuidador extrafamiliar, se observa que el 59,26% de la muestra cuenta con el mismo, sin embargo, no se observan diferencias significativas entre la presencia/ausencia de un cuidador y el desarrollo de DA ($p=0,466$). Al observar quien es la persona que cumple el rol de cuidador extrafamiliar, en mayor proporción se encontró a la niñera (37,04%) seguida de la abuela/o y en último lugar la tía/o. No se encontraron diferencias significativas en quien cumple dicho rol con la presencia de DA ($p=0,530$). Por último, se logró observar que la mayor parte de la muestra no realiza ninguna comida con el cuidador extrafamiliar. Asimismo no se encontró diferencia en la proporción de niños con o sin DA de acuerdo al número de comidas realizadas con los mismos.

Tabla 2: Distribución de la presencia o ausencia de DA según variables sociodemográficas.

Variable	Total n (%)	Sin DA n (%)	Con DA n (%)	p-valor
Sexo del niño 1: Femenino 2: Masculino	52 (48,25) 56 (51,85)	27 (42,86) 36 (57,14)	25 (55,56) 20 (44,44)	0,268
Tipo de institución a la que el niño asiste a los controles de salud 1:Pública 2:Privada	19 (17,59) 89 (82,41)	11 (17,46) 52 (82,54)	8 (17,78) 37 (82,22)	0,839
Nivel educativo del cuidador 1: Primario completo y secundario incompleto 2: Secundario completo y univ/terciario incompleto 3: Terc/universit completo	3 (2,78) 37 (34,26) 68 (62,96)	3 (4,76) 21 (33,33) 39 (61,90)	0 (0) 16 (35,56) 29 (64,44)	0,373 0,972 0,946
Tipo de hogar en el que el niño vive 1: Nuclear completo 2: Nuclear incompleto 3: Nuclear extendido	88 (81,48) 8 (7,41) 12 (11,11)	53 (84,13) 6 (9,52) 4 (6,35)	35 (77,78) 2 (4,44) 8 (17,78)	0,557 0,534 0,120
Hermanos 0: Sin hermanos	42 (38,89)	22 (34,92)	20 (44,44)	0,423

1: Con hermanos	66 (61,11)	41 (65,08)	25 (55,56)	
-----------------	------------	------------	------------	--

Tabla 3: Distribución de la presencia o ausencia de DA según variables relacionadas a las comidas que realiza el niño.

Variable	Total n (%)	Sin DA n (%)	Con DA n (%)	p-valor
Asiste al jardín				
No	15 (13,89)	9 (14,29)	6 (13,33)	0,887
Si	93 (86,11)	54 (85,71)	39 (86,67)	
Edad de incorporación del niño al jardín o sala maternal				
0-12 meses	25 (26,88%)	20 (37,04%)	5 (12,82%)	0,022
13-24 meses	35 (37,63%)	17 (31,48%)	18 (46,15%)	0,223
3 25-36 meses	25 (26,88%)	13 (24,07%)	12 (30,77%)	0,616
37-48 meses	8 (8,60%)	4 (7,41%)	4 (10,26%)	0,901
Cantidad de comidas que realiza el niño en el jardín				
Entre 0 y 1 comida	59 (63,44)	30 (55,56)	29 (74,36)	0,124
2 o más comidas	34 (36,56)	24 (44,44)	10 (25,64)	
Tiene cuidador extrafamiliar				

0:No tiene	44 (40,74)	28 (44,44)	16 (35,56)	0,466
1:Si tiene	64 (59,26)	35 (55,56)	29 (64,44)	
Quien cumple el rol de cuidador extrafamiliar				
0: Ninguno				
1: Niñera	44 (40,74)	28 (44,44)	16 (35,56)	0,466
2: Abuela/o	40 (37,04)	21 (33,33)	19 (42,22)	0,458
3: Tía/o	15 (13,89)	10 (15,87)	5 (11,11)	0,672
	9 (8,33)	4 (6,35)	5 (11,11)	0,596
Cantidad de comidas con cuidador extrafamiliar				
Ninguna	48 (44,44)	31 (49,21)	17 (37,78)	0,312
1 comida	22 (20,37)	11 (17,46)	11 (24,44)	0,518
2 o más	38 (35,19)	21 (33,33)	17 (37,78)	0,785

La Tabla 4 presenta los resultados de los modelos de regresión logística ajustados para valorar la asociación entre la ocurrencia de DA y las variables relacionadas al contexto de cuidado infantil. Según se observa, pertenecer a un grupo familiar extendido se asocia a una mayor ocurrencia de DA con un nivel de significación $\alpha=0,10$ (OR 3,03 IC 90% 1,039 – 8,821).

La figura de quien o quienes ocupan el rol de principal cuidador del niño no evidenció asociación con la presencia de DA, no obstante cabe mencionar que para la categoría 3 (tía) se halló un OR de 2,11 lo que sugiere que podría estar asociado a una mayor ocurrencia de DA.

No se encontró asociación significativa entre la ocurrencia de DA y la asistencia a jardines o guarderías, sin embargo, se observa que aquellos niños que realizan en el jardín 2 o más comidas presentan menores chances de desarrollar DA (OR 0,37 IC 95% 0,145 – 0,964). En este mismo sentido, los resultados muestran que la edad de incorporación al jardín tiene también un efecto modulador de las DA, en tanto, por cada unidad de medida que aumenta la edad (es decir por cada

mes que aumenta la edad del niño) al momento del ingreso a jardines o guarderías, la chance de ocurrencia de DA aumenta en un 3% (OR 1,03 IC 95% 1,005 – 1,072).

Se estudió además la presencia de cuidadores extrafamiliares y la cantidad de comidas que los niños realizan con ellos, no obstante estas variables no evidenciaron asociación con la presencia de DA.

Tabla 4. Estimación de la asociación entre la presencia de DA y variables relacionadas al contexto de cuidado infantil.

	OR	IC 95%	valor p
Grupo Familiar			
Hogar Nuclear Completo °	-	-	-
Hogar Nuclear Monoparental	0,47	0,125 - 2,02 ¥	0,418
Hogar Extendido	3,03	1,039 - 8,821 ¥	0,088
Principal Cuidador del Niño			
0 °	-	-	-
1- Niñera	1,46	0,605 - 3,599	0,392
2- Abuela	0,94	0,266 - 3,328	0,927
3- Tía	2,11	0,474 - 9,351	0,327
Asiste al Jardín			
No °	-	-	-
Si	1,39	0,433 - 4,464	0,583
Número de Comidas en el Jardín			
0 o 1 Comida °	-	-	-
2 o más Comidas	0,37	0,145 - 0,964	0,045
Edad de incorporación al Jardín *	1,03	1,005 - 1,072	0,024
Presencia de Cuidador			

Extramiliar	No ^o	-	-	-
	Sí	1,40	0,622 - 3,129	0,418
Número de Comidas con el Cuidador Extramiliar				
	0 o 1 Comida ^o	-	-	-
	2 o más Comidas	0,762	0,257 - 2,261	0,624

OR Odds Ratio - IC 95% Intervalo de Confianza 95%

^o Categoría de referencia

* Variable Continua

[¥] IC 90%

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal analizar la asociación de la DA con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar en niños y niñas de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba.

En niños en edad preescolar, las DA son un problema frecuente y la prevalencia de la misma es variable (20-44). Según algunos autores, hasta el 25% de todos los niños padecen en algún momento dificultades para alimentarse en el transcurso de su infancia aunque esta cifra puede aumentar alrededor de un 50% cuando es percibido por los padres (45-46).

Del total de la muestra obtenida en este trabajo (n=108), se obtuvo que un 41,67% presentó DA. A su vez, otras investigaciones relacionadas arrojaron resultados similares. Un estudio realizado en Uruguay en una muestra de 205 niños entre 1 y 5 años reportó una prevalencia de DA del 42,4% (20). Otra investigación llevada a cabo en Brasil encontró prevalencia de este padecimiento de 37,2% en la muestra estudiada, representada por 301 niños de 2 a 6 años (44).

En un estudio desarrollado por Crist y Dovey (2010) con el instrumento BPFAS, se evaluaron 573 familias en el Reino Unido con niños entre 20 y 85 meses de edad durante los años 2010 a 2012 (26-35). En el mismo se encontró que, según el último autor mencionado, el 24% de los niños presentó DA. Por otro lado, Crist destacó además la percepción de DA por parte de los cuidadores, encontrando que un 3% de estos percibieron una dificultad en su niño/a (3-35). En nuestro trabajo, pudimos observar resultados similares, donde se halló que un 4,4% de los cuidadores percibió una dificultad en su niño.

Con respecto a las variables de descripción incluidas en este trabajo, hay estudios en los que se ha observado que la DA ocurre más frecuentemente en niños que en niñas (47-48). Si bien en nuestro trabajo se ha visto que la prevalencia fue mayor en estas últimas, las diferencias observadas no resultaron estadísticamente significativas. Esto concuerda con la mayoría de los estudios en los que se evidencia que el sexo del niño no tendría asociación con la conducta alimentaria (49), lo que podría sugerir que no hay diferencias relevantes entre ambos. Descartar la posible relación entre el sexo y la ocurrencia de DA antes de llevar a cabo la estimación de la asociación con las variables de interés, es un paso importante desde el enfoque analítico que se propone en este trabajo. En el campo de la Epidemiología Nutricional, el sexo es con frecuencia una variable que actúa como confusora pudiendo ocasionar interpretaciones incorrectas si no es incorporada en el ajuste de los modelos (50).

Haciendo referencia al tipo de institución de salud al que el niño asistió para sus controles de salud, se observó que en nuestro estudio hubo mayor prevalencia de DA en niños que asistieron a instituciones privadas, aunque esto no fue estadísticamente significativo. Sin embargo, en un estudio realizado por Machado y col. (2016), se observó que los niños que asistieron a instituciones públicas presentaron mayor proporción de DA que aquellos que asistieron a instituciones privadas. En este sentido, el tipo de gestión institucional a la cual los niños asisten podría evidenciar la situación socioeconómica de la familia, donde aquellas con ingresos medios-altos, podrían acceder a centros de gestión privada (51). En este sentido, se reconoce que el nivel socioeconómico y educativo tiene implicancias en las formas que los adultos alimentan a los niños (20). Personas pertenecientes a grupos sociales de nivel socioeconómico y educativo más vulnerables, presentan limitaciones de acceso tanto a los alimentos como a la información sobre la salud, con lo cual existiría mayor prevalencia de estos grupos a desarrollar algún tipo de DA (52). En nuestro estudio, esto no se pudo comprobar debido a la homogeneidad de la muestra ya que la misma perteneció al nivel socioeconómico medio-alto. Por otra parte, en cuanto al nivel educativo, al igual que en el estudio de Machado, en nuestro trabajo se ha encontrado que no existe relación estadísticamente significativa entre las chances de desarrollar DA y el nivel educacional de los cuidadores (20).

Un hallazgo interesante en nuestro trabajo fue la asociación entre el tipo de hogar al que el niño pertenece con la DA. Se pudo observar que las familias extendidas, que contaron con la incorporación de personas distintas al núcleo familiar (abuelos, tíos, etc.), presentaron mayor prevalencia en el desarrollo de DA. Si bien estos resultados no fueron estadísticamente significativos, la medida de asociación muestra un OR demasiado elevado como para subestimarla. Un estudio realizado en México a 170 preescolares de 15 a 71 meses por Ceballos Gonzáles logró determinar que las familias numerosas afectaron adversamente el modo de alimentarse de los niños, significando esto un riesgo posterior en su desarrollo (53). Asimismo, otra investigación plantea que una alteración en la composición familiar nuclear es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias consideradas no saludables. Además, menciona que cuando es la madre la persona encargada de elaborar el menú diario, se considera como factor protector sobre el modo de alimentarse de los niños, en contraposición a cuando personas ajenas al núcleo familiar son las encargadas de elaborarlo (10). En contraparte, un estudio realizado por Magaña Ruiz y col. (2009) plantea que la familia extendida podría actuar como factor protector al brindar redes de apoyo a través de la presencia de más personas en el hogar (54). No obstante, la

información disponible resulta controversial entre los diferentes autores citados, por lo que serían necesarios más estudios que confirmen estas cuestiones.

Otro punto a considerar es la presencia de hermanos en el núcleo familiar, si bien en nuestro trabajo no se encontraron valores que resulten estadísticamente significativos, varios estudios destacan que los mismos (sobre todo los hermanos mayores) podrían actuar como importantes fortalecedores de los comportamientos alimentarios saludables de los niños, brindando estímulos de enseñanza durante las comidas, como así también durante otras situaciones de la vida cotidiana tales como habilidades lingüísticas y conceptos cognitivos nuevos (55-56-57).

La educación en la infancia representa una influencia importante en el proceso de socialización, ya que contribuye en el aprendizaje de la adquisición de habilidades necesarias para desarrollarse (58). Dentro de las salas maternas o pre-jardines, los niños logran establecer vínculos por primera vez con personas diferentes a su familia, como maestros y compañeros, los cuales ejercen gran influencia sobre los comportamientos alimentarios (13). Otro hallazgo relevante en este estudio, cuyos resultados muestran una asociación estadísticamente significativa, fue la edad de incorporación de los niños a las salas maternas y pre-jardines con su asociación con las DA, donde pudimos observar que por cada mes que aumenta la edad del niño al momento del ingreso a la sala maternal o pre-jardín, la chance de que ocurra una DA aumenta en un 3%. En lo que respecta a la importancia de la educación como factor protector que incide en el desarrollo infantil, se han llevado a cabo muchos estudios que la reconocen como el motor y factor fundamental para el desarrollo de la niñez y sus implicancias a largo plazo. Existen muchas razones que justifican esta cuestión, ya que en salas maternas o pre-jardines participan en gran medida la salud y la alimentación de los niños (59).

De acuerdo a las prácticas habituales en nuestro medio, cuando el niño realiza una comida en una institución, ésta representa generalmente una colación, desayuno o merienda. En cambio, si el mismo realiza dos comidas o más, podría suponerse que se incluye al almuerzo, siendo esta una comida principal. A través de nuestra investigación, se analizó además la variable número de comidas realizadas en la sala maternal o pre-jardín, observándose que el hecho de realizar dos o más comidas en estos espacios mostró un efecto protector del desarrollo de DA. Para este caso, no se encontraron estudios que brinden evidencia científica en los cuales se analicen dichas variables en relación con la presencia/ausencia de DA. No obstante, un estudio realizado en Brasil en niños escolares que asistieron al cuarto año de la escuela primaria demostró que el consumo diario de

dos o tres comidas en la misma se asoció con un menor consumo de productos ultra procesados y una mayor participación de alimentos frescos y mínimamente procesados en la dieta de los estudiantes, en comparación con los que no consumían comidas escolares. Este efecto protector no se observó en la comparación entre los niños que consumían solo una comida escolar al día (60). El estudio destacó la relevancia de la estadía prolongada en la escuela para la promoción de una alimentación saludable en los niños, lo que podría resultar interesante al analizar las salas maternas y pre-jardines de igual manera, ya que la misma cumpliría un rol importante en el desarrollo de las conductas alimentarias (60). En otra investigación realizada en el mismo país en niños de 2 a 6 años se halló que los mismos consumieron una mayor proporción de alimentos ultra procesados en el hogar familiar en comparación con los alimentos consumidos en el jardín, lo que afirma aún más el efecto protector que presentaría este último (61).

En relación al número de comidas realizadas con el cuidador extrafamiliar, podemos afirmar que este es una figura con importantes implicancias en los modos de alimentarse de los niños, y por ende en el crecimiento y el desarrollo, convirtiéndose en muchos casos como figura de apego secundaria que brinda seguridad cuando el cuidador principal no se encuentra presente (62). Nuestro trabajo no mostró valores estadísticamente significativos sobre esto en relación a la presencia/ausencia de DA. Dicho esto, aún han sido muy pocos los estudios desarrollados en América Latina sobre la interacción niño-cuidador extrafamiliar.

Finalmente, cabe mencionar algunas limitaciones a las cuales nos enfrentamos en la realización del trabajo. Una de ellas fue la situación de pandemia por COVID-19 que nos ha tocado atravesar, que obligó a realizar la recolección de datos de manera auto-administrada a través de la encuesta digital, la cual puede haber sido afectada por el recuerdo de los cuidadores que la completaron. Este método de recolección, además, condicionó el tamaño de la muestra y el estrato socioeconómico alcanzado. Otra limitación fue la falta de bibliografía contundente sobre la temática estudiada que establezca relación entre la presencia/ausencia de DA, por lo cual sería pertinente realizar futuros trabajos que involucren este periodo de crecimiento y las variables involucradas en este estudio.

En cuanto a los aportes al conocimiento, este trabajo ofrece resultados novedosos ya que no se conocen investigaciones dentro del ámbito nacional que hayan indagado sobre la temática de las DA en el periodo preescolar. En este sentido resulta importante destacar la pertinencia de la participación de los Licenciados en Nutrición en grupos de investigación que aborden esta

problemática tan frecuente y generalmente invisibilizada por un modelo de atención en salud basado principalmente en la enfermedad y que enfatiza sobre todo en sus manifestaciones biológicas. Además, estudiar las DA ayuda a visibilizar una problemática frecuente y a ofrecer un adecuado diagnóstico y tratamiento de las mismas. Resulta importante dimensionar a la alimentación como un hecho complejo fuertemente atravesado por diversos aspectos socio-contextuales que merecen ser considerados para el cuidado de los procesos de salud de la población infantil.

CONCLUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal analizar la asociación entre las DA con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar en niños y niñas de 3 a 5 años de la Ciudad de Córdoba.

Luego de analizar los resultados obtenidos, se concluyó que las hipótesis planteadas se aceptaron parcialmente, ya que no todas las variables estudiadas relacionadas al contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar mostraron una asociación estadísticamente significativa con respecto a la presencia/ausencia de DA. Las variables que evidenciaron una asociación estadística con la problemática fueron la edad de incorporación del niño a la sala maternal o pre-jardín y la cantidad de comidas realizadas en la misma.

La primera hipótesis, la cual plantea que la ocurrencia de DA en niños de 3 a 5 años difiere según el tipo de hogar al que el niño pertenece, resultó parcialmente aceptada ya que, si bien los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, la medida de asociación muestra un OR demasiado elevado como para subestimarla. Dicho esto, consideramos el tamaño de la muestra como un gran limitante de este resultado ya que considerando un tamaño muestral mayor, podría mejorar las estimaciones. En lo que respecta a la segunda hipótesis planteada, la cual afirma que la realización de comidas con un cuidador extrafamiliar o en salas maternas/pre-jardines se asocia a una mayor ocurrencia de DA, resultó parcialmente aceptada. El hecho de realizar una o más comidas con un cuidador extrafamiliar asociado al desarrollo de DA no resultó estadísticamente significativo. No obstante, sí se encontró asociación estadística entre el número de comidas realizadas en la sala maternal o pre-jardín y el riesgo de desarrollar DA, pudiendo afirmar que realizar 2 o más comidas en la misma reduce la chance de presentar DA.

Otro dato no menor que surgió de esta investigación, muestra que la edad de incorporación a las salas maternas o pre-jardines presenta un efecto protector de las DA, donde se observa que por cada mes que aumenta la edad del niño al momento del ingreso a las mismas, la ocurrencia de DA aumenta en un 3%.

Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de continuar con esta línea de investigación a fines de profundizar el estudio de esta problemática, aportando así conocimientos y herramientas para la formación de profesionales de la salud, como así también para comprender la importancia que presenta el contexto de cuidado infantil tanto familiar como extrafamiliar en el desarrollo de



las DA, siendo estas un motivo de consulta frecuente en las consultas pediátricas. Dicho esto, este trabajo podría servir como base para generar herramientas para la detección precoz de DA, su manejo dentro de la asistencia atendiendo las particularidades de cada niño y su cuidador, con el fin de potenciar conductas alimentarias que promuevan la salud infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Osorio EJ, Weisstaub NG, Castillo DC. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr. 2002;29(3):280-5.
- 2- Boga C, Dutruel Oviedo C, García V, Troncozo M, Román M, Grande M. Tipo de alimentación láctea y prevalencia de dificultades alimentarias en niños de 12 a 36 meses que asisten a los centros de salud de B° Argüello IPV y B° Ampliación Ferreyra, de la ciudad de Córdoba. Rev Fac Cienc Med Córdoba. 2019;10-74.
- 3- Arrieta FN, Dasso IA, Oviedo ML, Troncozo M, Román M, Grande M. Estado nutricional y dificultades alimentarias en niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten al CAPS de Despeñaderos, de la Provincia de Córdoba. Rev Fac Cienc Med Córdoba. 2018;51-52
- 4- Kerzner B, Milano K, Mac Lean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. Manejo de dificultades en la alimentación en niños. IntraMed 2015;135-144.
- 5- Bras I Marquillas J. El niño mal comedor. Pediatr Integral [Internet]. 2015 [citado 14 de abril de 2020]; vol XIX (4): 277-288. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/el-nino-mal-comedor/>
- 6- Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M. Guías de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva [Internet]. Healthy Eating Research. [citado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://healthyeatingresearch.org:443/research/guias-de-alimentacion-para-ninas-y-ninos-menores-de-dos-anos-un-enfoque-de-crianza-perceptiva/>
- 7- Silva FGR. Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al centro de desarrollo infantil arquita de Noé en el periodo Julio-Noviembre 2013. Pont Univ Cat Ecuador. 2014; 13-14.
- 8- SAIJ. Los servicios de cuidado, la mujer y el trabajo 2019 [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/romina-soledad-guadagnoli-servicios-cuidado-mujer-trabajo-dacf190167-2019-10-08/123456789-0abc-defg7610-91fcanirtcod?&o=19&f=Total%7CFecha%7CEstado%20de%20Vigencia%5B5%2C1%5D%7CTema/Derecho%20internacional%5B3%2C1%5D%7COrganismo%5B5%2C1%5D%7CAutor%5B5%2C1%5D%7CJurisdicci%F3n%5B5%2C1%5D%7CTribunal%5B5%2C1%5D%7CPublicaci%F3n%5B5%2C1%5D%7CColecci%F3n%20tem%Etica%5B5%2C1%5D%7CTipo%20de%20Documento/Doctrina&t=430>

- 9- González Luna LH, Macías Cabrera G. Interacción de cuidadoras no maternas con niños de 2 a 4 años. Rev Fac Psic Bogotá. 2014; 3-46.
- 10- González-Rico JL. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007;64(3):143-152
- 11- Molina MCB, López PM, Faria CP, Cade NV, Zandonade E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. Rev Saúde Pública. 2010;44:785-792.
- 12- Sanchís MLB, Cesani MF, Oyhenart EE. Malnutrición infantil e inseguridad alimentaria como expresión de las condiciones socio-económicas familiares en Villaguay, Argentina (2010-2012). Un enfoque biocultural. 1 [Internet]. 2017 [citado 11 de diciembre de 2020]; Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/27305>
- 13- Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. J Am Coll Nutr. 2005;24(2):83-92
- 14- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2019 [Internet]. [citado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019>
- 15- FAO: Factores sociales y culturales en la nutrición. 2002 [Internet]. [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s08.htm>
- 16- Chacón Villalobos A. Control y presión al comer en madres de preescolares costarricenses, y su relación con la clase social, la escolaridad, las prácticas de alimentación temprana y el índice de masa corporal de sus hijos e hijas. PSM [Internet].2012 [citado 27 de agosto de 2020];9(1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/728>
- 17- Castrillón CI, Giraldo Roldán OI. Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2014;6(1):57-74.
- 18- Barbero L, Martina D, Scruzzi G, Iavicoli T, Pérez M. Promoción de buenas prácticas de cuidado nutricional infantil. Entrecruzando docencia, extensión e investigación [Internet]. 2012 [citado el 27 agosto 2020]. Disponible en: <http://www.agro.uncor.edu/~paginafacu/FORO/Archivos/Articulacion%20Entre%20Docencia,%20Investigacion%20y%20Extension/54Martina.pdf>
- 19- Hobart Davies, W y col. Reconceptualizing Feeding and Feeding Disorders in Interpersonal Context: The case for a Relational Disorder. Journal of Family Psychology. 2006; 20 (3): 409-417.

- 20- Machado K, Denis N, Fernández N, Miguez C. Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay. *Rev Chil Nutr.* 2016;43(3):228-232.
- 21- Bertuzzi L, Rodríguez Osés A, Troncozo M, Román M, Grande M. Características de la alimentación durante el primer año de vida y su asociación con la presencia de dificultades alimentarias en niños de 12 a 36 meses de la Ciudad de Córdoba. *Rev Fac Cienc Med Córdoba.* 2019;36-75.
- 22- Chatoor I. *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children.* Washington, DC: Zero to Three; 2009
- 23- Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics.* 2015;135 (2) 344-353.
- 24- Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1998;27(2): 143–147
- 25- Rudolph CD, Link DT. Feeding disorders in infants and children. *Pediatr Clin North Am.* 2002;49(1):97.
- 26- Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. Food neophobia and ‘picky/fussy’ eating in children: a review. *Appetite.* 2008;50(2–3):181–193
- 27- Davies WH, Satter E, Berlin KS, et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol.* 2006;20(3):409–417
- 28- Restrepo M.SL, Maya Gallego M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Bol. Antropol.* [Internet]. 2010 [citado 10 de marzo de 2021];19(36):127-48. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/boletin/article/view/6919>
- 29- Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents’ child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Pub Health* 2007; 29: 132-141
- 30- Legislación Provincial de Córdoba: Ley Número 10348 [Internet]. [citado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/0/34335F88C64C3A7103257FD200682E1E?OpenDocument&Highlight=0,ley,de,educacion>
- 31- Ward, S.A., Bélanger, M.F., Donovan, D. *et al.* Relationship between eating behaviors and physical activity of preschoolers and their peers: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 13, 50 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0374-x>

- 32- Ministerio de Salud. 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados 2019. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2019. [citado 27 de Agosto de 2020] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001602cnt-2019-10_encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf.
- 33- Castañeda G, Susana K. Frecuencia de los problemas de la alimentación en escolares en Bogotá aplicando la encuesta Behavioral Pediatrics Feeding Assessment. 2019 [citado 10 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55459>
- 34- Hernández R; Fernández, Collado, Baptista M. Metodología de la Investigación. 2010.
- 35- Crist, W, Napier Phillips, A. Mealtime Behaviors of Young Children: A Comparison of Normative and Clinical Data. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2001; 22(5):279-286.
- 36- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Información legislativa. 2020; [4 páginas]. Consultado 28 de Octubre del 2020. Disponible en: URL: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/109481/texactley340_libroI_S2_tituloVI.htm#:~:text=As%C3%AD%2C%20dos%20hermanos%20est%C3%A1n%20en,354.
- 37- Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos: Serie B, no 2. [Internet]. 2012 [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-41>
- 38- Scruzzi GF, Lucchese M. Prácticas de cuidado nutricional infantil, representaciones de cuidadores nutricionales y efectores de salud. Revista de Salud Pública. 2016; XX (3): 32-47.
- 39- Piaggio L, Concilio C, Rolón M, Macedra G, Dupraz S. Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. Salud Colectiva. 2011;7:199-213.
- 40- Real Academia Española. Edad. Definición de edad. Edición del Tricentenario. Diccionario de la lengua española.
- 41- Real Academia Española. Sexo. Definición de sexo. Diccionario de la lengua española. 22a Edición del Tricentenario. Madrid, España (2001).
- 42- Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Sistema de estadísticas sociodemográficas. Área de educación. Argentina [Citado el 20 abril 2020]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-33-97>

- 43- Asociación Argentina de Marketing. NSE 2006. 2006. [Citado el 2020 abril 20]. Disponible en: <http://www.saimo.org.ar/archivos/observatorio-social/NSE2006-23nov2006-Informe-final.pdf>
- 44- Maranhão H de S, Aguiar RC de, Lira DTJ de, Sales MÚF, Nóbrega NÁ do N. Feeding difficulties in preschool children, previous feeding practices, and nutritional status. *Rev Paul de Pediatr.* 2018;36(1):45-51.
- 45- Pérez-García I, Alberola S, Cano A. Rechazo del alimento en el niño pequeño. *An Pediatr Contin.* 2010;8(1):10-6.
- 46- Dovey TM, Aldridge VK, Martinc CI, Wilkend M, Meyer C. Identifying clinically relevant feeding problems and disorders. *JCHC.* 2010; 14 (3): 261 – 270.
- 47- Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(1):76-84.
- 48- Jones LR, Steer CD, Rogers IS, Emmett PM. Influences on child fruit and vegetable intake: sociodemographic, parental and child factors in a longitudinal cohort study. *Public Health Nutr.* 2010;13(7):1122-30.
- 49- Moroshko, I. y Brennan, L. Maternal controlling feeding behaviours and child eating in preschool-aged children. *Nutrition & Dietetics.* 2013;70: 49-53.
- 50- Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology. Beyond the basics.* 2da ed. USA: Jones and Bartlett Publishers; 2007.
- 51- Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud pública Méx.* 2011;53:144-55.
- 52- Lampuré A, Castetbon K, Hanafi M, Deglaire A, Schlich P, Péneau S, et al. Relative Influence of Socioeconomic, Psychological and Sensory Characteristics, Physical Activity and Diet on 5-Year Weight Gain in French Adults. *Nutrients.* 2017;9(11):1179
- 53- Ceballos-González A, Vásquez-Garibay EM, Nápoles-Rodríguez F, Sánchez-Talamantes E. Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit en el estado nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Jalisco. *Bol méd Hosp Infant Méx.* 2005;62(2):104-16.
- 54- Magaña Ruiz P, Ibarra Ramírez F, Ruiz García J, Rodríguez-Orozco AR. Hay relación entre estado nutricional estimado por antropometría y tipología familiar, en niños mexicanos entre 1 y 4 años. *Nutr Hosp.* 2009;24(6):751-2.

- 55- Mosli RH, Miller AL, Peterson KE, Gearhardt AN, Lumeng JC. Maternal Behavior as a Predictor of Sibling Interactions During Mealtimes. *Eat Behav.* 2016;21:76-9.
- 56- Mosli RH, Miller AL, Kaciroti N, Peterson KE, Rosenblum K, Baylin A, et al. Mealtime behavior among siblings and body mass index of 4-8 year olds: a videotaped observational study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12:94.
- 57- Brody GH. Siblings' Direct and Indirect Contributions to Child Development. *Curr Dir Psychol Sci.* 2004;13(3):124-6.
- 58- Simkin H, Becerra G. El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología [Internet]* 2013 [citado 10 de marzo de 2021] XXIV (47): 119-142. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/318394855/El-Proceso-de-Socializacion-Apuntes-Para-Su-Exploracion-en-El-Campo-Psicosocial-Simkin-Hugo-Becerra-Gaston>.
- 59- Aguado L, Castro J, Cabrera B, Mar A. Nutrición infantil, asistencia al preescolar y nivel educativo de las madres de los infantes en Colombia: una aproximación a nivel subregional 2000-2005. *Econ. Gest. Desarro. Cali.* 2006. (4) 141-180.
- 60- Bento BMA, Moreira A da C, Carmo AS do, Santos LC dos, Horta PM, Bento BMA, et al. A higher number of school meals is associated with a less-processed diet. *J Pediatr.* 2018;94(4):404-9.
- 61- Bernardi JR, Cezaro CD, Fisberg RM, Fisberg M, Vitolo MR. Estimation of energy and macronutrient intake at home and in the kindergarten programs in preschool children. *J Pediatr (Rio J).* 2010;86(1):59-64.
- 62- Maldonado Carreño C. Educar con afecto: características y determinantes de la calidad de la relación niño-maestro. *Rev Inf Adol Fam [Internet]* Vol. 1, No. 1, 2006. Pp. 39-60 [citado 10 de Marzo de 2021]; Disponible en: https://www.academia.edu/4392679/EDUCAR_CON_AFECTO_CARACTER%20CARACTERÍSTICAS_Y_DETERMINANTES_DE_LA_CALIDAD_DE_LA_RELACION_NIÑO_MAESTRO

ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

¡Hola! Somos Luciana Cecchetto y Velen Imberti, estudiantes de la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba.

Te invitamos a participar de nuestro trabajo de investigación: “Dificultades alimentarias y su asociación con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar, en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Córdoba en el año 2020” que busca conocer la asociación entre las dificultades que se presentan en el proceso de alimentación y las características del contexto de los niños.

La información obtenida de este cuestionario es confidencial y será tratada con sumo respeto. Los resultados de la investigación se utilizarán para informar sobre la alimentación de la población infantil en general y para ayudar, en un futuro, a diseñar estrategias para la promoción de hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas.

Este cuestionario debe ser respondido por el padre, madre, tutor o cuidador principal del niño. Su inclusión en este trabajo será de mucha utilidad para conocer esta problemática que afecta habitualmente la alimentación de los niños y así poder fortalecer su cuidado. Su participación es voluntaria, y no representa ningún riesgo para usted ni para su hijo.

Si necesita mayor información o ante cualquier duda o consulta que se presente mientras responde el cuestionario puede comunicarse con nosotras.

Cecchetto Luciana 2302311840; mail: cecchettoluciana@gmail.com

Imberti Velen 3512031925; mail: imbertivelen96@gmail.com

Lic. Troncozo Magalí 3516743604; mail: troncozomm@gmail.com

Antes de responder la encuesta, necesitamos que exprese su consentimiento indicando que:

He leído la hoja que proporciona información sobre el trabajo, he recibido información y se me ha brindado la posibilidad de consultar si surgieran dudas.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme sin perjuicio.

Expreso Libre Conformidad de participar.

(Opción 1: Acepto - Opción 2: No acepto).

ANEXO 2: FORMULARIO

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

¡Hola! Somos Luciana Cecchetto y Velen Imberti, estudiantes de la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba.

Te invitamos a participar de nuestro trabajo de investigación: “Dificultades alimentarias y su asociación con el contexto de cuidado infantil familiar y extrafamiliar, en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Córdoba en el año 2020” que busca conocer la asociación entre las dificultades que se presentan en el proceso de alimentación y las características del contexto de los niños.

La información obtenida de este cuestionario es confidencial y será tratada con sumo respeto. Los resultados de la investigación serán de utilidad ya que nos permitirán recabar información sobre la alimentación de la población infantil en general y ayudar, en un futuro, a diseñar estrategias para la promoción de hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas.

Este cuestionario debe ser respondido por el padre, madre, tutor o cuidador principal del niño. Su participación implica responder la encuesta que no llevará más de 10 minutos.

Su inclusión en este trabajo será de mucha utilidad para conocer esta problemática que afecta habitualmente la alimentación de los niños y así poder fortalecer su cuidado. Su participación es voluntaria, y no representa ningún riesgo para usted ni para el niño.

Si necesita mayor información o ante cualquier duda o consulta que se presente mientras responde el cuestionario puede comunicarse con nosotras.

¡Muchas gracias!

Cecchetto Luciana 2302311840; mail: cecchettoluciana@gmail.com

Imberti Velen 3512031925; mail: imbertivelen96@gmail.com

Lic. Troncozo Magalí 3516743604; mail: troncozomm@gmail.com

1)- Antes de responder la encuesta, necesitamos que exprese su consentimiento indicando que acepta participar de la investigación sabiendo que: 1) la participación es voluntaria, 2) los datos son confidenciales y quedan resguardados bajo el secreto estadístico, 3) Ni Ud. ni el niño/a sufrirá daño alguno por participar en esta investigación o por dejar de hacerlo.

o ACEPTO

o NO ACEPTO

2)- Código de la encuesta. Escriba el código que le envió la investigadora: _____

3)- Nombre de la institución a donde lleva habitualmente al niño/a para realizar sus controles médicos: _____

4)- Edad del/la niño/a

- 3 años
- 4 años
- 5 años

5)- Sexo del/la niño/a

- Femenino
- Masculino

6)- ¿Qué parentesco tiene Ud. con el/la niño/a?

- Madre
- Padre
- Abuela o abuelo
- Hermano o hermana
- Tía o tío
- Otro: _____

7)- Contando al niño/a ¿Cuántas personas viven en el hogar en el que él o ella convive?

(Responda con un número, ejemplo: 4): _____

8)- ¿Qué relación/es de parentesco tienen con el niño/a las personas que viven en el hogar?

Puede seleccionar varias opciones.

- Madre
- Padre
- Hermano/a

- Hermanos/as
- Otros familiares (abuelos/as, tíos/as, etc)
- Familiares adoptivos
- No familiares (niñera/o, vecinos/as, amigos/as. etc)
- Otro: _____

9)- ¿Cuál fue el máximo nivel de estudios alcanzado por usted?

- Sin instrucción o primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario/Universitario incompleto
- Terciario/Universitario completo

PRINCIPAL SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR

Las siguientes preguntas se referirán a la persona que aporta la mayor parte de los ingresos económicos del hogar (ya sea Ud. u otra persona)

10)- ¿Quién es el principal sostén económico del hogar?

- Madre
- Padre
- Abuelo/Abuela
- Hermano/Hermana
- Tío/Tía
- Otro: _____

11)- ¿Cuál fue el máximo nivel de estudios alcanzado por el principal sostén económico del hogar?

- Sin instrucción o primaria incompleta
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario/Universitario incompleto
- Terciario/Universitario completo

12)-Cuál es la ocupación del principal sostén económico del hogar? _____

13) Con respecto a la pregunta anterior. ¿Cuál es la antigüedad en el trabajo del principal sostén económico del hogar?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 5 años
- Más de 5 años

CUIDADORES EXTRAFAMILIARES

Denominamos cuidadores extrafamiliares a: abuelos/as, tios/as, niños/as, maestros/as, etc.

14) El/la niño/a a su cargo, ¿cuenta con un cuidador extrafamiliar?

- SI
- NO

15) Si su respuesta anterior fue NO marque la opción NINGUNO - Si su respuesta anterior fue SI responda ¿quién cumple ese rol? Puede marcar más de una opción.

- NINGUNO
- Niñera/o
- Abuelos/as
- Tíos/as
- Otro: _____

16) Si la respuesta a la primera pregunta fue NO, marque la opción NINGUNO. Si su respuesta fue SI, responda: ¿Qué comida/s realiza el/la niño/a a su cargo con el/los cuidador/es extrafamiliar/es? Puede marcar más de una opción

- NINGUNA
- Colación de media mañana
- Almuerzo
- Colación de media tarde
- Merienda
- Cena
- Otro: _____

SALAS MATERNALES / PRE-JARDINES

Las preguntas que corresponden a esta sección se refieren a la ETAPA PREVIA al inicio del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio

17) El/la niño/a a su cargo, previo a la cuarentena, ¿Asistió a salas maternas o al pre-jardín?

- SI
- NO

18) Si su respuesta anterior fue NO, ignore esta pregunta. Si su respuesta anterior fue SI, responda: ¿A qué edad el/la niño/a a su cargo se incorporó a la sala maternal o pre-jardín? (expresar edad en años y meses, ejemplo: 1 año y 3 meses). _____

19) Si respondió NO en la primera pregunta de esta sección, marque la opción NINGUNA, si su respuesta fue SI, responda: ¿Qué comida/s realizaba el/la niño/a a su cargo en la sala maternal o pre-jardín? Puede marcar más de una opción.

- NINGUNA
- Desayuno
- Almuerzo

- Merienda
- Otro:_____

EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO PEDIÁTRICO

A partir de aquí le pediremos que Ud responda en una escala del 1 al 5 varias preguntas relacionadas a la alimentación del/la niño/a. A continuación de cada pregunta le pediremos que responda si lo mencionado en su respuesta anterior configura un problema o preocupación para Ud o no.

20) El/la niño/a, ¿come frutas?

3

NUNCA

4

1

5

2

SIEMPRE

3

23) Considerando su respuesta anterior

4

¿significa para Ud. un problema?

5

SI

SIEMPRE

NO

21) Considerando su respuesta anterior

24) El/la niño/a ¿disfruta de la comida?

¿significa para Ud. un problema?

NUNCA

SI

1

NO

2

22) El/la niño/a, ¿tiene problemas para masticar la comida?

3

4

NUNCA

5

1

SIEMPRE

2

25) Considerando su respuesta anterior

o 5

¿significa para Ud. un problema?

SIEMPRE

- SI
- NO

29) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

26) El/la niño/a ¿se ahoga o escupe al comer?

NUNCA

30) El/la niño/a ¿come carne y/o pescado?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

27) Considerando su respuesta anterior

SIEMPRE

¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

31) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

28) El/la niño/a ¿prueba nuevos alimentos?

NUNCA

32) El/la niño/a ¿demora más de 20 minutos para terminar su comida?

- 1
- 2
- 3
- 4

NUNCA

- 1
- 2

3

4

5

SIEMPRE

33) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

34) El/la niño/a ¿toma leche?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

35) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

36) El/la niño/a ¿va fácilmente a comer
cuando lo llaman?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

37) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

38) El/la niño/a ¿come golosinas y no logra
alimentarse de forma saludable?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

39) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

40)- El/la niño/a ¿vomita antes, durante o después de las comidas?

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

41) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

42) El/la niño/a ¿se levanta de la mesa mientras come?

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

43) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

44) El/la niño/a ¿deja su comida en la boca y no la traga?

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

45) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

46) El/la niño/a ¿se queja o llora a la hora de comer?

NUNCA

- 1
- 2
- 3

4

5

SIEMPRE

47) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

48) El/la niño/a ¿come verduras?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

49) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

50) El/la niño/a ¿hace berrinches a la hora
de comer?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

51) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

52) El/la niño/a ¿solo quiere comer
alimentos ricos en almidón?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

53) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

54) El/la niño/a ¿tiene poco apetito?

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

55) Considerando su respuesta anterior
¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

56) El/la niño/a ¿escupe la comida?

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

57) Considerando su respuesta anterior
¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

58) El/la niño/a ¿habla para evitar comer?

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

59) Considerando su respuesta anterior
¿significa para Ud. un problema?

- SI
- NO

60) El/la niño/a ¿prefiere tomar líquidos que
comer alimentos sólidos?

NUNCA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SIEMPRE

61) Considerando su respuesta anterior
¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

62) El/la niño/a ¿rechaza la comida e inmediatamente después pide otros alimentos o leche?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

63) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

64) El/la niño/a ¿intenta negociar qué va a comer y qué no?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

65) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

66) El/la niño/a ¿ha requerido alguna vez alimentarse por sonda para mantener un estado nutricional adecuado?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

67) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

68) Usted, ¿se siente frustrado/a o ansioso/a cuando alimenta a su niño/a?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

69) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

70) Usted ¿le insiste a su niño/a para que
pruebe alimentos?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

71) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

72) Usted ¿usa amenazas para que su niño/a
coma?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

73) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

74) Usted ¿piensa que su niño/a come lo
suficiente?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

75) Considerando su respuesta anterior

3

¿significa para Ud. un problema?

4

SI

5

NO

SIEMPRE

76) Usted ¿se siente capaz de controlar el comportamiento de su niño/a durante la comida?

79) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

NUNCA

SI

1

NO

2

80) Cuando su niño/a rechaza la comida,

¿Ud. se la mete a la boca a la fuerza?

3

NUNCA

4

1

5

2

SIEMPRE

3

77) Considerando su respuesta anterior

4

¿significa para Ud. un problema?

5

SI

SIEMPRE

NO

78) Si a su niño/a no le gusta la comida,

81) Considerando su respuesta anterior

¿significa para Ud. un problema?

¿Ud. le prepara otra cosa?

SI

NUNCA

NO

1

2

82) Usted, ¿está en desacuerdo con otros adultos, (esposo/a, abuelos/as, familiares) sobre cómo alimentar a su niño/a?

4

5

SIEMPRE

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

83) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

84) Usted, ¿siente que los hábitos alimentarios de su niño/a afectan su estado de salud?

NUNCA

1

2

3

85) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

86) Usted, ¿se molesta tanto con su niño/a durante la comida, que necesita un tiempo para calmarse?

NUNCA

1

2

3

4

5

SIEMPRE

87) Considerando su respuesta anterior ¿significa para Ud. un problema?

SI

NO

ANEXO 3: TABLA DE CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE SEGMENTOS DE LA AAM.

Segmento	Ocupación principal del PSH		Educación del PSH
	Clasificación	Descripción	
AB	Profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Socio/dueño de empresas medianas o grandes. - Directivos de grandes empresas. - Rentista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Universidad completa. - Posgrado.
C1	Profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Directivos de pymes. - Directivos de 2da. línea de gran empresa. - Socio/dueño de empresas pequeñas. - Profesionales independientes con ocupación plena. - Profesional dependiente. - Rentista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Universidad completa. - Posgrado.
C2	Técnico profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional dependiente. - Profesionales independientes sin ocupación plena. - Jefes en empresas medianas y grandes. - Docente universitario ocupado pleno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Universidad incompleta. - Terciario completo.
C3	Técnico	<ul style="list-style-type: none"> - Empleado. - Jefes de empresas chicas y medianas. - Cuentapropista ocupado pleno. - Docente primario/ secundario ocupado pleno. - Jubilados/pensionados c/educación terciaria completa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Secundaria completa. - Terciaria incompleta. - Universitaria incompleta.
D1	Operario sin calificación	<ul style="list-style-type: none"> - Empleado. - Cuentapropista de calificación operario. - Jubilados/ pensionados c/educación secundaria completa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Secundaria incompleta. - Primaria completa.

D2	Sin calificación	- Empleado. - Cuentapropista no calificado. - Empleada doméstica. - Jubilados/pensionados c/educación primaria o inferior.	- Primaria incompleta.
E	Sin calificación	- Trabajo inestable. - Cartonero. - Plan “Trabajar”.	- Primaria incompleta. - Sin estudios.

TABLA DE ASIGNACIÓN DE NIVELES

NSE			Adaptación categórica para el presente trabajo
7	AB	Alto	Alto
6	C1	Medio alto	
5	C2	Medio medio	Medio
4	C3	Medio bajo	
3	D1	Bajo superior	Bajo
2	D2	Bajo inferior	
1	E	Marginal	

GLOSARIO

AAM: Asociación Argentina de Marketing.

Anoxia: Falta casi total del O₂ en un tejido.

Aversión sensorial: Estado en el que la presencia de ciertos alimentos, texturas, sabores u olores causan al niño el rechazo a comer esa comida o alimento en concreto.

BPFAS: Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scoring.

Conducta alimentaria: Comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

Dificultades alimentarias: Serie de alteraciones en el comportamiento alimentario que se presentan típicamente en la primera infancia y se caracterizan por la restricción y evasión de la ingesta. Este concepto involucra la percepción, por parte del adulto, de que el/la niño/a no se alimenta en forma adecuada.

Disfagia: Dificultad o imposibilidad de tragar.

Esofagitis: Inflamación del esófago.

Falla de medro: Incapacidad para sostener una velocidad de crecimiento normal, tanto en peso como en talla, en niños menores de 3 años de edad.

Neofobia: Miedo o fobia incontrolable e injustificada conscientemente hacia experiencias o alimentos nuevos.

Odinofagia: Dolor de garganta producido al tragar alimentos o líquidos.

Regurgitar: Expulsar por la boca, sin vómito, sustancias sólidas o líquidas contenidas en el estómago o en el esófago.

Signos: Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente.

Síntomas: Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

Trastorno de la alimentación: Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.