

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE MADRES EN ETAPA
GESTACIONAL Y SU INFLUENCIA EN HABITOS ALIMENTARIOS
DEL HIJO EN ETAPA PRESCOLAR DE CUNA GUARDERÍA “
NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS NAZARENO - AYACUCHO
– 2017.**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO (a) EN ENFERMERÍA

Presentado por:

**PRESENTADO POR : CARPIO VASQUEZ, Flor Carolina
VIVANCO VARGAS, Gelvis Félix**

ASESOR : Lic. AYALA PRADO, Hugo

AYACUCHO – PERÚ

2017

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE MADRES EN ETAPA GESTACIONAL Y SU INFLUENCIA EN HABITOS ALIMENTARIOS DEL HIJO EN ETAPA PRESCOLAR DE CUNA GUARDERÍA “ NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS NAZARENO - AYACUCHO – 2016.

Bach. **CARPIO VASQUEZ, Flor Carolina**

Bach. **VIVANCO VARGAS, Gelvis Félix**

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de las preferencias alimentarias de madres en etapa gestacional en el hábito alimentario del hijo en etapa preescolar de la Cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho 2016. **Material y Método:** **Enfoque** cuantitativo, **Tipo:** aplicativo, Nivel descriptivo-analítico. **Diseño.** Transversal, Retrospectivo no experimental. Población constituida por 20 madres con sus respectivos niños que asisten a la Cuna Guardería “Nuestra Casita”. Siendo las **técnicas e instrumentos** de recolección de datos: observación y entrevista sobre **preferencias alimentarias de madres en etapa gestacional y hábitos alimentarios del hijo en etapa preescolar.** **Resultados y conclusiones:** Entre las preferencias alimentarias de mayor frecuencia de las madres en etapa gestacional fueron: el 95% de las madres tenían como alimento de su completa preferencia o agrado a frutas, 85% a carne de ave, 75% a vegetales; 45% a fiambres y salchichas; y mientras alimentos de su desagrado total o aversión, fueron: de 90% a alimentos preparados con manteca, 50% a harinas, pescado y mariscos respectivamente, y de 45% a carne roja y aceite Resultado medianamente concordante con las directrices nacionales para una alimentación saludable (MINSA). Preferencia alimentaria de los niños de Cuna Guardería “Nuestra casita” son 90% a dulces y gaseosas; 80% de niños tienen como alimento de su completa preferencia o agrado a frutas respectivamente; 60% a carne de ave, y 50% a embutidos correspondientemente. Las preferencias alimentarias de las madres gestantes ha influido de manera significativa en las preferencias

alimentarias de sus hijos pre-escolares de Cuna guardería "Nuestra Casita", distrito de Jesús Nazareno.

PALABRAS CLAVES: Influencia de Preferencias alimentarias de madre gestante en preferencias de niños pre-escolares.

MOTHERS IN FOOD PREFERENCES GESTATIONAL STAGE AND ITS INFLUENCE ON FOOD SON ON STAGE PRESCHOOL NURSERY CRIB "OUR HOUSE" Jesus Nazareno District HABITS - Ayacucho - 2016.

Bach. CARPIO VASQUEZ, Flor Carolina

Bach. VIVANCO VARGAS Bach, Felix Gelvis

SUMMARY

Objective: To determine the influence of dietary preferences of mothers in gestational stage in the eating habits of the child in preschool Cradle Nursery "Our Casita" Jesus of Nazareth District, Ayacucho 2016. Material and Methods: Quantitative Approach, Type: applicative, descriptive and analytical level. Design. Transversal, retrospective not experimental. Population consisted of 20 mothers with their children attending Nursery Cradle "Our Casita". As techniques and data collection instruments: structured interview about food preferences of mothers gestational stage and son eating habits in preschool stage. Results and conclusions: Among the food preferences of most frequently mothers in gestational stage were: 95% fruits, 85% poultry, 75% vegetables; 45% cold cuts and sausages; and aversion, 90% fat, 50% flours, fish and shellfish respectively, and 45% to red meat. Result consistent with national guidelines for healthy eating (MOH). Food preferences of children Cradle Nursery "Our casita" are 80% of children have food preference as fruit and 60% to poultry. Food preferences of expectant mothers have significantly influenced the food preferences of their pre-school nursery Cradle "Our Casita" Jesus of Nazareth district children.

KEYWORDS: Influence of dietary preferences Preferences mother pregnant in preschool children.

ÍNDICE

RESUMEN	ii
INDICE	
iv	
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	
vii	
INTRODUCCION	
viii	
CAPITULO I: REVISION DE LA LITERATURA	
1.1. Antecedentes de estudio	12
1.2. Base Teórica	20
1.3. Marco conceptual	30
1.4. Variables	51
CAPITULO II: DISEÑO DE INVESTIGACION	
2.1. Enfoque de Investigación	53
2.2. Tipo de Investigación	53
2.3. Nivel de Investigación	53
2.4. Diseño de Investigación	
53	
2.5. Área de Estudio	
53	
2.6. Población	
53	
2.7. Muestra	54
2.8. Criterios de inclusión y exclusión	54
2.9. Técnica e Instrumento de Recolección de datos	
54	
2.10. Plan de recolección de datos	
54	
2.11. Plan de Procedimiento, análisis e interpretación de Datos	
55	
CAPITULO III: RESULTADOS	
3.1. Resultados	56
CAPITULO IV: DISCUSION	
4.1. Discusión	61
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	78
ANEXO	84

DEDICATORIA

LA PRESENTE INVESTIGACION ESTA DEDICADA A DIOS, Y A MIS PADRES POR TODO EL AMOR Y EL APOYO BRINDADO DESDE EL PRIMER MOMENTO Y A LO LARGO DE ESTOS AÑOS.

FLOR CAROLINA CARPIO VÁSQUEZ

DEDICATORIA

A MI ADORADA MADRE QUE
ESTA DELICADA DE SALUD QUE
SU AMOR, VALOR Y
FORTALEZA ES LA FUERZA
QUE ME IMPULSA A SEGUIR
ADELANTE; A MI PADRE QUE
ME CUIDA DESDE EL CIELO Y A
MI ADORADA ESPOSA POR
TODO EL APOYO Y AMOR QUE
ME BRINDA.

Gelvis Felix Vivanco Vargas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarnos en el camino de la vida, darnos sabiduría, fortaleza y permitirnos superar los obstáculos que se presentaron durante nuestra vida universitaria.

Al Lic. Hugo Ayala Prado por su asesoría y valioso aporte profesional en el campo de la estadística.

A la Directora de la Guardería Infantil “Nuestra Casita” por su colaboración en la etapa de recolección de datos y hospitalidad dentro de la Institución.

A los miembros de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Enfermería que han reconocido, estimulado y apoyado mis inquietudes profesionales.

Finalmente a la vida que nos dio la oportunidad de contar con cada uno de ustedes.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por un conjunto de componentes: fisiológicos (regulación de la ingesta alimentaria, crecimiento y peso corporal desde la etapa fetal hasta la vejez), componentes psicológicos del niño, padres y de la familia; por componentes geográficos y climatológicos; y por componentes socioculturales (capacidad de adquisición de los productos, formas de selección y preparación de los alimentos, horario de tomar los alimentos, por las experiencias culturales de la gestante y familia)¹.

Las preferencias a ciertos alimentos es una compleja interacción de condicionamiento gustativo que empieza en el útero materno y continúa hasta la vejez), adaptación de efecto de la mera exposición y factores biológicos².

En el útero materno, el feto durante su desarrollo está condicionado a un conjunto de factores, como, composición del líquido amniótico que cambia durante el desarrollo del feto, especialmente cuando éste empieza a orinar. Cada día el feto traga entre 200 y 760 ml de líquido amniótico, dependiendo de la etapa del desarrollo, y se expone a un gran número de componentes de los sabores, incluyendo varios azúcares (p. ej. glucosa, fructosa), ácidos grasos, aminoácidos, proteínas y sales. Los sabores de la dieta materna llegan al fluido amniótico. De este modo, los bebés ya

experimentan patrones culturales gustativos mucho antes de tener un contacto directo con los alimentos propiamente dichos⁽³⁾.

El medio en que vive el feto, el saco amniótico, cambia en función de los gustos alimenticios de la madre, porque los sabores de su dieta se transmiten y dan sabor al fluido amniótico. Algunos de estos sabores también se encuentran en la leche materna, lo que sugiere que las primeras experiencias infantiles con la cocina de su cultura ocurren mucho antes de que prueben por primera vez alimentos sólidos. Durante el último trimestre de embarazo el feto ingiere importantes cantidades de líquido amniótico, y además inhala el doble de volumen que ingiere. Los botones gustativos y los receptores olfativos se encuentran bañados de líquido amniótico y, como han demostrado las investigaciones realizadas en los últimos diez años, estas experiencias gustativas ayudan a incrementar el gusto y las preferencias por aquellos sabores a la hora del destetamiento e incluso después. Los científicos americanos en su investigación demostraron, que los niños (as) de quienes sus madres les gustaba consumir zumo de zanahoria durante su embarazo; a dichos niños al momento de destete y durante su infancia les gusta cereales con sabor a zanahoria en comparación con un grupo de control cuyas madres no lo habían consumido⁴. Sin embargo, la investigadora puntualiza en su informe, que estos resultados no fueron estadísticamente significativos. Esta falta de significancia estadística genera duda en los resultados de esta investigación y no existiendo otro trabajo de investigación sobre el tema, a pesar de su gran importancia por tener relación con la salud nutricional del niño y adulto en futuro, nos motivó **el interés de investigar sobre PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE MADRES EN ETAPA GESTACIONAL Y SU INFLUENCIA EN HABITOS ALIMENTARIOS DEL HIJO EN ETAPA PRESCOLAR DE CUNA GUARDERÍA “ NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS NAZARENO - AYACUCHO – 2016;** con el propósito de corroborar y/o refutar las pocas investigaciones que existe a nivel internacional, y sentar primeras

informaciones relevantes sobre el tema a nivel local y nacional; puesto que también no se encontró investigación al respecto en nuestra región.

Siendo el enunciado.

¿Cuáles son las preferencias alimentarias de madres en etapa gestacional y su influencia en el hábito alimentario del hijo en etapa preescolar de la Cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho – 2016?

Planteando como Objetivos:

General

Determinar la influencia de las preferencias alimentarias de madres en etapa gestacional en el hábito alimentario del hijo en etapa preescolar de la Cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho 2016.

Específicos:

- Identificar las preferencias alimentarias de las madres en etapa de gestación.
- Identificar los hábitos alimentarios de los niños pre-escolares de la Cuna Guardería “Nuestra Casita”.
- Determinar la influencia de las preferencias alimentarias de las madres de etapa gestacional y con los hábitos alimentarios de los niños pre-escolares.

Hipótesis.

Las preferencias alimentarias de la madre de etapa gestacional influye en los hábitos alimentarios (preferencias y rechazos de ciertos alimentos) del hijo en etapa pre-escolar de cuna Guardería “nuestra casita” del distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho.

Material y Método: Enfoque cuantitativo, **Tipo:** aplicativo, **Nivel** descriptivo-analítico. **Diseño.** Transversal, Retrospectivo no experimental. Población constituida por 20 madres con sus respectivos niños que

asisten a la Cuna Guardería “Nuestra Casita”. Siendo las **técnicas e instrumentos** de recolección de datos: entrevista estructurada sobre **preferencias alimentarias de madres en etapa gestacional y hábitos alimentarios del hijo en etapa preescolar. Conclusiones:** Entre las preferencias alimentarias de mayor frecuencia de las madres en etapa gestacional fueron: 95% de las madres tenían como alimento de su completa preferencia o agrado a frutas; 85% a carne de ave; 45% a fiambres y salchichas; 75% a vegetales; y mientras alimentos de su desagrado total o aversión, fueron: de 90% a alimentos preparados con manteca; 50% a harinas, pescado y mariscos respectivamente, y de 45% a carne roja y aceite correspondientemente.

Resultado medianamente concordante con las directrices nacionales para una alimentación saludable (MINSA). Preferencia alimentaria de los niños de Cuna Guardería “Nuestra casita” son: 80% de niños tienen como alimento de su completa preferencia o agrado a frutas, 90% a dulces y gaseosas respectivamente; 60% a carne de ave, y 50% a fiambres-salchichas correspondientemente. Mientras alimentos de su completo desagrado o aversión: de 95% a alimentos preparados con manteca, de 75% a vegetales, de 70% a harinas, y de 65% a carnes rojas y aceites correspondientemente. Las preferencias alimentarias de las madres gestantes ha influido de manera significativa en las preferencias alimentarias de sus hijos pre-escolares de Cuna guardería “Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno.

El Presente estudio consta de los siguientes capítulos: Introducción, Capítulo I: Revisión de la Literatura, Capítulo II: Material y Métodos, Capítulo III: Resultados y Capítulo IV Discusión. Conclusiones y Recomendaciones. Así como Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO II

REVISION DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha encontrado algunos estudios relacionados al tema. Así tenemos:

A nivel Internacional:

Mennella (2001). "Determinar el aprendizaje de sabores por los bebés en etapa Prenatal y postnatal"- filadelfia.

Los sabores de la dieta de la madre durante el embarazo se transmiten al líquido amniótico y el feto traga. En consecuencia, los tipos de alimentos consumidos por las mujeres durante el embarazo y, por lo tanto, los principios de sabor de su cultura pueden ser experimentados por los bebés antes de su primer contacto con los alimentos sólidos. Algunos de estos mismos sabores más tarde serán experimentados por los niños en la leche materna, un líquido que, al igual que el líquido amniótico, se compone de sabores que reflejan directamente los alimentos, especies y bebidas consumidas por la madre. El presente estudio examinó la hipótesis de que la experiencia con un sabor en la leche fluida o de líquido amniótico modifica la aceptación y el disfrute de los bebés de los alimentos con sabor de manera similar al destete. **Diseño metodológico:** Las mujeres embarazadas que planearon el pecho a sus bebés fueron asignados aleatoriamente a 1 de 3 grupos. Las mujeres consumieron 300 ml de jugo de zanahoria o agua durante 4 días por semana durante 3 semanas consecutivas durante el último trimestre del embarazo y luego otra vez durante los 2 primeros meses de lactancia. Las madres en el grupo 1 bebieron jugo de zanahoria durante el embarazo y el agua

durante la lactancia; madres en un segundo grupo bebieron agua durante el embarazo y el jugo de zanahoria durante la lactancia, mientras que los del grupo de control bebieron agua durante el embarazo y la lactancia. Aproximadamente 4 semanas después de que las madres comenzaron a complementar la dieta de sus bebés con cereales y antes de que los recién nacidos tenían alimentos alguna vez o jugos que contienen el sabor de las zanahorias, los bebés fueron grabadas en vídeo, ya que alimentan, con el fin contrapeso, cereales preparados con agua durante 1 prueba sesión y cereales preparados con jugo de zanahoria durante otra. Inmediatamente después de cada sesión, las madres clasificaron disfrute de la comida de sus bebés en una escala de 9 puntos. **Resultados.** Los resultados demostraron que los niños que tenían la exposición al sabor de las zanahorias, ya sea en leche líquida o en el líquido amniótico se comportan de manera diferente en respuesta a ese sabor en una base de comida, que los recién nacidos de control no expuestos. En concreto, los niños expuestos previamente mostraron un menor número de expresiones faciales negativas mientras se les alimenta con el cereal de sabor a zanahoria en comparación con el cereal llano, mientras que los niños de control cuyas madres bebieron agua durante el embarazo y la lactancia no han exhibido tal diferencia. Por otra parte, aquellos niños que fueron expuestos a las zanahorias en el período prenatal fueron percibidos por sus madres como disfrutaban más de los cereales con sabor a zanahorias en comparación con el cereal sin sabor. Aunque se observaron estas mismas tendencias para la cantidad de cereal consumido y la longitud de los alimentos, estos resultados no fueron estadísticamente significativos. **Conclusiones.** La exposición prenatal y postnatal temprano a un sabor, potencia el disfrute de ese sabor de alimentos sólidos a los bebés durante el destete. Estas experiencias de sabor muy tempranas pueden proporcionar la base para las diferencias culturales y étnicas en la cocina (4).

CHACÓN, 2011, en el trabajo de investigación “Percepción de alimentos en el primer lustro de vida: aspectos innatos, causalidad y modificaciones

derivadas de la experiencia alimentaria- Universidad de Costa Rica". Revista Actualidades investigativas en Educación. **Resumen:** Este trabajo de revisión bibliográfica describe el concepto de la percepción sensorial innata de los niños y niñas hacia los alimentos, así como los procesos por medio de los cuales esta se modifica y enriquece a través de la interacción y las experiencias alimentarias durante el primer lustro de vida. Además, la importancia del marco afectivo y social en el que este proceso formativo se da. Tanto los espacios y contextos donde se consumen y se promocionan los alimentos durante la edad preescolar, el grado de disciplina impuesta, y el nivel de autodeterminación permitido a los menores tienen, en conjunto, un impacto que perdura a lo largo de toda la vida del ser humano. Por ello, la adecuada gestión de las experiencias sensoriales orientadas a generar improntas positivas en el hogar y en el aula, es de gran importancia para educadores y padres de familia por igual⁽⁷⁾.

OSORIO, 2002 en trabajo de investigación sobre "Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones - Chile". El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales. Son frecuentes sus alteraciones en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar. El manejo de estas alteraciones debiera estar basado principalmente en una educación preventiva en los primeros dos años de vida a la madre, en la modificación conductual del ambiente familiar (madre, hijo, otros miembros de ella) y sólo secundariamente considerar el manejo con fármacos. La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. En los seres humanos los modos de alimentarse,

preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa). En esta actualización analizaremos el desarrollo normal de la conducta alimentaria en 4 componentes: fisiología del apetito y saciedad; aspectos socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito ⁽⁸⁾

SCOTT 1991, en el estudio titulado "mercado agrícola relacionado a la capacidad de adquisición y consumo de productos- costa rica". Refiere que la alimentación es parte de la socialización de un individuo al que desde niño sus padres le transmiten gustos, preferencias y hábitos de consumo; se deben distinguir tres términos que se confunden a menudo; el primero es el uso que se refiere a si una persona o grupo consume un alimento en particular y en qué cantidad; el segundo es la preferencia que implica una situación de elección y se refiere a cuál de dos o más alimentos se escoge, ya que uno puede preferir la batata a la papa pero consume más papa debido a su precio a su disponibilidad y por último el gusto que hace referencia a una respuesta afectiva a los alimentos y constituye uno de los determinantes de la preferencia. Que una comida le guste a una persona significa que las propiedades sensoriales de la comida producen placer a esa persona pero que un alimento se perciba como beneficioso para la salud puede constituir un determinante decisivo de la preferencia o del uso, aun que puede tener poco que ver con el gusto y por lo general se come lo que se prefiere y se tiende a preferirlo que gusta. Los primeros años son ideales para proporcionarles la información sobre la nutrición y favorecer las actitudes positivas ante

todos los alimentos; la comida puede usarse para aportar nuevas experiencias cotidianas al niño pequeño, en edad preescolar y para favorecer el desarrollo del lenguaje, la cognición y las conductas de autoayuda como por ejemplo el etiquetado, descripción de formas, tamaños, y colores, características, colaboración en la preparación y sabores⁽⁹⁾

TORRESANI **2007**, en el trabajo titulado “cuidado nutricional pediátrico-Buenos Aires - Argentina” reporta que la etapa de adquisición de pautas familiares comienza alrededor del año del niño y se prolonga hasta los 7 u 8 años de edad y a partir del año, los mecanismos fisiológicos han alcanzado prácticamente la maduración y la eficiencia de un adulto, por lo que este momento es ideal para establecer hábitos alimentarios saludables que sean capaces de persistir a lo largo de la vida, constituyendo una inversión a largo plazo sobre su salud y calidad de vida.⁽¹⁰⁾

MAHAN 2007. En su investigación sobre “Nutrición y dietoterapia-Brasil”, refiere que la actitud ante la comida de los padres es un **factor predictivo** potente de los gustos y aversiones de alimentos y de la calidad de la dieta en los niños de edad preescolar, pero al contrario de la creencia común, los niños pequeños no tienen la capacidad innata de elegir una dieta nutritiva y equilibrada; una relación positiva con la alimentación es responsabilidad compartida de los padres y los niños.⁽¹¹⁾

LORENZO 2006. En el estudio titulado “conducta alimentaria en preescolares- San Andrés-Colombia”, reporta que entre las tres y cinco años la conducta alimentaria, le debe dar la oportunidad de desarrollar habilidades para alimentarse, aceptar una variedad de alimentos y socializar en torno a la comida. Las comidas familiares juegan un papel decisivo en la transmisión de hábitos alimentarias, a la vez que otorgan al niño seguridad y sentido de pertenencia a su familia y a su grupo social, el

niño de uno a cinco años centra su interés en socializar más que en alimentarse.⁽¹²⁾

SERRANO y otros 2010, en trabajo de investigación sobre “**Preferencias y aversiones** alimentarias de escolares participantes en el programa “Thao-Salud Infantil” de Villanueva de la Cañada (Madrid)”. Han reportado que un 52,9% de los niños eligieron la comida rápida (mayoritariamente hamburguesa) como alimento preferido, seguido de la pasta (48,7%) y de la carne (31,1%). Un 54,4% de las niñas eligieron la pasta como alimento preferido, seguido de la carne (32%) y de la comida rápida (23,8%). Aunque en distintas proporciones, la pasta, la comida rápida y la carne son los alimentos preferidos en la población infantil de este municipio. Aversiones a las verduras, pescados y legumbres son los grupos de alimentos entre los que se incluyen las principales aversiones alimentarias. En los niños, destaca como principal aversión alimentaria el pescado (21,8%), seguido de las verduras en general, acelgas y brócoli con el mismo porcentaje (19,3%). En las niñas, la principal aversión alimentaria es la coliflor (23,1%), seguida de las legumbres (21,8%) y del pescado (19%)⁽¹³⁾.

TAPIA, 2009 “Propuesta de mejoramiento del servicio de alimentación para los niños de la Guardería de la Función Judicial de Pichincha en la ciudad de Quito-Ecuador” como resultado de su trabajo investigación reportó, que el 35.87% de niños tienen menor predilección a verduras (lechuga, brócoli, etc.) y a carnes 21.74 % al momento de comer. Por otra parte muchos padres de familia reportan que se hace una bola en la boca del niño al momento de comer ⁽¹⁴⁾

DOVEY 2008, en trabajo de investigación “Comida neofobia y "delicado / exigente" comer en niños: una revisión. *Apetito-EE.UU*“. Dos factores han demostrado que contribuyen al rechazo o la aceptación de frutas y verduras: neofobia alimentaria y el comer 'exigente / exigente'. Neofobia

alimentos es generalmente considerado como la renuencia a comer, o la evitación de nuevos alimentos. Por el contrario, los comedores 'caprichosos / quisquillosos' se definen generalmente como los niños que consumen una variedad insuficiente de alimentos a través del rechazo de una cantidad sustancial de alimentos que son familiares (así como no familiar) a ellos. A través de la comprensión de las variables que influyen en el desarrollo o la expresión de estos factores (incluyendo la edad, la personalidad, el género, las influencias sociales y la voluntad de tratar los alimentos), podemos entender mejor las similitudes y diferencias entre los dos. Debido a la interrelación entre la 'exigente/alimenticios y alimentos neofobia, algunos factores, tales como la presión para comer, factores de personalidad, hábitos de los padres o de la alimentación de estilos e influencias sociales, tendrán efectos similares en magnitud y duración de la expresión de estos comportamientos. Por otra parte, estas construcciones pueden ser diversamente afectadas por factores tales como la edad, la defensa táctil, el medio ambiente y la cultura. Los efectos de estas variables se discuten en esta revisión. Las intervenciones conductuales, centrándose en la exposición temprana, podrían desarrollarse para atenuar la neofobia alimentaria y 'exigente / exigente' comer en los niños, por lo que la promoción de la rápida aceptación y la elección independiente de frutas y verduras ⁽¹⁵⁾.

Los hijos son el fiel reflejo de los padres, si a uno de los padres no le gustan ciertos alimentos como hortalizas, cebolla o algún tipo de carne, téngalo por seguro que a los niños tampoco. Los niños de estas edades presentan frecuentes preferencias y aversiones hacia determinados alimentos, que pueden hacer que el niño coma solo cierto tipo de comida, deficiente en algunos nutrientes. Es característica de esta edad una clara resistencia a los alimentos nuevos (neofobia), el niño separa los alimentos, los toca, los huele y los prueba en muy limitada cantidad. La neofobia es, por tanto, la expresión de un período madurativo en la nutrición y constituye un momento crucial del aprendizaje de la

alimentación y la formación del gusto alimentario. A esta edad el niño aprende progresivamente a estructurar su propia alimentación ⁽¹⁶⁾.

NARANJO, 2012, en trabajo de investigación “hábitos alimenticios influyen en el estado nutricional en los niños y niñas de 6 a 12 años de edad de la comunidad de Bramadero Grande de la Parroquia Guanujo del Cantón Guaranda-Ecuador. Octubre del 2011 y agosto del 2012”. Concluyó que un 70% de los niños no consume lo referente a frutas, verduras hortalizas y legumbres en una forma adecuada debido que los padres desconoce la importancia y la forma de preparación de estos alimentos que son importantes para su desarrollo físico, intelectual ⁽¹⁷⁾.

Del mismo modo reportan, que el consumo de fruta y verdura entre los niños europeos son bastante limitados, esto probablemente debido que muchas de las frutas tienen un sabor ligeramente amargo o ácido. Quizá no será muy eficaz que los padres presionen u ofrezcan premios a sus hijos para que tomen frutas y verdura. Normalmente, tales estrategias resultan en aún mayor aversión. Dar a los niños una variedad de alimentos, sabores y texturas, ser pacientes y servir de manera repetida la comida que, al principio parece no gustarles, enseñar con el ejemplo y animarles son estrategias mucho más adecuadas ⁽¹⁸⁾

BENTON 2004, en trabajo de investigación “El papel de los padres en la determinación de las preferencias alimentarias de los niños y el desarrollo de la obesidad. International Journal of Obesity-Filadelfia “. Los problemas de alimentación en niños de 1 a 3 años están relacionados con un conjunto de situaciones; como: A partir del tercer o cuarto semestre de vida, los niños tienden a evitar nuevos alimentos, dándose un comportamiento denominado “neofobia”. La neofobia es un factor al que el ser humano está predispuesto genéticamente. Esta se incrementa con fuerza durante la niñez temprana hasta llegados los cinco años, momento a partir del cual decrece en forma paulatina hasta a los 8 años. La

predisposición infantil a la neofobia podría a simple vista parecer una mala actitud, pero tiene una explicación evolutiva orientada hacia la sobrevivencia, al restringir el consumo de alimentos nuevos en una etapa donde los menores empiezan a caminar y a explorar con más independencia. El no consumir un alimento desconocido, o hacerlo en pequeñas cantidades hasta que se verifique que no causará consecuencias negativas, tiene un gran valor para la auto preservación, sobre todo en edades con alto riesgo de intoxicación accidental. Entonces, se está ante un acto inconsciente que mantiene al infante en un camino alimentario “inequívoco”, donde se prefieren los sabores conocidos y “seguros”. La neofobia sólo existe hasta que el individuo supera el temor o disgusto de poner el alimento en su boca y paladearlo, momento a partir del cual la fobia ha sido superada en gran parte ⁽¹⁹⁾

A nivel Nacional:

LLANOS 2010, Concluye luego de una amplia investigación sobre “cultura alimentaria en los alumnos de la institución educativa adventistas Fernando Stahl” de Juliaca.” Concluye, que el 40% de los encuestados consume hamburguesas, mientras que el 27.5 % consume gaseosas, y 5 % chocolates y dulces. Siendo los varones los que más consumen hamburguesas en la hora del receso ⁽⁵⁾.

MINDES, 2011, reporta sobre el estudio titulado “**hábitos** alimenticios en la población peruana urbano rural”. En la región central del Perú está basada al consumo de productos originarios de sus cultivos como papa, maíz, trigo, quinua, oca, mashua, chuño y a la ingesta de alimentos de origen animal y que en zonas remotas donde no hay variedad de cultivo se acostumbra aun a los famosos trueques que se dan en las ferias semanales y quincenales con productos como arroz, fideos, azúcar, leche y otros. Viendo de esta manera la población más remota incluye en su dieta familiar el consumo de alimentos ricos en carbohidratos ⁽⁶⁾.

2.2. BASE TEÓRICA.

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa). Por tanto el desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales. Son frecuentes sus alteraciones en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar. El manejo de estas alteraciones debiera estar basado principalmente en una educación preventiva en los primeros dos años de vida por la madre, en la modificación conductual del ambiente familiar (madre, hijo, otros miembros ⁽²⁰⁾).

Desde el punto de vista de componente fisiológico la conducta alimentaria está regulada por apetito y saciedad. Apetito es el conjunto de señales internas y externas que guían a un individuo en la selección e ingestión de alimentos. Saciedad es la sensación fisiológica de plenitud que determina el término de la ingesta alimentaria ⁽²¹⁾.

Hay múltiples señales orgánicas que regulan el momento de iniciar una nueva ingestión de alimentos. Son señales principalmente digestivas de vaciamiento gástrico e intestinal (mecánicas u hormonales). A ellas se suman señales sensoriales visuales, olfatorias, gustativas, táctiles y también metabólicas, tales como el lactato, la glicemia y las concentraciones de mediadores en el suero y en el sistema nervioso central (aminoácidos como la tirosina). Estas señales son integradas básicamente a nivel de centros hipotalámicos con la participación de péptidos y neurotransmisores (22).

Dado que uno de los objetivos principales de la regulación de la ingesta alimentaria es el control del peso corporal, también hay señales que integran la regulación de la ingestión de alimentos, con señales provenientes de las reservas corporales, especialmente de energía (grasa y leptina), traducándose en la mantención del peso corporal, con fluctuaciones estrechas o con un aumento estable y controlado cuando se trata de un niño. En la modulación del apetito y de la saciedad, el sentido del gusto tiene una participación significativa. Los alimentos ingeridos en el primer año de vida son de preferencia dulces, con una presencia ocasional del sabor ácido. El niño va aprendiendo progresivamente a ingerir alimentos con mezclas de sabores, integrados con señales olfatorias o de otro tipo. En el transcurso del segundo año de vida entra en contacto con el sabor salado y en edades posteriores con el sabor amargo. Estas tendencias las estimula y exacerba la industria alimentaria, para favorecer la ingesta de sus productos (23).

Desde el punto de vista de componente sociocultural la conducta alimentaria en los niños es el resultado de la transición desde una alimentación láctea en el primer año de vida, al esquema de alimentación propio del hogar, es un reflejo de la amplitud de

alimentos de consumo humano y de sus modos de preparación. De una alimentación láctea semejante entre todas las culturas durante el primer año de vida se pasa a una variedad de dietas determinadas de acuerdo a la cultura a la que pertenece el grupo familiar. De esta forma en cualquier cultura el grueso de los alimentos y modos de consumirlos de un adulto ya han sido incorporados a la edad preescolar⁽²⁴⁾.

La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Por ejemplo las representaciones que tiene ella sobre el cuerpo ideal del hijo pueden corresponder a la de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las recomendables y exigirá al hijo que deje el plato vacío⁽²⁵⁾.

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

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

modos de alimentarse claramente identificados del grupo al que pertenece, aunque con múltiples interacciones entre estratos. Por ejemplo al niño proveniente de un estrato pobre se le inculca desde pequeño la ingestión de alimentos baratos y saciadores, tales como el pan y las pastas; en los estratos con mayores ingresos se incorpora crecientemente la necesidad que los alimentos ingeridos sean sanos y favorezcan una figura corporal más estilizada. Es así como en ambientes socioeconómicos más pobres aún se percibe como saludable un niño con tendencia a la obesidad; la madre es valorada positivamente en la medida que cría un hijo con sobrepeso. Esto implica que las madres perciban como adecuado que las porciones y tipos de alimentos deben ser abundantes, que el plato debe ser vaciado antes de completar el horario de alimentación, o que las mamaderas deben ir adicionadas de componentes «llenadores», tales como cereales y bastante azúcar⁽²⁷⁾.

Generalmente es durante la infancia cuando se desarrollan los hábitos alimentarios, y cuando el aprendizaje se realiza en gran medida por imitación de los adultos, los padres deben tener presente que el apetito y los gustos del niño aumentan con el tiempo. La actividad física tiene naturalmente mucho que ver con la intensidad del apetito.

La aversión y preferencias alimentarias son factores de riesgo en el niño, existen familias que por excesivo cariño al niño obedecen todas las preferencias o aversiones alimentarias, estas actitudes puede conllevar al niño a una desnutrición u obesidad; en ambos casos el niño estará en grave riesgo de su salud. En la infancia se crean los hábitos alimenticios y más aún las enfermedades que pueden aparecer más tarde a lo largo de la vida como: la desnutrición, obesidad, la diabetes, las enfermedades cardíacas, cáncer, etc. las que comienzan a incubarse desde los primeros años de edad. Por estas razones es fundamental prevenirlas desde los primeros años de vida creando hábitos alimenticios adecuados.

La aversión alimentaria es el rechazo de mecanismo natural que desarrolla el ser humano a algunos alimentos ya sea por sustancias amargas (asociadas en el medio natural con la presencia de toxinas) al olor, o por otras causas.

Las preferencias alimentarias se adquieren fundamentalmente por medio del aprendizaje, especialmente de los alimentos que contienen niveles elevados de azúcares y grasas con alto contenido energético.

Un buen hábito alimentario es el punto de partida para una sana y completa alimentación infantil. Los papás deben tener en cuenta ciertos aspectos que permitan hacer de cada comida un disfrute, y que mantengan las necesidades alimentarias del niño cubiertas.

Los hábitos alimenticios se deben a diversos factores como las costumbres familiares, la selección y preparación de los alimentos y la forma de consumo de los mismos.

Los hábitos alimenticios de las familias se transmiten de padres a hijos y están influidos por varios factores entre los que destacan: el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad de la región, costumbres y experiencias, por supuesto que también tienen que ver la capacidad de adquisición, la forma de selección y preparación de los alimentos y la forma de consumirlos (horarios, compañía).

Sin embargo, no se trata de comer por comer, con el único fin de saciar el hambre, sino de obtener por medio de los alimentos, los nutrientes necesarios para poder realizar todas las actividades según la actividad física que se desarrolle, el sexo, la edad y el estado de salud.

Consumir poco o demasiado alimento y de forma desbalanceada, tiene consecuencias que pueden ser muy graves: por un lado si faltan algunos nutrientes en el organismo, hay desnutrición, que es muy grave y frecuente en niños de todos los ámbitos sociales, y por

otro si se comen cantidades excesivas se puede desarrollar obesidad⁽²⁷⁾.

DESARROLLO DE LA PRECEPCIÓN SENSORIAL HACIA LOS ALIMENTOS

CONCEPCIÓN Y VIDA INTRAUTERINA (citado por Chacón, 2011) ⁽²⁸⁾

En el momento de la concepción existe poca evidencia de que las preferencias sensoriales de un ser humano estén genéticamente predeterminadas y que, en consecuencia, el genotipo sea más importante que el historial de vida y las experiencias (Birch, 1998; Birch, 1999).

Las diferencias genéticas entre los diferentes grupos raciales son, si acaso, responsables de muy poco de la variabilidad total en las preferencias alimenticias de un menor, predominando los factores asociados al ambiente sociocultural (Rozin y Fallon, 1986; Birch, 1999; Cullen *et al.*, 2000) citado por Chacón. Esto justifica que no tenga ninguna razón de ser el evaluar los efectos genotípicos en la formación de las preferencias de los niños (Menella *et al.*, 2005) citado por Chacón. El género, asimismo, no es una fuente de variación importante en la aceptación y en la preferencia de los alimentos en edades anteriores a la adolescencia (Temple *et al.*, 2002; Wesslen *et al.*, 2002; Grenville *et al.*, 2004).

En todos los seres humanos parecen existir una innata preferencia por el sabor dulce, un rechazo por los sabores amargos y por los agrios, así como una indiferencia inicial al sabor salado (Álvarez *et al.*, 2003; Cooke, 2004; Liem y De Graff, 2004) citado por Chacón; aspectos que están genéticamente predeterminados y que no son en definitiva aprendidos (Birch, 1999; Bartoshuk, 2000; Benton 2003). La predisposición por el sabor dulce, que suele empezar a disminuir en la adolescencia (Popper y Kroll, 2003), puede

ser instintiva y estar orientada a aumentar la palatabilidad de la leche materna que es naturalmente dulce debido a la lactosa y en menor grado a las caseínas (Álvarez *et al.*, 2003). Además, el sabor dulce suele asociarse en edades muy tempranas con fuentes de calorías muy disponibles mientras el amargo se considera como un indicador de toxicidad (Westenhofer, 2002). Las disoluciones dulces también han demostrado reducir el dolor en infantes funcionando como calmantes (Pepino y Mennella, 2005) .

Otro aspecto que parece estar determinado innatamente es la preferencia por alimentos de alta densidad energética, presentándose incluso un desarrollo más lento de las preferencias por alimentos poco energéticos (Jansen y Tenney, 2000) ;

Álvarez *et al.*, 2003; Cooke, 2004). Este gusto es atribuido a una reacción adaptativa del niño en crecimiento para mantener un balance positivo de energía, aspecto que puede resultar un problema en las épocas modernas al existir una amplia y accesible oferta de alimentos densos en energía, los cuales pueden actuar como promotores de sobrepeso y obesidad en niños con hábitos inadecuados (Birch, 2000).

Otro aspecto de la percepción atribuido a la genética es la predisposición de algunos menores a percibir de manera más intensa que otros los sabores dulces y salados, al poseer una mayor densidad de papilas gustativas fungiformes en la lengua, aspecto que podría estar relacionado con ciertas preferencias, aversiones y hábitos primigenios (Keller y Tepper, 2004). Una preferencia innata en los niños por alimentos de mucha acidez (Liem y De Graff, 2004), así como aversión a los sabores picantes son tema de debate (Lawless, 1986).

La ciencia no ha establecido en forma clara la existencia de sensaciones olfativas que sean innatamente preferidas por los niños, por lo cual se plantea la hipótesis de que este tipo de preferencias son

aprendidas y que se desarrollan con lentitud (Eertmans *et al.*, 2001; Guinard, 2001).

Todas las preferencias innatas descritas anteriormente establecen una plataforma marco inicial para las futuras experiencias con los alimentos; no obstante, las mismas no necesariamente se mantienen inmutables pudiendo de hecho ser modificadas más adelante por las experiencias de consumo tempranas (Eertmans *et al.*, 2001; Brunstrom, 2005; Menella *et al.*, 2005).

Las preferencias y las tendencias de comportamiento son modificadas en una primera instancia por las experiencias intrauterinas que experimenta el niño (Menella, 1995; Menella y Beauchamp, 1998; Birch, 1999), lo cual tiene consecuencias a muy largo plazo (Benton, 2003). Los infantes aprenden varias preferencias por su exposición a los sabores de los alimentos de la dieta de su madre que pasan al fluido amniótico (Deakin University, 2005) . Cerca de la fecha de su nacimiento se estima que un feto traga por lo menos un litro de fluido amniótico al día, exponiéndose así no sólo a sabores sino a sensaciones odoríferas (Menella y Beauchamp, 1998).

El sentido del gusto se desarrolla, entonces, activamente desde los últimos meses de la vida intrauterina alcanzando su maduración en los albores del octavo o noveno mes (Temple *et al.*, 2002; Álvarez *et al.*, 2003).

Nacimiento, lactancia y ablactación (citado por Chacón, 2011)⁽²⁸⁾

Desde el nacimiento y durante la infancia más inmediata, el acto de comer está principalmente motivado por el hambre más que por el deseo de subsanar alguna preferencia innata (Birch, 1999). Durante los primeros seis meses de vida, los infantes deberían consumir leche materna en exclusiva, lo cual no solo es importante desde un

punto de vista nutricional, sino que la exposición a muchos de los aromas y sabores de la dieta materna que se inició en el útero, se prolonga utilizando como vehículo a la leche materna (Menella y Beauchamp, 1998).

La percepción de los sabores de la leche al iniciar la lactancia es una de las experiencias sensoriales más tempranas a las que se expone un infante neonato, y una de las de mayor impacto (Castillo *et al.*, 2005). La escogencia del tipo de leche que se ingerirá después del nacimiento hace una gran diferencia, dado que un niño que sea alimentado con fórmula puede perderse de toda una amplia gama de estímulos sensoriales tempranos, que lo hacen propenso a aceptar más lentamente nuevos alimentos (Menella, 1995; Birch, 2000; Gerrish y Menella, 2001). La sutil variación natural diaria en el sabor de la leche materna genera también un estímulo adicional en el lactante, en contraposición con las características de sabor más estables de la fórmula nutricional (Hausner *et al.*, 2010).

En el momento del nacimiento no sólo se inicia toda una amplia gama de estímulos nuevos derivados de la lactancia materna, si no que otras variables como el olor, el color la temperatura empieza a cobrar relevancia.

Los recién nacidos son tan sensibles a los aromas como los adultos y son capaces de percibir estímulos complejos poco después del nacimiento, como el olor de la piel de su madre y de su leche, así como una amplia gama de otros aromas (Álvarez *et al.*, 2003; Chaluohi *et al.*, 2005). En contraste con las preferencias por los sabores adquiridos desde el útero, las preferencias por los olores son más tardías y, por ende, más fácilmente influenciables si se busca generar un cambio más adelante empleando la exposición como mecanismo (Beauchamp y Menella, 2009).

Aunque aún hay controversia al respecto, se supone que el agrado por los colores es en su mayoría aprendido a partir del nacimiento, gracias a la influencia de las pautas y estereotipos culturales, así como por la continua exposición al entorno (Shoots, 2006). Aunque el color puede generar expectativas de sabor, ayudar a identificar sabores por asociación y tener además un fuerte efecto sensorial como un signo de rechazo o hasta náusea si se asocia con peligro o descomposición, no hay una teoría válida demostrada científicamente que señale en forma contundente y sin contradicciones que el color puede tener un efecto sobre la preferencia del sabor en un alimento (Garber *et al.*, 2000).

Los niños desde el nacimiento son de hecho muy abiertos hacia el color de los alimentos, no teniendo reparos en experimentar con alimentos de colores inusuales e incongruentes (Kuntz, 1996; Garber *et al.*, 2000). Igual situación parece presentarse cuando se trata con la temperatura, no siendo extraño que al no estar interiorizadas pautas culturales con respecto a la forma en que deben ingerirse los alimentos, los infantes ingieran gustosamente alimentos fríos que serían inaceptables para los adultos, como por ejemplo, una sopa o un panqué (Rodríguez, 2001).

A la altura del cuarto mes de vida, se empiezan a desarrollar las preferencias por el sabor salado (Menella y Beauchamp, 1998; Cooke, 2004), llegando los niños a preferir sabores salados más intensos que aquellos preferidos por los adultos, tal y como sucede con el sabor dulce (Birch, 1999; Menella *et al.*, 2003; Benton, 2003). Los patrones más regulados con respecto al sabor salado empiezan a establecerse alrededor de los 18 a 24 meses de vida, dependiendo entonces, también, el nivel de sal aceptado del medio físico (alimento a salar) en que se presente al niño (Lawless, 1986; Menella y Beauchamp, 1998).

Alrededor del sexto mes de vida, la dieta basada únicamente en la leche materna deja de ser adecuada, haciéndose necesaria la inclusión de nuevos alimentos, proceso denominado ablactación (esto no debe dar pie a que progenitores preocupados o motivados por conceptos culturales y por la idea de que el niño debe “acostumbrar el estómago”, introduzcan sólidos antes de este período)^{2,3} (Benton, 2003). Debido a la transición de la dieta exclusiva en leche materna hacia la dieta omnívora, ocurre una segunda instancia de modificación de la percepción derivada del enorme aprendizaje con respecto a la comida emanado de la exposición a nuevos alimentos (Cerro *et al.*, 2002; Birch y Fisher, 2006). En esta etapa las experiencias derivadas de la textura y la palatabilidad de los alimentos toman una alta importancia complementaria.

La palatabilidad general es lo que se ha considerado como la fuerza motriz que estimula la selección y la preferencia temprana de un alimento en los niños (Álvarez *et al.*, 2003). La textura influencia a los menores en la medida que afecte la facilidad con que se mastica, prefiriendo los niños aquellos alimentos fáciles de masticar (Kuntz, 1996; Rodríguez, 2001; Temple *et al.*, 2002). Los niños tienen músculos maxilares menos desarrollados, así como una menor cantidad de dientes, aspectos que combinados resultan en una diferente percepción de la textura y en una más lenta liberación de sustancias estimulantes del gusto durante la masticación (Temple *et al.*, 2002; Grenville *et al.*, 2004). Las afirmaciones anteriores no deben interpretarse como una invitación para que se opte por una tardía ablactación con el afán de postergar las experiencias con la textura de los sólidos. La introducción de la dieta sólida no debe ser pospuesta por más allá de los nueve meses, pues a partir de este periodo se hace más dificultosa la aceptación de las texturas, aspecto

que podría prolongarse en el tiempo y estar relacionado con rechazo de alimentos, aun a edades tan tardías como los 7 años (Coulthard *et al.*, 2009). Los niños desde la ablactación e incluso hasta los 8 años tienden a encontrar ardua la percepción de mezclas de sabores y sobre todo de texturas (Rodríguez, 2001; Liem *et al.*, 2004), condición que puede llevar a su rechazo (Kuntz, 1996; Oram *et al.*, 2000).

Primeros años de vida: etapa neofóbica, selectividad y aversión (citado por Chacón, 2011)⁽²⁸⁾

Después de la ablactación, y antes de sus primeros 18 meses de vida, los infantes aceptan prácticamente cualquier alimento al que se les exponga (Zeinstra *et al.*, 2007), al punto que es común que paladeen objetos no comestibles, desagradables y hasta peligrosos, si no se les supervisa (Shutts *et al.*, 2009). No obstante, y aunque parezca contradictorio, a estas edades se les suele exponer a pocos alimentos, debido sobre todo a preconcepciones y prejuicios (Stang, 2006). En esta etapa los niños suelen asumir que todas las personas prefieren los mismos alimentos, siéndoles imposible comprender la naturaleza subjetiva de las preferencias (Repacholi y Gopnik, 1997).

A partir del tercer o cuarto semestre de vida, los niños tienden a evitar nuevos alimentos, dándose un comportamiento denominado “neofobia” (Benton, 2003). Este fenómeno es más fuerte hacia los alimentos de origen vegetal que hacia los de origen animal (Skinner, 2000; Cooke, 2004; Nicklaus, 2009); disminuyendo si los alimentos son acentuadamente dulces o salados (Nicklaus *et al.*, 2005c; Birch y Fisher, 2006), y aumentando si estos poseen una textura irregular y si no constituyen una fuente densa de energía (Birch, 1999; Nicklaus *et al.*, 2005b).

La neofobia es un factor al que el ser humano está predispuesto genéticamente (Cooke *et al.*, 2007; Birch, 2000), y para el que existen tantas variantes individuales en cuanto a su manifestación que puede considerársele como un rasgo de personalidad (Pliner y Salvy, 2006). Esta se incrementa con fuerza durante la niñez temprana hasta llegados los cinco años, momento a partir del cual decrece en forma paulatina hasta a los 8 años (Cooke y Wardle, 2005; Maier *et al.*, 2007; Nicklaus, 2009). Por ello, el periodo entre la ablactación y el cuarto semestre de vida es vital para la introducción de nuevos alimentos (Nicklaus *et al.*, 2005a).

La predisposición infantil a la neofobia podría a simple vista parecer una mala actitud (Birch, 1999), pero tiene una explicación evolutiva orientada hacia la sobrevivencia, al restringir el consumo de alimentos nuevos en una etapa donde los menores empiezan a caminar y a explorar con más independencia (Birch, 2000; Benton, 2003). El no consumir un alimento desconocido, o hacerlo en pequeñas cantidades hasta que se verifique que no causará consecuencias negativas, tiene un gran valor para la auto preservación (Maier *et al.*, 2007), sobre todo en edades con alto riesgo de intoxicación accidental (Dagnone *et al.*, 2002).

Entonces, se está ante un acto inconsciente que mantiene al infante en un camino alimentario “inequívoco”, donde se prefieren los sabores conocidos y “seguros” (Stallberg y Pliner; 1999). La neofobia sólo existe hasta que el individuo supera el temor o disgusto de poner el alimento en su boca y paladearlo, momento a partir del cual la fobia ha sido superada en gran parte (Dovey *et al.*, 2008). La neofobia es un constructo basado en expectativas de disgusto, apariencia visual y hasta olor en menor grado, pero no en una experiencia real con el sabor y la textura (Martins y Pliner, 2005).

No sólo la neofobia es causal de rechazo. Hay niños por naturaleza “selectivos/quisquillosos”, quienes presentan un rechazo variable en cantidad y frecuencia de alimentos tanto conocidos como nuevos (Dovey *et al.*, 2008). Es importante establecer que la neofobia y la “selectividad”, aunque diferentes, son constructos relacionados (Pliner y Salvy, 2006). No se puede descartar, también, el rechazo ocasional derivado del berrinche y el capricho (Quirós, 1987). Además, hay otras causas en el rechazo de alimentos derivadas de patologías que afectan hasta un 20% de los niños entre 1 y 5 años (Gempeler *et al.*, 2008), y que van desde dificultades leves hasta el rechazo total de los alimentos (Sanders *et al.*, 1993; Wright *et al.*, 2007). Estos problemas tienen causas psicológicas como el estrés, el maltrato y el trauma; y fisiológicas como condiciones cardiopulmonares, tos crónica, colitis, alergias, anomalías anatómicas y/o neurológicas, mal absorciones, enfermedad celíaca, intolerancia, vómito persistente, reflujo, estreñimiento, dolor abdominal, gastroenteritis y en especial, los problemas con el desarrollo cognitivo e intelectual (35% de los casos) (Gempeler *et al.*, 2008; Kerzner, 2009; Williams *et al.*, 2010). Los cuadros a menudo se complican, pues la resistencia de los niños invita al conflicto con los adultos, quienes en respuesta adoptan acciones coercitivas (Sanders *et al.*, 1993).

En casos extremos los niños experimentan la denominada “aversión a los alimentos”, negándose a ingerir la mayoría, si no todos, los comestibles que se le presentan, para lo cual recurren a actitudes como una conversación excesiva, la negociación, el huir de la mesa y en casos severos voltear la cabeza, lanzar la comida de la mesa, mantener la boca fuertemente cerrada, escupir, regurgitar, llorar y hasta vomitar (Werle *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 2010).

Apoyo psicológico e intervención profesional se hace necesaria en estos casos (Werle *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 2010), siendo útil

como medida ignorar las rabietas, regresar a la boca la comida escupida, mantener la cuchara frente a la boca hasta que se acepte la comida, hacer “tiempos fuera” hasta que pase el berrinche y, en casos muy extremos, la alimentación forzada como medio para preservar la integridad física (Williams *et al.*, 2010). Este rechazo crónico de los alimentos puede resultar en pérdida excesiva de peso, malnutrición, subdesarrollo y en casos severos, en muerte (Sanders *et al.*, 1993; Werle *et al.*, 1993).

La “aversión a los alimentos” no derivada de aspectos fisiológicos es usualmente asociada con la anorexia infantil, fenómeno provocado porque el niño se distrae con extrema facilidad durante las comidas, siendo incapaz de percibir las sensaciones del hambre por sobre los estímulos externos de su medio circundante. Cuando la aversión aparenta ser selectiva y supeditada a ciertos alimentos se le relaciona con aversiones sensoriales e hipersensibilidad, mientras que cuando hay manifestaciones de temor y ansiedad suele existir un desorden alimentario postraumático asociado con atragantamientos, intoxicaciones, inserción de sondas gástricas, rupturas o desprendimientos de piezas dentales, etc. (Chatoor y Ganiban, 2003).

Las actitudes neofóbicas están evolutivamente acompañadas de mecanismos de aprendizaje asociados a la exposición, los que permiten aprender nuevas preferencias que rompen con el tiempo estas barreras (Stallberg y Pliner; 1999; Westenhoefer, 2002; Cooke *et al.*, 2007). Las exposiciones a los alimentos reducen paulatinamente el rechazo, sobre todo cuando estas experiencias son frecuentes, y se encuentran asociadas con ambientes sociales positivos (contexto social) y con consecuencias post ingestivas agradables (Morton *et al.*, 1999; Carruth y Skinner, 2000; Menella *et al.*, 2006). De este modo se guarda una segura distancia con los alimentos desconocidos a medida que se experimenta poco a poco hasta llegar a la conclusión

de que son seguros y aptos para ser ingeridos (Birch, 1999; Birch 2000).

Una vez superada la neofobia y la selectividad hacia un alimento, suele ser más sencillo superar las aversiones hacia otros alimentos similares, así como a la vez es más fácil introducir un alimento previamente rechazado, si se le relaciona o combina con uno ya aceptado (Birch *et al.*, 1984; Birch, 1999). Es también digno de mencionar que en el adulto mayor es factible que se presente un resurgimiento de la neofobia, que está asociada a un sentimiento consciente de prevención de riesgos a la salud y hasta con el deterioro del aparato masticador (Dovey *et al.*, 2008).

Edades pre-escolares (citado por Chacón, 2011)⁽²⁸⁾.

Durante los años preescolares los niños son introducidos a muchos alimentos que son más propios del mundo adulto, iniciándose la adopción de preferencias que perduran de por vida (Saint John Alderson y Ogden; 1999; Wesslen *et al.*, 2002). Este aprendizaje, donde se empieza a asociar el gusto con las consecuencias fisiológicas y sociales de comer, lleva al desarrollo de creencias y actitudes hacia la comida que perduran incluso predominantemente durante la edad adulta (Morton *et al.*, 1999; Benton, 2003).

Después de los 4 años, o incluso antes, la experiencia de comer trasciende la barrera de la mera satisfacción del hambre y adquiere matices influenciados por el ambiente y los factores sociales (Ramsay, 2004; Patrick y Nicklas, 2005). El entorno cultural en el que está inmerso el infante y sus padres se vuelve muy determinante, interiorizándose conceptos sobre qué, cómo, cuándo y dónde se debería comer (Birch *et al.*, 1990; Birch, 2000; Benton, 2003). En estas edades, cuando el acto de comer adquiere matices sociales

adicionales pueden imperar otros motivos de rechazo o aceptación, tales como la intuición de peligro, el origen y la significancia del alimento, y hasta el prejuicio (Rozin y Fallon, 1986; Benton, 2003).

Las memorias más tempranas de un niño preescolar están limitadas y supeditadas al hecho de que el infante cuente con un vocabulario tal que le permita codificar un hecho o estímulo en el momento de su ocurrencia (Bauer y Wewerka, 1995; Cain y Potts, 1996; Lumeng *et al.*, 2005). Las desventajas socioeconómicas y la clase social puede relacionarse con la expresividad y receptividad del lenguaje en un niño, por lo cual Lumeng *et al.* (2005) formulan la hipótesis de que la clase social puede tener una influencia sobre la habilidad de los infantes para etiquetar las sensaciones sensoriales y, por lo tanto, su habilidad para la adquisición de una memoria por exposición que conduzca al desarrollo de preferencias. Niños de estratos sociales menos favorecidos, donde suelen existir menos periodos de estimulación temprana y de interacción infantil con los padres, pueden presentar problemas de desarrollo temprano en el lenguaje y por ende, en el desarrollo cognoscitivo en general (León, 2004).

El poder adquisitivo del grupo familiar tiene además una incidencia directa en la cantidad y en la diversidad de los alimentos a los que el niño se ve expuesto desde el nacimiento y durante toda la infancia (Bowman y Harris; 2003; Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2004, Young *et al.*, 2004). La clase social también está muy relacionada con el nivel cultural de los padres y sus valores y, por lo tanto, con su estilo de educar a los niños, quienes establecen muchas de sus pautas de percepción de acuerdo con esta realidad (Phillips, 2003; Lumeng *et al.*, 2005). Todo lo anterior hace de la época preescolar un período crítico en la adopción de criterios complejos de aceptación y rechazo (Nguyen y Murphy,

2003).

Los niños en esta edad son incapaces de considerar a la vez más de uno de los aspectos asociados a un estímulo (incapacidad de desglosar un objeto en sus partes constituyentes), tendiendo a aceptar lo que perciben como una realidad absoluta y a focalizarse en una sola dimensión de las cosas en detrimento de las otras (apariciencia o sabor dulce por ejemplo, pero no ambas) (Guinard, 2001; Popper y Kroll, 2003; Cartín, 2005). Los valores normativos pueden no estar arraigados con fuerza en niños preescolares, por lo cual ellos no suelen clasificar los alimentos en términos de “bueno” o “malo”, sobre todo en cuanto a salud se refiere (Wesslen *et al.*, 2002).

Uno de los aspectos que se afianza más tardíamente, y hasta incluso superada la edad preescolar, es la percepción del olor. Aunque los infantes neonatos parecen equipados con un sistema olfativo desarrollado, las respuestas afectivas rudimentarias hacia un olor no aparecen hasta una edad promedio de 5 años (Guinard, 2001; Rodríguez, 2001). Los sabores volátiles percibidos no se espera que causen un gran impacto en menores de 6 años, no debido a la imposibilidad de ser detectados, sino a que los gustos o disgustos hacia los mismos no se encuentran manifiestos con plenitud (Lawless, 1986).

Desde un punto de vista de evaluación sensorial, no es sino hasta pasados los 7 años de edad en que el olfato se ha desarrollado lo suficiente como para ser objeto de estudio, pues antes es bastante difícil establecer si las pruebas evalúan la detección del estímulo en sí o más bien la función cognoscitiva del niño (Chaluohi *et al.*, 2005). Definir aromas es muy complicado para los menores, no sólo por su limitada familiaridad y capacidad para reconocerlos (Rodríguez, 2001; Mustonen *et al.*, 2009), sino también porque el olfato es la modalidad sensorial cuyas sensaciones son más difíciles de describir para los

niños (Noll *et al.*, 1990; Popper y Kroll, 2003).

**Aspectos sociales y afectivos de la exposición a los alimentos
Creación de un contexto socio afectivo adecuado para la exposición
(citado por Chacón, 2011)⁽²⁸⁾.**

La formación de las preferencias alimenticias en los primeros años se encuentra profundamente influenciada por el contexto cultural, socio afectivo, educativo y familiar en que los alimentos son presentados (Menella y Beauchamp, 2005; Patrick y Nicklas, 2005). Para los niños, comer es una experiencia social que les permite forjar comportamientos basándose en las observaciones que hagan del ambiente y de los demás (Birch, 1980; Birch y Fisher, 2006), haciéndose así más fácil la aceptación de un alimento (Jansen y Tenney, 2000).

La actitud de los padres en mayor instancia, y de los educadores y otros adultos hacia los nuevos alimentos, afecta en forma determinante los hábitos y comportamientos de los menores (Saint John Alderson y Ogden; 1999; Birch y Fisher, 2006; Maier *et al.*, 2007), patrones que se establecen con firmeza ya a una edad de entre 4 a 5 años (Daniels *et al.*, 2009). En el caso de los padres, son ellos quienes seleccionan los alimentos, el método de alimentación, el grado de control o de permisividad, y determinan a la vez los futuros roles de compra y el perfil de consumidor de sus hijos (Roedder, 1999; Birch y Fisher, 2006). En ellos recae también el consumo limitado de golosinas, la diversidad en la mesa, adecuados tamaños de porción, horarios de comida convenientes y la sana costumbre del desayuno entre otros (Fisher *et al.*, 2002; Gidding *et al.*, 2005).

La madre ostenta en casi todas las sociedades un papel preponderante, al ser su opinión la que prevalece en cuanto a qué

alimentos llegan a la mesa y en qué forma estos se presentan (Benton, 2003; Liem y Menella; 2003); aspecto así reconocido por los mismos niños (Robinson, 2000). Por ello, es usual que los menores presenten afinidades sensoriales muy similares a las de su madre y a las de hermanos de edad similar (Pliner y Pelchat, 1986; Wesslen *et al.*, 2002; Pliner y Salvy, 2006), y no tanto con el padre y con hermanos de edades y sexo diferentes (Birch y Fisher, 2000; Liem y Menella; 2003).

Lamentablemente, las exigencias modernas suelen no sólo reducir los espacios de interacción, sino que inclinan la selección nutricional hacia alimentos más convenientes y prácticos, pero a la vez más monótonos y usualmente poco nutritivos, aspecto que en ocasiones se transforma en una barrera para la exposición y las nuevas experiencias (Mustonen *et al.*, 2009).

El ambiente de consumo establecido por los padres es una función del estilo de crianza adoptado, ya sea este permisivo (sin firmeza), autoritativo (firme, pero cariñoso y comprensivo) o bien autoritario (firme y sin contemplaciones utilizando presión y restricción al comer) (Van Strien *et al.*, 2009). Hay una relación importante entre los estilos de crianza y el origen étnico, la clase social y la educación (Faith *et al.*, 2003; Kroller y Warschburger, 2009). Estudios con niños mexicanos señalan que padres jóvenes y de poca educación suelen ser muy autoritarios (Arredondo *et al.*, 2006).

La alimentación bajo un rol autoritario implica un control total e indiferente por completo a las preferencias y a las selecciones del niño, lo cual contrasta con el rol permisivo donde al infante se le permite comer las cantidades y los alimentos que desee sin que medie una estructura, siendo la disponibilidad y el deseo los únicos factores limitantes (Patrick y Nicklas, 2005). El balance ideal se logra con un estilo autoritativo, caracterizado por el soporte emocional, altos

estándares de hábitos sanos, apropiada autonomía, y una clara y bidireccional comunicación (Morton *et al.*, 1999; Joyce y Zimmer-Gembeck, 2009). Al aplicar este estilo, los padres determinan qué alimentos estarán disponibles y en qué momentos, mientras que los niños establecen cuáles serán comidos y en qué cantidades (Birch y Fisher, 2006; Hoerr *et al.*, 2009; Van Strien *et al.*, 2009). A pesar de sus ventajas, el estilo autoritativo es el que se pone en práctica de manera menos frecuente en los países desarrollados (Daniels *et al.*, 2009).

Al aplicar un modelo permisivo, se comete el error de pensar que los niños escogerán por sí mismos alimentos saludables, efectuando estos en realidad selecciones pobres basadas en la palatabilidad y optando en consecuencia por alimentos altos en sodio, grasa y azúcar que fomentan la obesidad (Klesges *et al.*, 1991; Hoerr *et al.*, 2009). La mayoría del sobrepeso ganado antes de alcanzada la pubertad se obtiene alrededor de los 5 años de edad, principalmente en el caso de las niñas (91% del peso en comparación con 75% en los varones) (Daniels *et al.*, 2009). Por su parte, un rol muy autoritario previene que el infante aprenda a autorregular su propia ingesta con base en la saciedad, promoviendo en cierta forma los problemas de obesidad (Benton, 2003; Hoerr *et al.*, 2009; Joyce y Zimmer-Gembeck, 2009).

La alimentación de los niños parece en ocasiones errática e insuficiente a los ojos de los adultos, pero demuestra estar muy bien regulada en un período de 24 horas (Birch y Fisher, 2006). Las fluctuantes necesidades energéticas antes de los 5 años de edad y la disminución en la ingesta de varios alimentos como la leche a medida que los menores crecen, explican este fenómeno (Marín, 2000; Peña *et al.*, 2001). Los niños y niñas no comerán un alimento que nos les guste (Birch y Fisher, 2006), mostrándose indiferentes hacia aspectos como el valor nutricional, el costo

económico o la dificultad que se experimentó durante la preparación de los mismos (Birch, 1998; Soliah *et al.*, 1997).

Ante estas realidades, quienes tutelan a los menores responden tratando de imponer un control y una presión aún mayor sobre la ingesta (Peña *et al.*, 2001; Cooke, 2004; Powers, 2005), sobre todo en el caso de madres inexpertas acostumbradas a la mayor voracidad y poca selectividad de la infancia temprana (Marín, 2000). Esto lleva a una lucha de poder que suele alcanzar puntos álgidos durante los periodos de alimentación (Escobar, 1999; Robinson, 2000), lo que puede ser causante de trastornos emocionales y de actitudes adversas hacia los alimentos (Marín, 2000). Forzar a un menor a consumir un alimento que le desagrada violenta la preferencia del individuo, acción que lejos de incrementar la aceptación logra un poderoso efecto en la dirección opuesta (Morton *et al.*, 1999; Benton, 2003; Ramsay, 2004). Problemas psicológicos y fisiológicos como los antes descritos en este trabajo hacen entonces su aparición (Deakin University, 2005).

Prohibir con vehemencia un alimento es también inapropiado, pues genera hábitos muy desinhibidos cuando un menor no está bajo supervisión, provocando un alto consumo de aquellos alimentos “atractivamente prohibidos” aun en ausencia de hambre (Fisher y Birch, 1999; Fisher y Birch, 2002; Birch y Fisher, 2006), comportamiento que es considerable y acentuado en las niñas (Birch y Fisher, 2000; Fisher y Birch, 2002; Arredondo *et al.*, 2006). Es posible que ellas sean reprimidas con más frecuencia e intensidad que los varones, dadas ciertas pautas y valores culturales de delgadez, belleza y hasta de “comer con educación”, propias del concepto imperante de femineidad, razón por la cual podrían tender a “liberarse” con más ímpetu al no existir supervisión (Cullen y Zakeri, 2004; Arredondo *et al.*, 2006). En el caso de los niños, las madres latinas tienden a asociar la

imagen regordeta con un menor bien alimentado y saludable (Contento *et al.*, 2003). La actitud controladora y hasta coercitiva que muchas madres latinas ejercen sobre la alimentación de sus niños y niñas es un hecho que se encuentra documentado en la literatura (Kaiser *et al.*, 1999).

Un problema adicional de la restricción es que esta suele orientarse a reducir la ingesta de ciertos alimentos, pero no siempre a promover alimentos sanos y nutritivos que actúen como sustitutos, lo cual reduce el esfuerzo a un asunto de “imposición” y no de “opción” (Klesges *et al.*, 1991; Birch y Fisher, 2006). La restricción empleada inteligentemente, no obstante, no pierde valor como técnica para reducir la ingesta energética en niños y niñas que ya tienen un cuadro de obesidad (Faith y Kerns, 2005).

Muchos adultos asumen que sus preferencias son necesariamente las mismas que las de los niños y niñas decidiendo en forma arbitraria los alimentos para los infantes sin que medie una degustación previa, lo que constituye un filtro para muchas de las experiencias sensoriales potenciales con alimentos considerados “tabú” (Amari *et al.*, 2007). Se estructuran así ambientes donde nuevos alimentos rara vez son presentados y donde los menores no emprenden nuevas experiencias sensoriales que los lleven a superar su propia inexperiencia (Escobar, 1999; Carruth y Skinner, 2000; Álvarez *et al.*, 2003).

Ofrecer como premio un alimento aceptado por el menor a cambio de que consuma uno que no le es de su agrado, difícilmente aumentará la predilección por este último, siendo incluso posible que la no aceptación se presente a futuro en ambos alimentos (Birch, 1999; Benton, 2003). La aceptación sí ocurre cuando el alimento es presentado en repetidas ocasiones como un premio espontáneo y

no condicionado a que se consuma otro (Birch, 1999; Powers, 2005). El ofrecer un “soborno” para que se acepte un alimento no deseado, ha demostrado ser ineficiente como metodología para aumentar la preferencia (Birch *et al.*, 1984; Mikula, 1989).

Intentar que un menor aumente la ingesta de un alimento insistiéndole en que el mismo es saludable, no tiene usualmente el efecto buscado; de hecho, para muchos menores la etiqueta de “saludable” suele tener una implicación hedónica desfavorable al asociarse este parámetro con un mal sabor implícito, quizás incluso reminiscente de medicamentos y hasta de procesos hospitalarios (Cooke, 2004). Los niños y niñas suelen ser expuestos con insistencia a alimentos que les desagradan y que son etiquetados como saludables, lo cual puede crear en ellos tedio (Wardle y Huon, 2000; Cooke, 2004). El introducir alimentos nuevos cuando el niño está enfermo puede ser contraproducente, al crearse asociaciones entre los alimentos y la enfermedad (Cooke *et al.*, 2007; Aldridge *et al.*, 2009). En todo caso, más allá que una posible implicación de mal sabor, el concepto adulto de “saludable” o “nutritivo” no tiene un valor conceptual y cognoscitivo alto entre niños y niñas menores de 10 años (Deakin University, 2005).

Estrategias para el aumento de la aceptación alimentaria (citado por Chacón, 2011)⁽²⁸⁾.

La neofobia y la selectividad hacia los alimentos pueden ser tratados con eficacia en los niños y niñas sanas por medio de estrategias de intervención basadas en el comportamiento y la socialización que lleven a la emulación y adopción de roles por imitación (Birch, 2000; Ahearn, 2002). La modificaciones de los hábitos alimentarios se dan con mayor facilidad entre más jóvenes sean los niños y niñas, siendo de particular interés en este sentido la edad

preescolar (Guinard, 2001; Phillips, 2003), durante la cual las preferencias no están todavía fuertemente arraigadas (Birch *et al.*, 1980; Brunstrom, 2005; Lumeng *et al.*, 2005). Una atmósfera positiva, participativa, no estresante y llena de comprensión y cariño son claves para una respuesta positiva (Escobar, 1999; Cerro *et al.*, 2002; Benton, 2003). En este sentido, debe ser una experiencia donde los menores disfruten de autonomía y conduzcan ellos mismo el proceso hasta donde sea posible, de manera que puedan cimentar en forma paulatina sus preferencias a medida que descubren las señales propias del hambre y la saciedad (Aldridge *et al.*, 2009). Un ambiente hostil, poco familiar y que no sea representativo de sus interacciones sociales suele ser muy estéril para lograr incrementar la aceptación sensorial de un niño o niña (Birch *et al.*, 1984). Es por ello que ambientes como el hogar, el salón de clases y el comedor estudiantil son importantes, dado el gran valor afectivo, psicológico y de seguridad que tienen para los menores (Pagliarini *et al.*, 2005).

Destacar un aspecto bueno de un alimento (“comer vegetales te hará musculoso”) es más provechoso que destacar un hecho negativo (“si no comes vegetales te enfermarás”) (Byrne y Nitzke, 2002). Si al degustar un sabor nuevo se provee a los niños con información positiva y semánticamente abundante sobre dicho sabor, se incrementa su habilidad para reconocer esta sensación en el futuro, a la vez que aumenta la evaluación hedónica de este estímulo (Lumeng y Cardinal, 2007), esto debido al desarrollo de una memoria y de un sentido de familiaridad con el estímulo (Lumeng y Cardinal, 2007). Los niños suelen tratar de predecir el sabor de un alimento nuevo con base en otros alimentos conocidos similares (Dovey *et al.*, 2008). Antes de los 4 años, el efecto de la información es muy limitado dada la neofobia más acentuada que exige un mayor nivel de exposición (Cashdan, 1994).

Niños y niñas tienen una poderosa influencia en términos de la formación de criterios de aceptación y rechazo sobre otros niños con los que comparten espacios, en especial si son mayores (Birch, 1980; Warash *et al.*, 2003), y si están entre los 3 y 5 años (Hill, 2002; Popper y Kroll, 2003). Los infantes más jóvenes suelen adoptar el gusto de los niños mayores en un esfuerzo de socialización y aceptación en el grupo (Benton, 2003; Pliner y Mann, 2004; Deakin University, 2005). Esta influencia puede ser incluso más poderosa que la influencia de los padres (Westenhofer, 2002; Greenhalgh *et al.*, 2009). No es necesario, de hecho, que exista un vínculo de amistad especial entre los niños para que este efecto se presente (Rozin *et al.*, 2004). La influencia de los pares ha demostrado ser más efectiva en cuanto a cambiar las preferencias por los alimentos cuando los niños modelo tienen una actitud “socialmente agradable” más que “socialmente dominante”; además, se potencia aún más cuando el número de pares y el número de interacciones son mayores (Greenhalgh *et al.*, 2009).

En cuanto a los adultos, los héroes intercalados en historias son mejores figuras que los adultos ordinarios (Birch, 1999; Jansen y Tenney, 2000). Paradójicamente, los maestros, si bien es cierto pueden ser modelos efectivos, sólo generan un impacto importante cuando participan de una manera entusiasta y proactiva y no cuando modelan de manera pasiva, rutinaria y desinteresada (Randenbush y Frank, 1999). El que los niños y niñas observen a su madre, su padre, su educador u otra figura patrón no sólo ofrecer, sino también comer con entusiasmo un nuevo alimento, aumenta en forma significativa las posibilidades de que desarrollen una buena aceptación (Carruth y Skinner, 2000; Jansen y Tenney, 2000; Benton, 2003). En este sentido particular, las madres resultan ser un gran modelo, siendo más probable que un niño se anime a consumir un alimento si observa a su madre haciéndolo (Birch, 1980; Pliner *et al.*, 1993).

Permitirles a los niños y niñas que participen en el proceso de selección, compra y preparación de los alimentos genera también resultados positivos (Warash *et al.*, 2003).

Los individuos modelo pueden tener una influencia también negativa, la cual es en particular poderosa entre los 3 y 4 años, necesitándose sólo un individuo en un único momento para crear una aversión alimentaria difícil de superar (Greenhalgh *et al.*, 2009), y que puede ser lo suficientemente fuerte para durar décadas (Rozin y Fallon, 1986; Benton, 2003).

A pesar de que muchos alimentos que se ofrecen a los niños y niñas suelen ser rechazados *a priori* por muchas de las razones antes discutidas en este documento, por medio de repetidas presentaciones en los ambientes apropiados se puede en general lograr que estos sean más propensos a ser aprobados (Ahearn, 2002; Benton, 2003; Pliner y Mann, 2004). La exposición regular inicia el proceso mediante el cual un alimento desconocido hacia el cual se pueden sentir reservas, ansiedad y hasta temor, se convierte en un alimento familiar y potencialmente preferido al lograrse una “seguridad aprendida” (Pliner y Salvy, 2006; Aldridge *et al.*, 2009). Muchas veces los padres infieren que cuando un niño rechaza un alimento la primera vez es porque existe un genuino disgusto por el mismo, cometiéndose entonces el error de confundir con rechazo lo que es falta de familiaridad (Carruth y Skinner, 2000; Carruth *et al.*, 2004).

El exponerse a un alimento permite diferenciar estímulos originalmente muy similares para ser discernidos, aumentando por lo tanto la habilidad para discriminar diferencias sutiles (Bauer y Wewerka, 1995; Cain y Potts, 1996; Lumeng *et al.*, 2005). La exposición continua permite desarrollar una mayor sofisticación para

establecer preferencias, empezándose a diferenciar y a apreciar estímulos que antes no eran evidentes en un alimento y que quizás lleven a desarrollar un gusto por el mismo (Young *et al.*, 2004; Lumeng *et al.*, 2005). Se genera en ese momento no sólo familiaridad con el gusto, sino también una familiaridad visual, asociativa y contextual (Blanchette y Brug, 2005; Mullarkey *et al.*, 2007). La familiaridad visual es, en efecto, uno de los elementos claves al momento de que un niño prueba un nuevo alimento (Aldridge *et al.*, 2009), lo que explica por qué puede mostrar preferencia por un sabor cuando se le presenta en una determinada forma física: los niños se familiarizan con los alimentos no sólo por su sabor, sino también con respecto a su nombre, apariencia, temperatura, textura y otros esquemas subjetivos (Drewnowski, 1997; Bartoshuk, 1993).

Las preferencias infantiles se forman debido a la “memoria” derivada de la experiencia de exponerse a un determinado estímulo (Álvarez *et al.*, 2003), la que está compuesta por un nivel de “familiaridad” y un grado de “recuerdo” (Gardiner y Parkin, 1990; Gloor, 1990). Para los menores de 4 años, el reconocimiento de un alimento es, después del gusto, la dimensión más importante al aceptarlo o rechazarlo (Birch, 1980; Escobar, 1999).

Generalmente, un alimento deber ser ofrecido varias veces (de seis a 10 sesiones), en medio de contextos familiares, positivos y estimulantes antes de que sea rechazado o aceptado con certeza (Álvarez *et al.*, 2003; Benton, 2003; Birch y Fisher, 2006), aunque se dan casos donde una única exposición es suficiente para lograr el efecto deseado (Reverdy *et al.*, 2008). Para facilitar el proceso, es recomendable que la exposición continua se haga con solo un tipo de alimento a la vez (Ahearn, 2002).

Acompañar sabores desconocidos con otros que resultan atractivos (como el dulce), es una estrategia adicional para aumentar la preferencia, al crearse asociaciones placenteras por un lado y desplazar la atención de los niños por el otro (Ahearn, 2002; Havermans y Jansen, 2007; Aldridge *et al.*, 2009).

El efecto de la exposición continuada puede ser de hecho acumulativo, pues hay evidencia de que entre más sean los alimentos que el niño aprenda a apreciar por medio de este método, más fácilmente aceptados serán otros alimentos nuevos presentados después (Greenhalgh *et al.*, 2009).

La exposición no siempre es garantía de una mayor aceptación. En algunas ocasiones los niños pueden mantener la misma actitud aún después de este proceso, o incluso mostrar una disminución del agrado (Liem y De Graaf, 2004). En adultos, la exposición continua genera como resultado en la mayoría de los casos un decrecimiento en la aceptación, al causar tedio y aburrimiento, sentimientos de los que no están exentos algunos niños con manifiesta madurez (Aldridge *et al.*, 2009; Liem y Zandstra, 2009). En el caso de ciertos alimentos, en especial si son muy inusuales para los niños, son necesarias más de 10 exposiciones para lograr un incremento en la preferencia (hasta 15), aspecto que resulta impráctico para procesos experimentales no sólo por los costos y el volumen de trabajo necesario, sino además por lo poco factible que resulta exigir la atención, la cooperación y el entusiasmo de los niños durante un periodo prolongado (Cooke y Wardle, 2005).

Una preferencia sensorial es sólo establecida por medio de todos los mecanismos antes descritos, siempre y cuando se presente un positivo sentimiento de saciedad y el consumo no sea seguido por la náusea o la enfermedad (Birch 2000; Eertmans *et al.*,

2001; Benton, 2003). Incluso, cuando la reacción negativa no se deba directamente a lo que se ingiere, si la misma se asocia aunque sea en forma indirecta con la comida, la aversión se formará de igual forma (Birch, 1999). Existe amplia evidencia que soporta el hecho de que las aversiones condicionadas se forman de manera más rápida y perdurable hacia un alimento completamente nuevo que hacia alguno con el que ya se tenga cierta experiencia (Birch *et al.*, 1990).

Exposición temprana a los medios y a la cultura de consumo (citado por Chacón, 2011)⁽²⁸⁾.

En un trabajo con niños y niñas británicos de entre 7 y 8 años, estos manifestaron con claridad que sus padres son la principal fuente de aprendizaje en lo que se refiere a alimentos (89%), muy por encima de sus maestros (37%) y de la televisión (31%) (Groves, 2002).

Entre los medios de comunicación de masas, es la televisión el vehículo dominante para hacer publicidad entre niños y adolescentes, incluso por encima de otros medios importantes como la Internet (Robert Wood Johnson Foundation, 2008). En países occidentales, los infantes destinan de 21 a 22 horas semanales a ver televisión (3,3 horas al día), de las cuales 3 horas pueden corresponder a publicidad de alimentos (Powell *et al.*, 2007a). Hasta un 50% de esos comerciales promocionan alimentos de pobre calidad nutricional y que son altos en sal, azúcar y grasa (Powell *et al.*, 2007a; Robert Wood Johnson Foundation, 2008; Harris *et al.*, 2009). El problema se acentúa, pues la publicidad presenta estos alimentos en un contexto positivo, feliz y socialmente aceptable (Deakin University, 2005; Allison 2009; Harris *et al.*, 2009).

En países industrializados, hasta un 26% de la ingesta diaria de energía es consumida por los niños mientras miran la televisión (Matheson *et al.*, 2004), inclinándose en ese momento por alimentos “chatarra”, dado que permiten prestar más atención al aparato por

ser de consumo fácil y rápido (Coon *et al.*, 2001). El hábito de la televisión puede tener una relación con el sobrepeso no sólo por el consumo simultáneo de golosinas, sino porque se asocia con una disminución de la actividad física, un menor gasto energético basal y un menor tiempo de calidad para la interacción y modelación familiar (Olivares *et al.*, 2003).

Los niños no comprenden la intención comercial de la publicidad, ni el concepto de costo económico y de la necesidad real de compra (Harbaugh *et al.*, 2001). Todo lo anterior ha llevado a algunos autores a considerar que los niños menores de ocho años son una población vulnerable a la publicidad (Morton *et al.*, 1999; Ülger, 2009). Una única exposición a un determinado anuncio televisivo puede afectar en forma considerable la preferencia de marca de un preescolar y, por ende, las percepciones sensoriales a ellas asociadas (Carruth y Skinner, 2000; Wiecha *et al.*, 2006; Robinson *et al.*, 2007). El estímulo asociado a las publicidad de comidas consideradas placenteras incluso puede disparar episodios de “hambre hedónica” que conducen a una necesidad de comer en ausencia de hambre real (Lowe y Butryn, 2007; Halford *et al.*, 2008).

A partir de los 2 años, y a medida que aumenta la capacidad de verbalizar, los niños seleccionan con rapidez productos conocidos en lugar de los desconocidos, basándose exclusivamente en el atractivo o en el ideal creado por la publicidad (Matheson *et al.*, 2004); el efecto se acentúa si se emplean colores brillantes y personajes atractivos involucrados en historias al diseñar la publicidad (Hill, 2002; Ülger, 2009). En muchos casos demandan estos productos por su nombre recurriendo a berrinches, en episodios que ocurren el 75% de las veces en el supermercado (McNeal, 1992; Robinson *et al.*, 2007). Si bien los niños pueden reconocer marcas comerciales, en pocos casos las comprenden más allá de un nivel superficial, basando las elecciones en uno o varios atributos (tamaño, color) que facilitan el

recuerdo (Roedder, 1999) y en el deseo de imitar la publicidad (Allison 2009).

Los infantes representan un gran mercado debido a la poderosa influencia que suelen tener sobre sus padres (Morton *et al.*, 1999; Groves, 2002; Schor, 2003). Sólo en los Estados Unidos, los escolares poseían un poder adquisitivo de \$30 billones, estando en la posibilidad de influenciar hasta 10 veces más esa cifra (Wiecha *et al.*, 2006; Powell *et al.*, 2007b). La influencia es más profunda entre mayor sea la edad del menor, entre más numerosa sea la familia, entre más barato sea el objeto y entre mayor sea el poder adquisitivo de los padres (Roedder, 1999; Søndergaard y Endelenbos, 2007).

Consideraciones finales (citado por Chacón, 2011)⁽²⁸⁾.

Los niños y niñas preescolares representan uno de los grupos de más riesgo nutricional en muchos países, donde la malnutrición no solamente afecta en forma importante la tasa de morbilidad y mortalidad, sino también el desarrollo físico e intelectual de los infantes.

En Latinoamérica son pocos los estudios orientados a la investigación de los patrones de alimentación y adopción de preferencias en niños preescolares. De esto se desprende la importancia inherente de este documento como base para futuros estudios de campo.

En Costa Rica, la ablactación de los niños es por lo general temprana, estableciéndose en promedio a los cuatro meses de edad en familias urbanas de bajos ingresos y en algunos casos hasta los 6 meses en clases sociales medias; de ellos hasta un 89% fueron amamantados contra un 9,8% que no lo fueron (Chanto y Umaña, 1997). Llegados a la edad preescolar, se ha determinado que el componente principal de la dieta de los niños costarricenses son los

lácteos en sus diversas formas, constituyéndose en la principal fuente de proteína y de grasa total (Broitman *et al.*, 1996). Los azúcares, los cereales, así como las carnes y los huevos se encuentran también presentes en cantidades importantes, pero menores (Zúñiga, 1992), siendo fundamentales el arroz y los frijoles como “base” del plato (Maroto, 2005).

La mayoría de las actitudes, los comportamientos, las preferencias y los hábitos nutricionales hacia la comida se aprenden en los primeros años de vida por medio de un proceso complejo en el que, como se concluyó en este trabajo, media más la experiencia de cada quien que la genética. En los Estados Unidos, al menos el 30% de la población entre los 2 y 6 años consumen frutas menos de una vez diaria, mientras 41% consume vegetales con la misma frecuencia, a la vez que ingieren con más periodicidad comidas altas en azúcares y grasas (Cooke, 2004). Mientras tanto, en Costa Rica la tendencia no es diferente, existiendo un acelerado aumento porcentual en el índice de sobrepeso en niños y niñas acompañado de un poco frecuente consumo de alimentos saludables (Morice y Achio, 2003). Este panorama hace necesario buscar opciones más saludables para paliar la ya existente pandemia de obesidad.

Lo anterior es relevante si se toma en cuenta que son los adultos, en particular las madres y los docentes, quienes juegan un rol preponderante en la formación de los roles y los patrones de alimentación. El rápido desenvolvimiento del lenguaje y la habilidad para aplicarlo a los alimentos durante la edad preescolar es determinante en la formación del concepto de los alimentos y, por lo tanto, los comportamientos que el infante adopta hacia ellos, haciendo de las dinámicas positivas asociadas con los alimentos tanto en el hogar como en el salón de clases una oportunidad y una necesidad. La época preescolar es un período crítico en la adopción

de criterios de aceptación y rechazo, y una etapa donde los docentes encargados pueden hacer grandes diferencias formativas, al estar los preescolares en plena capacidad de aceptar cualquier alimento como una fuente nutricional si se les da la debida guía y proceso.

Muchas son las oportunidades de investigación detectadas por medio de esta revisión. Son necesarios estudios que exploren los estilos de alimentación de los preescolares costarricenses según su clase social, así como las prácticas de distribución de alimentos que tienen las madres entre sus hijos en función de su edad y género. Se requieren proyectos de investigación que comparen el efecto sobre la aceptación de productos nuevos relacionados con personajes que promuevan roles a imitar. Al respecto, existen fuertes vacíos en la literatura sobre el efecto del género y del número de estos personajes. Asimismo, es muy importante efectuar estudios más detallados que valoren comparativamente el desempeño de herramientas sensoriales en niños preescolares.

En general, los padres no saben que el rechazo inicial de un alimento nuevo es normal, reflejo un mecanismo adaptativo, y que la exposición puede ser un recurso eficaz para promover preferencias. Esta falta de información puede inducir a los padres a eliminar el alimento de la dieta del niño o bien, con mayor frecuencia, a adoptar estrategias coercitivas que potenciarían la aversión.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA La enfermería ha tenido siempre un papel activo en los programas de nutrición, como elemento canalizador de casi la totalidad de las acciones de dicho programa, dirigidas al individuo, a la familia y a la comunidad. Las enfermeras realizan todas las actividades necesarias para:

- ✓ Valorar las necesidades nutricionales en las diferentes etapas de los ciclos vitales.

- ✓ Valorar las necesidades nutricionales en el período de enfermedad.
- ✓ Enseñar a nutrirse de forma equilibrada.
- ✓ Adecuar una alimentación e hidratación correcta a sus circunstancias.
- ✓ Ayudar a la adquisición del Índice de Masa Corporal correcto
- ✓ Adiestrar para un tránsito seguro de líquidos y sólidos.
- ✓ Preparación y administración del soporte nutricional artificial.
- ✓ Seguimiento nutricional completo y continuado.
- ✓ Evaluación total y parcial de resultados.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACION: Cuantitativo. Porque permite examinar los datos de manera numérica, apoyado por la estadística. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables en estudio.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicativa. Porque es un estudio que busca la aplicación de los conocimientos adquiridos en la investigación básica dependiendo de la investigación que se vaya a realizar.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Nivel analítico; porque se analiza influencia de las preferencias alimentarias de la madre en los hábitos alimentarios de los niños pre-escolares.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño del presente trabajo es de corte transversal y retrospectiva.

3.5 AREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en Cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho, provincia de Huamanga, que se encuentra ubicado a 1200 metros, lado Sur-oeste de la Plaza Mayor de la ciudad de Ayacucho, a 2746 m.s.n.m.

3.6 POBLACION:

La población objeto de estudio fue conformada por 20 madres con sus respectivos niños que asisten a la Cuna Guardería “Nuestra Casita”.

3.6.1 Criterios de Inclusión:

- Madres de niños pre-escolares de 1 a 5 años
- Niños(as) de 1 a 5 años.
- Niños Sanos o con diagnóstico normal
- Madres con consentimiento informado.

3.6.2 Criterios de Exclusión:

- Madres de niños mayores de 5 años y menores de un año.
- Madres sin consentimiento informado.
- Niños menores de un año y mayores de 5 años.
- Niños con algunas enfermedades infecciosas, malformaciones congénitas y otras enfermedades crónicas degenerativos.

3.7 MUESTRA:

Muestra censal.

Tipo de muestreo: No probabilístico,

Unidad de observación.- Madre y niños.

3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Se utilizó como técnica la observación, entrevista y como instrumento la ficha de cotejo.

3.9. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Cuenta con los siguientes procesos:

a) ETAPA I:

- Gestión para la autorización formal de la Dirección de la Cuna Guardería “Nuestra Casita”.
- Identificación de la unidad de estudio, información, sensibilización y consentimiento previo.

b) **ETAPA II:**

- Posterior a la construcción del instrumento se procederá a constatar su validez; se procederá a la revisión del instrumento por expertos en las áreas de Metodología de la Investigación, estadística Aplicada a la investigación y en salud materno infantil. Quienes certificarán que el instrumento reúne los requisitos de validez.
- A fin del calcular la confiabilidad del cuestionario, se procederá a aplicar la prueba piloto a diez (10) niños con sus respectivas madres de la Cuna Guardería “Mi casita”

c) **ETAPA III.**

- Capacitación a los profesionales que participarán en la recolección de la información.

d) **ETAPA IV:**

- Recolección de la información, control de calidad, almacenamiento y procesamiento de la información.

3.10.TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Una vez recolectado los datos, se elaborará una matriz de doble entrada, para resumir la información y facilitar su análisis mediante el programa computarizado SPSS. Para el análisis y prueba de hipótesis se empleó procedimientos estadísticos, como: r de Pearson, chi cuadrado, r de spearman. Para todas las pruebas se utilizará como criterio de significación $P < 0.05$; los resultados se presenta en cuadros estadísticos, complementados con gráficos adecuado al tipo de datos procesados.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

TABLA N° 1
PREFERENCIAS ALIMENTARIAS EN ETAPA GESTACIONAL DE LAS
MADRES DE NIÑOS PRE-ESCOLARES DE CUNA GUARDERÍA
“NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS NAZARENO - AYACUCHO
– 2016.

ALIMENTOS	PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE							
	No Prefiere		Indiferente		Prefiere		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Lácteos	9	45	3	15	8	40	20	100
Huevo	9	45	3	15	8	40	20	100
Carnes Rojas	9	45	5	25	6	30	20	100
Carnes de ave	3	15	1	5	16	80	20	100
Pescados y mariscos	10	50	1	5	9	45	20	100
Embutidos	5	25	6	30	9	45	20	100
Vegetales	2	10	3	15	15	75	20	100
Frutas	1	5	0	0	19	95	20	100
Cereales y legumbres	3	15	9	45	8	40	20	100
Harinas	10	50	0	0	10	50	20	100
Aceites	10	50	2	10	8	40	20	100
Manteca	18	90	1	5	1	5	20	100
Dulces y gaseosas	3	15	6	30	11	55	20	100

Fuente: Entrevista a las madres de los niños pre-escolares de Cuna Guardería “Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno - Ayacucho – 2016.

En la Tabla N° 1 sobre preferencias alimentarias de madres en etapa gestacional de niños que actualmente se encuentran en Cuna Guardería “ Nuestra Casita”, se observa que el 95% de las madres tenían como alimento de su completa preferencia o agrado a frutas, 85% a carne de ave, 75% a vegetales; 45% a fiambres y salchichas; y mientras alimentos de su desagrado total o aversión, fueron: de 90% a alimentos preparados con manteca, 50% a harinas, pescado y mariscos respectivamente, y de 45% a carne roja y aceite correspondientemente.

TABLA N° 2
PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS PRE-ESCOLARES
DE CUNA GUARDERÍA “NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS
NAZARENO - AYACUCHO – 2016.

ALIMENTOS	PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DEL HIJO							
	No Prefiere		Indiferente		Prefiere		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Lacteos	7	35	1	5	12	60	20	100
Huevo	4	20	5	25	11	55	20	100
Carnes rojas	13	65	2	10	5	25	20	100
Carnes de ave	4	20	3	15	13	65	20	100
Pescados y mariscos	7	35	2	10	11	55	20	100
Embutidos	2	10	8	40	10	50	20	100
Vegetales	15	75	3	15	2	10	20	100
Frutas	4	20	0	0	16	80	20	100
Cereales	9	45	8	40	3	15	20	100
Harinas	14	70	1	5	5	25	20	100
Aceites y frituras	10	50	0	0	10	50	20	100
Manteca	19	95	1	5	0	0	20	100
Dulces y Gaseosas	0	0	2	10	18	90	20	100

Fuente: Entrevista a las madres de los niños pre-escolares de Cuna Guardería “Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno - Ayacucho – 2016.

En la Tabla N° 2 sobre preferencias alimentarias de los niños pre-escolares de Cuna Guardería “Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno, se observa que , 90% a dulces y gaseosas, 80% de niños tienen como alimento de su completa preferencia o agrado a frutas respectivamente; 60% a carne de ave, y 50% a fiambres-salchichas correspondientemente. Mientras alimentos de su completo desagrado o aversión: de 95% a alimentos preparados con manteca, de 75% a vegetales, de 70% a harinas, y de 65% a carnes rojas y aceites correspondientemente.

TABLA N° 3
INFLUENCIA DE LAS PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LA
MADRE DE ETAPA GESTACIONAL EN LOS HABITOS
ALIMENTARIOS DEL HIJO, ACTUALMENTE PRE-ESCOLARES EN
CUNA GUARDERÍA “ NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS
AZARENO - AYACUCHO – 2016

ALIMENTOS	SUJETO DE ESTUDIO	INFLUENCIA DE LAS PREFERENCIAS ALIMENTARIAS							
		No Prefiere		Indiferente		Prefiere		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Lácteos	Madre	9	45	3	15	8	40	20	100
	Hijo	7	35	1	5	12	60	20	100
Huevo	Madre	9	45	3	15	8	40	20	100
	Hijo	4	20	5	25	11	55	20	100
Carnes Rojas	Madre	9	45	5	25	6	30	20	100
	Hijo	13	65	2	10	5	25	20	100
Carne de ave	Madre	3	15	1	5	16	80	20	100
	Hijo	4	20	3	15	13	65	20	100
Pescados ,mariscos	Madre	10	50	1	5	9	45	20	100
	Hijo	7	35	2	10	11	55	20	100
Embutidos	Madre	5	25	6	30	9	45	20	100
	Hijo	2	10	8	40	10	50	20	100
Vegetales	Madre	2	10	3	15	15	75	20	100
	Hijo	15	75	3	15	2	10	20	100
Frutas	Madre	1	5	0	0	19	95	20	100
	Hijo	4	20	0	0	16	80	20	100
Cereales,legumbres	Madre	3	15	9	45	8	40	20	100
	Hijo	9	45	8	40	3	15	20	100
Harinas	Madre	10	50	0	0	10	50	20	100
	Hijo	14	70	1	5	5	25	20	100
Aceites y frituras	Madre	10	50	2	10	8	40	20	100
	Hijo	10	50	0	0	10	50	20	100
Manteca	Madre	18	90	1	5	1	5	20	100
	Hijo	19	95	1	5	0	0	20	100
Dulces y gaseosas	Madre	3	15	6	30	11	55	20	100
	Hijo	0	0	2	10	18	90	20	100

Fuente: Entrevista a las madres de los niños pre-escolares de Cuna Guardería “Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno - Ayacucho – 2016.

En la tabla N° 3, sobre influencia de las preferencias alimentarias de la madre de etapa gestacional en los hábitos alimentarios del hijo, actualmente pre-escolares de Cuna Guardería “ Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno, se observa, que el 95% de madres gestantes las frutas eran completamente de su agrado, en la actualidad el 80% de dichos niños tienen preferencias alimentarias a dicha alimento; con respecto a carne de ave, del 80% de las madres gestantes era completamente de su agrado, actualmente de 65% de dichos niños tienen preferencia a dicho alimento; con respecto a fiambres y salchichas, de 45% de las madres gestante eran alimentos de su completo agrado y actualmente 50% de dichos niños tienen preferencia a dicho alimento; finalmente los alimentos dulces y gaseosas, solo de 55% de madres gestantes era de su completo agrado, pero actualmente a más de 90% de dichos niños les agrada los dulces, gaseosas respectivamente.

Mientras los alimentos preparados con manteca para 90% de madres gestantes eran completamente de su desagrado total; en la actualidad 95% de niños tienen aversión a dicho alimento, vegetales el 10% de madres gestantes tenía como desagrado total y actualmente el 75% de dichos niños tienen aversión, Harinas el 50% de madres gestantes tenía como desagrado total y actualmente el 70% de dichos niños tienen aversión; carne roja, el 45% de madres gestantes tenía desagrado total, actualmente el 65% de dichos niños tienen aversión; alimentos preparados con aceite, el 50% de madres gestantes tenían desagrado total, de manera similar actualmente el 50% de niños tienen aversión a dicho alimento; y finalmente con respecto a pescado y mariscos del 50% de madres gestantes era alimentos completamente de su desagrado, actualmente el 35% de dichos niños tienen aversión.

CAPÍTULO V

DISCUSION

En cuanto a las preferencias alimentarias de las madres en etapa gestacional de niños que actualmente se encuentran en Cuna Guardería “ Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno, en aquel momento tenían alimentos de su completo agrado: 95% de las madres gestantes a frutas, 85% a carne de a ave, 45% a fiambres y salchichas, 75% a vegetales; y como aversión: 90% a manteca, 50% a harinas, pescado y mariscos respectivamente, y 45% a carne roja (Tabla N°1). El presente resultado que es distinto a los resultados logrados por Bolívar 2010 en investigación “ Hábitos alimentarios y factores culturales en las mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa del hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del Cantón Chillanes; provincia de Bolívar 2010“ quién ha concluido que las mujeres embarazadas del Estado de Bolívar semanalmente consumen 56% lácteos, 72% legumbres y 68% fruta; y en forma diaria 94% cereales, 44% carnes, 94% vegetales, 96% grasas y aceites, 96% dulces, 82% bebidas-líquidos. 42% creen que las bebidas y líquidos son perjudiciales en el embarazo y 34% creen que las frutas son beneficiosas²⁹.

En el estudio realizado por Escobedo en año 2012 sobre conocimientos y actitudes sobre requerimiento nutricional durante el embarazo, encontró que un alto porcentaje de mujeres embarazadas tenían como alimento de su completo agrado frutas y de su completo desagrado la carne que produce náuseas y vómitos en 20% de mujeres³⁰.

Del mismo modo Canna, 2013, reportó que los alimentos que mejoran el apetito de las embarazadas son las naranjas (16,0%), manzanas (16,0%), naranjas y uvas (12%); y mientras los alimentos que producen náuseas y vómitos son: pollo (10%), pescado y carne (6%). Finalmente 52% de las mujeres embarazadas percibieron como antojo los alimentos: manzanas (12%), uvas (10%), sandía (8%), frutilla, naranja y piña (6%)³¹.

También Canna 2013, como resultado de su investigación, concluye que el consumo de alimentos en la ciudad el dorado es de acuerdo a la clase social: las embarazadas de clase alta consumen más los alimentos carne, hortalizas, legumbres, galletas, dulces y sal; y mientras las mujeres gestantes de clase baja consumen: lácteos, cereales, golosinas, gaseosas y aceite³¹.

Saidman 2012, reporta que el 65% de las encuestadas realizaron alguna modificación en la selección de alimentos a partir del embarazo, estas conductas se manifestaron principalmente con aumento en la ingesta alimentos: frutas (cítricos especialmente naranjas y mandarinas) y las verduras, cereales, la leche y derivados; y disminución en la ingesta de alimentos fue las carnes; las frituras, gaseosas, golosinas, infusiones (café, té). Esta, respondiendo principalmente a las necesidades personales ya sea entre otras causas a gustos, “antojos”, intolerancias, falta de apetito o aumento del apetito³².

Belén 2009, en trabajo de investigación con fines de titulación en Ecuador, encontró: El 50,0% consumen carne de pollo, el 34,0% carne de res, el 20,0% pescado, un 14,0% atún, el 6,0% consumen camarón y cangrejo y el 12,0% consumen embutidos (salchicha, mortadela).

Lácteos, se observa que el 56,0% toma leche, el 30,0% queso y el 20,0% yogurt

Los huevos consumen apenas el 36 % de embarazadas.

Leguminosas el 44,0% de las madres embarazadas consumieron frejol, el 42,0% arveja, el 38,0% lenteja, el 14,0% consumen chochos y el 6,0% habas

Cereales de mayor consumo fueron, el arroz un 66,0%, avena 34,0%, fideo 28,0%, tallarín 24,0%, arroz de cebada 16,0%, quinua 8,0% y harina de maíz un 2,0%. Sus altos porcentajes de consumo de estos alimentos especialmente (arroz, pan, pastas)

Las frutas de mayor consumo fueron: manzana con un 48,0%, uvas 42,0%, plátano seda 32,0%, plátano verde y maduro 18,0% en singular porcentaje, pera el 20,0%, papaya el 12,0%, las frutas en menor porcentaje (durazno, fresa, maracuyá, melón) el 22,0%, las frutas que aportan vitamina C (naranja, mandarina, limón y piña) el 72,0% estos porcentajes indican que si hubo un buen aporte de vitamina C en la dieta, es bueno ya que la misma favorece en la absorción del hierro, contribuye a disminuir la incidencia de parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas.

El 40,0% de las mujeres embarazadas que no consumieron verduras, esto indica que no hay un buen hábito por el consumo de verduras. En la misma tabla se observa que el 34,0% consumen brócoli, el 32,0% consumieron acelga, el 24,0% zanahoria amarilla, el 22,0% cebollas de todo tipo, el 18,0% tomate riñón, el 16,0% consumen col y coliflor en igual porcentaje, 12,0% remolacha y lechuga en igual porcentaje y las verduras de menor consumo (espinaca, nabo, berros, pepinillo, rábano) el 24,0%³³.

Farland 2015, en su trabajo de investigación concluye que los alimentos que las mujeres referían como antojados en un mayor porcentaje fueron los dulces, bollos y galletas, los encurtidos, los helados, el chocolate, las fresas, verduras y hortalizas, en el estudio colectivo de gestantes de Massachusetts, observándose que el 22% de las mujeres ansiaban alimentos dulces, el 13% alimentos salados y el 4,9% alimentos ricos en

almidón, así, los antojos dulces se asociaron con una mayor ingesta de sacarosa, grasa total y grasa saturada; los antojos salados se asociaron con un aumento de la fibra y de los ácidos grasos n-3; y los antojos con almidón se asociaron con un aumento de los hidratos de carbono y una disminución de la grasa total, por lo tanto se observó que la ingesta de antojos salados se asoció con un menor riesgo de diabetes gestacional (OR: 0,34; IC 95% 0,12-0,97)³⁴.

Los alimentos que gustaban más a las gestantes estudiadas, fueron los bollos y dulces (13,89%), la fruta (10,19%), la verdura (6,48%), los encurtidos (conservas) (3,70%) y el pescado (3,47%), siendo todos estos porcentajes superiores entre las mujeres menores de 30 años, a excepción de los encurtidos, que fueron preferidos mayoritariamente por las mujeres de más de 35 años (Tabla 5.69).

Saidman N, Raele M, Basile M, (Buenos Aires 2011) realizaron una investigación sobre Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes donde se aplicó un cuestionario a 117 gestantes. Concluyendo que el 65% refirió realizar cambios en su alimentación a partir del embarazo, y aumentar la ingesta de frutas, verduras y leche³⁴.

Contreras 2002 sostiene que la alimentación de la mujer embarazada se encuentra inmersa en la gran diversidad cultural de la población³⁵.

En el Perú; la norma técnica Nro. 105-2013MINSA/ DGSP V01 para la atención Integral de Salud Materna, establece dentro de la atención prenatal la administración profiláctica de ácido fólico, hasta las 13 semana de gestación y a partir de las 14 semanas se agrega sulfato ferroso; además de la administración de calcio que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término y durante el puerperio. Así

como orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada³⁶

En nuestro país y otros países Latinoamericanos, el consumo de alimentos de las embarazadas como de la madre en periodo de lactancia, están fuertemente condicionado por las creencias, costumbres y los hábitos alimentarios que cada población posee en su contexto vivencial concreto, tanto histórico como geográfico; sin embargo, muchas de ellas con ideas infundadas que puede perjudicar la salud y estado nutricional, tanto de la madre como del niño al omitir ciertos alimentos en estos períodos o al ofrecerle remedios caseros perjudiciales que puede afectar el estado nutricional. Este fenómeno es evidente en comunidades rurales pobres, así como en zonas urbanas y en mujeres de bajo nivel educativo.

Al llevar a cabo la elección de los diversos alimentos que serán consumidos cotidianamente, la opción está integrada por seis grupos básicos: leche y derivados lácteos; frutas y verduras; cereales y legumbres; carne, pollo y pescado; aceites y grasas; azúcares y dulces.

De acuerdo al análisis de las investigaciones citadas y los resultados de esta investigación; los hábitos alimentarios de la mujer gestante están influenciados por la situación económica, religión, cultura, nacionalidad, educación, moda, trabajo, gustos, comodidad, simplicidad en la preparación culinaria, por la individualidad de cada persona; puesto que los planes nutricionales son individuales y no colectivos, debido a que las personas tienen estilos de vida, situación biológica y estado fisiológico diferente y normas técnicas de salud.

Dentro de este contexto, las madres en etapa gestacional de niños que actualmente se encuentran en Cuna Guardería “ Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno, en aquel momento tuvieron como preferencias alimentarias: 95% a frutas frescas, 85% a carne de ave, 45% a fiambres y salchichas, 75% a vegetales; y como aversión 90% a manteca, 50% a harinas, pescado y mariscos respectivamente, y 45% a

carne roja. Resultado medianamente concordante con las directrices nacionales para una alimentación saludable (MINSA), que incluyen la ingesta adecuada de verduras, frutas, granos, leche y carne y nutrientes (ácido fólico, calcio) y rechazo de otros productos de riesgo, para satisfacer las necesidades de nutrientes y energía, y lograr un adecuado crecimiento y desarrollo fetal.

Con respecto a las preferencias alimentarias de los niños pre-escolares; **Serrano** y otros, en trabajo de investigación sobre “Preferencias y aversiones alimentarias de escolares participantes en el programa “Thao-Salud Infantil” de Villanueva de la Cañada (Madrid) 2010”; ha concluido que un 52,9% de los niños eligieron la comida rápida (mayoritariamente hamburguesa), seguido de pastas (48,7%) y de la carne (31,1%) y como aversiones a las verduras, pescados y legumbres.⁽¹³⁾ De manera similar **Llanos en 2010**, en trabajo de investigación sobre “la cultura alimentaria en los alumnos de la institución educativa adventistas "Fernando Stahl" de Juliaca”, Perú, concluye, que el 40% de los encuestados consume hamburguesas, mientras que el 27.5 % consume gaseosas, y 5 % chocolates y dulces ⁽⁵⁾. De manera similar en el presente estudio se encontró sobre las preferencias alimentarias de los niños pre-escolares de Cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno, que el 90% de niños tienen como alimento de su completo agrado o preferencia a dulces y gaseosas, 80% a frutas respectivamente; 60% carne de ave, y 50% fiambres-salchichas; y tienen como aversión a los siguientes alimentos: 95% alimentos preparados con manteca, 75% a vegetales, 70% a harinas, y de 65% a carnes rojas y aceites correspondientemente (tabla N°2)

Por otra parte el presente resultado es medianamente similar con trabajo de investigación practicado por TAPIA en 2009 sobre “Propuesta de mejoramiento del servicio de alimentación para los niños de la Guardería de la Función Judicial de Pichincha en la ciudad de Quito “, quien ha

concluido que el 35.87% de niños tienen menor predilección a verduras (lechuga, brócoli, etc) y a carnes 21.74 % al momento de comer⁽¹⁴⁾

Benton 2003, reporta que durante los años preescolares los niños son introducidos a muchos alimentos que son más propios del mundo adulto, iniciándose la adopción de preferencias que perduran de por vida. Este aprendizaje, donde se empieza a asociar el gusto con las consecuencias fisiológicas y sociales de comer, lleva al desarrollo de creencias y actitudes hacia la comida que perduran incluso predominantemente durante la edad adulta¹⁹

Birch 2003, sostiene que después de los 4 años, o incluso antes, la experiencia de comer trasciende la barrera de la mera satisfacción del hambre y adquiere matices influenciados por el ambiente y los factores sociales. El entorno cultural en el que está inmerso el infante y sus padres se vuelve muy determinante, interiorizándose conceptos sobre qué, cómo, cuándo y dónde se debería comer. En estas edades, cuando el acto de comer adquiere matices sociales adicionales pueden imperar otros motivos de rechazo o aceptación, tales como la intuición de peligro³⁷

En Latinoamérica son pocos los estudios orientados a la investigación de los patrones de alimentación y adopción de preferencias en niños preescolares. De esto se desprende la importancia inherente de este documento como base para futuros estudios de campo.

La época preescolar es un período crítico en la adopción de criterios de aceptación y rechazo, y una etapa donde los docentes encargados pueden hacer grandes diferencias formativas, al estar los preescolares en plena capacidad de aceptar cualquier alimento como una fuente nutricional si se les da la debida guía y proceso

Las comidas familiares juegan un papel decisivo en la transmisión de hábitos alimentarias, a la vez que otorgan al niño seguridad y sentido de

pertenencia a su familia y a su grupo social, el niño de uno a cinco años centra su interés en socializar más que en alimentarse.

De acuerdo al análisis del resultado de esta investigación y de los resultados de otras investigaciones nacionales y extranjeras; se infiere que los niños en forma general tienen como preferencia alimentaria a hamburguesa, pastas, gaseosas, mermeladas, galletas, jugos con azúcar y como aversión a las verduras, pescados y legumbres; Sin embargo, en los niños de cuna Guardería “nuestra casita” del distrito de Jesús Nazareno – Ayacucho, existe una diferencia de preferencia saludable en que el 80% de niños tienen como alimento de su completo agrado a frutas, 90% a dulces y gaseosas respectivamente; 60% a carne de ave, siendo similar los demás productos 50% embutidos.

Con respecto a la influencia de las preferencias alimentarias de la madre de etapa gestacional en los hábitos alimentarios del hijo, actualmente pre-escolares de Cuna Guardería “ Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno, se logró el siguiente hallazgo: de 95% de madres gestantes las frutas eran completamente de su agrado, de manera similar en la actualidad el 80% de dichos niños tienen preferencias alimentarias a fruta; seguido del 80% de las madres gestantes la carne de ave fue completamente de su agrado, del mismo modo actualmente de 65% de dichos niños tienen preferencia a dicho alimento; y finalmente de 50% de las madres gestante las fiambres y salchichas fueron de su completo agrado y de manera análoga actualmente de 50% de dichos niños tienen preferencia a dicho alimento. Con respecto a dulces y gaseosas, solo de 55% de madres gestantes era de su completo agrado, sin embargo hoy, más de 90% de dichos niños tienen preferencia a dulces y gaseosas. Mientras los alimentos de su completo desagrado de las madres gestantes fueron: manteca, de 90% de madres gestantes, de manera similar en la actualidad, 95% de dichos niños tienen aversión a dicho alimento; seguido, 50% de madres gestantes tenía desagrado total a pan integral y de manera casi idéntica, 70% de dichos niños tienen aversión a

harinas; 45% de madres gestantes tenía desagrado total a carne roja, y actualmente el 65% de dichos niños tienen aversión a dicho alimento; 50% de madres gestantes tenían desagrado total a aceite, de manera similar en la actualidad el 50% de dicho niños tienen aversión al aceite; y finalmente 50% de madres gestantes tenían aversión a pescado y mariscos y hoy el 35% de dichos niños tienen aversión a mariscos y pescados.

Los resultados de esta investigación es similar a los resultados hallados por Menella en un estudio experimental con jugo zanahoria en neonatos que estuvieron expuestos durante el embarazo, después del nacimiento, durante la lactancia; dividiéndola en tres grupos de mujeres que tenían el plan de lactar: dando al primer grupo de gestantes jugo de zanahoria para beber durante el último trimestre y sólo agua durante la lactancia; segundo grupo bebió agua durante el último trimestre de embarazo y jugo de zanahoria durante la lactancia; y tercer grupo sólo recibió agua durante los dos periodos. Estos sabores, cuando se presentan varias veces dentro de la leche líquida y de mama amniótico, influyen en los comportamientos y preferencias de alimentación de los bebés inmediatamente después del nacimiento y durante el destete. Por ejemplo, los bebés cuyas madres fueron asignados al azar a consumir jugo de zanahoria durante el tercer trimestre del embarazo o durante los dos primeros meses de lactancia; y mostraron un menor número de respuestas faciales negativas y consumieron cantidades mayores de cereal de zanahoria en comparación con los bebés cuyas madres no bebían jugo de zanahoria durante el embarazo y la lactancia³⁸.

En los resultados de esta investigación se observa influencia que existe un nivel significativo de influencia de las preferencias alimentarias de las madres gestantes, en las preferencias alimentarias de sus hijos pre-escolares. Este resultado tiene sustento teórico y práctico en los siguientes teóricos e investigadores:

Al respecto Cooke en año 2011, sostiene que la experiencia de un individuo de sabores contribuye a su patrón único de preferencias alimentarias. La exposición a un sabor específico puede aumentar la familiaridad y dar lugar a una mayor aceptación de este sabor con el tiempo. Este documento describe las primeras apariciones de la exposición a un sabor; por primera vez en el útero, a través del líquido amniótico, y más tarde a través de la leche materna o fórmula. La evidencia sugiere que estas primeras experiencias impactan en las preferencias alimentarias posteriores, pero en la medida en que los compuestos de sabores específicos de la dieta de la madre se transmiten durante estos períodos pre y postnatales tempranos puede variar dentro y entre los individuos³⁹.

Del mismo modo Alison 2013, sostiene que la capacidad de percibir sabores y los olores comienza en el útero materno y durante la infancia temprana, mediante el líquido amniótico y la leche materna que contienen moléculas derivadas de la dieta de la madre. Esta primera experiencia sirve de base para el continuo desarrollo de las preferencias alimentarias posteriores y de toda la vida, y está determinada por la interacción de factores biológicos, sociales y medioambientales. Sin embargo, como se discutirá en la siguiente sección, las influencias sociales se hacen cada vez más importantes para el desarrollo de las preferencias alimentarias y pueden apoyar o contrarrestar las preferencias aprendidas durante el período prenatal y el postnatal temprano⁴⁰.

Por su parte Ventura 2013, refiere que la capacidad de percibir sabores comienza en el útero con el desarrollo del sistema olfativo y gustativo. Como consecuencia de ello, en esta etapa, comienza el aprendizaje acerca de los sabores en los alimentos presentes en moléculas derivadas de la dieta de la madre, tanto en el líquido amniótico como en la leche materna⁴¹.

En el mismo orden de ideas Gugusheff 2015, sostiene que el ambiente nutricional al que un individuo está expuesto durante el período perinatal

desempeña un papel crucial en la determinación de sus futuros resultados de salud metabólicos, así estudios en modelos de roedores han demostrado que el exceso de ingesta materna de alto contenido de grasa y/o alta en azúcar, durante el embarazo y la lactancia, pueden alterar la preferencia por los alimentos y llevar a una ingesta de alimentos de alta densidad de nutrientes⁴²

Otros autores Ashman 2014 y Cooke 2011, reportaron que existen estudios que han identificado la exposición prenatal al sabor como factor determinante de las preferencias en los bebés⁵⁰; así, la exposición temprana a la variedad de sabores de la dieta puede mejorar los resultados a largo plazo, poniendo de relieve la necesidad de promover una dieta variada durante el embarazo y la lactancia a fin de mejorar posteriormente los hábitos alimenticios de la descendencia⁴³.

Patil 2012, como resultado de su investigación concluye que los antojos, aversiones y pica son comunes durante la gestación y pueden tener una influencia significativa en el desarrollo de las aversiones y preferencias del futuro niño del actual embarazo. Estudios en mujeres embarazadas ponen de manifiesto que las preferencias alimentarias están influenciadas por lo que ellas creen beneficioso o perjudicial para el feto y para la madre, Además, tiene influencia el olor, sabor y textura de los alimentos⁴⁴

Trabulsi 2012 y Cooke 2011, sostiene que existen periodos sensibles para el aprendizaje del sabor. Los infantes se familiarizan y aprenden a aceptar los sabores a través de la madre en el líquido amniótico, así como por medio de la leche materna; puesto que son expuesto tempranamente a una variedad de estímulos quimio sensoriales⁴⁵.

Menella 2009 y Shaal 2000, refieren, que durante dos décadas los investigadores han estudiado sistemáticamente la transferencia de sustancias volátiles de la dieta al líquido amniótico y a la leche materna para determinar los efectos que esto tiene en la conducta de infantes alimentados al seno materno. Como ocurre con otros mamíferos, el feto

humano deglute una significativa cantidad de líquido amniótico durante la gestación, especialmente en etapas tardías (aproximadamente un litro diario al término) y los sabores de la comida que la madre ingiere son transmitidos de esta forma. Una amplia variedad de sabores ingeridos (frutas, vegetales, especias) o inhalados (tabaco, perfumes) por la madre son transmitidos al niño, lo que puede modificar su aceptación por la leche materna, la fórmula o algunos alimentos sólidos^{46 y 47}.

Los infantes aprenden varias preferencias por su exposición a los sabores de los alimentos de la dieta de su madre que pasan al fluido amniótico¹⁹. Cerca de la fecha de su nacimiento se estima que un feto traga por lo menos un litro de fluido amniótico al día, exponiéndose así no sólo a sabores sino a sensaciones odoríferas³⁸.

Chacón 2011, Desde el nacimiento y durante la infancia más inmediata, el acto de comer está principalmente motivado por el hambre más que por el deseo de subsanar alguna preferencia innata. Durante los primeros seis meses de vida, los infantes deberían consumir leche materna en exclusiva, lo cual no solo es importante desde un punto de vista nutricional, sino que la exposición a muchos de los aromas y sabores de la dieta materna que se inició en el útero, se prolonga utilizando como vehículo a la leche materna. La época preescolar es un período crítico en la adopción de criterios de aceptación y rechazo, y una etapa donde los docentes encargados y la madre pueden hacer grandes diferencias formativas, al estar los preescolares en plena capacidad de aceptar cualquier alimento como una fuente nutricional si se les da la debida guía y proceso⁷

Después de la ablactación, y antes de sus primeros 18 meses de vida, los infantes aceptan prácticamente cualquier alimento al que se les exponga ⁽⁴⁸⁾, al punto que es común que paladeen objetos no

comestibles, desagradables y hasta peligrosos, si no se les supervisa (49)

Pero, a partir cuarto semestre de vida, los niños tienden a evitar nuevos alimentos, edad en la que inicia a manifestarse el comportamiento denominado “neofobia alimentaria”²².

La neofobia alimentaria es un factor al que el ser humano está predispuesto genéticamente ⁽³⁷⁾ y se define como una falta de voluntad para comer nuevos alimentos y se piensa que es una conducta adaptativa, asegurar que los niños consumen alimentos que son familiares y seguro durante un período de desarrollo cuando los niños están expuestos a un gran número de nuevos alimentos. Esta se incrementa con fuerza durante la niñez temprana de 2 a 5 años, momento a partir del cual decrece en forma paulatina hasta a los 8 años. Por ello, el periodo entre la ablactación y el cuarto semestre de vida es vital para la introducción de nuevos alimentos ⁽⁵⁰⁾.

La predisposición infantil a la neofobia podría a simple vista parecer una mala actitud, pero tiene una explicación evolutiva orientada hacia la sobrevivencia, al restringir el consumo de alimentos nuevos en una etapa donde los menores empiezan a caminar y a explorar con más independencia. El no consumir un alimento desconocido, o hacerlo en pequeñas cantidades hasta que se verifique que no causará consecuencias negativas, tiene un gran valor para el auto preservación, sobre todo en edades con alto riesgo de intoxicación accidental ⁽³⁷⁾.

La capacidad de percibir sabores comienza *en el útero* con el desarrollo y el funcionamiento inicial de la gustativa y sistemas olfativos. Debido a que tanto el líquido amniótico y la leche materna contienen moléculas derivadas de la dieta de la madre, el aprendizaje acerca de los sabores en los alimentos comienza en el útero y durante la infancia temprana. Esta primera experiencia sirve de base para el continuo desarrollo de las preferencias alimentarias durante toda la vida, y está determinada por la interacción de factores biológicos, sociales y medioambientales. Poco

después del nacimiento, los bebés muestran características preferencias de sabor: dulce y umami provocar respuestas positivas; elicitando respuestas negativas amargo y ácido.

Tanto el desarrollo morfológico y funcional de las células gustativas comienzan en el primer trimestre. Fungiformes, foliadas, y caliciformes aparecerá por la 10^a semana de gestación, y la sinaptogénesis de células sabor es cada vez más evidente durante las semanas 8-13. Papilas gustativas son funcionalmente maduras por el comienzo del segundo trimestre, y el número y distribución de las papilas que están presentes durante la gestación tardía son sorprendentemente similares a los observados en la infancia y la edad adulta⁵¹.

Hay que ofrecer a la embarazada pautas adecuadas de alimentación como la ingesta de grasas saludables no saturadas, cereales integrales, legumbres, frutas y verduras; limitar el consumo de grasas trans y saturadas, productos lácteos ricos en grasa, granos altamente refinados, carne roja y bebidas azucaradas; y tomar un multivitamínico con ácido fólico y vitamina D adicional como una medida de seguridad nutricional (Skerrett y Willett, 2010). Muy pocas mujeres embarazadas consumen las raciones de alimentos aconsejadas en las guías alimentarias. Además, las estrategias para mejorar los hábitos alimentarios deben centrarse en el establecimiento de conductas alimentarias saludables entre las mujeres en edad reproductiva⁵²

Godfrey 2011, refiere que las mujeres experimentan cambios en el apetito y en los patrones de alimentación durante el embarazo, un período crítico para una buena nutrición (Verbeke y Bourdeaudhuij, 2007). La persistencia de las dietas no saludables durante el embarazo es motivo de especial preocupación ya que la nutrición es especialmente importante para el desarrollo fetal (Thompson y col., 2009) y la mala alimentación podría sentar las bases para la obesidad y enfermedad futura del niño. Así, las actitudes y creencias de las mujeres afectan a su comportamiento

cuando están embarazadas, sin embargo se sabe poco al respecto (Godfrey y col., 2011; Patil y Young, 2012)⁵³.

DOVEY 2008, refiere que las preferencias de los bebés son influenciados por las preferencias maternas durante el embarazo y la lactancia¹⁵.

De acuerdo al análisis del presente resultado y con sustento teórico e informes científicos de diversos autores citados, se infiere que las preferencias alimentarias de las madres gestantes ha influido de manera significativa en las preferencias alimentarias de sus hijos pre-escolares de Cuna guardería “ Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno; evidenciándose dicha deducción en que, 95% de madres gestantes tenían como preferencia alimentaria a las frutas, hoy 80% de dichos niños pre-escolares tienen como preferencia a las fruta; 80% de madres gestantes tenían como preferencia a la carne de ave, hoy 65% de dichos niños tienen como preferencia a la carne de ave. 50% de las madres gestante tenían como preferencia a fiambres y salchichas, y hoy 50% de niños pre-escolares prefieren fiambres y salchichas.

CONCLUSIONES

- 1.- Entre las preferencias alimentarias de mayor frecuencia de las madres en etapa gestacional, de los niños pre-escolares de Cuna Guardería “Nuestra Casita”, eran: de 95% a frutas, de 80% a carne de ave, de 50% a fiambres y salchichas, de 75% a vegetales; y como aversión, de 90% a manteca, de 50% a harinas, pescado y mariscos respectivamente, y 45% a carne roja. Resultado medianamente concordante con las directrices nacionales para una alimentación saludable (MINSA).
1. Los niños en forma general tienen como preferencia alimentaria a hamburguesa, pastas, gaseosas, mermeladas, galletas, jugos con azúcar y como aversión a las verduras, pescados y legumbres; Sin embargo, en los niños de cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno – Ayacucho, 60% de niños tienen como preferencia alimentaria a frutas frescas y 45% a carne de ave.
2. Las preferencias alimentarias de las madres gestantes ha influido de manera significativa en las preferencias alimentarias de sus hijos pre-escolares de Cuna guardería “Nuestra Casita”, distrito de Jesús Nazareno.

RECOMENDACIONES

1. La Dirección regional de Salud debe considerar dentro de los tópicos de capacitación en salud materna, la alimentación saludable de la madre gestante, con fines de promover la salud materna, facilitar la ablactación, contrarrestar las neofobias alimentarias, prevenir enfermedades metabólicas en la salud futura del niño y prevenir las aversiones alimentarias.
2. A los profesionales de la Salud, promover que las mujeres gestantes incorporen dentro de su hábito alimentario, alimentos variados integrada por seis grupos básicos: leche y derivados lácteos; frutas y verduras; cereales y legumbres; carne, pollo y pescado; aceites y grasas; azúcares y dulces.
3. Que los profesores y la madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa).
4. Los resultados de este estudio permiten visualizar la importancia de iniciar acciones de consejería nutricional durante el control

prenatal, intervenciones que a su vez son percibidas como de interés por parte de las gestantes asistidas en el sector público de atención. El embarazo es un momento muy especial en la vida de la mujer y constituye una oportunidad única para la acción por parte del equipo de salud, esto motiva el diseño de un programa de intervención nutricional focalizado en ofrecer un acompañamiento especializado en nutrición durante el control del embarazo. Los ejes centrales de dicha intervención serán el componente educativo y la consejería nutricional que se formularan priorizando los conocimientos, intereses y creencias identificadas en este grupo de gestantes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cecilia Albala. Chile en el siglo XXI. Perfil epidemiológico y nutricional Unidad de Nutrición Pública INTA, Universidad de Chile
2. ARISMENDI. J. .J. Nutrición Infantil: Comer bien y sano. Bogotá: Gamma 2009. 112 p.
3. Manz F, Manz I. Sinnesentwicklung und Sinnesausprägung beim Föten und Säugling. In: v. Engelhardt D, Wild R. (Hg.): Geschmackskulturen. Vom Dialog der Sinne beim Essen und Trinken, Frankfurt/New York 2005.
4. Mennella, Julie A .; Jagnow, Coren P .; Beauchamp, Gary. K. (2001). Prenatal y postnatal Aprendizaje sabor de los bebés humanos. *Pediatría*, 107 (6), 1-6.
5. Llanos Monzón, Y. La cultura alimentaria influye en el consumo saludable de alimentos. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca – 2010. <http://www.monografias.com/trabajos98/cultura-alimentaria-y-influencia-consumo-alimentos-saludables/cultura-alimentaria-y-influencia-consumo-alimentos-saludables2.shtml#ixzz32Zp7njNL>.
6. MINDES. Hábitos Alimenticios en la Población Peruana Urbano y Rural. [Internet] Perú 2011.[13 de diciembre]. Disponible: <http://www.mindesperu/salud-nutrición>.
7. CHACÓN VILLALOBOS; A. Percepción de alimentos en el primer lustro de vida: aspectos innatos, causalidad y modificaciones derivadas de la experiencia alimentaria 2011- Universidad de Costa Rica. *Revista Actualidades investigativas en Educación*.
8. Osorio, j.; d. Castillo. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*. Chile, 2002, vol.29, n.3, p 1-6.

9. Scott, J. G, et al. Mercadeo agrícola: metodologías de investigación. Costa Rica: IICA; 1991. p 44
10. Torresani, M. E. Cuidado nutricional pediátrico; 2da edición; Buenos Aires: Eudeba; 2007 p 79
11. Mahan, L. K.; S. ESCOTT STUMP, ob. cit., p 230
12. LORENZO, J, et al, ob. cit., p145
13. Serrano María, García Vanesa, Sánchez Elena, Martín Eva, Ávila José Manuel. Preferencias y aversiones alimentarias de escolares participantes en el programa "Thao-Salud Infantil" de Villanueva de la Cañada (Madrid). Departamento de Ciencias Farmacéuticas y de la Alimentación. Facultad de Farmacia (Universidad CEU San Pablo), 2010.
14. Tapia Dávila, S. Propuesta de mejoramiento del servicio de alimentación para los niños de la Guadería de la Función Judicial de Pichincha en la ciudad de Quito, [Tesis de Título]. Facultad de Turismo, Hotelería y Preservación ambiental; 2009.
15. Dovey, Terence M.; Staples, Paul A .; Gibson, E. Leigh .; Halford, Jason C. (2008). Comida neofobia y "delicado / exigente" comer en niños: una revisión. *Apetito*.
16. Alimentación en niños y adolescentes. <https://es-es.facebook.com/sindietasbajardepeso/...www.vitonica.com/alimentos/alimentos-de-origen-vegetal>
17. Naranjo, A.G Y Tenesaca, C. Hábitos alimenticios influyen en el estado nutricional en los niños y niñas de 6 a 12 años de edad de la comunidad de Bramadero Grande de la Parroquia Guanujo del Cantón Guaranda. Octubre del 2011 y agosto del 2012. Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano; 2012.
18. Asociación de Enfermeras de nutrición y dietética consultado el (17 de julio del 2011) en Www.adenyd.org .

19. Benton, David. El papel de los padres en la determinación de las preferencias alimentarias de los niños y el desarrollo de la obesidad. *International Journal of Obesity*, (2003).
20. Jessica Osorio E. Gerardo Weisstaub N. Carlos Castillo d. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile. Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile..
21. Anderson HG. Hambre, apetito e ingesta alimentaria. En: *Conocimientos actuales en nutrición*. ILSI, Life Sciences Institute, Organización Panamericana de la Salud, Séptima Edición. ILSI Press, Washington, 1998.
22. Borowsky B, Durkin MM, Ogozalek K et al. Antidepressant, anxiolytic and anorectic effects of a melanin-concentrating hormone-1 receptor antagonist. *Nature Med* 1992.
23. Olivares S, Albala C, García F, Jofré I. Publicidad televisiva y preferencias alimentarias en escolares de la Región Metropolitana. *RevMéd Chile* 1999.
24. Busdiecker SB, Castillo CD, Salas IA. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71:5-11
25. Ministerio de Salud. Comisión Nacional de Lactancia Materna. Lactancia materna exclusiva en Chile 1993-2000. <http://www.minsal.cl>
26. UNICEF. Nutrición, Desarrollo y Alfabetización. Argentina, 2004, p 95-96
27. Manual Operativo del Ministerio de Salud Pública 2009
28. Chacón Villalobos; A. Percepción de alimentos en el primer lustro de vida: aspectos innatos, causalidad y modificaciones derivadas de la experiencia alimentaria 2011- Universidad de Costa Rica- *Revista Actualidades investigativas en Educación*.

29. Bolivar Estarad, P..en su trabajo de investigación “ Hábitos alimentarios y factores culturales en las mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa del hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del Cantón Chillanes; provincia de Bolivar 2010“ Facultad de Salud Pública, escuela de nutrición y dietética.Tesis de Grado de Nutricionista-Dietísta 2010
30. Escobedo Toribio L. , Lavado Bello C. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL I TRIMESTRE. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO AÑO 2012. (Tesis para optar título Profesional de Obstetra). Trujillo: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UPAO
31. Canna, Luis A 2013. “Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de ,la ciudad de Eldorado , que asisten a Centros de salud Público y Privados”- 2013. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana. Tesis para Licenciatura.
32. Saidman Natalia, Raele María Gabriela, Basile Mariana, Barreto Luciana, Mackinonn María José, Poy Mabel Susana, Terraza Raul, López Laura Beatriz. Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes. Artículo Original. <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v30n139/v30n139a04.pdf>1Licenciado en Nutrición. 2Doctora de la Universidad de Buenos Aires 1 2 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Escuela de Nutrición Correspondencia: lblopez@fmed.uba.ar - Recibido: 23/12/2011. Aceptado en su versión corregida: 01/04/2012
33. Belén Ipiales M., Fernanda Rivera.- Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra. Diciembre del 2009 a diciembre 2010. UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA. Tesis de

grado previo a la obtención del título de licenciadas en Nutrición y Salud Comunitaria Ibarra- Ecuador.

34. Farland LV, Rifas-Shiman SL, Gillman MW. Early Pregnancy Cravings, Dietary Intake, and Development of Abnormal Glucose Tolerance. *J Acad Nutr Diet*. 2015. pii: S2212-2672(15)00506-7. doi: 10.1016/j.jand.2015.04.018.
35. Contreras, J Alimentation y Cutura, Necesidades, Guatos y Costumbres. México, alfa Omega 2002
36. Direccion General de Salud de las Personas. Norma Técnica N° 105-2013/MINSA Norma técnica de salud para la Atención Integral de Salud Materna; Perú, 2013
37. Birch, Leann L .; Fischer, Jennifer O. Desarrollo de conductas alimentarias en los niños y adolescentes. *Pediatría*, 2006.
38. Mennella, Julie A.; Beauchamp, Gary K. Understanding the origin of flavor preferences. *Chemical Senses*, 2005.
39. Cooke L1, Fildes A. El impacto de la exposición del sabor en el útero y durante la alimentación con leche en la aceptación de los alimentos en el destete y más allá. 2011
40. Alison K Ventura Influencias tempranas en el desarrollo de las preferencias de comida. California - Universidad Estatal de Nueva Jers <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.02.03>
41. Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. *Curr Biol*. 2013;23(9):R401-8. doi: 10.1016/j.cub.2013.02.037.
42. Gugusheff J. Zhi Yi Ong Y Beverly Sara Muhlhausler * Los primeros orígenes de las preferencias alimentarias: dirigidas a las ventanas críticos del desarrollo Centro de Investigación FoodPLUS, Escuela de Agricultura y la Alimentación y el Vino de la Universidad de Adelaide, Adelaide, Australia del Sur, Australia; † Instituto Sansom para la Investigación de la Salud, Facultad de Farmacia y Ciencias Médicas, Universidad del Sur de Australia, Adelaide,

Australia del Sur, Australia; y ‡ Departamento de Psicología, Universidad de Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, EE.UU. E-mail: beverly.muhlhausler@adelaide.edu.au

43. Ashman AM, Collins CE, Hure AJ, Jensen M, Oldmeadow C. Maternal diet during early childhood, but not pregnancy, predicts diet quality and fruit and vegetable acceptance in offspring. *Matern Child Nutr.* 2014. doi: 10.1111/mcn.12151.
44. Patil CL, Abrams ET, Steinmetz AR, Young SL. Appetite sensations and nausea and vomiting in pregnancy: an overview of the explanations. *Ecol Food Nutr.* 2012; 51(5):394-417. doi: 10.1080/03670244.2012.696010.
45. Trabulsi JC., Menella JA. Diet, sensitive periods in flavour learning, and growth. *Int. Rev. Psychiatr.* 2012; 24:219-30.
46. Menella JA., Forestell CA., Morgan LK., Beauchamp GK. Early milk feeding influences taste acceptance and liking during infancy. *Am. J. Clin. Nutr.* 2009; 90:S780-8
47. Shaal B., Marlier L., Soussignan R. Human fetuses learn odours from their pregnant mother's diet. *Chem. Senses* 2000; 25:729-
48. Zeinstra, Gertrude G.; Koelen, Maria A.; Kok, Frans J.; De Graaf, Cees. (2007). Cognitive development and children's perceptions of fruit and vegetables; a qualitative study. Recuperado de <http://www.ijbnpa.org/content/4/1/30>
49. Shutts, Kristin; Kinzler, Katherine D.; McKee, Caitlin. B.; Spelke, Elizabeth S. (2009). Social information guides infants' selection of foods. *Journal of Cognition and Development*, 10 (1-2), 1-17.
50. Nicklaus, Sophie; Boggio, Vincent; Chabanet, Claire; Issanchou, Sylvie. (2005c). A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite*, 44 (1), 289-297.
51. Goldschmidt H. *Kinder-Heilk Z. Physiologie der geschmacksempfindung und des saugreflexes bei säuglingen* 1927, pp. 28-35.

52. Skerrett PJ, Willett WC. Essentials of healthy eating: a guide. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(6):492-501. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.06.019.
53. Godfrey KM, Sheppard A, Guckman P. Epigenetic gene promoter methylation birth is associated with the rear adiposity in children. *Diabetes*. 2011; 60:1528-1534.

A N E X O

ENCUESTA

PRESENTACION: Señoras y señores, tengan cada uno de Uds., un buen día. Somos Bachilleres en Ciencias de la enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, agradeciéndoles anticipadamente, solicitamos su apoyo en la realización de la presente investigación, cuyo objetivo es comprobar la influencia de las preferencias alimentarias de la madre en etapa gestacional en los hábitos alimentarios de su niño pre-escolar, por lo que, solicitamos a Ud. responder con sinceridad las preguntas que se formulan en los anexos. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial.

INFORMACIÓN: La encuesta que se presenta se hace con fines de estudio, por ello es anónima. La hoja contiene una serie de preguntas las mismas que deberá leer atentamente y contestar de acuerdo a las instrucciones respectivas.

INSTRUCCIONES: Lee atentamente cada afirmación y marca en el recuadro correspondiente.

A N E X O N ° A

De acuerdo a sus preferencias alimentarias que tuvo usted durante la etapa de gestación a su hijo que actualmente se encuentra en etapa pre-escolar en la Cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno; marque los alimentos de la lista que se adjunta según su (1) no prefiere (2) indiferente, (3) prefiere. En el caso que no ha consumido alguno de ellos deja el renglón en blanco.

1. No prefiere
2. Indiferente
3. Prefiere

Items \ Categoría	No prefiere	Indiferente	Prefiere
Leche y/o yogur entero			
Leche y/o yogur descremado			

Quesos enteros			
Quesos descremados			
Huevo			
Carnes rojas			
Carnes de ave			
Pescados y mariscos			
Fiambres, salchichas			
Vegetales crudos			
Vegetales cocidos			
Frutas frescas			
Frutas secas			
Cereales(fideos, polenta, harinas finas, pastas)			
Legumbres (lentejas, garbanzos, etc)			
Pan blanco			
Pan integral			
Frituras			
Galletas de agua			
Galletitas dulces			
Mayonesa			
Aceites			
Manteca			
Dulces y mermeladas			
Gaseosas o jugos con azúcar			
Gaseosas o jugos sin azúcar			

ESCALA DESCRIPTIVA. En ellas se organizan diversas categorías, en función de los ítems que se va apreciar o medir. Se trata de un cuadro en el que figuran las categorías de la escala y los ítems que se van a evaluar. (De Landsheere,) En vez de números se trabaja con categorías nominales.

ANEXO N° B

De acuerdo como observa diariamente sus preferencias alimentarias de su hijo, que actualmente se encuentra en etapa pre-escolar en Cuna Guardería “Nuestra Casita” del distrito de Jesús Nazareno; marque los alimentos de la lista que se adjunta según su (1) no prefiere (2) indiferente, (3) prefiere. El valor 1 especificará los alimentos por los que siente su hijo desagrado total; el 3 indicará los alimentos que son de su completo agrado favorito. En el caso que no consuma alguno de ellos deja el renglón en blanco.

1. No prefiere
2. Indiferente
3. Prefiere

Categoría	No prefiere	Indiferente	Prefiere
Leche y/o yogur entero			
Leche y/o yogur descremado			
Quesos enteros			
Quesos descremados			
Huevo			
Carnes rojas			
Carnes de ave			
Pescados y mariscos			
Fiambres, salchichas			
Vegetales crudos			
Vegetales cocidos			
Frutas frescas			
Frutas secas			
Cereales(fideos, polenta, harinas finas, pastas)			

Legumbres (lentejas, garbanzos, etc)			
Pan blanco			
Pan integral			
Frituras			
Galletitas de agua			
Galletitas dulces			
Mayonesa			
Aceites			
Manteca			
Dulces y mermeladas			
Gaseosas o jugos con azúcar			
Gaseosas o jugos sin azúcar			

ESCALA DESCRIPTIVA. En ellas se organizan diversas categorías, en función de los ítems que se va a preciar o medir. Se trata de un cuadro en el que figuran las categorías de la escala y los ítems que se van a evaluar. (De Landsheere,) En vez de números se trabaja con categorías nominales.

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

BACHILLERES: FLOR CAROLINA CARPIO VASQUEZ

GELVIS FELIX VIVANCO VARGAS

R.D N° 005 – 2017 – FCSA – UNSCH.

En la ciudad de Ayacucho, siendo las cuatro y treinta de la tarde del día viernes diez de febrero del año dos mil diecisiete, se reunieron los miembros del jurado evaluador conformado por:

- ✓ Dra. IRIS JARA HUAYTA Presidente (por delegación)
- ✓ Dra. ISABEL HERNANDEZ MAYHUA
- ✓ Mg. JULIA CRISTINA SALCEDO CANCHO
- ✓ Mg. HUGO AYALA PRADO (miembro asesor)

Actuando como secretario docente el Mg. PAVEL ALARCON VILA, para recepcionar la sustentación de tesis titulada **“PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE MADRES EN ETAPA GESTACIONAL Y SU INFLUENCIA EN HABITOS ALIMENTARIOS DEL HIJO EN ETAPA PREESCOLAR DE CUNA GUARDERIA “NUESTRA CASITA” DISTRITO JESUS NAZARENO-AYACUCHO-2016”**, presentado por los bachilleres Flor Carolina Carpio Vásquez y Gelvis Felix Vivanco Vargas aspirantes al título profesional de Licenciados en Enfermería.

La presidenta inicia el acto de sustentación de tesis solicitando al secretario docente dar lectura a los documentos que obran en mesa:

- Expediente N° 0766 de fecha 03 de febrero 2017
- R.D N° 055-2017-FCSA-UNSCH.

Acto seguido la presidenta indica a los sustentantes iniciar con la exposición del trabajo de tesis en un tiempo no mayor a 45 minutos según lo exigido en el reglamento de grados y títulos.

Terminada la exposición la Sra. Presidenta solicita a los miembros del jurado evaluador realizar las preguntas pertinentes a la exposición.

Culminada la ronda de preguntas y respuestas, la Presidenta invita al auditorio y a los sustentantes abandonar precautoriamente el auditorio para proceder a la

calificación respectiva.

Luego de una amplia deliberación los miembros del jurado evaluador concluyen con la siguiente calificación.

BACHILLER: FLOR CAROLINA CARPIO VASQUEZ

	NOTA TEXTO	EXP.	RESP.	P.M.
DRA. IRIS JARA HUAYTA	16.5	15.5	15	16
DRA. ISABEL HERNANDEZ MAYHUA	16.5	15.5	15	16
Mg. JULIA C. SALCEDO CANCHO	16.5	15.5	15	16
Mg. HUGO AYALA PRADO	16.5	15.5	15	16

PROMEDIO: 16

BACHILLER: GELVIS FELIX VIVANCO VARGAS

	NOTA TEXTO	EXP.	RESP.	P.M.
DRA. IRIS JARA HUAYTA	16.5	16.5	19	18
DRA. ISABEL HERNANDEZ MAYHUA	16.5	16.5	19	18
Mg. JULIA C. SALCEDO CANCHO	16.5	16.5	19	18
Mg. HUGO AYALA PRADO	16.5	16.5	19	18

PROMEDIO: 18

Dra. IRIS JARA HUAYTA
PRESIDENTA

Dra. ISABEL HERNANDEZ MAYHUA
MIEMBRO

Mg. JULIA C. SALCEDO CANCHO
MIEMBRO

Mg. HUGO AYALA PRADO
MIEMBRO ASESOR

Mg. PAVEL ALARCON VILA
SECRETARIO DOCENTE

**SOLICITO: REVISIÓN DE LA TESIS
SUSTENTADA.**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

S.D.

CARPIO VASQUEZ, Flor Carolina
identificada con DNI. N° 46864476, y Gelvis
Félix VIVANCO VARGAS, con DNI. N°
40869565, egresados de la Escuela de
Formación Profesional de Enfermería ante
Ud. con el debido respeto nos presentamos
y exponemos:

Qué, habiendo superado las observaciones hechas por la comisión de docentes designado por su despacho en la tesis titulado: **“PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE MADRES EN ETAPA GESTACIONAL Y SU INFLUENCIA EN HABITOS ALIMENTARIOS DEL HIJO EN ETAPA PRESCOLAR DE CUNA GUARDERÍA “ NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS NAZARENO - AYACUCHO – 2016.** Correspondiente a la E.F.P: de Enfermería y habiendo pasado a la fase de sustentación, acudimos a su despacho con la finalidad de ordenar a quien corresponda la revisión y aprobación de la tesis para su empastado

POR TANTO:

Rogamos a Ud. Señor Decano, se sirva acceder nuestra petición por ser justa.

Ayacucho, 12 de Abril del 2017

Flor Carolina CARPIO VASQUEZ

DNI. 46864476

.....
Gelvis Félix VIVANCO VARGAS

DNI. 40869565

CARTA DE ASESORIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Por intermedio del presente me dirijo a Ud. con la finalidad de poner de su conocimiento, que mi persona viene asesorando el trabajo de investigación a los alumnos Flor Carolina, CARPIO VASQUEZ y Gelvis Felix, VIVANCO VARGAS; titulado, **“PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE MADRES EN ETAPA GESTACIONAL Y SU INFLUENCIA EN HABITOS ALIMENTARIOS DEL HIJO EN ETAPA PRESCOLAR DE CUNA GUARDERÍA NUESTRA CASITA”, DISTRITO DE JESÚS NAZARENO - AYACUCHO – 2016.**

Sin otro particular, me suscribo de Ud, Señor Decano.

Lic. Hugo Ayala Prado

Docente ATC.