



**OBESIDAD INFANTIL: FACTORES
DETERMINANTES EN NIÑOS DE 3 Y 4 AÑOS DE
EDAD QUE ASISTEN A UN CENTRO DE PRIMERA
INFANCIA EN CABA**

AUTORES:

ARÁOZ, María Agustina

SANTAMANS, Belén Soledad

WAGENER, Jovita María

DIRECTOR:

Magister. AZZARETTI, Leticia

Lic. PIAGGIO, Nahuel

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

NOVIEMBRE 2016

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La obesidad es definida como el depósito excesivo de tejido adiposo en relación a la masa magra que puede comprometer el estado de salud del individuo (OMS). Actualmente, la obesidad infantil constituye un alarmante problema de salud pública. Sin intervención, los niños obesos probablemente lo seguirán siendo en la adultez, elevando el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Los factores relacionados al desarrollo de sobrepeso u obesidad estudiados fueron: peso al nacer, lactancia materna, estilo de vida en la infancia temprana: uso de tecnología y hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal del adulto responsable y nivel socioeconómico.

OBJETIVO: Estudiar los factores determinantes de la malnutrición por exceso en niños de 3 a 4 años de edad asistentes al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita” ubicado en Barrio Cildañez, CABA.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, en niños de 3 a 4 años de edad asistentes al Centro de Primera Infancia (CPI) “La Tortuga Manuelita” del Barrio Cildañez de CABA. Se utilizó antropometría clásica en 52 niños para obtener la prevalencia de obesidad y sobrepeso. Para describir los factores determinantes, se encuestaron 36 adultos responsables de los niños. Asimismo, se entrevistó a la encargada del comedor del CPI y se analizó su menú.

RESULTADOS: La prevalencia de obesidad fue del 25% y la de sobrepeso, 17,3%. Los factores estudiados más vinculados al exceso de peso de los niños fueron la macrosomía al nacer, los hábitos alimentarios, el uso de tecnología, la percepción de la imagen corporal del adulto responsable y la situación socioeconómica.

CONCLUSION: La obesidad infantil es una problemática de tipo multifactorial, que exige un enfoque integral para su abordaje.

Palabras claves: Obesidad infantil, factores determinantes, hábitos alimentarios, nivel socioeconómico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Obesity is defined as excessive fat accumulation -in comparison to lean body mass- that presents a risk to an individual's health (WHO). Currently, childhood obesity is an alarming public health issue. Should it go untreated, obese children are likely to stay obese into adulthood, which would increase their chance of developing noncommunicable diseases. The studied factors that contribute to obesity and overweight were: birth weight, breastfeeding, early childhood lifestyle (use of technology and eating habits), the perception of the body image of the adult in charge, and socioeconomic status.

OBJECTIVE: To study the determinants of malnutrition and overweight in children aged from three to four who attend “La Tortuga Manuelita” Early Childhood Center (CPI in its Spanish abbreviation) located in the Cildañez neighborhood in the City of Buenos Aires.

MATERIALS AND METHODS: In order to describe these factors, a cross sectional descriptive study was conducted on children aged from three to four who attend “La Tortuga Manuelita” Early Childhood Center (CPI in its Spanish abbreviation) located in the Cildañez neighborhood in the City of Buenos Aires. An anthropometry examination was performed on fifty-two children to estimate the prevalence of obesity and overweight. So as to describe determining factors, thirty-six adults in charge of the children were surveyed. In addition to this, the person in charge of the dining hall of the CPI was interviewed, and the menu of the center was analyzed.

RESULTS: The prevalence of obesity was 25% and of overweight, 17.3%. From the studied factors, fetal macrosomia, eating habits, use of technology, the perception of the body image of the adult in charge and the socioeconomic status were the most linked to the children's over weight.

CONCLUSION: Childhood obesity is a multifactorial issue and, thus, a comprehensive approach should be adopted.

Key words: childhood obesity, determining factors, eating habits, socioeconomic status.

INDICE

Introducción	7
Antecedentes	9
Marco teórico	12
Justificación	17
Objetivos	20
Metodología	21
Resultados	26
Discusión	52
Conclusión	58
Agradecimientos	63
Referencias bibliográficas	64
Anexos	69

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 41 millones de niños menores de 5 años presentaban sobrepeso u obesidad en el año 2014.

Anteriormente el sobrepeso y la obesidad eran considerados problemas propios de los países con altos ingresos, mientras que en la actualidad se observa en países de ingresos bajos y medianos, en particular en los cascos urbanos (1).

La obesidad en América latina es, en gran medida, consecuencia del cambio de los hábitos alimentarios (aumento del consumo de alimentos con alta densidad energética y mayor tamaño de las porciones) y la reducción de la actividad física. La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) es un estudio llevado a cabo en Argentina, en el cual se estima el Índice de Masa Corporal (IMC) de niños y mujeres en edad fértil, tomando muestras representativas de cada provincia. Según éste, la prevalencia de obesidad en niños de 6 a 72 meses en el país fue del 9,6% en los años 2004-2005. Esta tendencia en aumento de la prevalencia de obesidad es considerada un gran problema de salud pública, dado que la obesidad es uno de los principales antecedentes asociados con la carga de enfermedad (2).

La obesidad es el resultado de un balance energético positivo entre la ingesta y el gasto en el individuo. Sin embargo, no bastaría con contar las calorías ingeridas y gastadas por el mismo, ya que éste es el resultado de una muy compleja interacción entre lo biológico y lo social. Una adaptación en la especie humana le permitió la acumulación del excedente energético en forma de tejido adiposo. La misma resultó fundamental para la evolución de la especie

humana, dado que le dio la posibilidad de sobrevivir a periodos de escasez de alimentos. El inconveniente comienza cuando esta escasez de energía ya no es tal, y la adaptación se encuentra inmersa en un medio donde la oferta e ingesta calórica es excesiva (3).

La obesidad infantil aumenta la probabilidad de padecerla en la adultez. Cuando hay un exceso de peso a los 4 años de edad, dicha probabilidad es del 20% y asciende al 80% si existe en la adolescencia. El momento más crítico para el desarrollo de obesidad infantil en niños susceptibles comprende el periodo entre los 5 y 6 años, momento en el que se produce el fenómeno denominado "rebote adipocitario". Dicho momento coincide con el inicio de la escuela primaria, etapa de mayor responsabilidad y autonomía del niño. Cuanto más precoz es el rebote adipocitario mayor es la probabilidad de presentar obesidad en la edad adulta. La obesidad es un factor de riesgo importante para padecer enfermedades crónicas que aumentan la mortalidad y disminuyen la calidad de vida como: diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, aterosclerosis, entre otras. (4)

II. ANTECEDENTES

A nivel mundial el número de niños de 0 a 5 años que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 42 millones en 2013. En la Región de África estudiada por la OMS, el número de niños con sobrepeso u obesidad aumentó de 4 a 9 millones en el mismo período. A su vez, en los países en vías de desarrollo la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los niños en edad preescolar supera el 30% (5).

En un estudio realizado en España sobre los factores determinantes de la obesidad, se observó que los niños entre 2 y 5 años que recibieron lactancia materna durante más de 3 meses, expresaron tasas de prevalencia de obesidad inferiores a los niños del mismo grupo de edad que no habían recibido lactancia materna o que la recibieron durante un período de tiempo más corto. (6)

En una revisión sistemática de estudios existentes, se demostró que en preescolares el efecto de los anuncios sobre el consumo de alimentos es consistente. A su vez, se observó que los preescolares son el grupo más susceptible a la T.V. Esto se vio reflejado cuando al exponerlos a un programa nutricional, se observó un efecto positivo en la selección de alimentos, mientras que, si estos eran expuestos a anuncios de alimentos poco nutritivos, ricos en energía y grasas, elegían o preferían este tipo de alimentos. (7)

Según Villagrán Pérez S., Rodríguez-Martín A., Novalbos Ruiz J. P., Martínez Nieto J. M., Lechuga Campoy J. L. (8) se aprecia una asociación significativa entre el IMC de los padres e hijos con sobrepeso, lo que posiblemente señala,

además de una influencia genética, la existencia de una alimentación y estilos de vida imitados entre padres e hijos. Asimismo, las actividades sedentarias en los niños, según este estudio, superan ampliamente el tiempo recomendado (120 minutos) y, por lo tanto, parece incidir de forma significativa en el IMC de los niños. Este hecho habla a favor no sólo de incrementar la actividad física, sino el reducir las actividades sedentarias en el tiempo libre de los niños tales como el uso de tecnología (televisión, celular, Tablet, computadora, videojuegos, etc.). Este hábito debe ser modificado desde la infancia independientemente que el niño presente un estado de sobrepeso u obesidad a estas edades.

En Argentina, entre los niños menores de 5 años la baja talla y la obesidad constituyen las situaciones más prevalentes. Aproximadamente 1 de cada 10 niños presenta baja talla para su edad, y una relación similar se observa en términos de obesidad, al considerar la referencia de la OMS. Además, la frecuencia de baja talla es mayor en niños provenientes de hogares en condición de privación socioeconómica. La prevalencia de obesidad en niños tiende a ser más elevada en aquellos hogares con necesidades básicas insatisfechas, situación particularmente observada en las regiones de NEA, NOA y Pampeana. En suma, a nivel país, según las ENNyS, hay una prevalencia del 10,4% de obesidad en niños de 24 a 60 meses de edad, siendo la región pampeana y la del Gran Buenos Aires las zonas de mayor prevalencia. (2)

Respecto a la población en estudio, se halló un informe realizado en el año

2011 por el Área de Nutrición de un Programa dependiente del Rectorado de la UBA (9). El mismo contiene datos sobre el estado nutricional de los niños. Fue realizado entre los meses de marzo y noviembre del 2011, donde se evaluaron 46 niños y niñas de la sala de 3 y 4 años perteneciente al jardín del Centro de Madres Cildañez La prevalencia de sobrepeso de los niños fue de un 28,26%, mientras que la de obesidad fue del 23,91%.

III. MARCO TEÓRICO

La oferta de nutrientes y energía a nivel celular, aportados a través de la alimentación, determina el estado nutricional de un individuo. De esta forma, pueden darse tres situaciones, que la disponibilidad de nutrientes y energía:

-se corresponda con las necesidades metabólicas normales del mismo: estado nutricional normal.

-sea inferior a las necesidades metabólicas del individuo: malnutrición por déficit que da lugar al desarrollo de enfermedades carenciales.

-sea superior o exceda las necesidades metabólicas del individuo: malnutrición por exceso, como en el caso del sobrepeso y la obesidad. (10)

La OMS define a la **obesidad** como el depósito excesivo de tejido adiposo en relación a la masa magra que puede comprometer el estado de salud del individuo. Este fenómeno se manifiesta cuando la ingesta calórica es superior al gasto energético y se encuentra regulado por una compleja interacción entre el componente biológico y el social. (11)

Existe evidencia científica de la asociación entre la obesidad infantil y el incremento de la morbilidad temprana como consecuencia del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. Al referirnos a la obesidad debemos tener en cuenta que es multifactorial, por lo cual existen diversos factores que predisponen el desarrollo de esta enfermedad entre los cuales se encuentran (12):

a) Factores intrauterinos y perinatales:

- Bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg) y alto peso al nacer (más de 4 kg)
- El Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU)
- Tabaquismo durante el embarazo
- Obesidad materna durante el embarazo
- Diabetes materna

b) Antecedentes familiares y sociales

- Obesidad parental
- Nivel socioeconómico
- Preferencias alimentarias de los padres

c) Factores postnatales

- Lactancia materna: los lactantes alimentados con leche materna podrían adquirir mayor control sobre su comportamiento nutricional que los lactantes que reciben fórmula láctea, ya que la composición de la leche materna podría variar a lo largo de la alimentación, proporcionando señales de saciedad a través de la liberación de hormonas. En contraposición, al administrar fórmula láctea se pierde este mecanismo de regulación. Asimismo, los niños alimentados con fórmula, exhiben una mayor concentración plasmática de insulina que estimula el desarrollo temprano de adipocitos y el depósito de grasa.
- Características concernientes al crecimiento del niño:
 - Rebote adipocitario temprano: Existen 3 periodos en el desarrollo del niño asociados a un incremento de la masa grasa, entre los 8 y 9 meses,

entre los 5 o 6 años y en la pre adolescencia y el estirón puberal. Se denomina rebote adipocitario al segundo periodo y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad cuando es precoz. Este periodo crítico para el desarrollo de la obesidad coincide con el inicio de la escolaridad primaria donde los niños gozan de mayor responsabilidad y autonomía.

- Alta tasa de ganancia de peso en los primeros 12 meses de vida.
- Crecimiento compensatorio entre el nacimiento y los dos años de vida: La influencia nutricional durante el embarazo constituye un factor dominante en la programación fetal, ya que se observó que los niños que sufrieron un crecimiento uterino restringido tienden a ganar peso con mayor rapidez durante el período postnatal a modo compensatorio. Este fenómeno trae como consecuencia el depósito incrementado de grasa, fundamentalmente visceral.
- Estilo de vida en la infancia temprana: se han realizado numerosos estudios que establecen la relación entre estilos de vida del entorno, principalmente el familiar, con la obesidad infantil.
- Número de horas frente a la T.V. e influencia de esta en el consumo de alimentos
- Percepción de la alimentación según nivel socioeconómico: según Patricia Aguirre (13), se ha revelado en un estudio que cada sector de ingresos piensa el cuerpo, los alimentos y la comensalidad en forma diferente. En los sectores más carenciados, la percepción del cuerpo es que debe ser “fuerte”. Para alimentarlo se requieren alimentos

rendidores, que se consuman en conjunto, en “comensalidad colectiva”. Sin embargo, para los sectores de ingreso medio interesa que el cuerpo sea “lindo”, los alimentos “ricos” y la comensalidad “familiar”. Por otro lado, en los sectores de mayor ingreso, se impone el valor de la salud sobre la belleza o la fortaleza, el tipo de comensalidad es individual donde, aunque se comparta la mesa, cada individuo es responsable de su propio consumo. A su vez, “se aprende a comer lo que se puede comer” según el nivel socioeconómico y el acceso a los alimentos. De esta manera, el niño construye una identidad alimentaria ingiriendo ciertos alimentos con los que se siente identificado con individuos de su mismo entorno social y su familia.

A su vez, siguiendo a Kovalskys (14), existe un “ambiente determinado por la suma de influencias que, en sus alrededores, y desde las oportunidades, o las condiciones de vida promueven la obesidad en individuos o poblaciones”. Este ambiente definido como “Obesogénico”, según el Ministerio de Salud (3), presenta las siguientes características:

A nivel familiar: estilos de alimentación del niño muy permisivos o controladores; estilos de alimentación no saludables, con alto consumo de bebidas edulcoradas y alimentos con alto contenido de grasas, y bajo consumo de frutas y verduras; estilo de vida sedentaria con excesivo tiempo ante la TV y la PC a expensas de actividades deportivas, etc.

A nivel comunitario: alimentación escolar inapropiada en los comedores escolares o en los kioscos escolares; falta de actividad física suficiente;

ausencia de educación alimentaria en las escuelas, abundante disponibilidad de alimentos para comer al paso; falta de facilidades para desarrollar actividades deportivas.

A nivel gubernamental: deficiente regulación de la publicidad de alimentos, particularmente la dirigida a niños; deficiente regulación de la producción y oferta de alimentos procesados, entre otros.

Por cuestiones de limitación temporal, de los factores anteriormente nombrados, en el presente trabajo se hará hincapié en los factores postnatales: peso al nacer, lactancia materna, alimentación complementaria, hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal del adulto responsable sobre el niño y nivel socio económico.

IV. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, la obesidad infantil constituye un alarmante problema de salud pública. Sin intervención, los niños obesos probablemente lo seguirán siendo en la edad adulta y, por lo tanto, tendrán más probabilidades de desarrollar diversos problemas de salud, entre ellos (15):

- enfermedades cardiovasculares, principalmente accidente cerebrovascular (ACV) y cardiopatías
- resistencia a la insulina
- trastornos osteomusculares
- algunos tipos de cáncer
- discapacidad

En cuanto a las complicaciones más inmediatas, encontramos las ortopédicas como desviaciones de columna, arcos plantares vencidos, genu valgo, enfermedad de Legg Calvé-Perthes; las respiratorias como apneas del sueño y ronquidos; y las afectaciones en la piel como estrías en tronco y cara interna de muslo, acantosis nigricans en cuello, nuca, pliegue axilares e inguinales y otras zonas de roce.

Es relevante destacar las consecuencias psicosociales de la obesidad, que se relacionan con la discriminación que puede sufrir el niño. Entre estas encontramos baja autoestima, introversión, bajo rendimiento escolar, sedentarismo y aislamiento social (2)(3)(4)

Además de empobrecer la calidad de vida de quienes padecen estas complicaciones, las mismas provocan un impacto negativo en los gastos en

Salud Pública, dado que con el paso del tiempo requieren algún nivel de manejo de atención de salud. Por otro lado, dentro de los costos indirectos, cabe destacar la reducción de la productividad de los individuos como consecuencia de la pérdida de días laborales.

En la mayoría de los casos, la obesidad se manifiesta como una patología crónica evitable. En efecto, la prevención de la inadecuación nutricional, a través de la educación alimentaria orientada a la formación de hábitos saludables, juega un rol sumamente importante. Durante la niñez se adoptan la mayoría de los hábitos y costumbres que perduran hasta la vida adulta de los individuos, condicionando la calidad de vida y el estado de salud de los mismos. Por otro lado, entre los 5 y 6 años, se produce el fenómeno conocido como rebote adipocitario y el inicio de la escolaridad primaria donde los niños gozan de mayor autonomía, dos factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad. El rebote adipocitario constituye el inicio del ascenso de la curva del IMC, luego de haber transitado una etapa de descenso de la misma a partir de los 2 años. Este proceso es fisiológico y ocurre como consecuencia de un acelerado crecimiento del tejido adiposo. Sin embargo, la sobrealimentación en este período crítico podría estimular un mayor desarrollo del número de adipocitos incrementando el riesgo de padecer obesidad. (3)

A partir de lo previamente expuesto se decidió estudiar a una población infantil de las salas de 3 y 4 años del Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita”, con el que trabaja el Área de Actividades Extramuros y Bienestar Estudiantil de la Escuela de Nutrición de la U.B.A. Se dispuso llevar a cabo

observación y descripción de los hábitos alimentarios y no alimentarios que influyen en el estado nutricional de los niños. De esta forma, se buscó realizar un aporte de información al análisis de la situación en la que se encuentran los niños, en un momento clave cómo es el año previo a ingresar al periodo crítico para el desarrollo de la obesidad, comprendido entre los 5 y 6 años de edad. Asimismo, se incluyó el estudio de la percepción del estado nutricional que poseen las madres sobre sus hijos, sobre la base de lo escrito por Patricia Aguirre, quien postula que la calidad y cantidad de alimentos ofrecidos varía de acuerdo a ésta percepción y al nivel socioeconómico del entorno del niño. (13)

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Estudiar los factores determinantes de la malnutrición por exceso en niños de 3 a 4 años de edad asistentes al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita” ubicado en Barrio Cildañez, CABA.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la prevalencia de obesidad en los niños de 3 a 4 años de edad asistentes al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita”.
- Identificar la presencia de posibles factores determinantes (socioeconómicos, hábitos alimentarios, peso al nacer, lactancia materna y la percepción de la imagen corporal del adulto responsable sobre el niño)
- Describir y analizar la alimentación de los niños que asisten al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita”.
- Indagar sobre la percepción de la imagen corporal que tienen las/os madres/padres sobre sus hijos, en relación con el estado nutricional real.

VI. **METODOLOGÍA**

- Tipo de estudio: Descriptivo, transversal.

- Población: Todos los niños que asistían a las salas de 3 y 4 años al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita”, en septiembre del 2016.

CPI “La Tortuga Manuelita”: situado en el Barrio Cildañez en CABA. Dirección: White 2212. Los destinatarios son las familias y los niños y niñas que poseen entre 45 días y 4 años de edad que presentan vulnerabilidad social. Dentro de los servicios brindados se encuentran: asistencia alimentaria y nutricional (se ofrece desayuno, almuerzo y merienda a los niños), seguimiento y cuidado de la salud, estimulación temprana y educación, y capacitación y contención a las familias. (16)

- Periodo: Septiembre 2016.

- Muestra: La selección de la muestra fue por Conveniencia. Corresponde a los niños y niñas que están bajo el Programa Integral de Acción Comunitaria en Barrios Vulnerables de la UBA conjuntamente con el Voluntariado del Área de Actividades Extramuros de la Escuela de Nutrición.

- Criterios de inclusión: Niños y niñas asistentes a salas de 3 y 4 años del CPI “La Tortuga Manuelita”, cuyo padre, madre o tutor firmó el consentimiento informado para participar del estudio.

- Criterios de exclusión: niños con patologías de base que afecten su estado nutricional (Hipotiroidismo, Enfermedad Celíaca y Diabetes tipo 1 con

diagnóstico reciente, Síndrome de Prader Willi).

-Recolección de datos: Para obtener la prevalencia de sobrepeso/obesidad y de baja talla para la edad, se realizó Antropometría clásica (Peso y Talla) y cálculo de IMC a los niños.

Técnicas de medición:

A) Peso corporal: Se realizó con el niño descalzo, de pie, inmóvil en el centro de la plataforma con el peso del cuerpo distribuido entre ambos pies. Se utilizó balanza digital, bien calibrada, con capacidad de 150 kg y sensibilidad de 100 g.

B) Talla: Se tomó de pie, sin zapatos, con los talones juntos, cuidando que el mentón se ubique recogido de manera que el borde inferior de la cavidad orbitaria se encuentre en línea horizontal con la parte superior del trago de la oreja (Plano de Frankfurt). Se utilizaron altímetros de precisión, controlados a través de una cinta métrica. (12)

C) IMC: Se calculó según la operación: $IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$

Donde la masa se expresa en kilogramos y la estatura en metros al cuadrado.

Puntos de corte utilizados:

En los niños el estado nutricional se evaluó según los "patrones de crecimiento infantil" de la OMS (talla/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la talla, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad). El más utilizado para evaluar sobrepeso y obesidad en mayores de 1 año es el IMC

para la edad.

Por esto se utilizó la clasificación de la OMS (17), cuyos patrones se plasman en tablas.

Tabla 1: Puntos de corte OMS

Puntaje Z	Percentil	IMC/E
-1 a +1	10 a < 85	NORMAL
1 a 2	85 a < 97	SOBREPESO
≥ 2 a < 3	≥ 97	OBESIDAD
≥ 3		OBESIDAD GRAVE

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Se utilizó el programa Anthro de la OMS, versión 2011, para comparar los indicadores: IMC/E, T/E, P/E y P/T para la edad, de la población estudiada con la población estándar de la OMS.

Para describir la alimentación de los niños, se realizaron encuestas de tipo auto administradas a los adultos responsables. Las mismas incluyeron preguntas con respuestas cerradas, semiabiertas y abiertas, para evaluar: peso al nacer, lactancia materna, estilos de vida en la infancia temprana, percepción del estado nutricional del adulto responsable sobre el niño y nivel socioeconómico.

Para el diseño de la misma se consultaron fuentes secundarias, como la

Encuesta Permanente de Hogares (18) y las ocho preguntas del nuevo sistema de medición del hambre y la inseguridad alimentaria de la (19).

Para evaluar los ingresos se consultó el valor de la Canasta Básica de Alimentos (CBA) \$6.110,61 y la Canasta Básica Total (CBT) \$12.356,37 propuesta por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (20) para el mes de junio del 2016 para un hogar compuesto por un matrimonio de 35 años, ambos activos, propietarios de la vivienda, y con dos hijos varones de 9 y 6 años. De esta manera, se clasificó a los hogares que estarían bajo la Línea de Indigencia si no cubren la CBA y que estarían bajo la Línea de Pobreza si no cubren la CBT.

Para evaluar los distintos grados de inseguridad alimentaria, el grupo de trabajo, consideró:

-Leve: si el encuestado estuvo preocupado acerca de la capacidad de obtener alimentos

-Moderada: si la calidad y variedad de los alimentos se encontró comprometida

-Grave: si la familia tuvo que reducir las cantidades o si pasó hambre.

A su vez, y para enriquecer el análisis de la descripción de la alimentación de los niños, se consultó el pliego de comedores escolares del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (21) y se realizó una entrevista, con guía de preguntas, a la encargada de la cocina del CPI “La Tortuga Manuelita”. En la misma, se indagó sobre las formas de preparación, el cumplimiento del menú preestablecido, la aceptación de éste por parte de los niños y la posibilidad de

realizar preparaciones para situaciones especiales.

-Procesamiento y análisis de datos:

A la hora de analizar los datos de las encuestas, se confeccionó una matriz con el Programa Excel para tabular las respuestas y, de esta manera, analizar los resultados.

-Presentación de resultados:

Para las variables cuantitativas, los resultados fueron presentados en valores absolutos y porcentajes a fin de reflejar magnitud. Asimismo, se utilizaron gráficos o tablas para facilitar su comprensión.

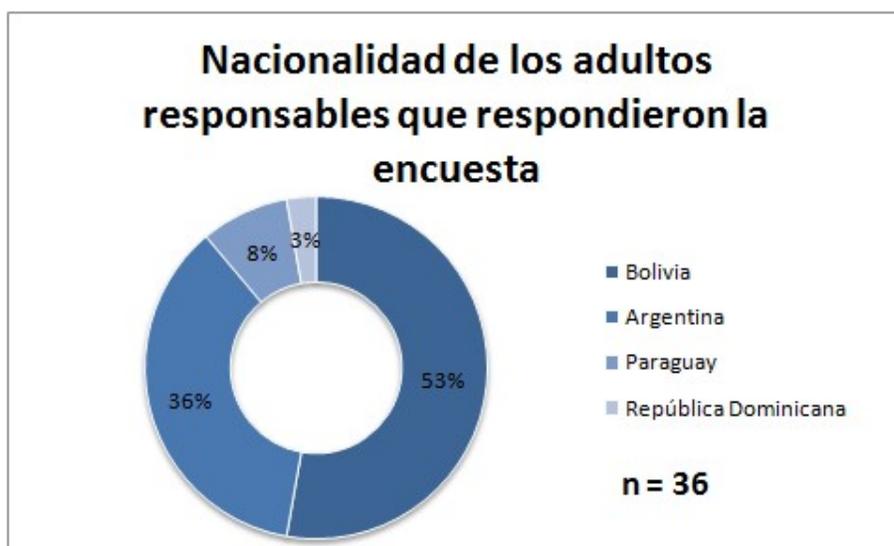
Para complementar el análisis, se expusieron frases textuales de los relatos extraídos de la entrevista.

VII. RESULTADOS

Caracterización de la población

La población estudiada estuvo compuesta por los niños que asisten a salas de 3 y 4 años del Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita” del Barrio Cildañez. Se obtuvo el consentimiento para realizar Antropometría Clásica de 52 infantes, de los cuales 22 eran niñas y 30, niños. Asimismo, 36 adultos responsables respondieron la encuesta. De la misma, surgió que la mayoría de los adultos responsables tienen nacionalidad boliviana, seguido por aquellos que nacieron en Argentina, Paraguay y República Dominicana como puede observarse en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Nacionalidad de los adultos responsables



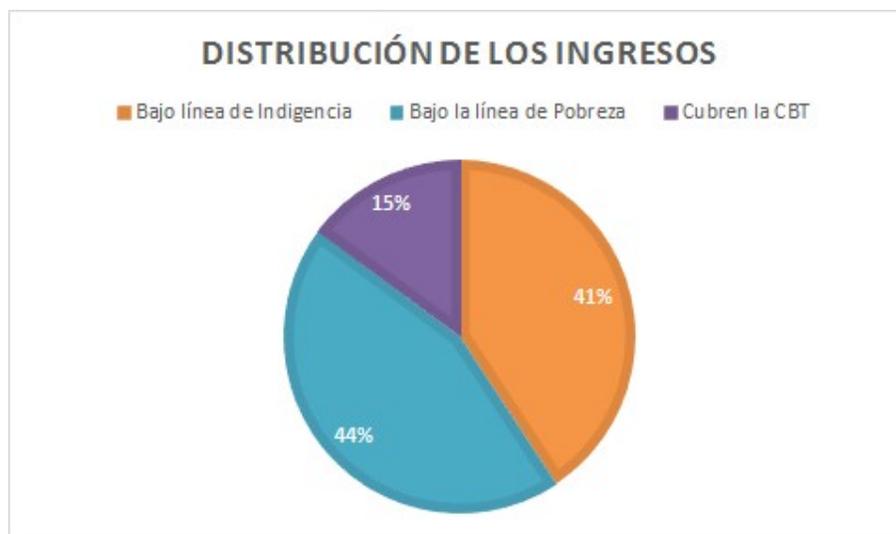
Fuente: elaboración propia

Situación socioeconómica de los hogares

La situación socioeconómica fue valorada por medio de: el ingreso promedio mensual del hogar, considerando los tres últimos meses; la modalidad de trabajo con el cual lo obtuvieron; y el aporte a través de planes sociales. Asimismo, se realizaron preguntas para evaluar la inseguridad alimentaria.

En el Gráfico 2 se presenta la distribución de los hogares según su capacidad para cubrir la CBA o CBT en función del ingreso mensual (en relación a los últimos 3 meses) declarado por los adultos responsables en las encuestas realizadas. Este dato nos permite realizar una aproximación a la situación económica en la que se encuentran los hogares donde residen los niños.

Gráfico 2. Distribución según capacidad de cubrir la CBA y CBT



Fuente: Elaboración propia.

Si bien de los 36 encuestados, un elevado porcentaje (25%) no respondió, puede observarse en el Gráfico 2 que de los 27 hogares de los que se tuvo información, sólo el 15% (4) percibió ingresos que alcanzan a cubrir la CBT, es decir, no son pobres.

Teniendo en cuenta únicamente a los niños con sobrepeso y obesidad (n=13), se observó que el 38,46% (5) se encuentra bajo la Línea de Indigencia y el 30,76% (4) se encuentra por debajo de la Línea de Pobreza.

Como se observa en la Tabla 2, más de la mitad de la población estudiada debe recurrir a más de una fuente para obtener sus ingresos mensuales.

Tabla 2. Fuentes de ingresos de los hogares

Porcentaje	Frecuencia absoluta	Fuente del ingreso mensual del hogar
27,77%	10	Proveniente de una fuente incluye: trabajo formal o informal
69,44%	25	Proveniente de más de una fuente(*)
2,77%	1	No responde
100%	36	TOTAL

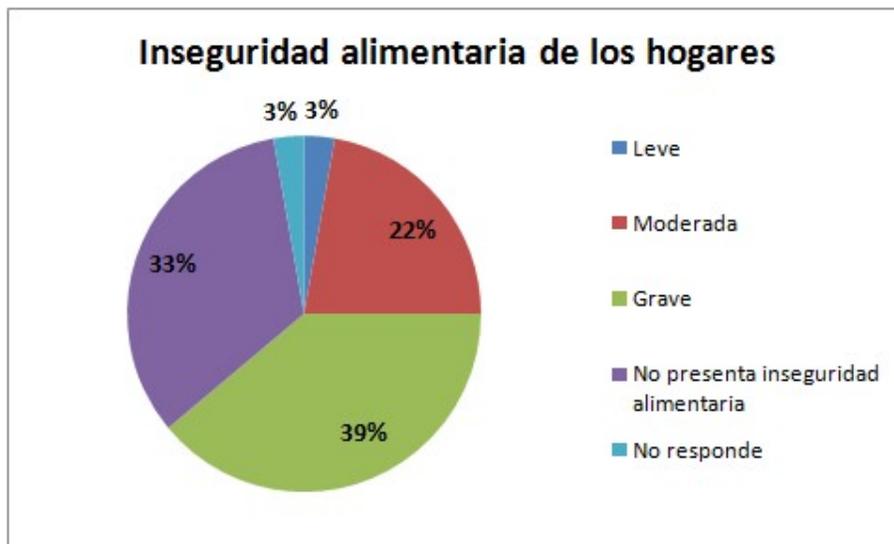
(*) Incluye: trabajo formal e informal, negocio propio, indemnización por despido, subsidio o ayuda social (en dinero), renta o alquiler de su propiedad, jubilación o pensión, cuotas de alimentos o ayuda en dinero de personas que no viven en el hogar, changas, cartoneo, venta de pertenencias, venta ambulante, integrante de la familia que pida dinero en la calle.

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, sólo el 41,66% (15) tiene acceso a trabajo formal y un 66,66% (24) cobra algún tipo de plan social.

Por último, respecto de la identificación de hogares con inseguridad alimentaria utilizando la clasificación propuesta por la FAO, se obtuvo que el 63,88% (23) de los hogares que respondieron presentan algún tipo de inseguridad alimentaria (Gráfico 3).

Gráfico 3. Presencia de inseguridad alimentaria en los hogares



Fuente: Elaboración propia.

Estado nutricional

La prevalencia de obesidad del total de niños evaluados por antropometría clásica (n=52) fue del 25% (13), mientras que de sobrepeso el 17,3% (9); presentando normopeso el restante 57,69% (30) de los niños analizados.

A continuación, se presentan los resultados de los 36 niños cuyos padres respondieron la encuesta administrada.

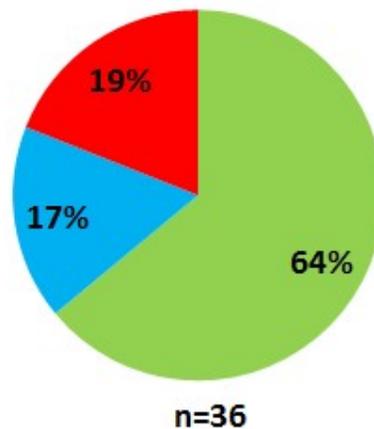
Respecto del estado nutricional, se obtuvo que el 36% (13) de los niños

presentan malnutrición por exceso, sobrepeso u obesidad, en porcentajes similares (Gráfico 4).

Gráfico 4. Estado nutricional de los niños

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

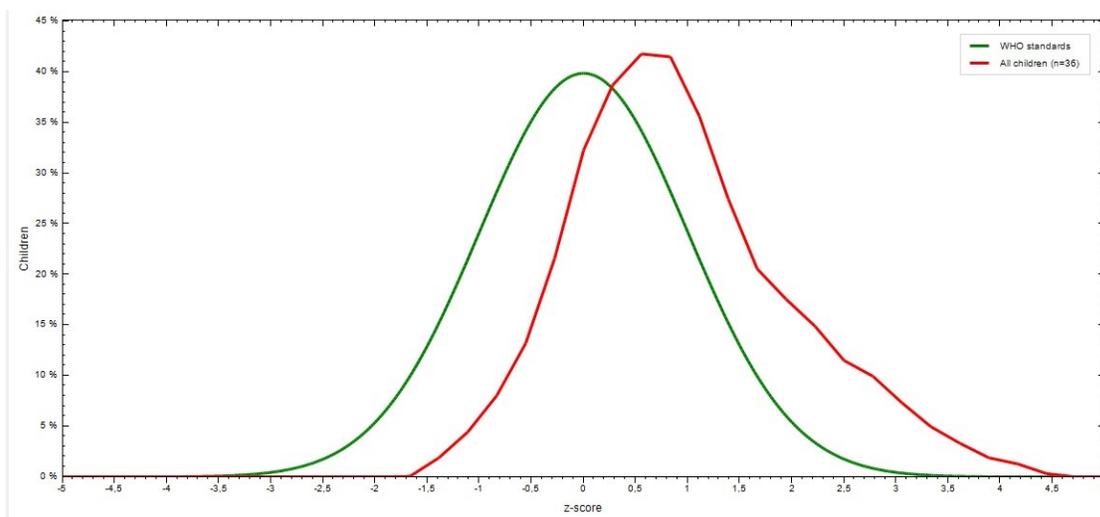
■ Normopeso ■ Sobrepeso ■ Obesidad



Fuente: elaboración propia

La curva perteneciente a la muestra estudiada en comparación con la población de referencia de la OMS, se encuentra desplazada hacia la derecha con respecto a la distribución normal del indicador IMC/E (Gráfico 5). Este hecho se corresponde con la elevada prevalencia de malnutrición por exceso referida previamente. Además, es levemente más angosta y de mayor altura, fenómeno que indica mayor concentración de datos en torno a un valor (moda).

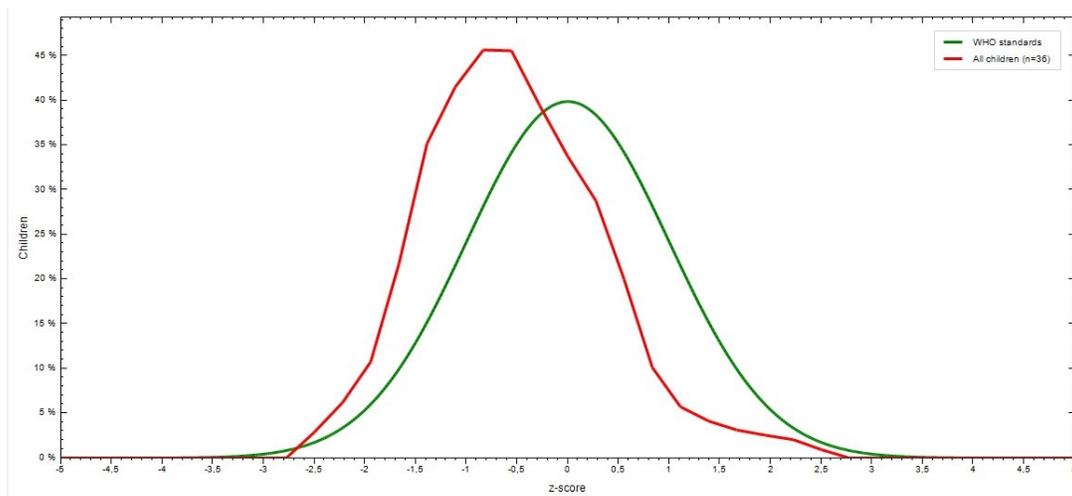
Gráfico 5. Comparación de la distribución del indicador IMC/E entre la muestra en estudio con el estándar propuesto por la OMS



Fuente: elaboración propia mediante el empleo del programa Anthro de la OMS

En contraposición con lo señalado acerca del indicador IMC/E, la gráfica del indicador T/E se halla desplazado hacia la izquierda como se manifiesta en el Gráfico 6. De la misma manera, la dispersión de datos es aún menor.

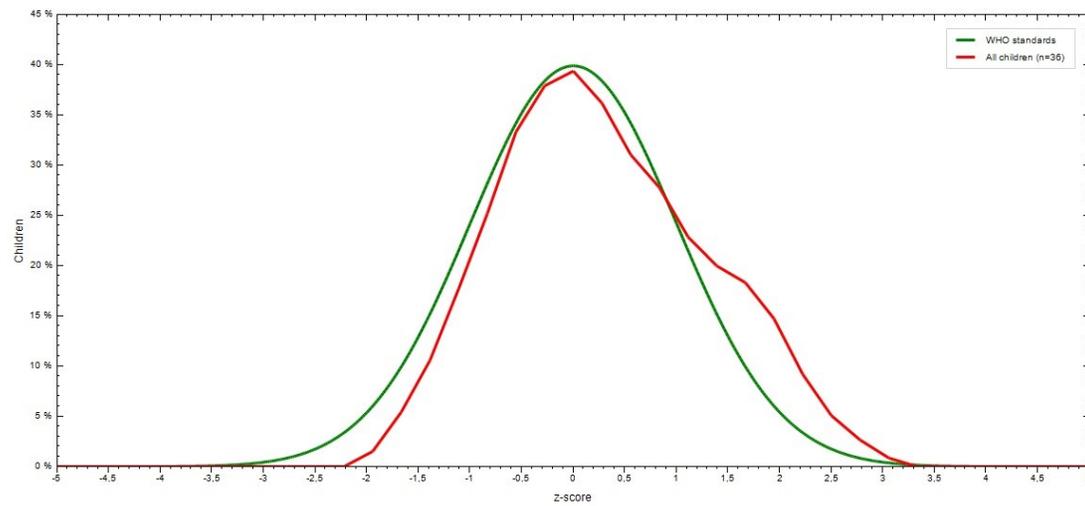
Gráfico 6. Comparación de la distribución del indicador T/E de la muestra en estudio con el estándar propuesto por la OMS



Fuente: elaboración propia mediante el empleo del programa Anthro de la OMS

Por otro lado, si bien la curva obtenida del indicador P/E manifiesta una pequeña desviación hacia la derecha, se asemeja en mayor medida con la propuesta por la OMS

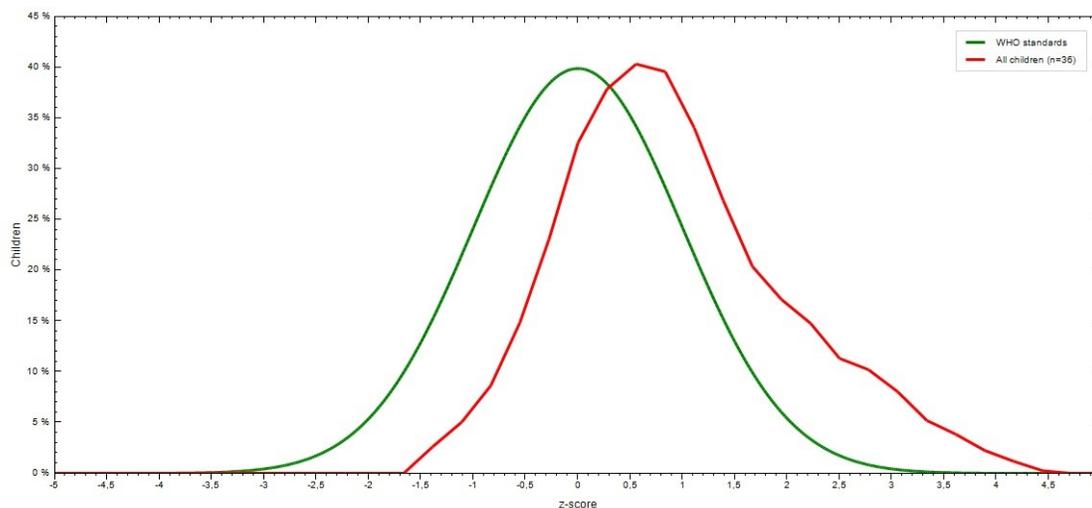
Gráfico 7. Comparación de la distribución del indicador P/E de la muestra en estudio y del estándar propuesto por la OMS



Fuente: elaboración propia mediante el empleo del programa Anthro de la OMS

En cuanto al indicador P/T para la edad, la curva obtenida se encuentra desplazada hacia la derecha en concordancia al Gráfico 5.

Gráfico 8. Comparación de la distribución del indicador P/T de la muestra en estudio y del estándar propuesto por la OMS



Fuente: elaboración propia mediante el empleo del programa Anthro de la OMS

Peso al nacer

El 16,6% (6) del total de los niños (n=36) presentaron bajo peso al nacer, de los cuales el 33,33% (2) tiene sobrepeso en la actualidad. Mientras que un 5,55% (2) nació con macrosomía, de los cuales el 50% (1) desarrolló obesidad. Por otro lado, el 66,66% de los niños tuvieron peso normal al nacer.

Lactancia materna

De los 35 niños que recibieron lactancia materna, el 11,4% (4) fue alimentado a pecho hasta los 3 meses, mientras que el 88,51% (31) recibió hasta los 6 meses o más (el 5,71% (2) hasta los 6 meses, 42,8% (15) hasta los 12 meses y

40% (14) hasta los 24 meses). El 25% (1) de los niños que recibieron lactancia materna hasta los 3 meses presentan sobrepeso.

Alimentación complementaria

La introducción del primer alimento del 16,66% (6) de los niños fue antes de los 6 meses de edad, el 44,44% (16) a los 6 meses y el 16,66% (6) después de los 7 meses, siendo el porcentaje restante los que no responden.

Los primeros alimentos incorporados se presentan en la Tabla 3 en orden decreciente de frecuencia.

Tabla 3. Alimentos incorporados en los primeros meses de vida

PRIMEROS ALIMENTOS INCORPORADOS
Papilla
Puré de frutas
Sopa
Yogur
Fideos, Vitina
Pollo, guiso, gelatina

Fuente: elaboración propia

Fraccionamiento alimentario

Al indagar sobre los hábitos de ingesta de alimentos, se obtuvo que, de lunes a viernes, un 91,66% (33) de los niños repite al menos una comida en su casa además de las ofrecidas en el CPI (desayuno, almuerzo y merienda). A su vez, el 92,30% (12) de los 13 niños que tienen sobrepeso y obesidad, repiten comidas.

En relación a la alimentación de los sábados, domingos y feriados, el 47,22 % (17) de los niños cumple con las 4 comidas y el 53,84% (7) de los niños con sobrepeso y obesidad realiza una comida más antes de ir a dormir.

El 83,33% (30) del total de los niños (n=36) picotea entre comidas. Los alimentos que se eligen para estos momentos se presentan en la Tabla 4 en orden de mayor a menor consumo.

Tabla 4. Alimentos más elegidos entre comidas

ALIMENTOS ELEGIDOS PARA PICOTEAR
Galletitas dulces
Fruta
Yogur
Pan

Gelatina
Galletitas de agua, Cereales, Golosinas, Postrecito, Alfajor
Papas fritas, milanesa, snacks salados

Fuente: elaboración propia.

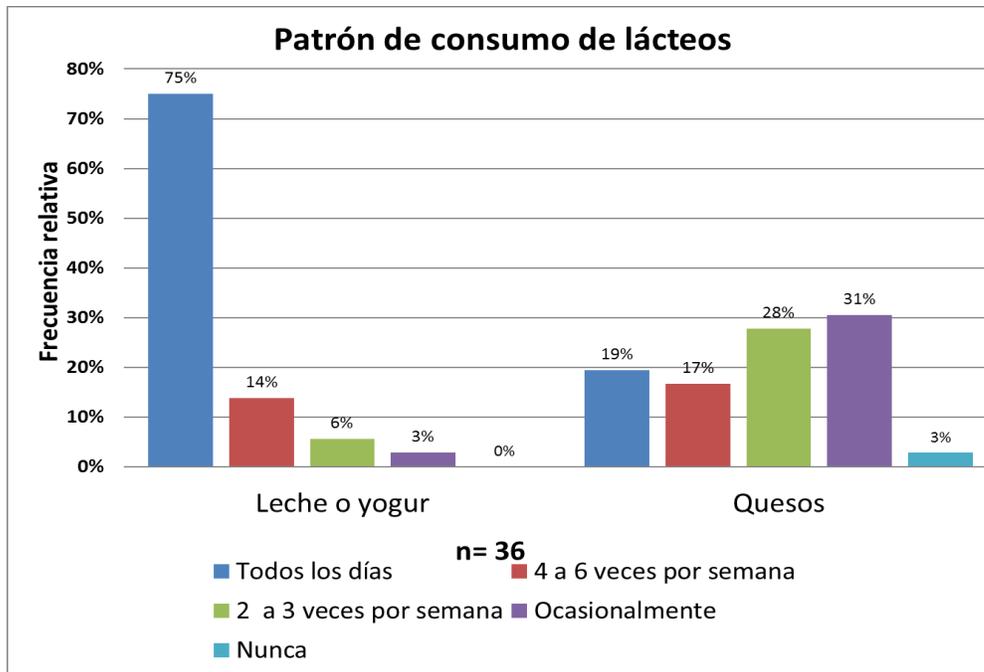
Patrón de consumo alimentario

En este apartado se describe la frecuencia de consumo de ciertos alimentos. La descripción de la misma es complementada con lo observado de la propuesta de menú escolar del GCBA y lo referido por la encargada del comedor del CPI.

En el Gráfico 9, se presentan los resultados que se obtuvieron sobre la frecuencia de consumo de lácteos. Se puede observar que un 25% de los niños (9) no consumen leche todos los días. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los niños reciben, leche o yogur todos los días en el CPI además de los consumidos en el hogar.

En cuanto a la frecuencia de consumo de queso, se observó que el 80,55% (29) de los niños no lo consume diariamente.

Gráfico 9. Frecuencia de consumo de lácteos



En cuanto a la frecuencia de consumo de huevo, el 77,99% (27) consume al menos 2 huevos por semana.

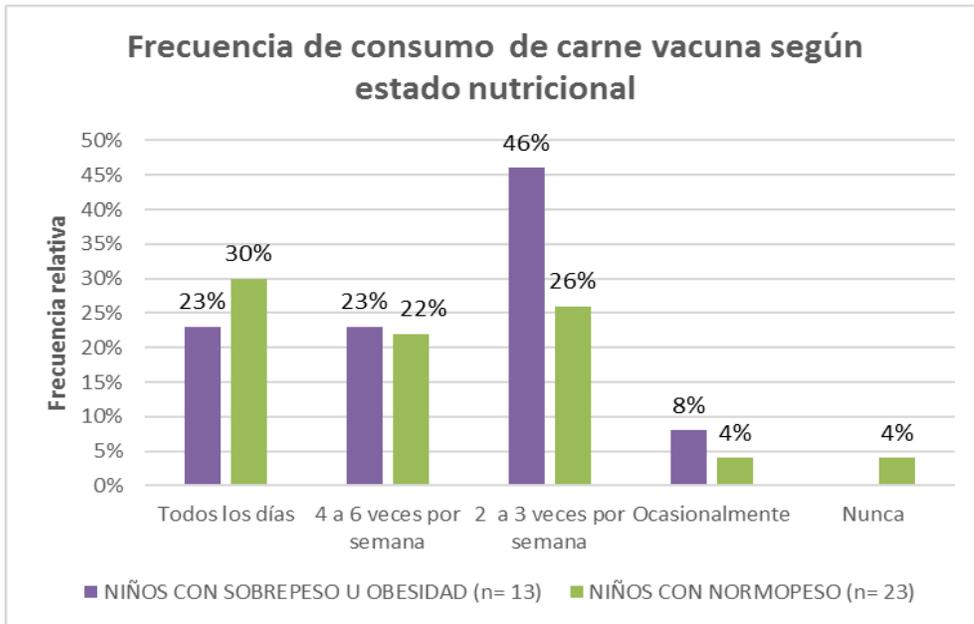
A continuación, se presentan los resultados del patrón de consumo según el estado nutricional de los niños. Se seleccionaron los alimentos cuyo consumo excesivo podría asociarse al incremento de peso (carnes, vísceras, fiambres, golosinas, productos de pastelería, snacks, jugos, hamburguesas, salchichas, frituras y guisados) y aquellos cuyo bajo consumo se asocia a una alimentación poco saludable (frutas y verduras).

Carnes

En el Gráfico 10, se puede observar que la frecuencia de consumo de carne vacuna de la muestra, es similar entre ambos grupos de niños. La mayoría de los casos manifiesta un consumo de 2 a 3 veces por semana, seguido por

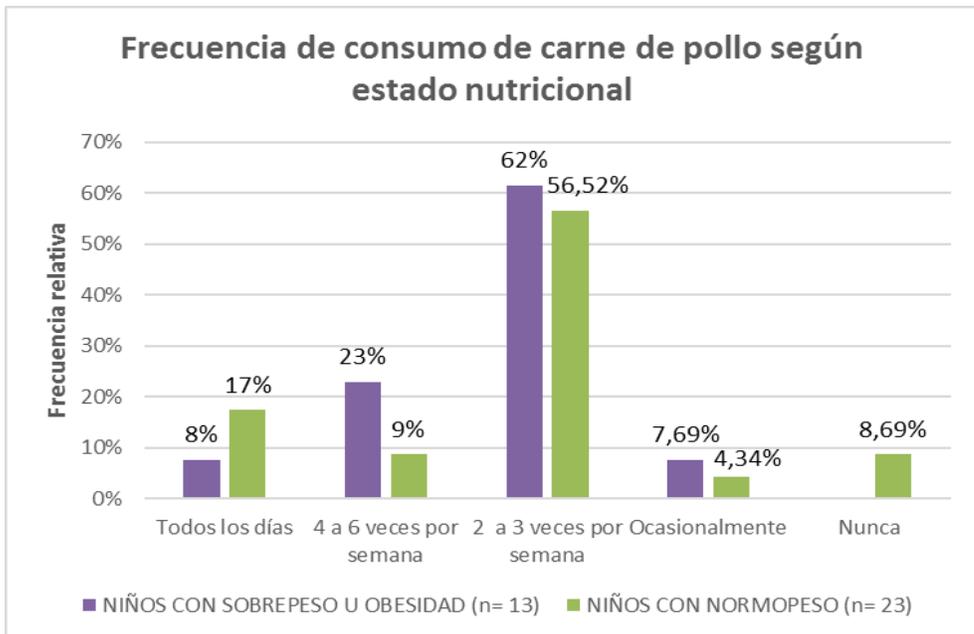
todos los días y 4 a 6 veces por semana. Cabe destacar que es el tipo de carne que presentó mayor frecuencia de consumo.

Gráfico 10. Frecuencia de consumo de carne vacuna según estado nutricional



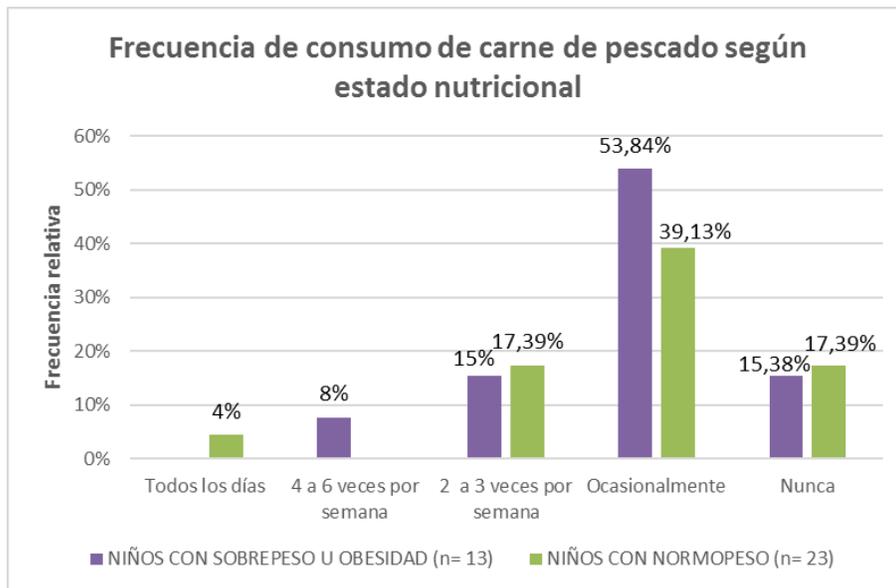
La carne de pollo obtuvo una distribución más homogénea en cuanto a su frecuencia de consumo en ambos grupos de niños. Como se observa en el Gráfico 11, la mayoría de los infantes la consume de 2 a 3 veces por semana

Gráfico 11. Frecuencia de consumo de carne de pollo según estado nutricional



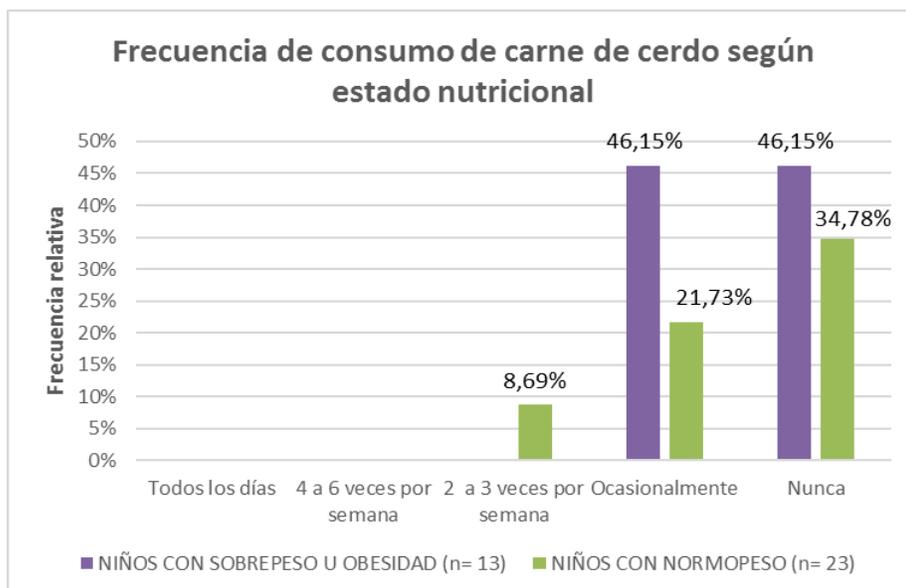
Respecto a la carne de pescado (Gráfico 12), la mayor parte de la muestra refirió consumirlo de manera ocasional.

Gráfico 12. Frecuencia de consumo de carne de pescado según estado nutricional



En cuanto al consumo de carne de cerdo (Gráfico 13), se puede observar que la frecuencia es baja en ambos casos, consumiéndose nunca u ocasionalmente en mayor medida.

Gráfico 13. Frecuencia de consumo de carne de cerdo según estado nutricional



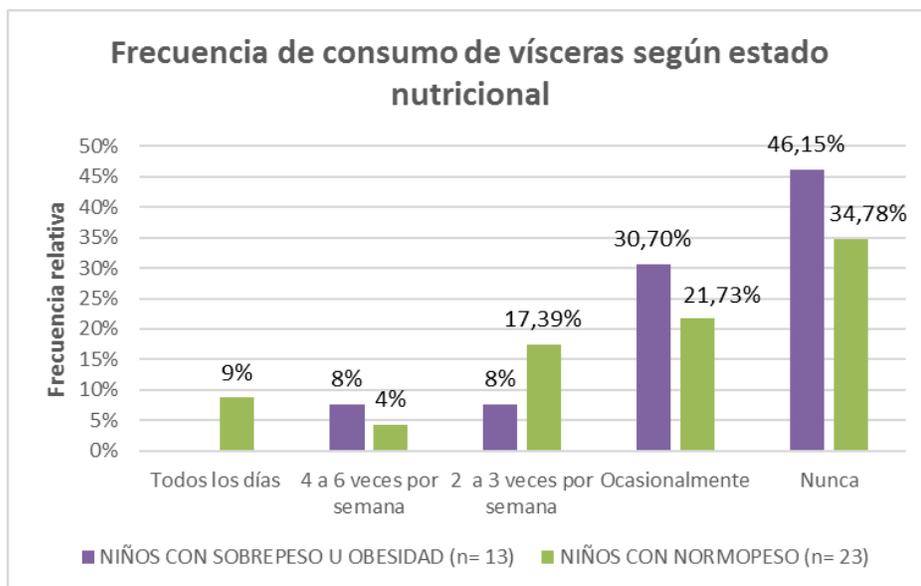
Fuente: elaboración propia.

En el pliego de comedores escolares, la carne forma parte del menú al menos tres veces por semana, llegando en algunas semanas a ofrecerse todos los días. Las carnes que predominan son las de pollo y vaca, siendo el pescado la que se ofrece en menor frecuencia (cada tres semanas). Al indagar sobre la forma de preparación, la jefa de cocina afirmó retirar la grasa visible en todas las ocasiones.

Vísceras

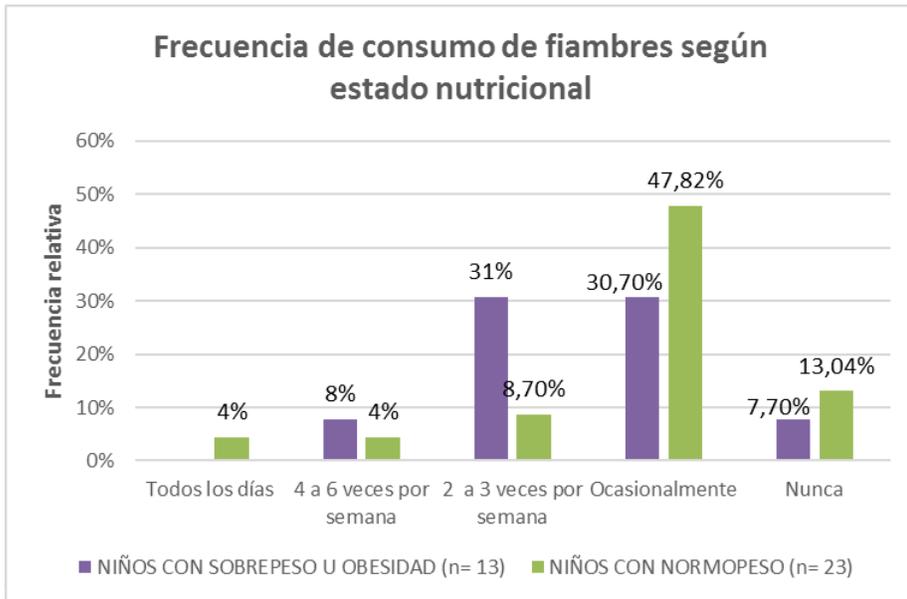
En el Gráfico 14, se presentan los resultados que se obtuvieron sobre la frecuencia de consumo de vísceras de la muestra. La distribución entre ambos estados nutricionales es similar, el hábito de consumo se inclina hacia nunca u ocasionalmente.

Gráfico 14. Frecuencia de consumo de vísceras según estado nutricional



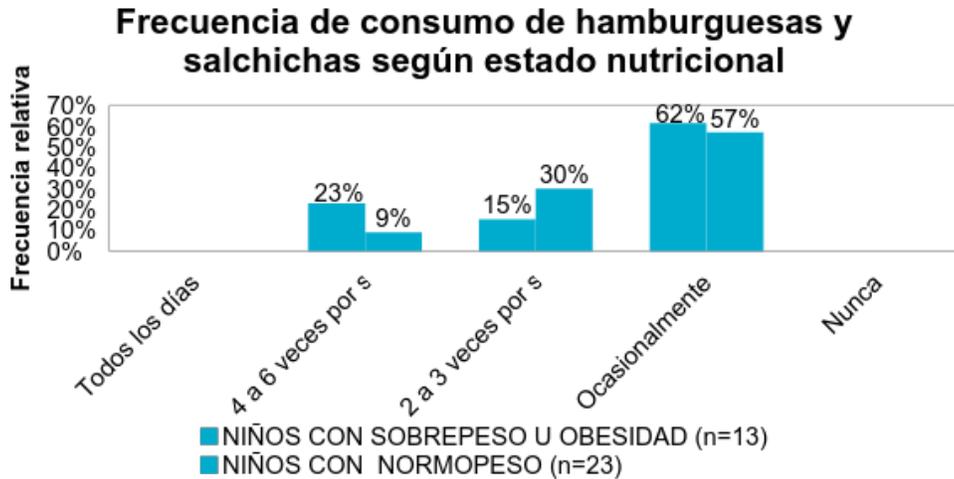
En el Gráfico 15 se presentan los resultados que se obtuvieron sobre la frecuencia de consumo de fiambres de la muestra. Entre los niños con sobrepeso u obesidad, se concentraron en 2 a 3 veces por semana y ocasionalmente, en igual proporción. En cambio, la mayor parte de los niños con normopeso recibe fiambres ocasionalmente, o nunca.

Gráfico 15. Frecuencia de consumo de fiambres según estado nutricional



La mayoría de los niños tanto los que tienen sobrepeso u obesidad como aquellos con normopeso las consumen ocasionalmente (Gráfico 16).

Gráfico 16. Frecuencia de consumo de hamburguesas y salchichas según estado nutricional

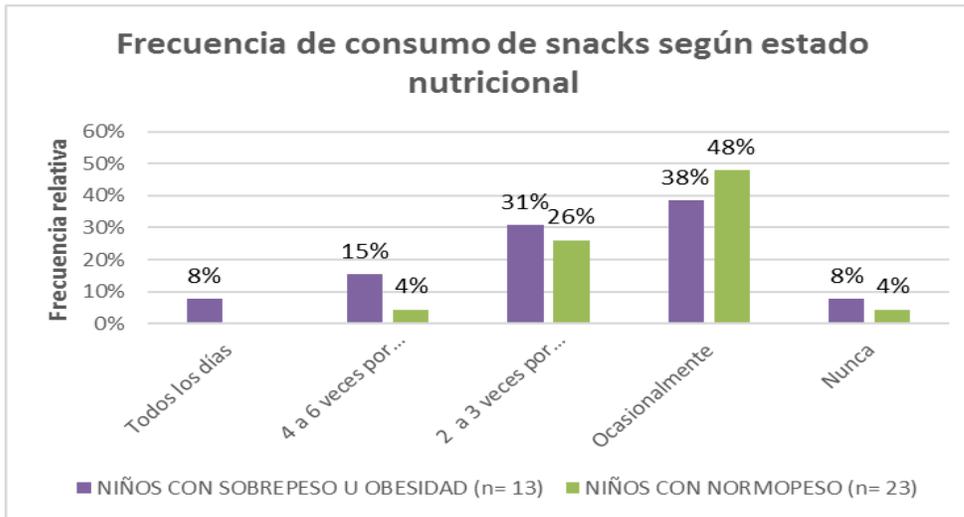


Fuente: Elaboración propia.

Snacks

El consumo de snacks de la población estudiada posee una distribución similar al de golosinas, concentrándose también principalmente en 2 a 3 veces por semana y ocasionalmente (Gráfico 17).

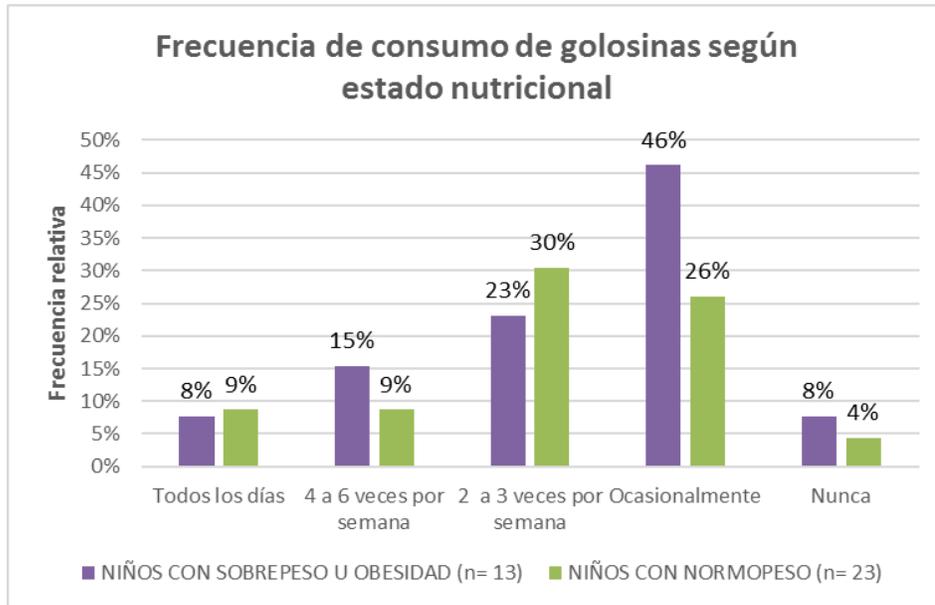
Gráfico 17. Frecuencia de consumo de snacks según estado nutricional



entran, bargo, cabe destacar que hay niños (tanto normopeso, como con sobrepeso u obesidad) que reciben estos alimentos en los hogares de manera diaria o más

de 4 veces por semana.

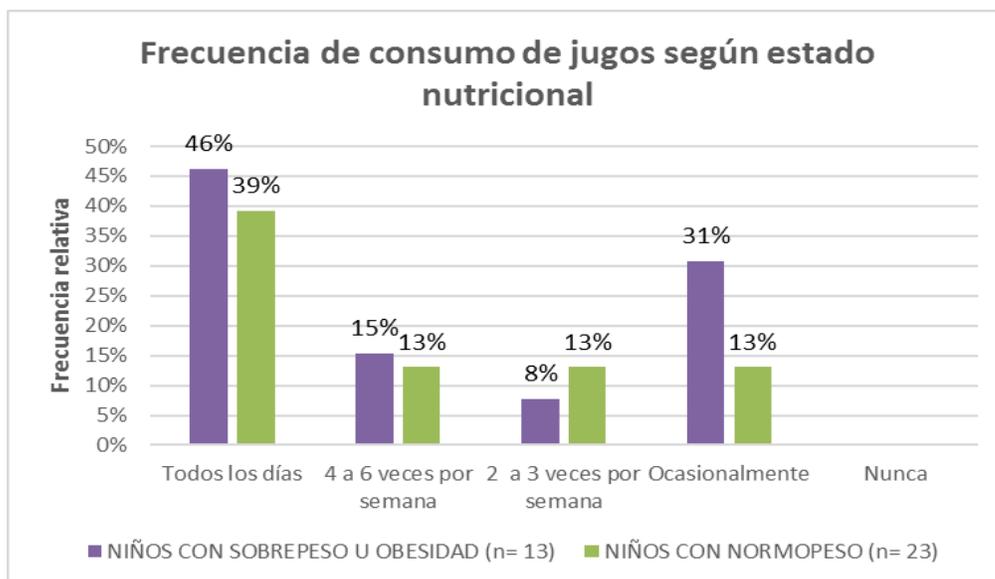
Gráfico 18. Frecuencia de consumo de golosinas según estado nutricional



Al analizar el consumo de jugos, se obtuvo que la mayor parte de los niños, sin importar su estado nutricional, poseen un consumo diario o mayor a 4 veces por semana de estas bebidas (Gráfico 19).

Sin embargo, en el CPI la jefa de cocina refirió que sólo ofrecen agua en los almuerzos y que es aceptada por los niños.

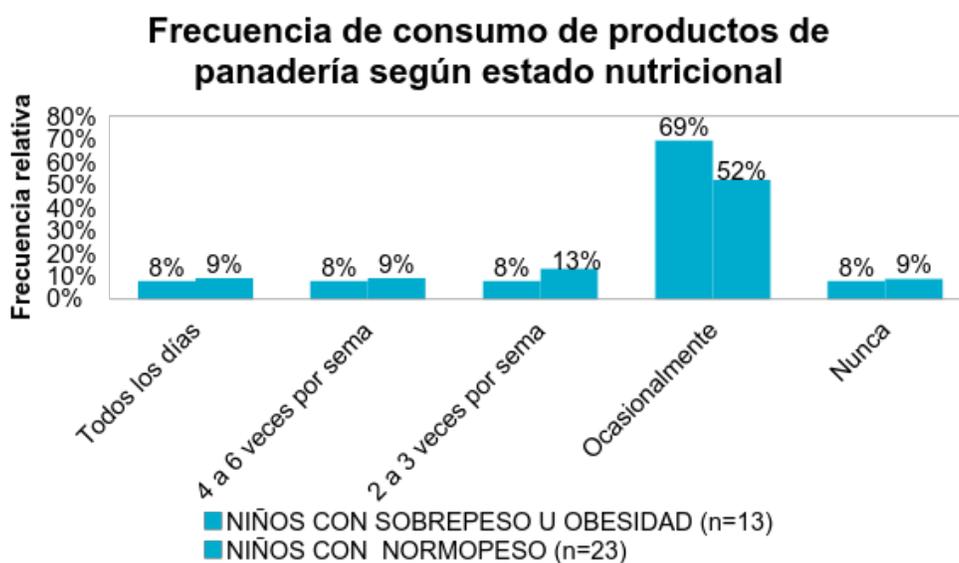
Gráfico 19. Frecuencia de consumo de jugos según estado nutricional



Al evaluar el consumo de azúcares simples de los niños, se debe tener en cuenta que además de los jugos que ingieren en el hogar, en el CPI se les ofrece mate cocido al cual, según la jefa de cocina, es preparado con 1 kg de azúcar cada 30 litros de mate, lo cual equivale a 8,3 g cada 250 ml.

Respecto a los productos de pastelería, se obtuvo que tanto los niños con sobrepeso u obesidad, como con normopeso, consumen ocasionalmente (Gráfico 20).

Gráfico 20. Frecuencia de consumo de productos de panadería según estado nutricional



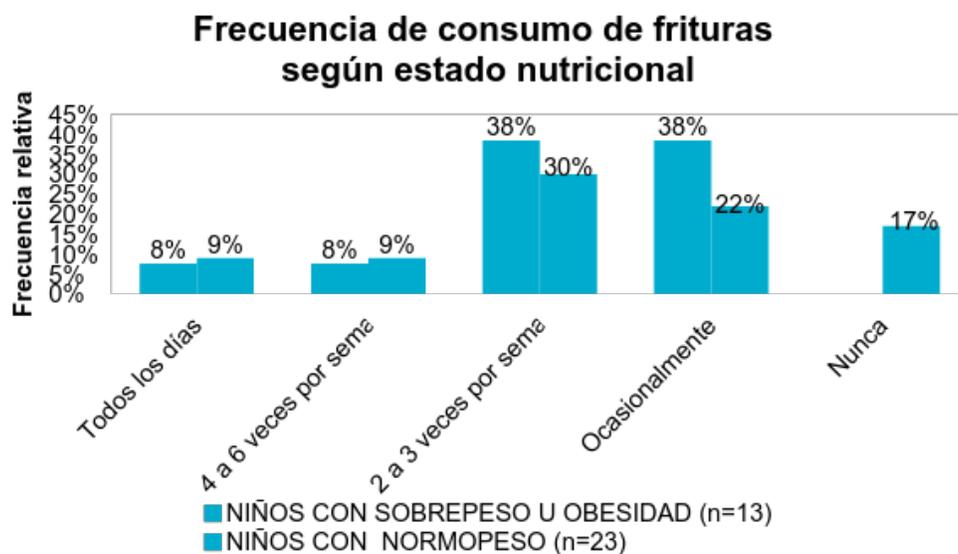
Fuente: elaboración propia

A las golosinas y productos de panadería consumidos en el hogar, se deben sumar los ofrecidos en el CPI al menos tres veces por semana, en el desayuno o merienda. Los productos son: alfajores, panes de ricota, barritas de cereal y galletitas dulces.

Formas de preparación utilizadas

Al analizar las frituras como forma de preparación, los resultados obtenidos fueron que la mayoría de los niños, tanto aquellos con sobrepeso u obesidad como los normopeso, consumen ocasionalmente. A su vez, casi un 10%, tanto de los niños que tienen normopeso, como aquellos con malnutrición por exceso, utilizan como forma de preparación las frituras todos los días (Gráfico 21).

Gráfico 21. Frecuencia de consumo de preparaciones mediante frituras según estado nutricional

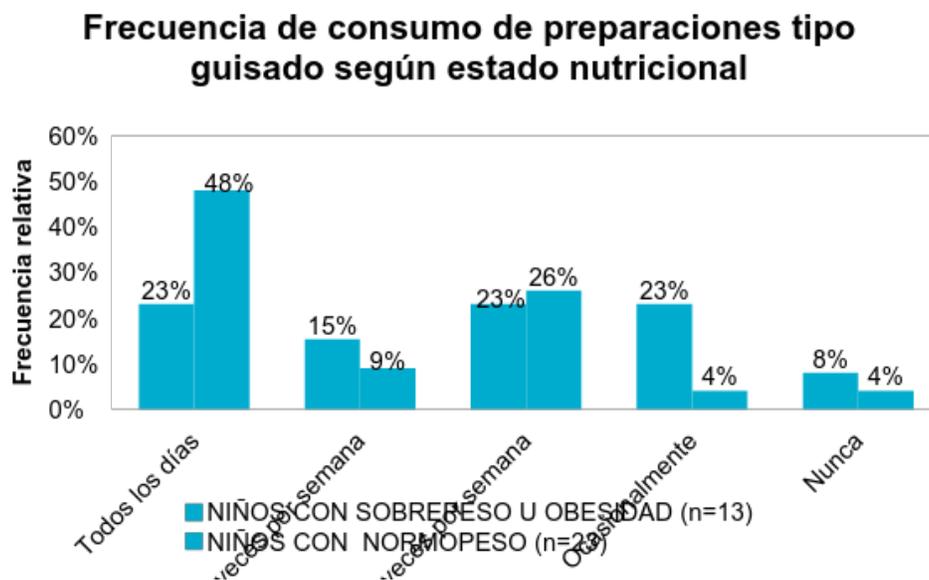


Fuente: Elaboración propia

Analizando los guisados como forma de preparación (Gráfico 22), una gran proporción de niños los consumen todos los días. Este dato concuerda con lo afirmado por la jefa de cocina, la cual refiere que los guisos y las sopas son las

formas de preparación más aceptadas por los niños. Los guisos que se ofrecen según el menú son guiso de lentejas y ternerita guisada. Sin embargo, la forma de preparación que más se utiliza en el CPI es al horno.

Gráfico 22. Frecuencia de consumo de preparaciones tipo guisados según estado nutricional



Fuente: elaboración propia.

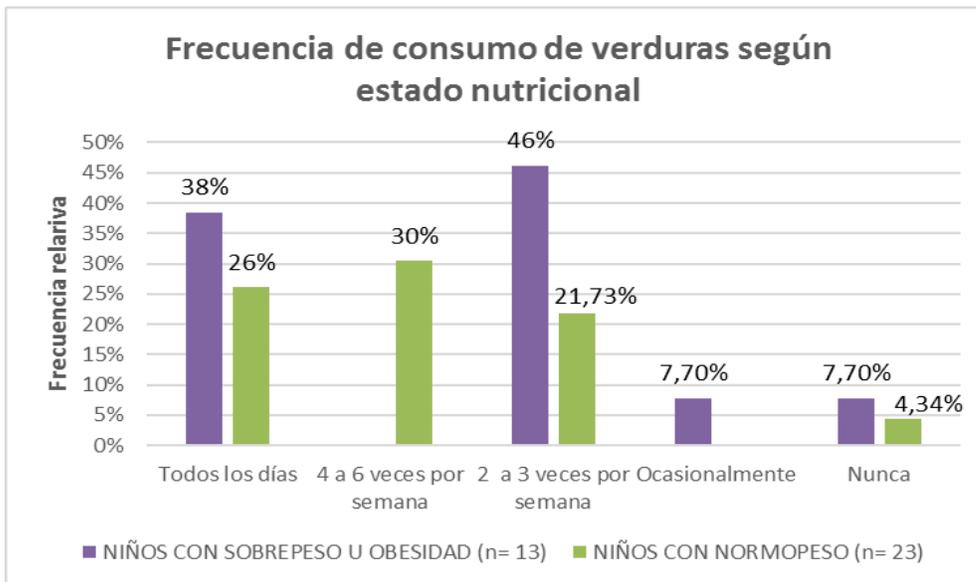
Frutas y verduras

Las frutas y las verduras son alimentos cuyo bajo consumo es asociado a una alimentación poco saludable. Al evaluar la ingesta de estos en la población estudiada, se encontró que es insuficiente en ambos grupos de niños. Tanto las verduras como las frutas deberían consumirse de manera diaria y se hallaron niños que no cumplen con esto. Al no haberse indagado acerca de las cantidades consumidas, no se evaluó el cumplimiento de las porciones diarias

recomendadas, sino que se tomó como referencia la ingesta diaria de estos alimentos para considerar saludable o no la alimentación de los infantes.

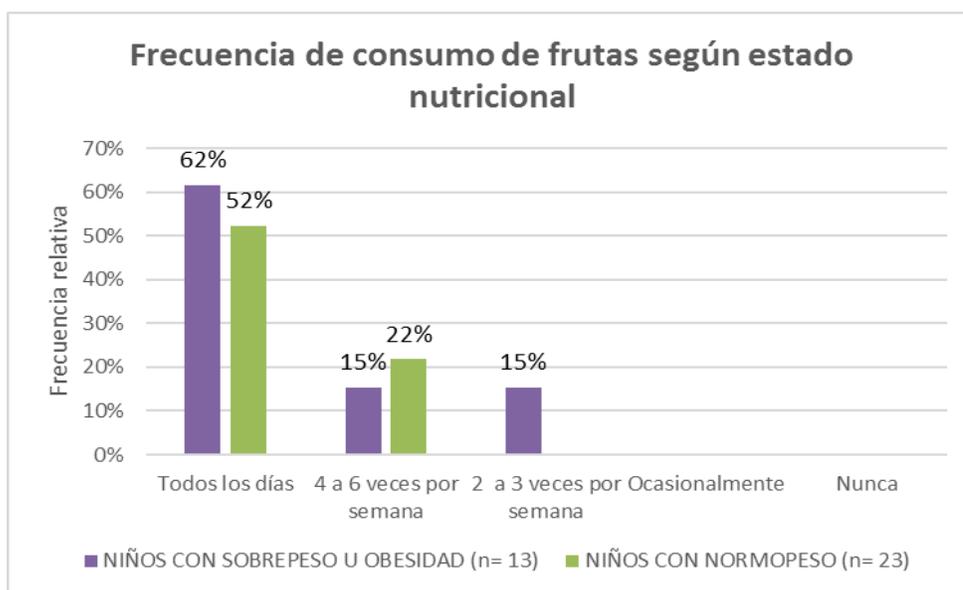
Con respecto al consumo de verduras, como se puede observar en el Gráfico 23, sólo un 38% (5) de los niños con sobrepeso u obesidad y un 26% (6) de los que presentan normopeso las consumen diariamente.

Gráfico 23. Frecuencia de consumo de verduras según estado nutricional



En cuanto a las frutas (Gráfico 24), si bien el consumo es más frecuente con respecto a las verduras, aún es escaso en algunos niños. Cabe destacar, que al igual que en las verduras, se halló mayor consumo en los niños con malnutrición por exceso que en los normopeso.

Gráfico 24. Frecuencia de consumo de frutas según estado nutricional



En el menú de comedores escolares, se puede observar que, al menos dos veces por semana, los niños reciben fruta fresca de postre y una vez por semana ensalada de frutas y según la jefa de cocina, éstas son aceptadas por los mismos. Asimismo, los vegetales son ofrecidos sólo dos a tres veces por semana en preparaciones crudas, como ensaladas, y cocidas, como en purés y vegetales al horno. En cuanto a la papa, se ofrece dos veces por semana en diferentes preparaciones como ensalada de papa y huevo, puré tricolor, pastel de papas, papas al natural.

Adaptaciones del menú a situaciones especiales

Por último, cabe destacar que el pliego de Comedores Escolares del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires establece contemplar para situaciones especiales como sobrepeso, obesidad, bajo peso o la presencia de determinadas patologías, la adaptación y/o modificación del menú de acuerdo a las mismas. Sin embargo, la encargada de cocina afirmó que esto no se

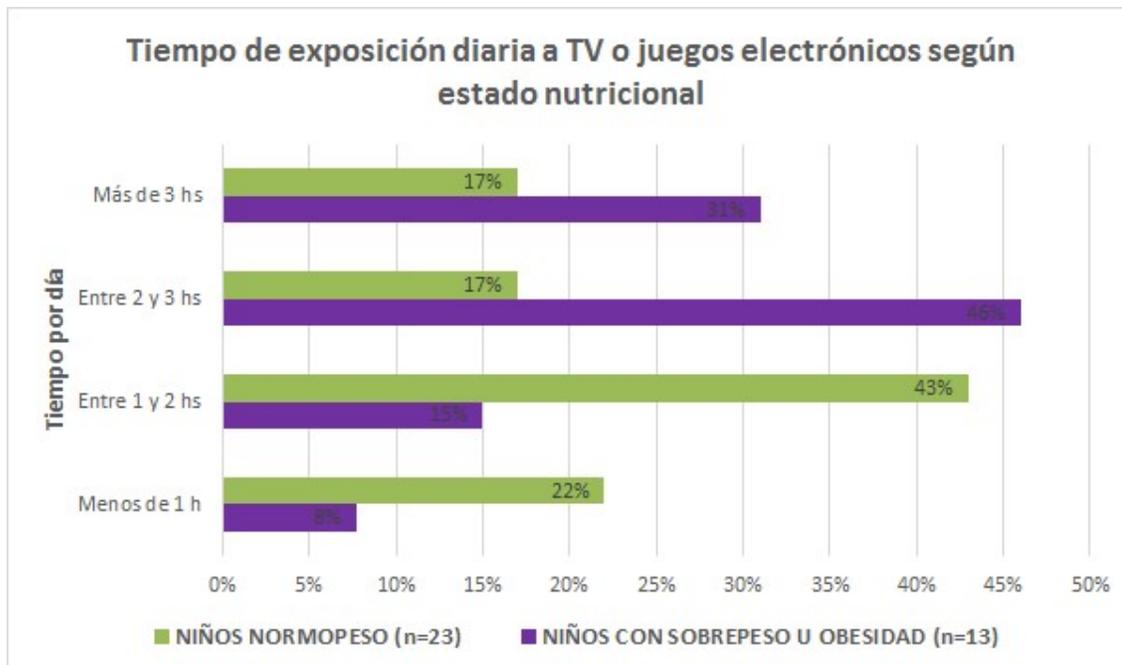
cumple. Simplemente se agrega huevo o queso rallado al plato de aquellos niños que tienen bajo peso y, en contrapartida, sirven raciones reducidas a aquellos que presentan sobrepeso u obesidad.

Horas de exposición a la tecnología

Tomando las horas de exposición a la televisión y/o juegos electrónicos, (computadora, celular o Tablet) como indicador que contribuye al sedentarismo, un 50% (18) del total de los niños (n=36) está expuesto más de 2 hs al día.

Discriminando según el estado nutricional, se observa que el 76,92% (10) de los niños que presentan sobrepeso u obesidad (n=13) y un 34,78% (8) de los infantes con normopeso (n=23), utilizan más de 2 hs tecnología.

Gráfico 25. Tiempo de exposición a TV o juegos electrónicos según estado nutricional



Fuente: elaboración propia

Percepción de la imagen corporal de sus hijos

Se indagó sobre la percepción de la imagen corporal que tienen los padres sobre sus hijos con la finalidad de contrastar con el estado nutricional real del mismo y de esta forma, vincularlo con la alimentación que se ofrece a los niños. Como se observa en la Tabla 5, el 100% (6) de los adultos responsables ven a los niños que presentan diagnóstico de sobrepeso en un peso adecuado. Por otro lado, en aquellos niños que presentan obesidad (7), el 42,85 % (3) de los adultos responsables ven al niño en su peso adecuado, otro 42,85% (3) con ligero sobrepeso y un 14,28% (1) con demasiado sobrepeso.

En relación a los niños que tienen normopeso (n=23), el 4,34% (1) de los adultos responsables percibieron al niño muy delgado, el 30,43% (7) delgado y el 65,21% (15) en su peso adecuado.

Tabla 5. Percepción de la imagen corporal del adulto responsable

Estado nutricional real			Estado nutricional percibido por el adulto responsable
Frecuencia Obesidad (n=7)	Frecuencia Sobrepeso (n=6)	Frecuencia Normopeso (n=23)	
-	-	1	Muy delgado

-	-	7	Delgado
3	6	15	En su peso adecuado
3	-	-	Con ligero sobrepeso
1	-	-	Con demasiado sobrepeso

Fuente: elaboración propia

Sintetizando lo previamente expuesto, se encontró que en el 55,55% (20) de los casos existe una distorsión de la imagen corporal percibida por los adultos responsables, en relación al estado nutricional real de los niños.

Asimismo, al indagar sobre la preocupación del estado nutricional, el 28,57% (2) de los adultos responsables de los niños que presentan obesidad, refirió encontrarse preocupado. Por otro lado, ningún adulto responsable de aquellos niños con sobrepeso señaló sentirse preocupado por el estado nutricional del niño.

VIII. DISCUSIÓN

Si bien la prevalencia de malnutrición por exceso de los niños evaluados fue inferior en comparación con las evaluaciones realizadas en el año 2011 (9) en el CPI “Tortuga Manuelita”, pasando de un 28,26% de sobrepeso y 23,91% de obesidad a 17% y 19% respectivamente; la malnutrición por exceso actual continúa siendo considerablemente elevada, ya que el 36% de los niños la padece. Si bien el número de niños estudiados en la presente tesis no es representativo, realizando una comparación con las cifras de obesidad en niños de 24 a 60 meses de la ENNyS (10,4%)(2), se puede observar que el porcentaje de obesidad hallado es superior (19%). Otro hecho importante a considerar es la evolución de la malnutrición por exceso. En el 2011 fue el sobrepeso la inadecuación nutricional más prevalente en este grupo de niños, pero al momento de la realización del presente estudio, resultó ser la obesidad.

Un estudio desarrollado por la Facultad de Medicina de Chile halló que el 10,9% de los niños que nacieron con bajo peso y el 21,5% de los que tuvieron alto peso al nacer presentaron obesidad en la infancia, considerando la macrosomía un factor de riesgo para el desarrollo de la misma. Paralelamente, en la población estudiada el 33% de los niños que nacieron con bajo peso presenta sobrepeso en la actualidad, mientras que el 50% que nació con macrosomía desarrolló obesidad, concordando con el estudio de Chile (22).

Un estudio realizado en España (6) considera la lactancia materna como un factor protector de la malnutrición por exceso cuando es brindada por un período mayor a 3 meses. Este hecho no se observa en la población en

estudio, ya que de los 4 niños que recibieron leche materna durante un período menor a tres meses, solo uno presenta sobrepeso actualmente.

El estilo de vida en la infancia temprana es otro factor predisponente para el desarrollo de obesidad. En efecto, se investigaron los hábitos alimentarios de los niños y las horas de exposición a la tecnología.

En relación al patrón alimentario identificado, cabe destacar algunos resultados relevantes:

-Las Guías Alimentarias para la Población Argentina recomiendan el consumo diario de 3 porciones de lácteos (leche yogur o quesos). (23)

Un estudio del CESNI (2012) afirma que solo un 45% de los niños argentinos entre 2 y 4 años, cumplen con la recomendación (24). Si bien no se indagó acerca del número de porciones consumidas, se conoce que en el CPI se ofrece una porción de estos alimentos diariamente (21). Sin embargo, un 25% de los niños no consume en su hogar leche o yogur diariamente, y sólo un 20% de los niños consumen queso todos los días, datos que podrían afectar al cumplimiento de las tres porciones diarias recomendadas.

- Las Guías Alimentarias para la Población Argentina aconsejan incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3 veces por semana. En la población estudiada, la carne vacuna resultó ser el tipo de carne consumida con mayor frecuencia, seguido de la carne de pollo, en menor medida el pescado, que se ingiere de forma ocasional y, por último, la carne de

cerdo, cuyo consumo es infrecuente. Este patrón se repite en el menú del CPI (21), que ofrece carne al menos tres veces por semana, siendo la vacuna la más prevalente. De igual manera, el consumo de pescado también es bajo, dado que se sirve una vez cada tres semanas. Ésta discrepancia respecto a lo recomendado por las Guías, se traduce en un bajo consumo de carnes magras con mejor perfil de ácidos grasos, como es el caso del pescado y en una menor diversificación alimentaria al no incluir la carne de cerdo.

-El consumo de alimentos ricos en sodio y grasas saturadas resultó ser alto. La mayoría de los niños con sobrepeso y obesidad consume de 2 a 3 veces por semana fiambres, y casi un 30% ingiere snacks con la misma frecuencia. Este patrón de consumo de fiambres, concuerda con un estudio realizado por el Zapata ME., Rovirosa A., Carmuega E. (25), que afirma que el elevado consumo de sodio se debe, en tercer lugar, a las carnes enlatadas, fiambres y embutidos.

-Por otro lado, en las Guías Alimentarias se recomienda utilizar el aceite en crudo como condimento, optando por otras formas de cocción antes que la fritura. Esto no se observa en la población estudiada, ya que casi un 40% de los niños con malnutrición por exceso consume alimentos fritos de 2 a 3 veces por semana, sumando de esta manera grasas de mala calidad a su alimentación.

-Se observa una elevada frecuencia de consumo de alimentos ricos en azúcares. Esto se ve reflejado en las golosinas, las cuales son consumidas más de 2 a 3 veces por semana por un 46% de los niños con sobrepeso u

obesidad. Sumado a que en el CPI se les ofrece 3 veces por semana: alfajores, pan de ricota, barritas de cereal y galletitas dulces (21). Además de los azúcares aportados por las golosinas, se encuentra el adquirido por medio del consumo de jugos industriales. Los mismos son consumidos todos los días por un 45% de los infantes con algún tipo de malnutrición por exceso. Estos datos se condicen con lo explicado en el libro “¿Cómo comen los niños entre 1 y 4 años de Argentina?” de Britos, Pueyrredón y O`Donnell (26), donde detalla el elevado consumo de alimentos “extras” o de consumo ocasional en los niños, categoría en la que incluye los azúcares y dulces, jugos y gaseosas, golosinas y snacks. El autor determina que un 19% el aporte calórico diario es provisto por estos alimentos en los niños de 3 años.

-Resulta relevante destacar el bajo porcentaje de niños que consume frutas y verduras diariamente, como lo recomiendan las Guías Alimentarias Argentinas. Llamativamente, se obtuvo que el consumo de estos alimentos es más frecuente entre los niños que presentan algún tipo de malnutrición por exceso que entre aquellos que tienen normopeso. Esta frecuencia de consumo deficitaria de frutas y verduras también fue desarrollada en el informe: “Consumo de frutas y vegetales de la población argentina” del CESNI, el cual estableció que la ingesta de estos grupos de alimentos es baja en todas las edades (27).

El Ministerio de Salud de la Nación (28) explica que la falta de organización de las comidas y el “picoteo” habitual, pueden modificar el apetito, ocasionando mayor ingesta calórica en los niños con tendencia a la obesidad y menor

ingesta en los niños inapetentes. En la población estudiada, un alto porcentaje (92,30%) de niños con sobrepeso y obesidad repite alguna comida en el hogar además de las que realizan en el CPI. Asimismo, el porcentaje de niños que picotea entre comidas también es considerablemente alto (83,33%), siendo las galletitas dulces el alimento más elegido para estos momentos.

-El estudio de Villagrán Pérez S., Rodríguez-Martín A., Novalbos Ruiz J. P., Martínez Nieto J. M., Lechuga Campoy J. L (8); afirma que las actividades sedentarias por más de 120 minutos del día, inciden de forma significativa en el IMC de los niños. Tomando como determinante del sedentarismo la cantidad de horas diarias de exposición a la televisión, computadoras, juegos electrónicos o celulares, se obtuvo que un elevado porcentaje de niños emplea más de las 2 horas recomendadas utilizando estos dispositivos, pudiendo ser un factor de relevancia en relación a la malnutrición por exceso encontrada.

En la población estudiada se encontró que la situación socioeconómica, la percepción de la imagen corporal y la elección de los alimentos para el consumo, se encuentran relacionadas, tal como lo postula Patricia Aguirre (13). Se trata de una población socioeconómicamente vulnerable, donde un gran porcentaje de hogares se encuentra bajo la Línea de Pobreza (25%) o la Línea de Indigencia (31%) y sufre Inseguridad Alimentaria (63,88%). Asimismo, un elevado porcentaje de adultos indicaron presentar diversas fuentes de ingreso, la mayoría son beneficiarios de planes sociales y menos de la mitad tienen acceso a trabajo formal. Siguiendo a Aguirre, existiría una valoración positiva sobre el cuerpo “fuerte” considerando en consecuencia, un peso corporal

elevado como adecuado. Esto se ve reflejado en que el 55,55% de los adultos responsables subestima el estado nutricional del niño. Del mismo modo, se observó este rasgo en la elección de sus alimentos, los cuales deben ser rendidores. Por consiguiente, los vegetales y las frutas no son consumidos a diario y la frecuencia de consumo de preparaciones tipo guisados en los hogares es elevada. Además, los niños manifiestan aceptación y preferencia por las mismas cuando son ofrecidas en el CPI, expresando identificación con los alimentos a los cuales tienen acceso y que caracterizan su entorno social.

El presente estudio tiene como limitaciones la falta de representatividad de la muestra y el no haber indagado sobre las porciones diarias consumidas de los distintos grupos de alimentos. Por lo tanto, no se pudo evaluar la adecuación de la ingesta de nutrientes. Sin embargo, busca realizar un aporte a los conocimientos acerca de la situación nutricional de los niños en el momento previo al segundo rebote adipocitario y los factores que determinan el mismo.

IX. CONCLUSIÓN

Para concluir, cabe mencionar que el número de niños estudiados no es representativo, por lo que las conclusiones que se enuncian serán solamente descriptivas para estos casos.

Según los resultados arrojados en el presente estudio, se puede observar que la prevalencia de malnutrición por exceso es elevada.

Al analizar los factores predisponentes del sobrepeso u obesidad en la población en estudio, se puede inferir que ciertos factores podrían condicionar el estado nutricional de los niños. Los puntos más relevantes vinculados al peso de los niños fueron la macrosomía al nacer, la lactancia materna el tiempo de exposición a la TV y juegos electrónicos, y la situación socioeconómica, la percepción de la imagen corporal, los hábitos alimentarios,.

La macrosomía al nacer se considera un factor relevante en esta población, ya que la mitad de los niños que nacieron con alto peso presentan actualmente obesidad.

Si bien la lactancia materna en la mayoría de los niños fue prolongada, de aquellos infantes que la recibieron por menos de 3 meses, sólo una cuarta parte desarrolló sobrepeso. De este hecho se puede inferir que aunque la hayan recibido por un período corto, ésta pudo haber actuado como factor protector.

Los hábitos alimentarios se encuentran influenciados tanto por el nivel socioeconómico del hogar como por la percepción del estado nutricional que el

adulto responsable tiene sobre el niño.

En cuanto a la situación socioeconómica se puede concluir que esta población se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Gran cantidad de hogares se encuentra bajo la línea de pobreza y más de la mitad de los mismos sufren inseguridad alimentaria. La mayoría de los hogares (72,22%) obtienen sus ingresos de más de una fuente de trabajo, menos de la mitad (41,66%) lo obtiene de un trabajo formal y más de la mitad (66,66%) cobra algún tipo de plan social. Estas características nos hablan de una población que aunque reciba ayuda del estado, debe hacer un gran esfuerzo para cubrir sus necesidades.

Esto afecta directamente a la alimentación, ya que en esta situación en los hogares se buscará realizar comidas rendidoras como los guisos, “que llenen” y que sean de bajo costo, dejando en un segundo plano otras opciones que incluyan menús con verduras.

Asimismo se observó un alto consumo de fiambres, snacks y galletitas dulces, siendo éstas las opciones que podrían ser elegidas en reemplazo de alimentos que en muchas ocasiones son de mayor costo como son las frutas, verduras o lácteos.

A su vez, la percepción de la imagen corporal juega un rol relevante en el estado nutricional de la población estudiada. En los resultados se aprecia que muy pocos adultos perciben al niño en su estado nutricional real y la tendencia de todos, es verlo más delgado de lo que está. Asimismo, muy pocos adultos responsables (28,57%) de niños con obesidad y ninguno de aquellos con

sobrepeso refirió estar preocupado sobre el estado nutricional de su hijo. Estos resultados son de gran relevancia, ya que si el adulto mayor no reconoce que el infante está excedido de peso, ni refiere estar preocupado por el peso de su hijo, serán pocas las acciones que se tomarán en el hogar para ayudarlo desde su alimentación.

Al referirnos a los hábitos alimentarios propiamente dichos, se concluye que la mayoría de los niños picotea entre comidas y realiza más de cuatro comidas de lunes a viernes. Sumado a esto, se observa un alto consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y sodio como son los snacks y los fiambres, alto consumo de carne vacuna y de azúcares simples como en los jugos y golosinas. Las preparaciones más utilizadas en los hogares de los niños son las frituras y los guisados. En contraposición, se aprecia un bajo consumo de frutas, verduras y de lácteos. Todos estos hábitos influyen en el estado nutricional de los infantes, dado que la alimentación ofrecida en los hogares es de baja densidad nutricional, observándose carencia de ciertos nutrientes como las vitaminas y minerales, y con un exceso de calorías proveniente de grasas saturadas y azúcares simples.

Paralelamente, se observa que la mayoría de los niños superan el tiempo recomendado para la utilización de la TV, juegos electrónicos o computadora, contribuyendo al sedentarismo y siendo éste también un factor predisponente a padecer malnutrición por exceso en la población en estudio.

Al analizar la alimentación del Centro de Primera Infancia, se puede concluir que el menú carece de variedad de carnes siendo la de vaca la más frecuente.

Las verduras y frutas, aparecen en el menú solamente 3 veces por semana. La cantidad de golosinas y productos de pastelería en desayuno y merienda es alta (3 veces por semana). Este menú suma azúcares y grasas saturadas a la alimentación que tienen los niños en los hogares, aportando pocos alimentos de alta calidad nutricional, como son las frutas y las verduras.

En contrapartida, focalizando lo positivo, se destaca el ofrecimiento diario de leche o yogur, el agua como bebida exclusiva en los almuerzos, el predominio del horneado como forma de preparación y el hábito saludable de retirar la grasa visible de las carnes previamente a su cocción.

La malnutrición por exceso es valorada por medio del indicador IMC/E, el cual se correlaciona con el contenido de tejido adiposo del organismo. Por lo tanto, el incremento del mismo en los niños evaluados podría indicar la manifestación del rebote adipocitario precoz, fenómeno asociado a la persistencia de sobrepeso y obesidad en la edad adulta. Este fenómeno sumado al desarrollo de los hábitos alimentarios poco saludables nombrados anteriormente, lleva a que éstos comiencen a instalarse en la niñez y por ende sean más difíciles de cambiar en un futuro. Si éstos hábitos persisten en el tiempo, aumentaría la probabilidad de los niños de sufrir complicaciones debido a la malnutrición por exceso, como son la diabetes, hipertensión, colesterol alto o ACV.

Para finalizar, se puede concluir que hay diversos factores que predisponen a que los niños presenten malnutrición por exceso, por lo tanto como futuras nutricionistas creemos que esta situación no puede ser solamente abordada desde la educación alimentaria. Es precisa una buena articulación entre las

áreas involucradas en la problemática. Se debe trabajar de forma integral a nivel local, regional y nacional para lograr situaciones socioeconómicas favorables, mediante políticas que promuevan el trabajo formal, contribuyendo así a disminuir el número de hogares que sufren de inseguridad alimentaria.

Por otro lado, desarrollar programas destinados a promover hábitos alimentarios saludables, realizar educación nutricional y trabajar con la comunidad para concientizar sobre las posibles complicaciones futuras que trae presentar malnutrición por exceso. Esta propuesta se da en el marco de una realidad cambiante en la Argentina, en la que la temática está tomando mayor relevancia. Ejemplos de esto, son la reciente creación del Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (21) y la existencia de proyectos de ley que buscan abordar esta temática, como el del Programa Provincial de Lucha contra la Obesidad Infantil y Adolescente dentro de la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

X. AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por apoyarnos y acompañarnos a lo largo de toda la carrera y por darnos la valiosísima oportunidad de estudiar.

A nuestros amigos, por ser testigos de nuestros cambios a lo largo de estos años.

A la Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires por ser el espacio que elegimos para estudiar esta carrera y a sus profesores, quienes nos guiaron con sus conocimientos a lo largo de todo este camino.

A nuestros tutores, Leticia Azzaretti y Nahuel Piaggio, por su gran esfuerzo y dedicación, quienes, con su paciencia y motivación, nos acompañaron en la realización de este trabajo final.

Al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita” y a sus trabajadores, sin cuya colaboración y buena voluntad no hubiera sido posible nuestro estudio.

A las voluntarias Lucia Vieytes y Ludmila Uribarri pertenecientes al Voluntariado del Área de Actividades Extramuros de la Escuela de Nutrición U.B.A., por colaborar en la recolección de datos.

A Selene Claro, por colaborar con la traducción del resumen al idioma inglés.

A nuestros amigos y compañeros de carrera, por los momentos compartidos, por las largas horas de estudio compartidas y por el apoyo mutuo de todos estos años.

A todos ellos, muchas gracias.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. junio 2016. Nota descriptiva N°311. Obesidad y sobrepeso. [consultado 4 julio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Ministerio de Salud de la Nación. Plan federal de salud. *ENNyS Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Respuestas de la gente. Propuestas para el país. Documento de resultados.* 2007.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud [Internet]. 1° ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. [consultado 20 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000378cnt-sobrepeso-obesidad-ninos.pdf>
4. Pérez EC, Sandoval MJ, Schneider SE. Epidemiología del Sobrepeso y la Obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* 2008 [consultado 27 mayo 2016]; 179: 16-20. Disponible en: http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista179/5_179.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. 2014. [consultado 3 agosto 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf
6. Aranceta Bartrina, J; Pérez Rodrigo, C.; Ribas Barbab, L.; Serra Majem, L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7 Supl 1:S13-20. 2005. España. [consultado 7 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-422-pdf/435.pdf>
7. Díaz Ramírez, G; Souto-Gallardo M. C; Bacardí Gascón, M.; Jiménez-Cruz, A. Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión

- sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. Nutr. Hosp. [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Abr 24] ; 26(6): 1250-1255. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000600009&lng=es.
8. Villagrán Pérez S., Rodríguez-Martín A., Novalbos Ruiz J. P., Martínez Nieto J. M., Lechuga Campoy J. L.. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 Oct [citado 2017 Abr 24] ; 25(5): 823-831. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500022&lng=es
 9. Azzaretti L., Tello F. Programa Integral de Acción Comunitaria en Barrios Vulnerables- PIACBV: Informe Área Nutrición. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2011.
 10. Pedraza Dixis Figueroa. Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica. Saude soc. [Internet]. 2009 Mar [cited 2017 Apr 26]; 18(1): 103-117. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100011>.
 11. Organización mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet].[consultado 5 julio 2016]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/
 12. Calvo E, Abeyá Gilardon E, Durán P, Longo E, Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría [Internet]. 1a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2009. [actualizado 09 oct 2009; consultado 10 jul 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>
 13. Aguirre P. Qué Puede Decirnos una Antropóloga sobre Alimentación. Hablando sobre Gustos, Cuerpos, Mercados y Genes. Federación

- Argentina de Cardiología [Internet]. 2007. [consultado 5 julio 2016].
Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c027e/aguirrep.php>
14. Kovalskys, I. Medioambientes obesogénicos Prevención de Obesidad [Presentación]. En: ILSI. Argentina: SAP; 2013 1-27. Disponible en: <http://sap.org.ar/docs/congresos/2013/deporte/presentaciones/kovalskys.pdf>
 15. Organización Mundial de la Salud [Internet]. ¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles? Consecuencias de los modos de vida poco saludables durante la infancia 2016; [consultado 4 junio 2016].
Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/
 16. Buenos Aires Ciudad Guía de Desarrollo Social. Ficha técnica. [Internet] [consultado 4 junio 2016]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/legacy/establecimientos_dessocial/ficha.php?id=315
 17. Organización Mundial de la Salud. Introducción: Los patrones de crecimiento del niño de la OMS. Curso de capacitación sobre evaluación del crecimiento del niño. Patrones de crecimiento del niño de la OMS, 2009.
 18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina. 2003 [Internet] [consultado 4 junio 2016]. Disponible en: https://www.entrierios.gov.ar/dec/publicaciones/TRABAJO/Metodologia_EPHContinua.pdf
 19. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Nuevo sistema de medición del hambre y la inseguridad alimentaria [Internet]. Roma 2013 [consultado 3 noviembre 2016].
Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/es/item/171812/icode/>
 20. Dirección General de Estadística y Censos GCBA. Líneas de indigencia y de pobreza para los hogares de la Ciudad de Buenos Aires. [Internet]. Buenos Aires; 2016 [actualizado en junio 2016; consultado 10 de junio 2016].
Disponible en:

https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/07/ir_2016_1027.pdf

21. Buenos Aires Ciudad [Internet]. Alimentación saludable; Normativa, Ley y Pliego. [consultado 20 septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/educacion/alimentacion-saludable/normativa>
22. Atalah E. Crecimiento físico desde la concepción hasta la madurez. [Internet]. Chile, Facultad Universidad de Chile. [consultado 17 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/auxo/ppt/atalahpeso.pdf>
23. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina [Internet]. Buenos Aires 2016. [consultado 17 octubre 2016] Disponible en: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/aplicaciones_grafico_alimenticio_2016.pdf
24. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Observatorio de la Situación nutricional, Patrones alimentarios de la población general, Consumo de lácteos. [Internet]. Buenos Aires, marzo 2015. [consultado 25 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/archivos/observatorio/PAPGCL.pdf>
25. Zapata ME., Rovirosa A., Carmuega E. CESNI, Consumo de sodio de la población argentina [Internet]. Buenos Aires [consultado 30 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/wp-content/uploads/2016/03/Consumo-sodio-Argentina.pdf>
26. Britos S., Pueyrredón P., O'Donnell P., CESNI, ¿Cómo comen los niños entre 1 y 4 años de Argentina? agosto 2006 [consultado 1 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/183-comocomenlibro.pdf>
27. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Consumo de frutas y vegetales de la población argentina [Internet]. Buenos Aires [consultado 5 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/Consumo-frutas-y->

[hortalizas-OBSERVATORIO-Final.pdf](#)

28. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad [Internet]. Buenos Aires [consultado 2 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/programas/programa-nacional-de-alimentacion-saludable>

Hábitos alimentarios del niño

1) ¿Fue alimentado a pecho? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿hasta qué edad?

0-3 meses 3-6 meses 6-12 meses 12-24 meses

2) ¿Cuál fue el/los primer/os alimento/s que recibió? ¿A qué edad?

.....

3) ¿Cuáles de estas comidas realiza en el hogar? *(Marque las opciones que corresponda)*

a) De lunes a viernes:

Desayuno Merienda Cena Antes de ir a dormir

b) Fines de semana y feriados:

Desayuno Almuerzo Merienda Cena

Antes de ir a dormir Ninguna

4) ¿Come entre comidas (picoteo)? Si NO Si

contestaste sí: ¿Qué consume generalmente?

.....

5) Completar el siguiente cuadro indicando con una X la frecuencia con que su hijo consume los distintos alimentos que se nombran en la tabla.

Observaciones	NUNCA	OCASIONAL MENTE	2-3 VECES / SEMANA	4-6 VECES / SEMANA	A DIARIO	ALIMENTO
						CARNE DE VACA
						CERDO
						PESCADO
						POLLO
						VÍSCERAS (Hígado, mondongo, seso, corazón, riñón)
						FIAMBRES
						HUEVOS
						LECHE/ YOGUR
						QUESO (UNTABLE, SEMIDURO DURO)
						VERDURAS

						(lechuga, tomate, zanahoria, brócoli, coliflor, espinaca)
Observaciones	NUNCA	OCASIONAL MENTE	2-3 VECES / SEMANA	4-6 VECES / SEMANA	A DIARIO	ALIMENTO
						FRUTAS
						GOLOSINAS O HELADO DE CREMA
						PRODUCTOS DE PASTERERÍA (medialunas, facturas, bizcochitos, etc)
						MANTECA
						SNACKS (papas fritas, papas pay, chizitos, doritos, palitos salados)
						GASEOSAS
						JUGOS

						AGUAS SABORIZADAS
						HAMBURGUESAS COMPRADAS,SALC HICHAS
FORMAS DE PREPARACIÓN UTILIZADAS						
Observaciones	NUNCA	OCASIONAL MENTE	2-3 VECES / SEMANA	4-6 VECES / SEMANA	A DIARIO	
						PLANCHA
						FRITURAS
						HORNO
						Preparaciones de tipo guisados

Percepción de Imagen corporal

6) ¿Cómo ves a tu hijo?

Muy delgado

Delgado

En su peso adecuado

Con ligero sobrepeso

Con demasiado sobrepeso

7) ¿Alguna vez el pediatra o nutricionista le hizo alguna observación del estado nutricional de su hijo/a?

SI NO

¿Cuál fue la observación?.....

8) ¿Está preocupado por el estado nutricional de su hijo/a?

SI NO ¿Qué le preocupa?.....

9) ¿Realizó alguna modificación en la alimentación de su hijo/a luego de haber consultado al pediatra o nutricionista?

SI NO ¿Cuál?.....

10) ¿Cuántas horas por día mira televisión o juega a juegos electrónicos (computadora, celular o tablet)?

Menos de 1 hora 1 a 2 horas 2 a 3 horas Más de 3 hora

Situación socioeconómica

11) En relación a los últimos 3 meses, ¿Qué integrantes de la familia trabajaron o realizaron un aporte económico al hogar?

Por ejemplo: padre-madre-hermanos-tío-sobrinos-abuelos etc.

.....

12) En los últimos tres meses, ¿Qué ingreso promedio mensual tuvo en su hogar? Incluyendo trabajos, changas, planes sociales y cualquier otro tipo de ingreso.

\$......

13) Marque todas las opciones por las que ingresó dinero a su casa en los últimos 3 meses:

Sueldo de trabajo en blanco (con cargas sociales)

Trabajo no registrado (en negro)

Negocio propio

Indemnización por despido

Subsidio o ayuda social (en dinero) del gobierno, iglesias, etc

Renta o Alquiler (por una vivienda, terreno, oficina, etc.) de su propiedad

Jubilación o Pensión

Cuotas de alimentos o ayuda en dinero de personas que no viven en el hogar

Changas

Cartoneo (incluye metales, vidrios, etc.)

Venta de pertenencias: mercaderías, ropa, alimentos

Venta ambulante

Integrante de la familia que pida dinero en la calle

14) ¿Son beneficiarios de algún programa de asistencia?

SI NO

Por favor, marque con una cruz (X) todos los programas de los cuales reciba beneficios:

- a) **Asignación universal por hijo**
- b) **Asignación por embarazo para protección social**
- c) **Asignación Familiar por Nacimiento/Adopción**
- d) **Asignación familiar por Prenatal**
- e) **Programa materno infantil**
- f) **Ayuda Escolar Anual**
- g) **Pensión no contributiva a madres de 7 o más hijos**
- h) **Prestación por Desempleo**
- i) **Otros:.....**

15) Durante los últimos 3 meses, ha habido algún momento en el que, debido a la falta de dinero o de otros recursos: (22)

- 1. **¿Estuvo preocupado por la posibilidad de quedarse sin comida? SI NO**
- 2. **¿Fue incapaz de consumir alimentos saludables y nutritivos?SI NO**
- 3. **¿Consumió solamente unos pocos tipos de alimentos?SI NO**
- 4. **¿Tuvo que saltarse alguna comida? SI NO**
- 5. **¿Comió menos de lo que piensa debería haber comido?SI NO**
- 6. **¿Su familia se quedó sin comida?SI NO**
- 7. **¿Estaba hambriento pero no comió?SI NO**
- 8. **¿Pasó un día entero sin comer?SI NO**

Anexo 2: Entrevista

ENTREVISTA A LA ENCARGADA DEL SERVICIO COMEDOR

- 1) **¿Deben cambiar las preparaciones del Menú por falta de ingredientes? ¿Cada cuánto les sucede?**

No, siempre hay todo. Lo que si se modifica es cuando no hay en stock en la concesionaria. Los alimentos frescos vienen todos los días y los secos una vez a la semana. Siempre mandan y sobra.

Siempre se hacen raciones de más por qué siempre hay gente en situaciones de calle que le damos las raciones de más.

Las preparaciones más habituales son milanesa con arroz, pollo, carne al horno.

El menú se cumple siempre, salvo que no tengan, pero le mandan otro alimento parecido.

El guiso que sale en invierno

- 2) **Cuando esto sucede, ¿Qué preparaciones realizan para reemplazar las programadas por el Menú?**

No se cambian las preparaciones por falta de ingredientes sino porque los chicos no la aceptan como revuelto de zapallitos y de acelga la hacemos con salsa blanca para que los chicos lo coman.

- 3) **¿Cuáles son las formas de preparación más habituales?**

Todo al horno.

- 4) **Cuándo cocinan las carnes, ¿retiran la grasa visible?**

No viene casi con grasa y si viene con grasa se la sacan la retiran la pesan y hacen un reclamo.

- 5) **¿Suelen agregar azúcar a las preparaciones?**

Al cacao no le agregamos azúcar, ya viene dulce, así que no. Y a la mañana que sale con té o mate cocido con leche le agregan azúcar hasta que endulce, maso menos le agrego 1 kg cada 30 litros.

Las otras preparaciones como postre, gelatina usamos las industriales y no le agregan azúcar.

6) ¿Qué toman los niños en el almuerzo?

Toman agua, no hay jugo. Algunos se traen gaseosa, pero nosotros ponemos jarra con agua y los chicos la aceptan.

7) ¿Hacen menús diferentes para situaciones particulares (sobrepeso, obesidad, bajo peso)? que modificación?

No, si hay un chico que está desnutrido se le agrega queso de rallar a las comidas, clara de huevo cuando de un centro de salud nos avisan el estado. Si está con sobrepeso y obesidad tratamos de darle poquito en el plato al momento del servicio no llenarle el plato o sino darle dos platos chicos. Lo sabemos porque vienen a pesarlo y la mayoría tiene sobrepeso. A los padres también se les aconseja sacarle el pan, los azúcares.

No estamos preparados para cocinar para celíacos.

8) ¿Cual es menú más aceptado?

El guiso y la sopa son los menús más aceptados. Lleva zanahoria, poca papa, toda clase de verduras y con poco aceite, carne picada, arroz, fideos.

9) ¿Cuáles son las preparaciones que más se desechan porque lo niños no los aceptan?

Lasagna es la que menos comen. Es de acelga, paleta, ricota, queso, cebolla. El revuelto de zapallitos y revuelto de acelga no lo comen entonces tuvimos que modificar las preparaciones y le agregamos salsa blanca para que sea aceptado por los chicos.

Las verduras las comen bastante.

Anexo 3: Mosaicos de menús

MOSAICO: MENÚ DESAYUNO / MERIENDA 2014 – 2016

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Barra de cereal	Alfajor de Chocolate	Galletitas de agua	Pan de Ricota	Galletitas dulces
Leche c/ cacao	Leche c/ mate o té	Yogurt bebible	Leche c/ cacao	Yogur bebible

Opcional: Vainillas (20-25 g)

Fuente: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (23)

• Casos con Alimentación Especial no contemplados en los menús:

En caso de alumnos con patologías que requieran plan de alimentación especial, se adaptará el desayuno a la prescripción del médico y/o la dieta realizada por un especialista.

Para estos alumnos se enviarán alimentos como:

- edulcorante
- galletitas de agua;
- galletitas o pan de salvado;
- galletas de arroz, reposterías aptas para celíaco
- leche deslactosada, de soja u otra leche específica.

Y cualquier otro alimento que se requiera para la patología que se presente.

MOSAICO COMEDOR INVIERNO
1º DIA MAYO – ÚLTIMO DIA DE SEPTIEMBRE 2014 – 2016
(Reemplazo de IF: 2013-06188198 -DGSE- Versión 2)

MENU N°1: LUNES	MENU N°2: MARTES	MENU N° 3: MIERCOLES	MENU N° 4: JUEVES	MENU N° 5: VIERNES
Tallarines con carne estofada Fruta	Milanesa c/ ensalada de papa y huevo Gelatina	Cazuela de carne c/ vegetales Fruta	Medallón de pescado c/ puré tricolor Flan de vainilla	Risotto con pollo Ensalada de Fruta
MENU N° 6: LUNES	MENU N° 7: MARTES	MENU N° 8: MIERCOLES	MENU N° 9: JUEVES	MENU N° 10: VIERNES
Guiso de lentejas y carne Fruta	Medallón de pollo c/ puré mixto Gelatina	Ravioles con salsa filetto Ensalada de Fruta	Carne a la criolla c/papas al natural Flan de vainilla	Tallarines a la vienesa Fruta
MENU N° 11: LUNES	MENU N° 12: MARTES	MENU N° 13: MIÉRCOLES	MENU N° 14: JUEVES	MENU N° 15: VIERNES
Ternerita guisada Fruta	Pastel de papas Fruta	Pollo al horno c/ ens de arroz, zanahoria y arvejas Gelatina	Polenta a la bolognesa Fruta	Milanesa c/ puré de papas Flan de vainilla

Fruta: No se podrá repetir la fruta en la misma semana.
Opcional: Pizza.

Fuente: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (24)