

## **LICENCIATURA EN NUTRICION**

### **Trabajo final integrador**

### **“Manejo Familiar de la Alimentación Infantil y Estado Nutricional”**

**ALUMNA: Civelli, Angelina**

**DOCENTES: Lic. Celeste Concilio**

**Lic. Eleonora Zummer.**

**Marzo-Diciembre 2016**

# RESUMEN

**Título:** "Manejo Familiar de la Alimentación Infantil y Estado Nutricional".

**Autor:** Civelli, A.

**E-Mail:** [angycivelli@hotmail.com](mailto:angycivelli@hotmail.com)

**Institución:** Universidad Isalud.

**Introducción:** En el presente trabajo se busca determinar cómo es la relación entre el estado nutricional de niños en edad escolar, en función a las prácticas y conductas alimentarias promovida por parte de los padres y cuidadores. La misma se determinó en Controlador; Negligente; Indulgente y Responsable. Se ha visto que el sobrepeso infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y su prevalencia sigue aumentando. **Objetivos:** Conocer el estado nutricional de niños en edad escolar, así como las prácticas y conductas alimentarias promovidas por parte de sus padres y cuidadores de la ciudad de Pehuajo-Bs As en el año 2016. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se analizaron las encuestas de 100 padres/cuidadores, donde se realizaron distintas preguntas para poder clasificar a los padres. Se solicitó también detallar a los encuestados el peso, talla y edad de sus hijos. **Resultados:** Según el IMC para la Edad se determinó que el 52% de los niños presenta sobrepeso u obesidad y solo un 39% se encuentran dentro del rango de normalidad; como también se tomó en cuenta la Talla para la Edad, se pudo observar que un 53% de la muestra, se encuentra dentro de los rangos de normalidad. Lo que respecta a la clasificación de estilos de padres/cuidadores se pudo observar una prevalencia de padres que corresponden a la clasificación de Responsables. **Conclusiones:** Los niños de la muestra se presentaron sobrepeso y obesidad y aunque se pudo observar que los padres de dichos niños en su gran mayoría se clasificaron en responsables, se encontraron muchos puntos importantes donde influye en este aumento alarmante de obesidad infantil.

**Palabras claves:** Alimentación infantil, IMC, Hábitos saludables, Prácticas alimentarias.

# ÍNDICE

1. Introducción .....	Pág. 1
2. Marco teórico.....	Pág. 2
3. Problema de investigación.....	Pág. 14
4. Objetivos.....	Pág. 15
5. Metodología- Variables.....	Pág. 16
6. Resultados.....	Pág. 22
7. Conclusiones.....	Pág. 33
8. Bibliografía.....	Pág. 35
9. Anexos.....	Pág. 38

# INTRODUCCION

El sobrepeso infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Su prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se define como una enfermedad multifactorial en la cual están implícitos factores genéticos y ambientales. Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal, causada por la ingesta de alimentos ricos en grasas y calorías, además pobres en micronutrientes.

Durante los primeros años, los padres juegan un papel importante en el desarrollo de las conductas de alimentación de los hijos. El entorno familiar puede afectar el comportamiento alimenticio de los niños y en última instancia su peso. Están las conductas alimentarias de los padres, los alimentos puestos a disposición de los niños y las estrategias de alimentación utilizadas. Durante la infancia el ambiente familiar es el medio dominante para el desarrollo de las preferencias por ciertos alimentos, el consumo de las comidas y de la actividad física. El estilo de vida tiende a favorecer o no el equilibrio entre el consumo y el gasto de energía, es así como las experiencias tempranas del niño con la comida y los estilos de padres y/o cuidadores que utilizan en el hogar tienen fundamental importancia en la formación de los hábitos que desarrollará.

Las conductas alimentarias de los niños parecen ser influenciada por la disponibilidad de alimentos en el hogar, por ciertas tradiciones familiares y por la publicidad en los medios de comunicación, que fomenta el consumo de alimentos poco saludables. Incluso, transmitiendo información y conceptos nutricionales erróneos.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido como una prioridad, la investigación acerca de la influencia de los estilos parentales en las conductas alimentarias y los comportamientos saludables que muestran los niños y niñas.

Comer juntos estrecha los lazos familiares. El momento de comer debe convertirse en punto de encuentro, esparcimiento y diálogo, además de ser un espacio de aprendizaje y socialización de normas y hábitos alimentarios.

Por lo problemática anteriormente expuesta, el presente trabajo buscará conocer cuál es el estado nutricional en niños escolares que asisten a una Escuela Pública de Pehuajo-Buenos Aires y cuáles son las prácticas y conductas alimentarias promovida por parte de los padres y cuidadores en el años 2016.

# MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

La familia ha sido conceptualizada por la antropología y la sociología como una institución articulada con la sociedad, ligada a la conservación de la vida y a la socialización de nuevas generaciones. De esta manera la familia se convierte en algo fundamental en la transformación de valores y conductas aceptadas por la sociedad como deseables, además de ser la base del desarrollo emocional debido a que entre los integrantes de la misma se desarrollan estrechos lazos afectivos basados en obligaciones y sentimientos de pertenencia. [1]

Los hábitos alimentarios son manifestaciones recurrentes de comportamientos individuales y colectivos respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales. En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen tanto la familia, como los medios de comunicación y la escuela. En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación. Ósea que se aprenden y se incorporan como costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social e imitadas de las conductas observadas por personas adultas que respetan.[2]

No se debe desconocer que el aprendizaje de las conductas alimentarias es un proceso complejo que se encuentra mediado por distintos factores como: la disponibilidad de la comida, la presencia de cuidadores interesados en alimentar al niño y satisfacer sus necesidades básicas, la capacidad del niño a incorporar alimento, procesarlo y beneficiarse de lo ingerido, factores de la relación entre el niño y sus padres, factores culturales y psicosociales que determinan lo que se ofrece al niño, la preparación, presentación, hora en la cual se sirve y lo que sucede durante esas horas.

Por eso la primera infancia es importante para que el niño aprenda qué, cuánto y cómo comer y, así mismo, los alimentos apropiados e inapropiados.[3]

Sin embargo, los hábitos alimentarios se han modificado por diversos factores que alteran la dinámica familiar; como la situación económica que afecta los patrones, la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar, lo que provoca que las familias

adopten nuevas formas de cocina y de organización y la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad, ha ocasionado que muchos niños coman cuándo, cómo y lo que quieran. Comemos no sólo para sobrevivir, sino para definir y para afirmar nuestra identidad cultural, para diferenciarnos culturalmente y para ser parte de una comunidad, entre otros sentidos.

Por su parte, los medios de comunicación promocionan un consumo alimentario no saludable, ya que los niños son más susceptibles de influenciarse, debido a que se encuentran en una etapa de construcción de su identidad.

En el caso de la escuela, permite al niño enfrentarse a nuevos hábitos alimentarios que a veces no son saludables, aunque también asume un rol fundamental en la promoción de factores protectores en cuestión de hábitos alimentarios. [2]

Existe una estructura interna que organiza y que da sentido al acto de comer, que está determinado lo que come el comensal, la forma de consumirlo, de prepararlo, los rituales de la comensalidad, las horas de las comidas, etc. Para que se incorpore un alimento es necesario que conozca lo que consume (y cómo fue preparado), que le sea familiar, conocido. La estructura sobre la que se asentaba nuestro orden gastronómico se ha roto por diversas razones (incremento del ritmo de vida del capitalismo, industrialización alimentaria, fin de mercados populares y auge de grandes superficies, globalización de las cocinas étnicas, abundancia de información culinaria, etc.). Esto produce la imposibilidad de poder reconocerse en lo que come, de familiarizarse con la comida diaria. Si un sistema alimentario existe y se reproduce es porque los sujetos se identifican con lo que comen, le otorgan un sentido, una lógica a la hora de comer. Esto quiere decir que el comensal involucra gran parte de su identidad, de quién es, a la hora de elegir qué, cómo y por qué comer determinado plato de comida.

En la actualidad, el comensal no tiene un sentido que guíe su práctica alimentaria, los jóvenes se ven obligados a elegir entre una gran variedad de platos accesibles a su bolsillo (comidas rápidas, en su mayoría). Inclusive, la tecnología ha hecho que el horno microondas sea la herramienta para convertir los alimentos de la industria alimentaria en comida fácil de hacer y a bajo costo. Los jóvenes no se sentirían, entonces, identificados con lo que comen. Los alimentos ya no tendrían esa carga histórica y cultural, impidiendo así que puedan escuchar lo que su cuerpo quiere y cayendo muchas veces en trastornos alimenticios. [4]

La dieta autóctona fue sustituida por alimentos que aportan mucha cantidad de calorías a expensas de altos porcentajes de grasa. Esto, junto a un incremento en la inactividad física, condicionada por el aumento de la inseguridad para que los niños se desplacen fuera de la casa y cada vez más necesidad de horas de trabajo de los padres, serían los principales factores que explican el aumento en las tasas de obesidad. [5]

Existe un creciente interés en lo que influyen las comidas familiares en la promoción de la salud y el bienestar de los niños. Las familias que comen su comida principal juntos tienen más probabilidades de que sus hijos sean de peso promedio, que consuman todo tipo de alimentos, que incorporen frutas y verduras, y tengan un buen rendimiento escolar. El vínculo entre las comidas compartidas con la familia y la obesidad infantil es un problema que incluye tanto al contexto socio-económico como al cultural.

La crianza de los niños juega un papel fundamental en la formación de la trayectoria de la conducta y el desarrollo. Compartir las comidas familiares actúa como un factor protector para el sobrepeso, para una mala alimentación y en trastornos de la alimentación.

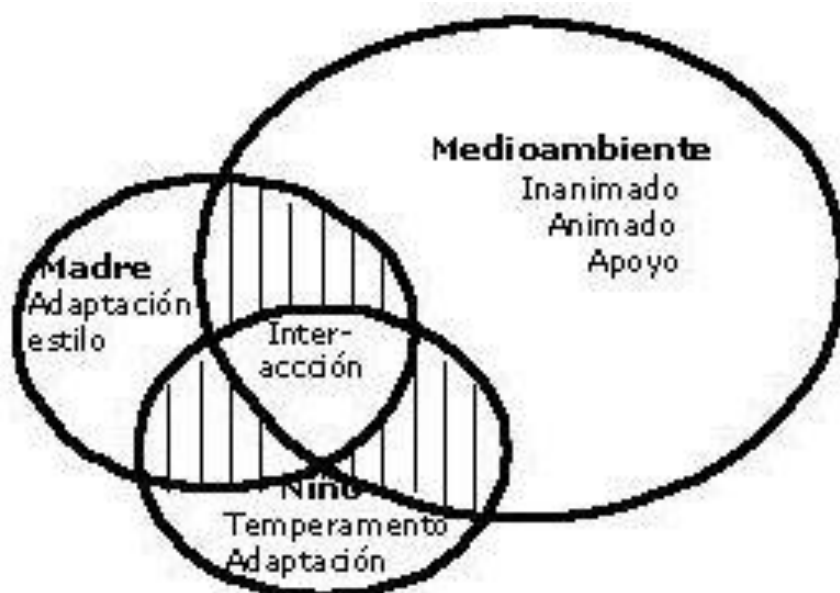
La comensalidad es como un sistema de reglas, normas, que gobiernan el compartir. El carácter multidimensional de la alimentación, de comer juntos, está lleno de simbolismos y significados. Tienen implicancias sociales, políticas, psicológicas y biológicas.[6]

La conducta alimentaria está definida como el comportamiento relacionado con: hábitos de alimentación, selección de alimentos, preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas.

En los seres humanos el modo de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están 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 antes de esa edad. Tanto los padres como cuidadores tienen un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias, por lo que debe centrarse en ellos la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa).

Los padres alimentan al niño de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Por ejemplo las representaciones que se tiene 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.

Imagen N° 1: Factores determinantes de la conducta alimentaria de un niño sano



Fuente: Osorio E J, Weisstaub N G, Castillo D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones.

Existe una interacción entre el medioambiente donde crece el niño, que va a determinar si se siente a gusto, si es un lugar adecuado para el acto de alimentarse, si entiende las pautas que otorga ese medio ambiente. Pero también existen los propios estilos, temperamentos y conductas tanto de la madre como del niño que se deben tener en cuenta a la hora de realizar distintas prácticas alimenticias para que pueda ser adaptada y beneficiosa su intervención.

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 por parte de los padres, en los primeros dos años de vida del niño, en la modificación conductual del ambiente familiar (madre, hijo, otros miembros de ella). Por ejemplo se ha observado la influencia de los niveles de actividad física de ambos padres en el grado de actividad de sus hijos. Los niños de madres activas tienen dos veces más probabilidades de ser activos, y si ambos padres son activos la posibilidad de un nivel óptimo de actividad en el niño es 5,8 veces mayor.[7]

Como también se ve que el compartir las comidas tiene influencias en el peso, ya que se ha estudiado que los niños que comparten más de 3 veces a la semana una comida familiar presentan más probabilidades de estar en un rango de normopeso y tienen características alimenticias más saludables que aquellos que comparten menos de 3 comidas en familia. Los beneficios incluyen reducción en probabilidades de sobrepeso (12%), comer alimentos poco saludables (20%), trastornos de la alimentación (35%) y un aumento de las probabilidades de comer alimentos saludables (24%).

Está relacionado el bajo consumo de comidas junto a la familia con ingesta de valores inadecuados de nutrientes debido a la calidad de “comidas preparadas”. Para los niños o adolescentes que presentan trastornos de la alimentación, el momento de compartir una comida puede proporcionar a los padres distintos signos y síntomas, para luego poder actuar de manera precoz sobre ellos.[8]

La infancia y la adolescencia es una etapa de la vida única para promover salud. Las intervenciones en estas etapas permiten educar y estimular a los padres para que adopten un estilo de vida sano, transmitan a los niños un modelo positivo. Los hábitos alimentarios se establecen en esos primeros años y permanecen en el tiempo. [9]

Se requiere que los padres tengan la capacidad para percibir el estado nutricional real de sus hijos, supervisar y evaluar los cambios en las conductas de alimentación y de actividad física, que influyen en la categoría de peso de su hijo.[10]

Las costumbres nutricionales que se adquieren en la niñez se modifican poco en los años posteriores. Con el aumento de la edad, el apetito se recupera y tienden a desaparecer las apetencias caprichosas. En edad escolar, la alimentación se va haciendo independiente de la familia y la televisión como otras tecnologías de información van adquiriendo un papel relevante.

La disponibilidad de dinero les permite comprar alimentos sin supervisión por parte de sus padres. El desayuno suele ser rápido y escaso. En la merienda, se recurre a productos manufacturados y bebidas azucarada y el horario de comidas es más irregular.

El desarrollo económico se acompaña de cambios en los hábitos alimentarios, que se reflejan en un mayor consumo de energía, alimentos de origen animal, ricos en proteínas y grasa, y de productos manufacturados, ricos en azúcares refinados y en grasas. En estos cambios influyen: la incorporación de la mujer al trabajo, el número de hijos, la influencia creciente y homogeneizada del mensaje televisivo, la influencia cada vez mayor de los niños en la elección de los menús familiares, y la disponibilidad creciente de dinero por parte de los menores.

El ambiente en la comida es un actor crítico en el desarrollo de un comportamiento de alimentación saludable. A la hora de la comida, se deben evitar las distracciones, comer en un área designada para la acción, y el niño debe tener un comportamiento adecuado en la silla.

La responsabilidad para establecer un ambiente de comida saludable es tanto del niño como de sus cuidadores. Las responsabilidades del cuidador son: proveer una variedad de comidas nutricionales, definir el tiempo de las comidas, crear un ambiente que facilite la comida y las relaciones humanas, reconocer y responder a las señales de los niños de hambre y saciedad, y ser modelo de comportamiento de alimentación saludable; mientras que la del niño es elegir qué y cuánto de la comida ofrecida, consume.[11]

Existen diferentes factores que impactan sobre el crecimiento normal y óptimo del niño, como: la carga genética, los factores económicos, componente social, calidad nutricional y el medio ambiente. Estas últimas se ven afectadas por las distintas dificultades alimentarias que pueden presentar los niños, ya que pueden no tener una

dieta equilibrada por rechazar alimentos, por consumo insuficiente de nutrientes totales o de alguno determinado.

Los niños que presentan dificultades alimentarias se clasifican como:

- ❖ Muy selectivos con las comidas
- ❖ Poco apetito por patología de base
- ❖ Poco apetito en niños con mucha energía
- ❖ Poco apetito por mala percepción de los padres
- ❖ Poco apetito por miedo
- ❖ Poco apetito en niño retraído y apático

Y la influencia de los padres en la conducta alimentaria puede afectar de manera:

\*Genética

\*Elecciones alimentarias durante el embarazo

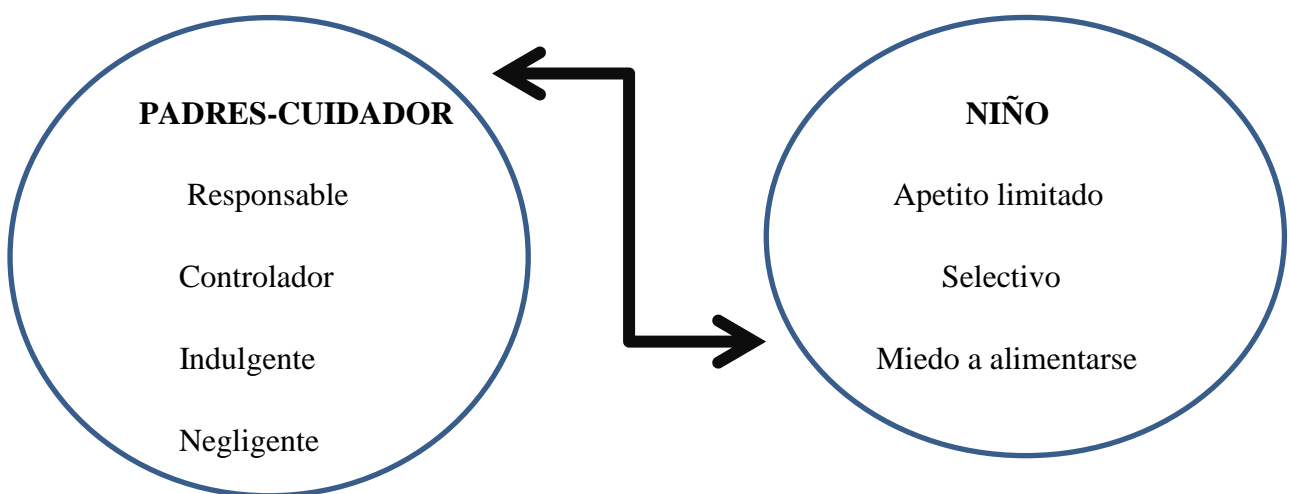
\*Elección de mamadera o pecho.

\*Control de la disponibilidad de alimentos específicos

\*Control de accesibilidad

\*Control del lugar donde se consumen alimentos y con qué frecuencia

Imagen N°7: El proceso de alimentación se ve afectado por ambas partes



Fuente: Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and Young children. Washington, DC: Zero to three; 2009

### **Estilos de alimentación- Prácticas de alimentación (Padres-Cuidadores):**

Los estilos parentales se basan en el balance entre la responsabilidad parental y las demandas y se clasifican como:

**CONTROLADOR:** Trata de controlar la ingesta del niño. Restringe alimentos al niño. Presiona al niño para comer. Soborna al niño para comer y le da recompensa. Ignora las señales de hambre en los niños. Son demandantes, pero no quiere decir responsables, esperan que sus hijos obedezcan sus órdenes, proporcionan un entorno ordenado y estructurado con reglas y valoran la obediencia. Dedicar muchos esfuerzos a influir, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos, no facilitan el diálogo y en ocasiones rechazan a sus hijos/as como medida disciplinaria. Este estilo es el que tiene repercusiones más negativas sobre la socialización de los hijos, como la falta de autonomía personal y creatividad, menor competencia social o baja autoestima.

**RESPONSABLE:** Guía al niño en el buen comer. Establece límites (donde, como, cuando). Modera la ingesta/ habla de los alimentos en forma positiva. Responde a las señales de hambre del niño. Considera a sus hijos y monitorea sus conductas, son asertivos, no entrometidos. Intenta dirigir la actividad del niño imponiéndole roles y conductas maduras pero utiliza el razonamiento y la negociación, parte de una aceptación de los derechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños.

Es un estilo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo, produciendo efectos positivos en la socialización: desarrollo de competencias sociales, índices altos de autoestima y un nivel inferior de conflictos entre padres e hijos. Estos niños suelen ser interactivos y hábiles en sus relaciones con sus iguales, independientes y cariñosos

**NEGLIGENTE:** Abandona la responsabilidad en la educación alimentaria. No establece límites. Ignora señales emocionales/hambre/física del niño.

**INDULGENTE:** No establece límites. Alimenta al niño cuando, que, y donde quiere el niño. Realiza comidas que pide el niño. Ignora señales del niño. Es permisivo, no directivo y nada estricto en la disciplina de los hijos al no pedirles una conducta madura, permitiendo al hijo considerable autorregulación y evitando la confrontación. Muestra baja responsabilidad y demanda, al no ofrecer apoyo a sus hijos y al no establecer límites en sus conductas.

La responsabilidad refleja cuanto los padres intencionalmente apoyan las necesidades de los hijos y los ayudan a desarrollar habilidades como: autorregulación, auto-valoración y reaccionar de forma apropiada. La demanda refleja el control que ejercen los padres en su hijo para integrarlo a la familia, por ejemplo: supervisión parental.

Los padres no tienen un único estilo, sino que son distintos en las etapas de desarrollo del hijo y entre los hijos de una misma familia. Tienen una tendencia a ejercer niveles más altos de control sobre la alimentación de los hijos en los siguientes casos: a) cuando el padre está preocupado por el desarrollo del hijo, b) está muy involucrado en la salud, bienestar físico o peso del hijo, c) percibe que el hijo está en riesgo de desarrollar problemas de alimentación y/o de peso, y d) no cree que el hijo sea capaz de auto-controlar su alimentación. [12]

Se ha estudiado que tanto los límites, como control se asocian positivamente al IMC del hijo. Respecto al control se encontró que cuando los padres ejercen poder para que sus hijos realicen lo que ellos desean, tal como que el hijo coma toda la comida, aunque éste refiera no tener hambre el IMC tiende a aumentar. Se llega a la conclusión que los estilos controladores por parte de los padres influyen las conductas de alimentación no saludables, lo que lleva al hijo a presentar un IMC mayor comparado con los niños de padres que no ejercen estos estilos.

En un estudio realizado en México se determinó que sólo el 25% de madres de niños con sobrepeso reconocen que sus hijos tienen problemas con el peso, por tanto si la madre no percibe que su hijo tiene problemas de peso, ejercerá presión para comer y además no estará involucrada en implementar estilos de vida saludables. Además se ha

encontrado que las madres prefieren un hijo con un peso mayor, lo cual indica que es un niño saludable y es un indicador de su éxito como madres.[10]

El contexto social actual en el que se desenvuelve la familia moderna, da lugar a que los planes sobre la alimentación sean discutidos y negociados entre padres e hijos, por lo que las decisiones finales, en muchos casos, se ven condicionados por la insistencia, cuando no por la manipulación de los menores.

Se ha sugerido que esta forma democrática de funcionamiento familiar viene determinada por el estatus laboral de los progenitores y por el poco tiempo que están en casa. Otros factores implicados en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad sería el hecho de si la familia come o no junta a diario y al tiempo que los padres pasan fuera del hogar por motivos de trabajo.

En un estudio realizado en España se encontraron diferencias significativas para los valores de Índice de Masa Corporal (IMC) de aquellos individuos con actitudes sedentarias, frente a aquellos otros que realizaban alguna actividad. Así pues, a medida que aumenta el número de horas que los alumnos ven la televisión, juegan con los videojuegos o simplemente están conectados a internet, sus puntuaciones en el IMC se incrementan.[13]

Hasta el siglo pasado, las enfermedades relacionadas con la alimentación se debían a la deficiencia de nutrientes pero en los últimos años, se ha desplazado hacia las enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer), pero también hacia las enfermedades relacionadas con un exceso de grasa, fundamentalmente la obesidad.

El excesivo tiempo que los niños dedican a la televisión fomenta el sedentarismo infantil y recorta el tiempo para jugar, pasear y hacer deporte, estimula el picoteo de comida chatarra y la inclusión en la dieta de los productos alimenticios anunciados, muy calóricos y poco nutritivos, que fomentan trastornos nutricionales como la obesidad.[11]

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia y que se establece mayormente por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. [3]

*“El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal, causada generalmente por la ingesta de alimentos ricos en grasas y calorías, además pobres en micronutrientes, así como por la escasa actividad física”*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la categorizó como enfermedad en 1997. [14]

No debe relacionarse pobreza-desnutrición y opulencia-obesidad, ya que la obesidad está relacionada a la mal nutrición y puede estar presente en los sectores socio-económico más bajos los cuales presentan monotonía en la alimentación e inadecuada dieta [3]

Es un importante problema de salud pública ya que ocasiona incrementos significativos en los costos de salud, por su prevalencia y consecuencias sobre las expectativas y la calidad de vida. La obesidad en niños y adolescentes se ha incrementado dramáticamente en las últimas dos décadas. La obesidad se considera un asesino silencioso, una nueva generación de niños y adolescentes se incorporarán a la vida adulta con cifras de obesidad sin precedentes. [15]

El tratamiento de la obesidad en la infancia es la principal prevención de la obesidad del adulto. Los niños con obesidad presentan dificultades psicosociales (rechazo de sus pares, aislamiento y distorsión de la imagen corporal y las relaciones interpersonales). Los niños obesos tienen mayores riesgos de presentar hiperinsulinemia, hipertensión y dislipemias. [9]

En Argentina, se han desarrollado, durante las últimas décadas, diversos estudios de prevalencia, aunque con metodologías y criterios diagnósticos distintos, pero todos concluyen que, en el país, la obesidad es la enfermedad nutricional más prevalente, de comienzo a temprana edad. Además, de acuerdo con la información provista por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR), el 54,9% de la población es inactiva.[16]

Estudios realizados por Hirschler sobre 1009 niños de escuelas públicas de Capital Federal y suburbios de Buenos Aires, halla una prevalencia del 16,4 % en niños con sobrepeso y obesos. [15]

Sesenta de 110 niños (54,5%) poseían peso normal o bajo; mientras que 30 (27,3%) tenían sobrepeso y 20 (18,2%), obesidad. Por lo tanto, la proporción de niños con sobrepeso/obesidad en la muestra estudiada fue del 45,5%. [17]

El Grupo Internacional de Trabajo para la Obesidad (IOTF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han calificado la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones adquiridas a lo largo de las últimas décadas, su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. [18]

Estudios realizados por pediatras argentinos muestran las diferencias entre uno de 1995 y los mismos realizados 10 años después. Se dividió a la población según grupos etarios y se puede ver que un número significativamente mayor de obesos en el grupo de menor edad. El 9,1% de los niños de entre 10 y 12 años presentaban obesidad, comparados con sólo 3% de los mayores de 16. También, el porcentaje de casos con sobrepeso fue significativamente mayor (34%) en este grupo de 10 a 12 años de edad que en los otros grupos. [5]

Tabla N°1

<b>Edad (años)</b>	<b>N</b>	<b>Sobrepeso n (%)</b>	<b>Obesidad n (%)</b>
10-11,9	242	83	22
12-13,9	315	72	16
14-15,9	292	63	15
>16	387	48	12

Fuente: Kovalsky I. Bay L. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años de la consulta pediátrica.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>).

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m)}^2$$

Aunque la obesidad es el aumento de grasa corporal, el IMC se relaciona con la masa grasa. A diferencia de los adultos en niños y adolescentes el valor se modifica con la edad por lo que existen tablas percentilares que permiten la correcta evaluación. Un



incremento brusco en el IMC independientemente del valor inicial o una ganancia de 2 puntos en un año debe ser considerado indicador de riesgo de sobrepeso.

Las curvas de IMC de la OMS fueron elaboradas considerando desde el nacimiento a los 5 años y desde los 5 años hasta los 19 años. Estas curvas en niños deben ser cruzadas con los gráficos correspondientes según su Talla para la edad, ya que al presentarse en etapa de crecimiento, pueden presentar unos determinados valores de IMC para la edad que no represente una obesidad, sino hay que corroborarlo en su talla porque puede presentar una talla alta también. [19]

Tabla N°2

<b>PERCENTILO IMC/EDAD</b>	<b>CLASIFICACION</b>
<b>&lt;3</b>	<b>Bajo peso</b>
<b>3-10</b>	<b>Riesgo de bajo peso</b>
<b>10-84</b>	<b>Normopeso</b>
<b>85-97</b>	<b>Sobrepeso</b>
<b>&gt;97</b>	<b>Obesidad</b>

Tabla N°3

Talla/Edad (Según Percentilo)

<b>PERCENTILO</b>	<b>CLASIFICACION</b>
<b>&lt;3</b>	<b>Baja talla</b>
<b>3-97</b>	<b>Talla Normal</b>
<b>&gt;97</b>	<b>Talla Alta</b>

Anexos [1,4]

Fuente: Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional De Crecimiento y Desarrollo. 2013.

Comer es más que ingerir alimentos, es aceptar en nuestro cuerpo algo que para nosotros significa. Tal vez por ser un acto tan rutinario y esencial para la vida, las prácticas alimentarias son transparentes para el ser humano: muy pocas veces se

cuestiona por qué se come lo que se come, por qué nos gusta hacerlo solos o acompañados, qué significado tienen determinados platos en fechas especiales, por qué preparamos los alimentos de cierta forma y no de otra.[4]

Por todo lo expuesto surge la siguiente pregunta: ¿Cómo es la relación entre el estado nutricional de niños en edad escolar en función a las prácticas y conductas alimentarias promovida por parte de los padres y cuidadores de la ciudad de Pehuajó-B.s A.s en el año 2016?

# OBJETIVOS

## OBJETIVOS:

### General:

- ❖ Conocer el estado nutricional de niños en edad escolar, así como las prácticas y conductas alimentarias promovidas por parte de sus padres y cuidadores de la ciudad de Pehuajo-Bs As en el año 2016.

### Específicos:

- Clasificar a los niños en edad escolar según su IMC y Talla correspondiente a la Edad.
- Determinar el porcentaje de niños que presenta sobrepeso y obesidad.
- Describir las prácticas y conductas alimentarias que promueven los padres en los hijos.
- Conocer la influencia de los niños a la hora de la elección de los alimentos familiares.

# METODOLOGIA

## **Tipo de diseño de la investigación**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal.

## **Población y muestra**

Población: Niños en edad escolar y sus padres/cuidadores de la ciudad de Pehuajo-Bs As

Tipo de Muestreo: No probabilístico accidental

Criterios de inclusión: Niños que asisten a la Escuela con edades comprendidas entre los 6 y 12 años de edad y sus padres/cuidadores.

Criterios de Exclusión: Niños que presentan alguna patología que deban realizar una dieta específica. También se excluirá a aquellos niños que no deseen participar de la encuesta.

Criterios de Eliminación: Encuestas que se encuentren incompletas o aquellos que no decidan terminar con la misma.

# VARIABLES

## 1. Variables de caracterización:

- ✓ 1.1 Edad: en años y meses cumplidos.
- ✓ 1.2 Sexo: masculino o femenino.
- ✓ 1.3 Talla: en metros correspondiente para la edad.

PERCENTILO	CLASIFICACION
<3	Baja Talla
3-97	Talla Normal
>97	Alta Talla

- ✓ 1.4 Tipo de familia:

1.4.1: Tradicional: Conformada por padre y madre

1.4.2: Monoparental: Compuesta por un solo progenitor (madre o padre)

1.4.3: Ensamblada: Uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores

- ✓ 1.5 Cantidad de hermanos:

## 2. Variables de estudio:

- ✓ **2.1 Estado Nutricional:** Se medirá con el IMC (Índice de masa corporal), el cual se compara con las tablas percentilares correspondientes a la edad.

PERCENTILO	CLASIFICACION
<3	<b>Bajo peso</b>
3-10	<b>Riesgo de bajo peso</b>
10-84	<b>Saludable</b>
85-97	<b>Sobrepeso</b>
>97	<b>Obesidad</b>

Fuente: Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional De Crecimiento y Desarrollo. 2013.3 Edición. Página 106

- ✓ **2.2 Ansiedad por parte de los padres/cuidadores al momento de comer:**  
Ansiedad que presentan los padres/ cuidadores al momento de las comidas del niño.
  - 2.2.1: Ansiedad alta
  - 2.2.2: Ansiedad leve o esporádica
  - 2.2.3: No presenta ansiedad
  
- ✓ **2.3 Comensalidad familiar:** Se determinara si el niño realiza las comidas acompañado con su familia.
  - 2.3.1: Comparte las comidas siempre con la madre/padre o cuidador
  - 2.3.2: No comparte las comidas con la madre/padre o cuidador
  - 2.3.3: A veces comparte las comidas con la madre/ padre o cuidador
  
- ✓ **2.4 Conocimiento de señales de satisfacción del niño por parte de sus padres:** Valoraciones expresadas por parte de padres/Cuidadores como reconocimiento de las señales de que el niño/a se encuentra satisfecho al momento de comer
  
- ✓ **2.5 Actitudes ante el deseo del niño de repetir el plato por parte del niño/a.**
  - 2.5.1 No lo deja repetir
  - 2.5.2 Negocia y llega a un acuerdo
  - 2.5.3 Lo deja repetir
  
- ✓ **2.6 Influencia del niño en las compras**
  - 2.6.1 Nula influencia
  - 2.6.2 Baja influencia

2.6.3 Alta influencia

2.6.4 Otros (Tipos)

- ✓ **2.7 Elección del menú en el hogar:** Se tomara en cuenta a la persona que habitualmente elige el menú a realizar para la familia.

2.7.1 Padres/ Cuidador

2.7.2 Niño/a

2.7.3 Abuelos

2.7.4 Otros (Tipos)

- ✓ **2.8 Presencia o no de insistencia por parte de padre/cuidador al momento de comer y el método usado.** Definido por el encuestado

- ✓ **2.9 Utilización de recompensas al realizar las comidas:** Se les ofrece algún tipo de recompensas si el niño ingiere todos o algunos los alimentos

2.9.1 Si

2.9.2 No

2.9.3 A veces

- ✓ **2.10 Tipo de recompensas que se le ofrece al niño.** Definido por el encuestado.

- ✓ **2.11 Establecimiento de límites y/o presiones por parte del padre/ madre o cuidador al momento de comer:** Se presiona al niño al momento de realizar las comidas.

2.11.1 Si

2.11.2 No

2.11.3 A veces

- ✓ **2.12 Tipo de límites opuestos por padres/cuidadores al momento de realizar las comidas.** Definido por el encuestado.

✓ **2.13 Realización de suplicas o persuasiones ante la negativa por parte del niño al ingerir alimentos.**

2.13.1 Si

2.13.2 No

2.13.3 A veces

✓ **2.14 Realización de menú especial ante la negativa del niño sobre el menú propuesto.**

2.14.1 Si

2.14.2 No

2.14.3 A veces

✓ **2.15 Actitudes por parte de los padres/ madres o cuidadores al momento de la negativa del niño a ingerir alimentos.**

2.15.1 Respetar la voluntad del niño

2.15.2 Insiste para que coma al menos algo

2.15.3 Lo obliga a que coma

✓ **2.16 Presencia de distracciones al momento de realizar las comidas:**  
Según juegos, TV, Tablet, etc.

2.16.1 Si

2.16.2 No

2.16.3 A veces

✓ **2.17 Prioridad de los padres al momento de la elección del menú.** Que toman con mayor importancia los padres al momento de la elección de las comidas.

2.17.1 Alimentación variada (verduras, frutas, cereales, etc.)

2.17.2 Gusto de los hijos



2.17.3 Gusto de los adultos

✓ **2.18 Tipo de bebida de consumo más frecuente**

2.18.1 Agua

2.18.2 Gaseosa o jugos envasados

2.18.3 Exprimidos o jugos naturales

2.18.4 Otros (Tipos)

### **Método de recolección**

Se utilizó una encuesta, la cual fue contestada por los padres, a quienes se pidió detallar edad, sexo, Talla y peso de sus hijos. En la misma se realizaron distintas preguntas con opciones múltiples, como también otras donde debían describir brevemente distintas actitudes y actividades que realiza frente a la alimentación del niño.

La información obtenida fue tabulada en una planilla de Excel.

En la realización del presente estudio se solicitó consentimiento en todos los casos (ver anexo).

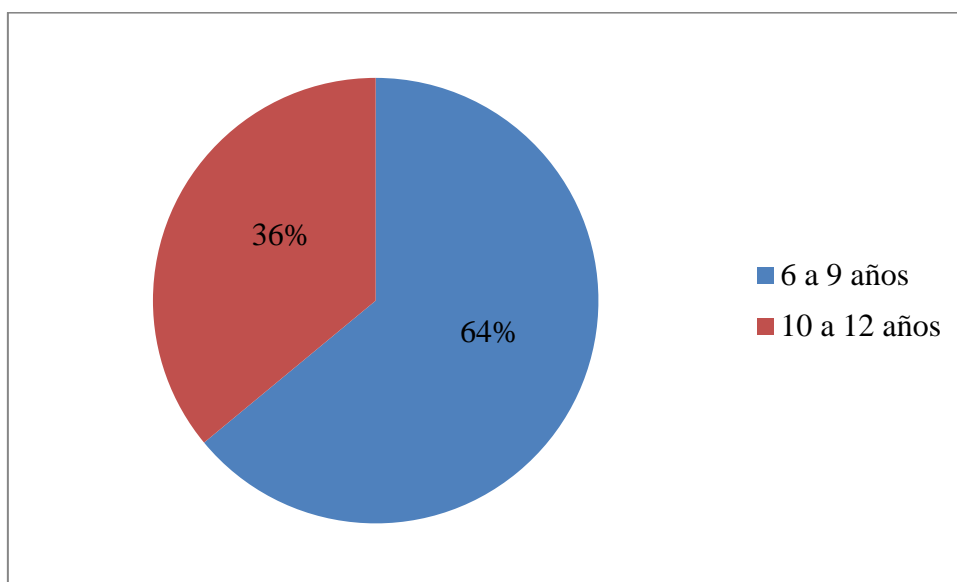
### **Dificultades en el diseño**

A través de la realización del trabajo, se observó la dificultad que conlleva la clasificación de los distintos tipos de padres, ya que no se cuenta con algún instrumento de medición validado que permita reproducir los resultados y minimizar los sesgos, dando una mayor confiabilidad a los estudios que se lleven adelante.

## RESULTADOS

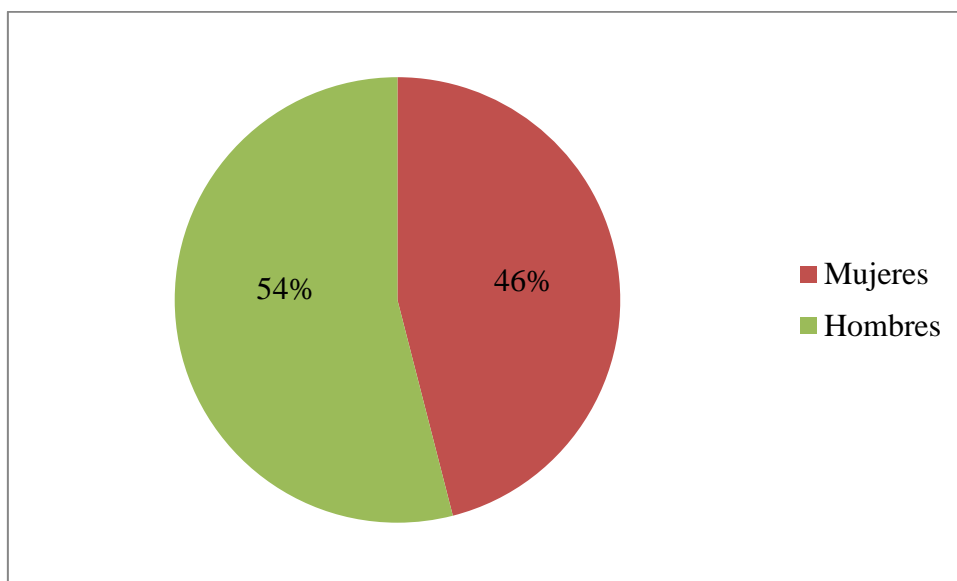
La muestra quedó conformada por 100 niños (6-12 años de edad), con una edad promedio de 8.51. El 54% de la población fueron varones y el 46% mujeres.

**Gráfico 1: Distribución de la muestra según edad (n=100).**



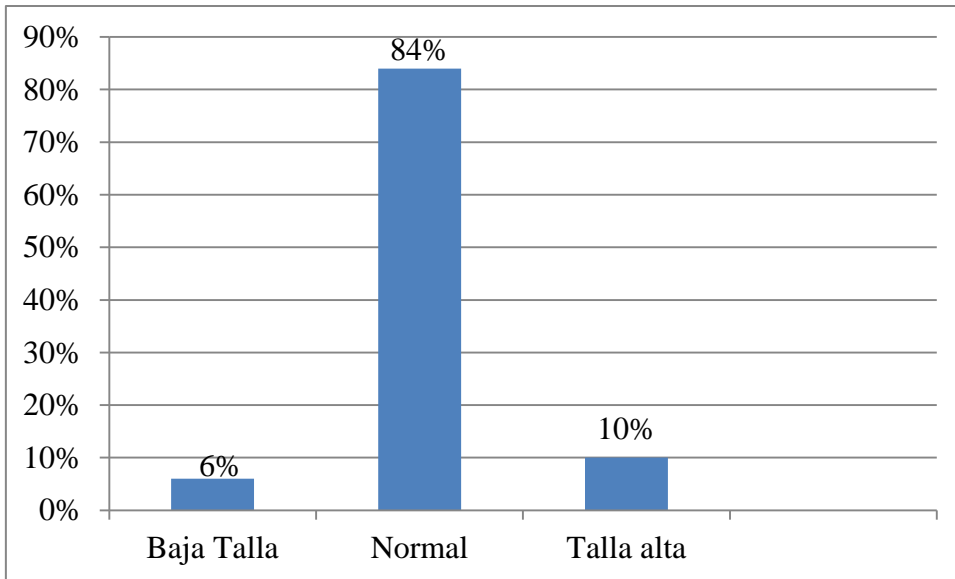
Fuente de elaboración propia.

**Gráfico 2: Distribución porcentual de la muestra según sexo (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

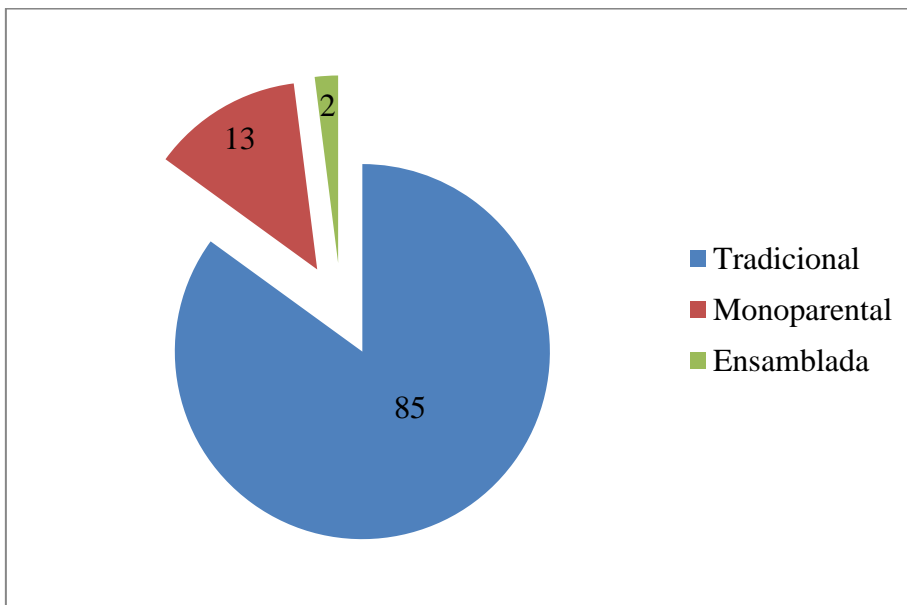
**Gráfico 3: Distribución porcentual de la muestra según relación talla para la edad (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Como también se tomó en cuenta la Talla para la edad, se determinó que un 84% se encuentra dentro del rango de normalidad según la talla.

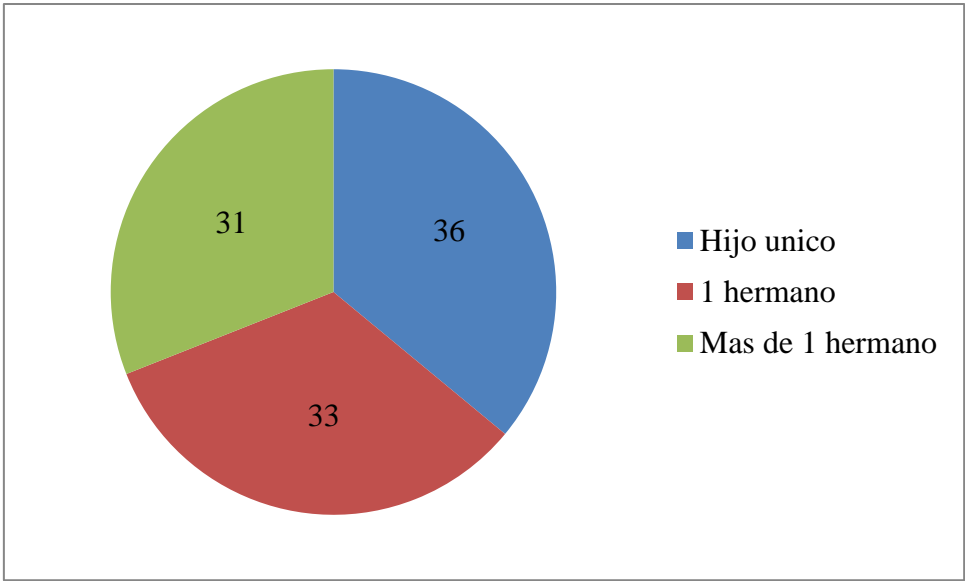
**Gráfico 4: Composición de la muestra según tipo de familia (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Se observó que 85 de las 100 familias corresponde a un tipo de familia tradicional, la cual es conformada por padre y madre.

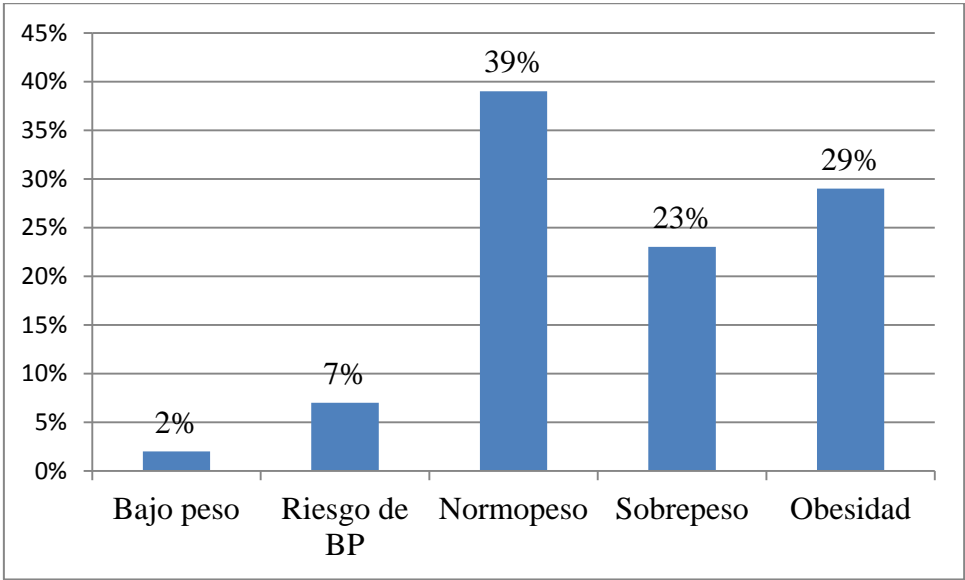
**Gráfico 5: Distribución de la muestra según cantidad de hermanos (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Se observó que 36 niños de la muestra son hijos unicos, mientras que 33 cuenta con 1 hermano. Y el resto 31 tienen mas de 1 hermano.

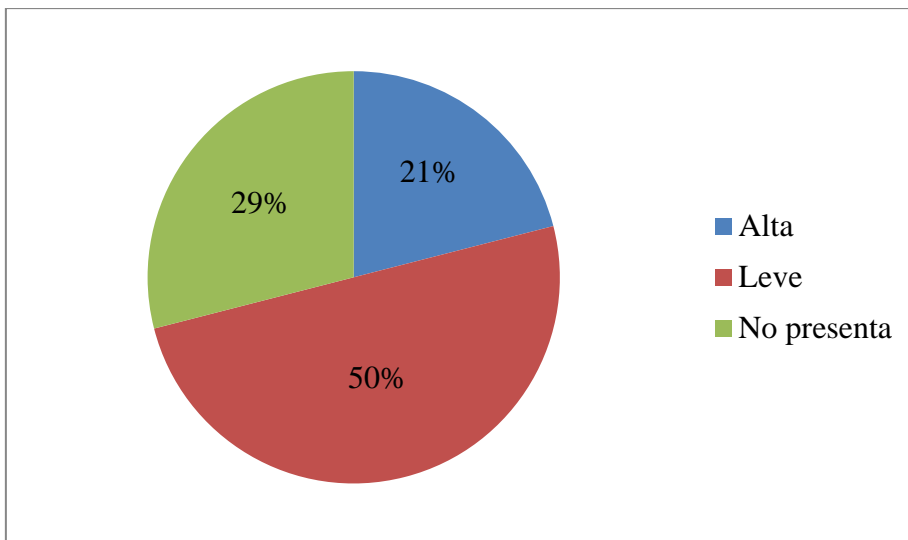
**Gráfico 6: Distribución porcentual de la muestra según IMC/edad (n=100).**



Fuente de elaboracion propia.

Por lo que se pudo observar mediante el IMC y Talla correspondiente para la edad, que de los 100 niños de la muestra, un 52% que presenta sobrepeso y obesidad (23% sobrepeso y 29% obesidad), seguido de un 39% se encuentra con normopeso.

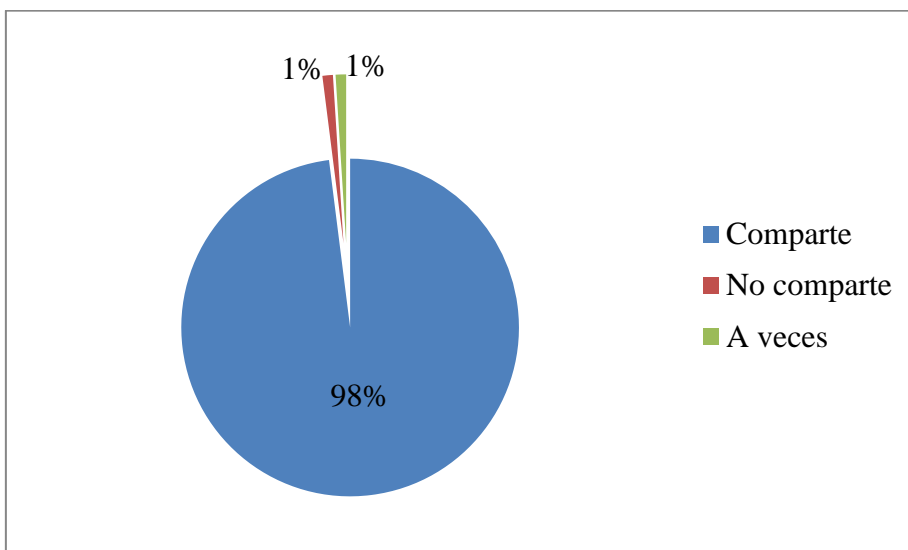
**Gráfico 7: Distribución porcentual de la muestra según nivel de ansiedad por parte de los padres al momento de comer (n=100)**



Fuente de elaboración propia.

El 50% de los padres/cuidadores dice presentar una leve ansiedad al momento de la realización de las comidas del niño.

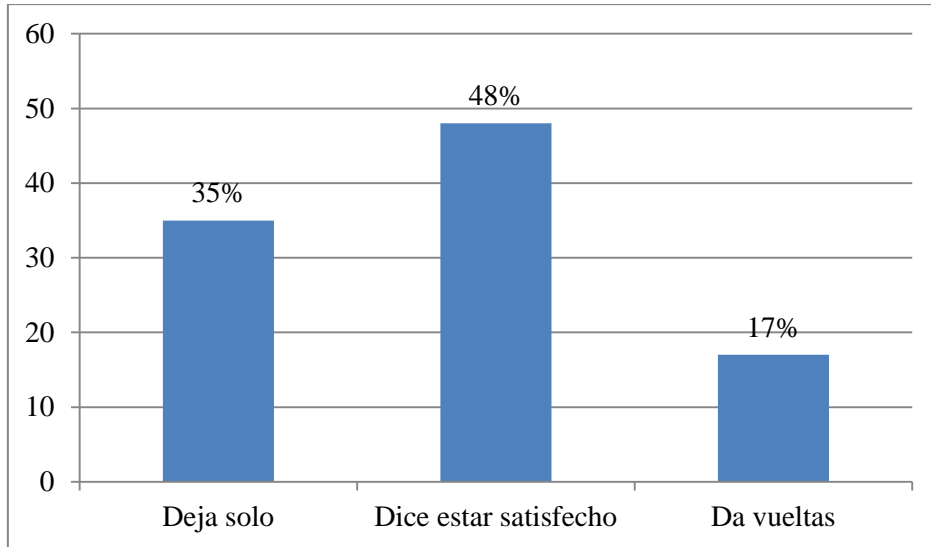
**Gráfico 8: Composición porcentual de la muestra según comensalidad familiar (n=100)**



Fuente de elaboración propia.

Se observó que el 98% de los niños/as, comparte las comidas siempre con la madre/padre o cuidador.

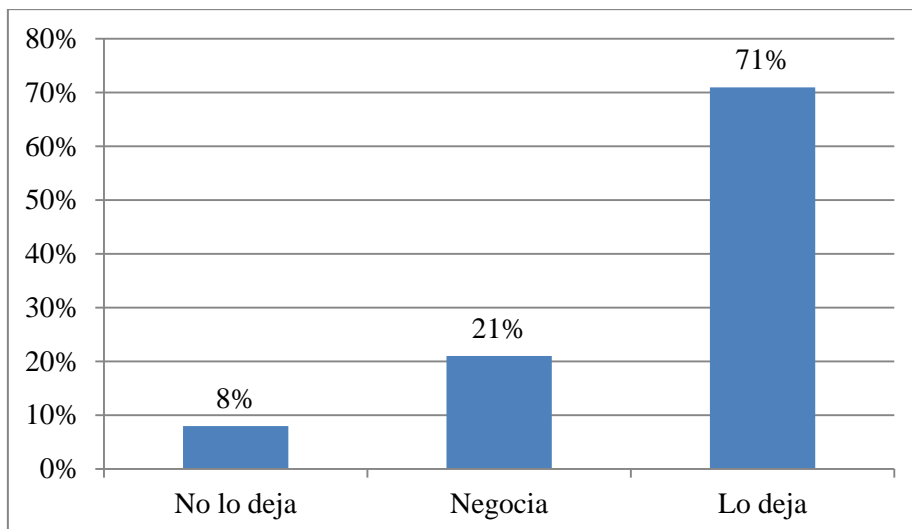
**Gráfico 9: Distribución porcentual de la muestra según conocimiento de señales de satisfacción del niño por parte de sus padres (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Un 48% de los padres dicen reconocer cuando el niño se encuentra satisfecho ya que el mismo lo dice, un 35% el niño deja solo de comer y un 17% porque el niño comienza a dar vueltas sobre la comida.

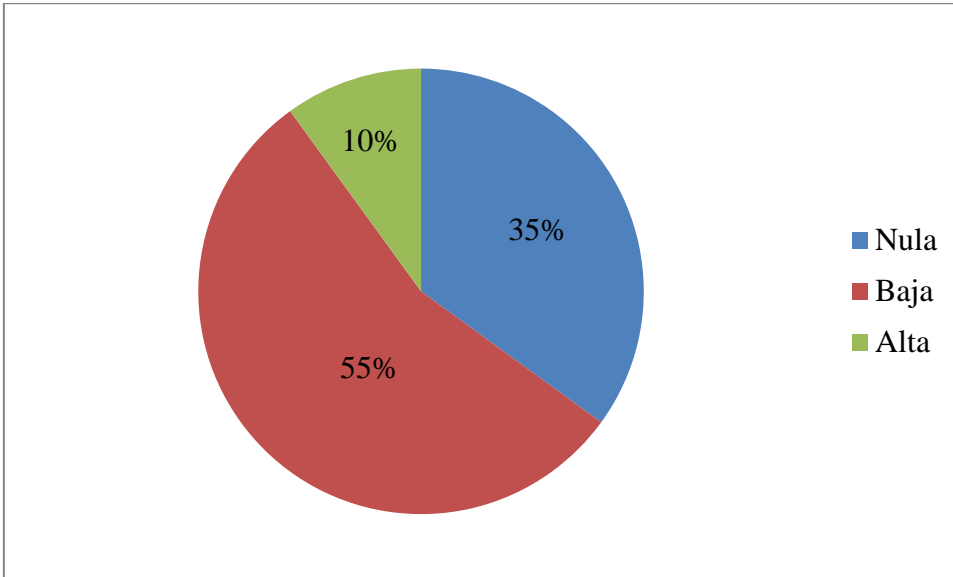
**Gráfico 10: Distribución porcentual de la muestra según actitudes ante el deseo del niño de repetir el plato (n=100)**



Fuente de elaboración propia.

Se observa en su gran mayoría, un 71% de los padres/cuidadores deja repetir el plato al niño si lo desea.

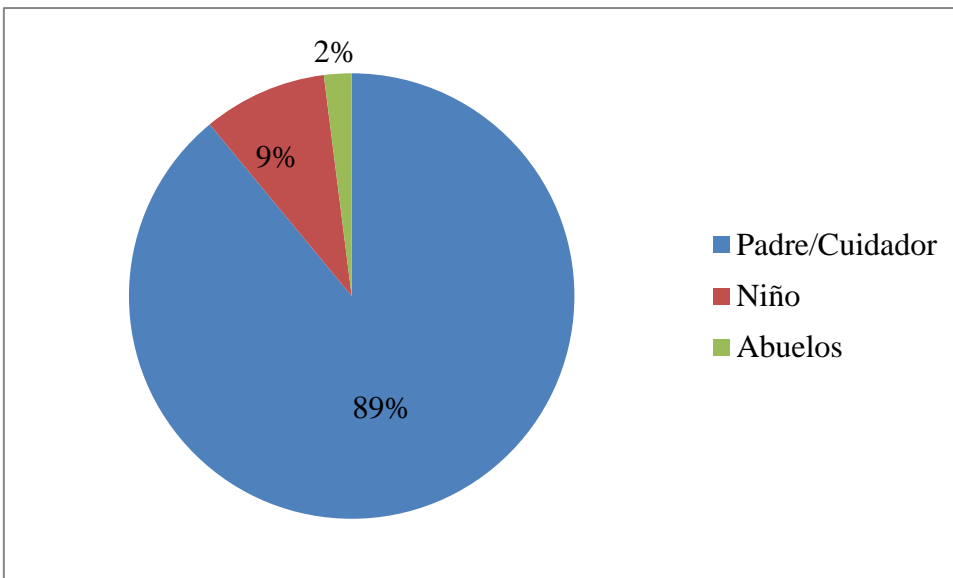
**Gráfico 11: Composición porcentual de la muestra según influencia del niño en las compras (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Se puede observar que el 55% de la muestra presenta baja influencia del niño al momento de las compras de los alimentos.

**Gráfico 12: Distribución de la muestra según elección del menú en el hogar (n=100)**

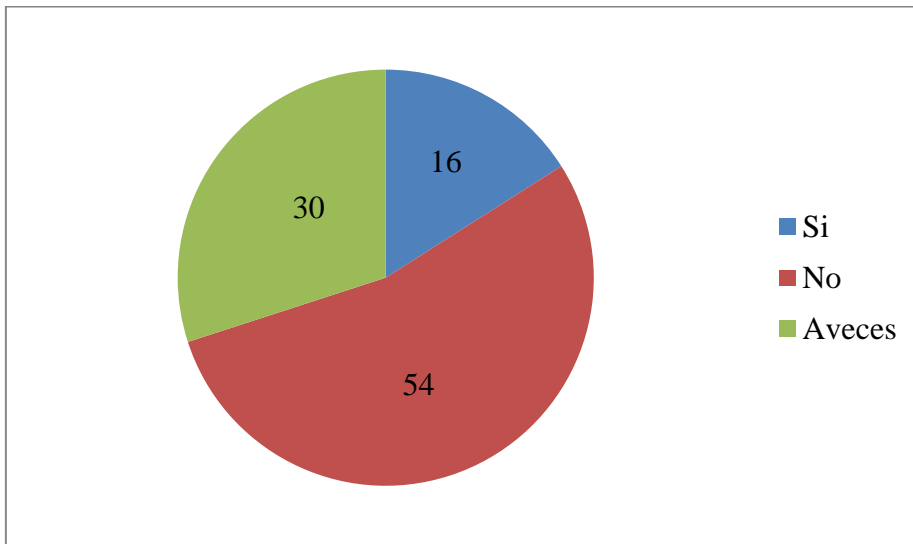




Fuente de elaboración propia.

Según la muestra de 100 encuestados, el 89% dice que la elección del menú en el hogar se encuentra a cargo de los padres/cuidadores.

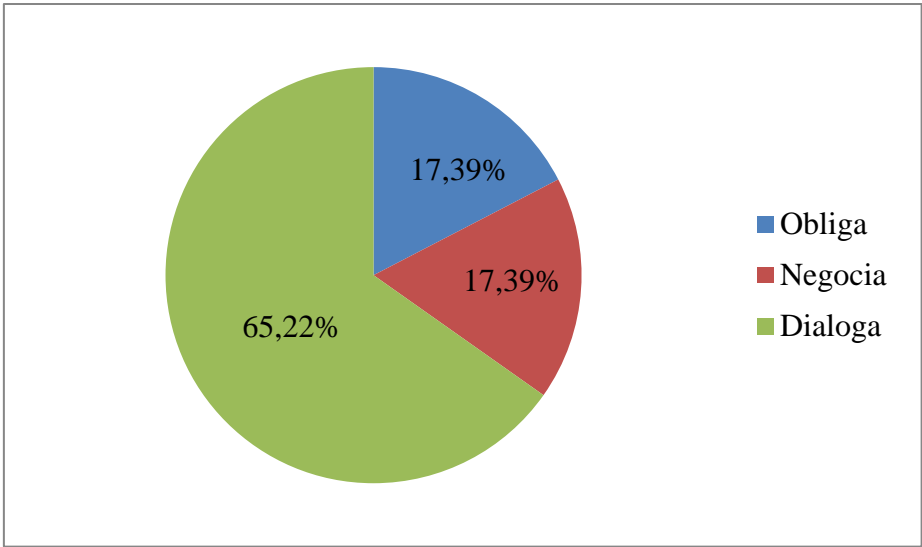
**Gráfico 13: Distribución de la muestra según presencia o no de insistencia por parte de padre/cuidador al momento de comer (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Se observa que 54 de los padres/cuidadores encuestados dicen no insistir al niño al momento de comer, a diferencia de 46 que dicen que suelen insistir al niño para que coma al menos algo.

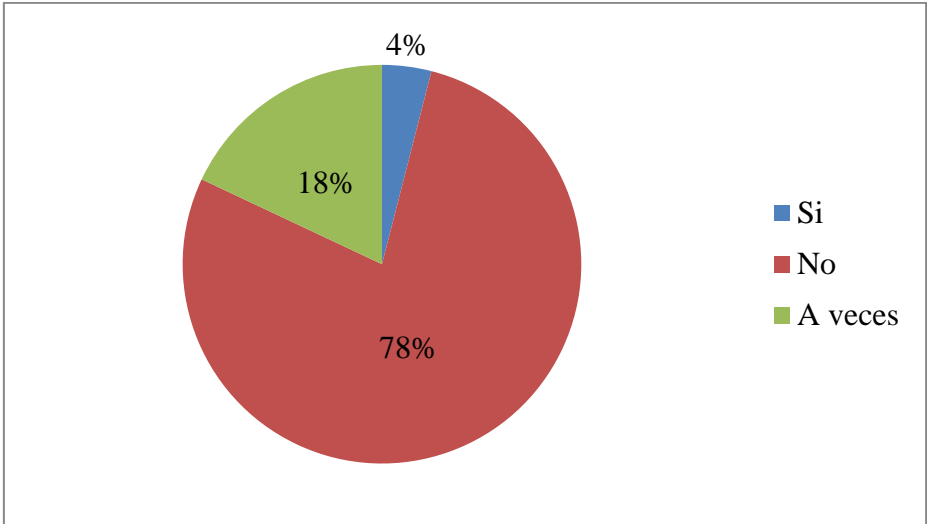
**Gráfico 14: Distribución porcentual del método utilizado para la insistencia por parte de los padres al momento de comer (n=46).**



Fuente de elaboración propia.

De los 46 padres/cuidadores que dicen insistir al niño al momento de comer, el 65,22% lo realiza mediante el dialogo, explicándole los beneficios e importancias de dicho acto.

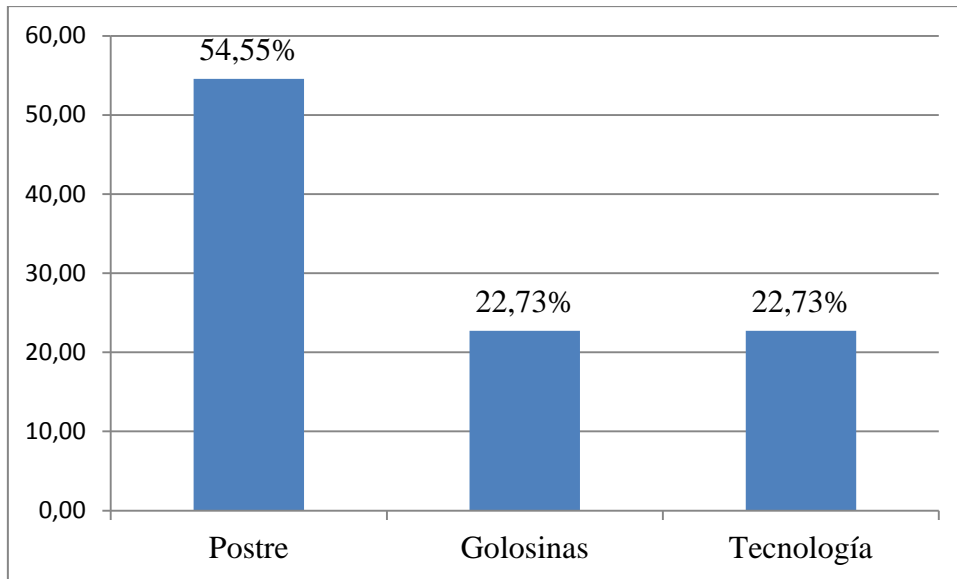
**Gráfico 15: Distribución porcentual de la muestra en la utilización de recompensas (n=100)**



Fuente de elaboración propia.

El 78% de los encuestados dice no ofrecer algún tipo de recompensas si el niño ingiere todos o algunos los alimentos. A diferencia del 22 % que en algún momento le ofrece algún tipo de recompensas

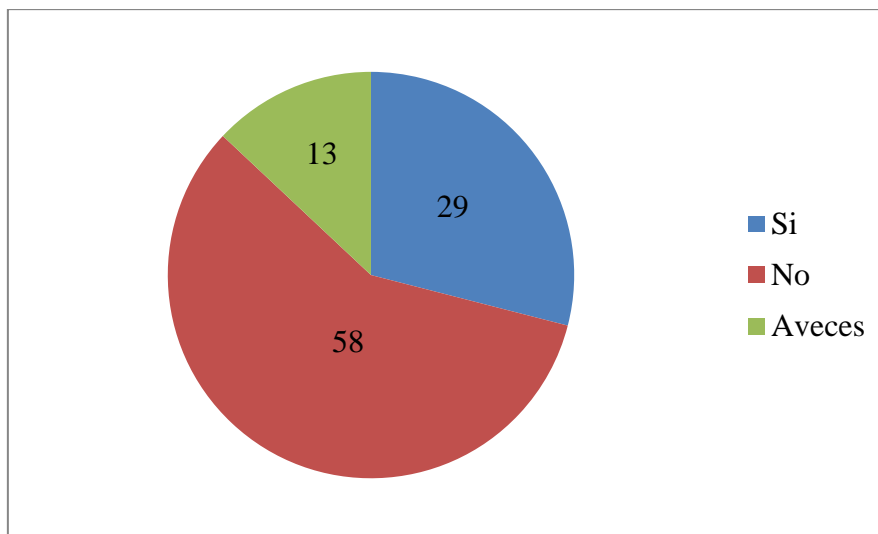
**Gráfico 16: Distribución porcentual de la muestra en el modo de recompensas utilizadas (n=22)**



Fuente de elaboración propia.

Del 22% que dice ofrecer algún tipo de recompensas si el niño/a ingiere algún alimento, lo realiza mediante la promesa de postres (54,55%), Golosinas (22,73) o el uso o prohibición de tecnologías, play station, tablet, etc (22,73%).

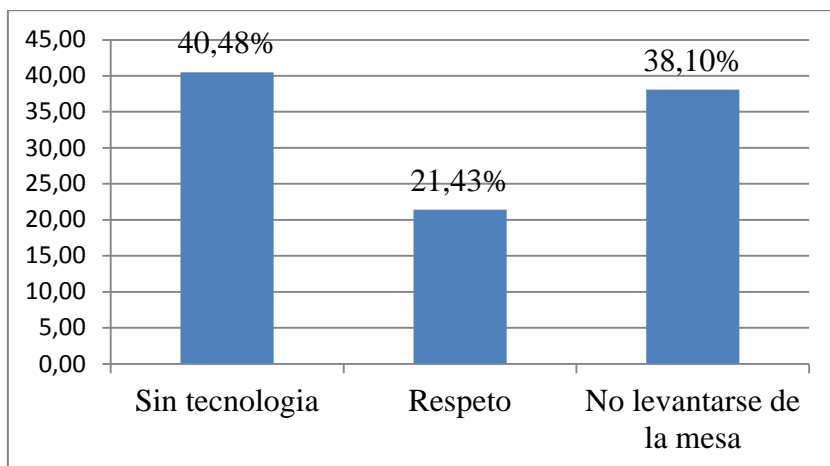
**Gráfico 17: Distribución de la muestra en el establecimiento de límites o presiones al momento de comer (n=100)**



Fuente de elaboración propia.

De los 100 encuestados, 58 dice no presionar al niño/a al momento de realizar las comidas. Y 42 de ellos dice alguna vez haber presionado al niño para que este realice las comidas.

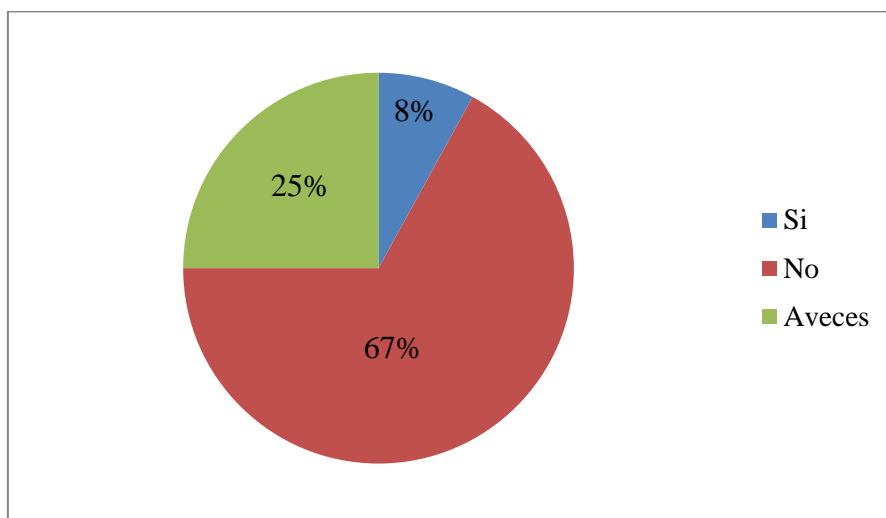
**Gráfico 18: Distribución porcentual de la muestra según los tipos de límites (n=42).**



Fuente de elaboración propia.

Se pudo observar que de los 42 padres/cuidadores que dicen en algún momento presionar al niño para que coma, lo realiza mediante quitarle la tecnología (40,48%), o mediante la negativa al poder levantarse de la mesa (38,10%), y una petición de respeto ante el acto de comer (21,43%).

**Gráfico 19: Distribución porcentual de la muestra según persuasiones al niño para que coma (n=100).**

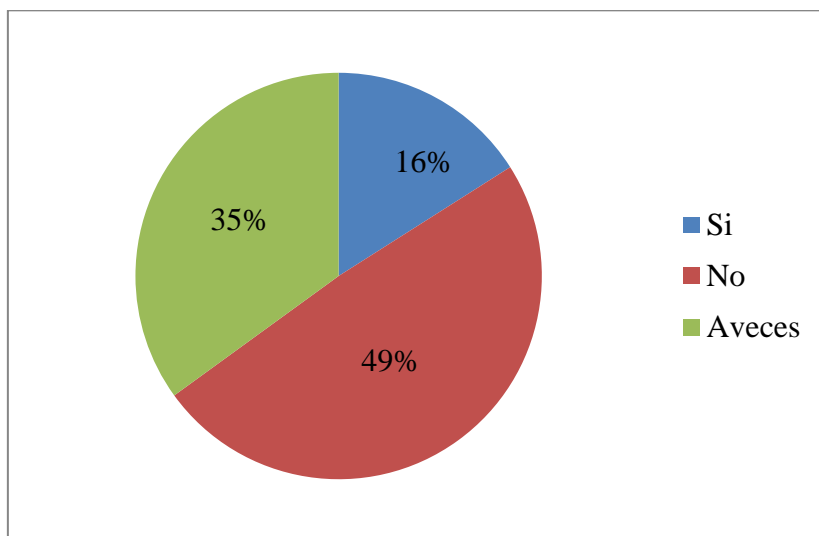


Fuente de elaboración propia.

El 67% de los encuestados dice no utilizar súplicas o persuasiones al momento de la negativa por parte del niño al momento de realizar las comidas.

De lo contrario hay un 33% que suele súplicar o persuadir al niño para que coma al menos algo.

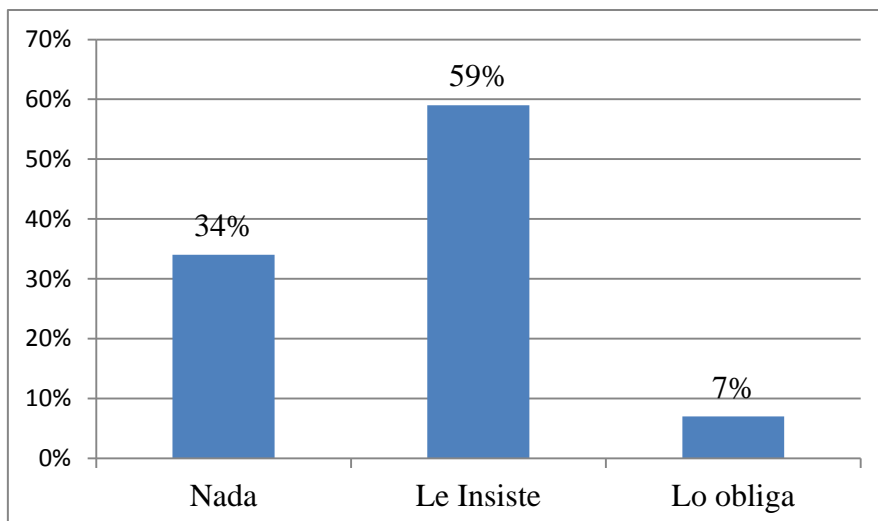
**Gráfico 20: Distribución porcentual de la muestra según la realización de un menú especial ante la negativa del niño sobre el menu propuesto (n=100)**



Fuente de elaboración propia.

Un 49 % respondió con negativa hacia la realización de menú especial hacia la negativa del niño sobre el menú propuesto. Pero un 51% dice realizar siempre o a veces un menu especial al niño.

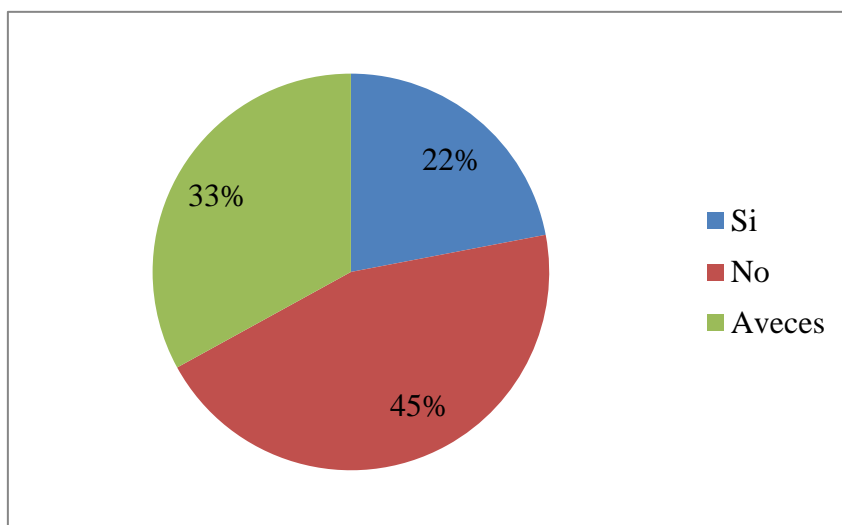
**Gráfico 21: Distribución porcentual de la muestra según la negativa de niño por no comer (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Se observó que un 66% obliga o insiste al niño para que coma, mientras que un 34% dice no hacer nada ante la negativa del niño.

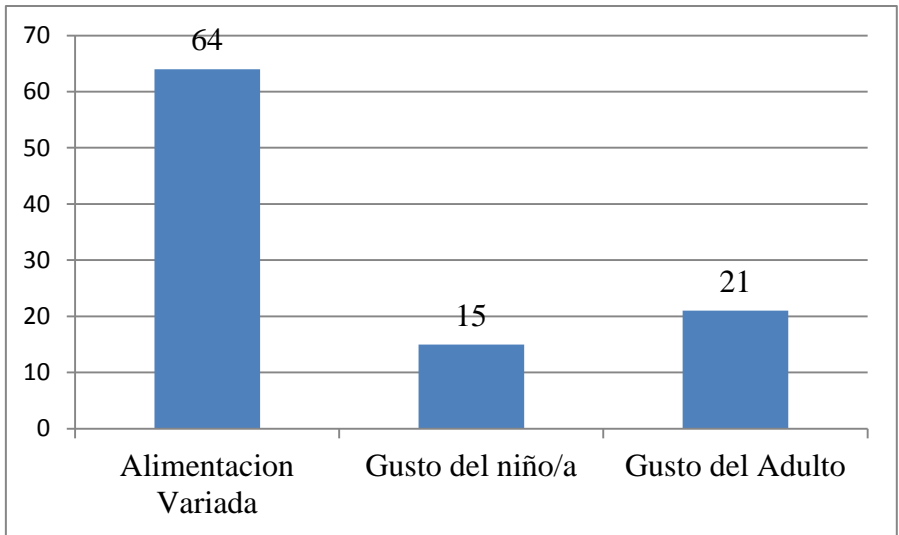
**Gráfico 22: Distribución porcentual de la muestra según la presencia de distracciones en las comidas (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

El 55% de los encuestados dice que siempre o a veces existe la presencia de distracciones al momento de realizar las comidas a diferencia de un 45% que no presenta.

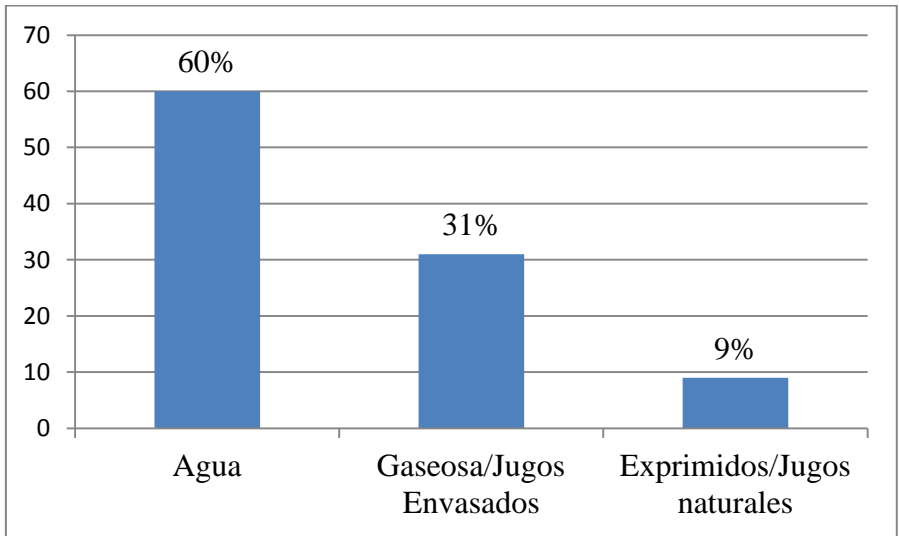
**Gráfico 23: Distribución de la muestra según prioridad de los padres en la elección del menú (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Se demostró que 64 de los 100 encuestados presenta preferencia a una alimentación variada al momento de la elección del menú.

**Gráfico 24: Distribución de la muestra según el tipo de bebida de consumo más frecuente (n=100).**



Fuente de elaboración propia.

Como se puede observar, el 60% de los padres de la muestra dicen preferir agua como bebida para ingerir con las comidas

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se planteó poder conocer el estado nutricional en niños en edad escolar, cuáles son las prácticas y conductas alimentarias promovidas por parte de sus padres y/o cuidadores.

Por lo que se pudo observar mediante el *IMC* y *Talla correspondiente para la edad*, que de la muestra comprendida por 100 niños, un 52% que presenta sobrepeso y obesidad (23% sobrepeso y 29% obesidad), seguido de un 39% se encuentra con normopeso. Teniendo en cuenta la *Talla para la edad*, un 84% se encuentra dentro de los rangos de normalidad; un 6% con baja talla; y el resto (10%) con talla alta.

En lo referido a *las prácticas y conductas alimentarias promovidas por parte de los padres*, se planteó una clasificación utilizando las respuestas otorgadas por los mismos y se pudo determinar que:

- Según el cuestionario, se pudo observar mayor prevalencia de padres que corresponden a la clasificación de *Responsable*, ya que un 50% suele presentar una leve ansiedad al momento de las comidas de los niños; como también se demostró que en un 98% existe comensalidad familiar y en un 45% no existe presencia de distracción en las comidas, pudiendo los padres considerar a sus hijos y monitorear sus conductas. Se vio baja influencia (55%) de los niños al momento de la compra de los alimentos, como también que el 89% eran los padres quienes elegían el menú del día. Eso determina el establecimiento de límites al momento de guiar al niño en el buena comer, pero no mediante la utilización de recompensas, ya que se determinó que un 78% no las ofrece al niño si éste no quiere realizar las comidas. Tampoco utilizan la súplica o persuasiones el 67% de los padres encuestados y un 64% de ellos dice preferir una alimentación variada. Estas características pueden determinar un padre Responsable, ya que es él quien determina los límites de dónde, cuándo y qué comer. Pero respetando las señales de hambre del niño, ya que no presiona o insiste al niño al momento de comer en un 54%. Se demostró que en su gran mayoría, se intenta dirigir la actividad del niño imponiéndole roles y conductas maduras, pero utilizando el razonamiento y la negociación, partiendo de una aceptación de los derechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños.



- En menor medida le corresponde al estilo de padre *Negligente*, ya que a muchas de las preguntas se respondió de manera vaga con “a veces”. Abandona la responsabilidad en la educación alimentaria, como por ejemplo un 18% suele ofrecer un postre como recompensa si el niño come su comida, y un 71% hace referencia a que deja al niño repetir si lo desea, sin llegar a ningún acuerdo ni obtener señales del mismo. Como así también, un 58% dice no establecer ningún tipo de límites al momento de realizar las comidas, utilizando distracciones (55%) al momento de realizar las comidas, que se ve reflejado en un 33% que ignora señales emocionales/hambre/física del niño. Es el niño quien controla donde, cuando y que comer, ya que un 51% dice realizar un menú especial ante la negativa del niño sobre el menú propuesto. Como también dice no hacer nada en un 34% si el niño no desea comer.

- Luego le corresponde el lugar al padre *Controlador*, ya que una gran parte de los encuestados trata de controlar la ingesta del niño. De manera que un 8% dice no dejar repetir el plato si éste lo desea; presentan alta ansiedad al momento de realizar las comidas en un 21%. Insisten al niño para comer, como se pudo observar un 7% dice obligarlo si éste no desea comer más. Un 4% soborna al niño para comer y le da recompensa. Ignoran las señales de hambre en los niños. Son demandantes, esperan que sus hijos obedezcan sus órdenes donde quedó demostrado que un 29% establece límites y/o presiones al momento de comer, proporcionando un entorno ordenado. Es estructurado con reglas, como un 35% dice no haber influencia por parte del niño al momento de las compras y que se prioriza en 21 casos el gusto de los adultos. Dedicar muchos esfuerzos a influir, controlar y evaluar el comportamiento de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos, no facilitan el diálogo. Este estilo es el que tiene repercusiones más negativas sobre la socialización de los hijos, como la falta de autonomía personal y creatividad, menor competencia social o baja autoestima.

- En último lugar se puede observar al estilo de padre *Indulgente*, en donde el niño en un 10% tiene influencia en las compras y en un 9% en la elección del menú. No establece límites un 58%. Alimenta al niño cuándo, qué, y dónde quiere el niño. Como se pudo observar, el 15% realiza el menú de la familia según las preferencias del niño, como también realiza uno especial si este no le

gustara en un 16%; un 8% dice persuadir o insistir al niño si este no desea realizar las comidas. Es permisivo, no directivo y nada estricto en la disciplina de los hijos al no pedirles una conducta madura, permitiendo al hijo considerable autorregulación y evitando la confrontación. Muestra baja responsabilidad y demanda, al no ofrecer apoyo a sus hijos y al no establecer límites en sus conductas.

En el presente estudio se pudo determinar que existe una mayoría con sobrepeso y obesidad infantil alarmante, ya que el 52% de los niños encuestados sufre al menos alguna de estas patologías. Dejando sólo a un 39% con normopeso. Esto podría deberse a las distintas prácticas alimentarias otorgadas por los padres, ya que como se planteó anteriormente, el sobrepeso infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y la educación alimentarias infantil a temprana edad por parte de sus padres es de suma importancia.

Con respecto a las conductas de los padres, se pudo observar una mayoría que corresponde a la clasificación de *Responsable*, seguido de *Negligente*, luego *Controlador* y por último *Indulgente*.

Aunque se encontraron cifras alarmantes ante distintas respuestas, como por ejemplo, que 71 padres dicen dejar repetir el plato al niño si lo desea, 52 de esos niños presentan sobrepeso u obesidad. En el caso planteado, se puede observar que es el niño quien maneja su propia ingesta sin tener el apoyo o enseñanza por parte de los padres. También se observó que un 51% realiza un menú especial si el niño no quiere comer el que se ha preparado, de ese 51%, 25 de esos niños presenta sobrepeso y obesidad.

Otro de los puntos importantes que se planteó, fueron las distracciones en las comidas (tv, Tablet, celular, etc.); donde se pudo observar que un 55% de los padres dice que sus hijos realizan las comidas con alguna de las mencionadas distracciones, y se pudo observar que 32 de esos niños presenta sobrepeso y obesidad.

Estos datos son los que realmente interesan, aunque la clasificación estadísticamente haya arrojado como resultado que en su mayoría los padres corresponden a *Responsables*, se debe trabajar sobre estos números, mediante educación alimentaria tanto para padres como para los niños ya que son los que influyen en el estado

nutricional del niño. Y de esta manera poder combatir desde nuestro lugar de profesionales de la salud el incremento alarmante de sobrepeso y obesidad infantil.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] Restrepo M. S. Gallego M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. [Tesis Doctoral]. Colombia: Universidad de Antioquia. 2004
- [2] Macías A. Gordillo L. Camacho E. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista Chilena de Nutrición [Revista de Internet]. 2012 [Citado el 1/6/16]; Volumen N°39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>.
- [3] Fernández Segura M.E. Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. Pediatría Atención Primaria. [Revista de Internet]. 2007. [Citado 11/05/16]; Volumen (N° 2). Disponible en: [http://www.spapex.es/psi/guia\\_actividades\\_preventivas\\_inf\\_adol.pdf](http://www.spapex.es/psi/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf)
- [4] Escobar Rivera J C. Jóvenes, identidad(es) y prácticas alimentarias en la Argentina. Revista Argentina de Estudios de Juventud [Revista de Internet]. 2014 [Citado 2/6/16]; Volumen N° 8. Disponible en: <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/revistadejuventud/index>.
- [5] Kovalskys, I. Bay. B, L. Herscovici, R. Cecile. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. Revista chilena de pediatría [Revista de Internet]. 2005 [Citado 26/05/16]; Volumen 10. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/237272711>.
- [6] Heynig Pepper E. El comer de los chilenos: prácticas de alimentación y comensalidad en Chile. Chile: Memorie M2; 2009.
- [7] Osorio E J. Weisstaub N G, Castillo D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Revista Chilena de Nutrición. [Revista de Internet]. 2002 [Citado 30/05/16]; Volumen N°29; disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-751820022000300002>.
- [8] Hammons, A., & Fiese, B. H. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents Pediatrics [Revista de Internet]. 2011, [10/05/16]; Volumen N° 127. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/e1565.short>.

[9] Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición. Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad. [Revista de Internet]. 2005. [13/05/16]. Disponible en: [sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/A3.262-281.pdf](http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/A3.262-281.pdf).

[10] Félix O E R. Estilos maternos relacionados a la composición corporal de los hijos pre-escolares y escolares [Tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011.

[11] Moreno V. J. Galiano S M. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. Pediatría Integral [Revista de Internet]. 2015 [Citado 21/05/16]; Volumen (Nº4); Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_de\\_la\\_nutricion\\_infantil.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_de_la_nutricion_infantil.pdf)

[12] Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and Young children. Washington, DC: Zero to three; 2009.

[13] González Jiménez, E. García C, J. Ocete Hita E. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). Nutrición Hospitalaria [Revista de Internet]. 2012. [Citado 14/5/16] Volumen Nº27. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5424.pdf>

[14] Organización Mundial de la Salud (OMS) - Sede Argentina. Sobrepeso y Obesidad. Ginebra: OMS- Sede Argentina; 2015; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

[15] Hirschler V, Calcagno I., Aranda C, Maccallini G, Jadzinsky M. Síndrome metabólico en la infancia y su asociación con insulinoresistencia. Arch. Argent. Pediatr. [Revista de Internet]. 2006. [citado 21/05/16]; Volumen 104. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752006000600001&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000600001&lng=es).

[16] Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A. Encuesta nacional de factores de riesgo. Argentina Salud Pública [Revista de Internet]. 2011 [Citado 15/5/16] Volumen (Nº 2). Disponible en: [www.neumo-argentina.org/encuesta\\_nacional\\_de\\_factores\\_de\\_riesgo](http://www.neumo-argentina.org/encuesta_nacional_de_factores_de_riesgo).

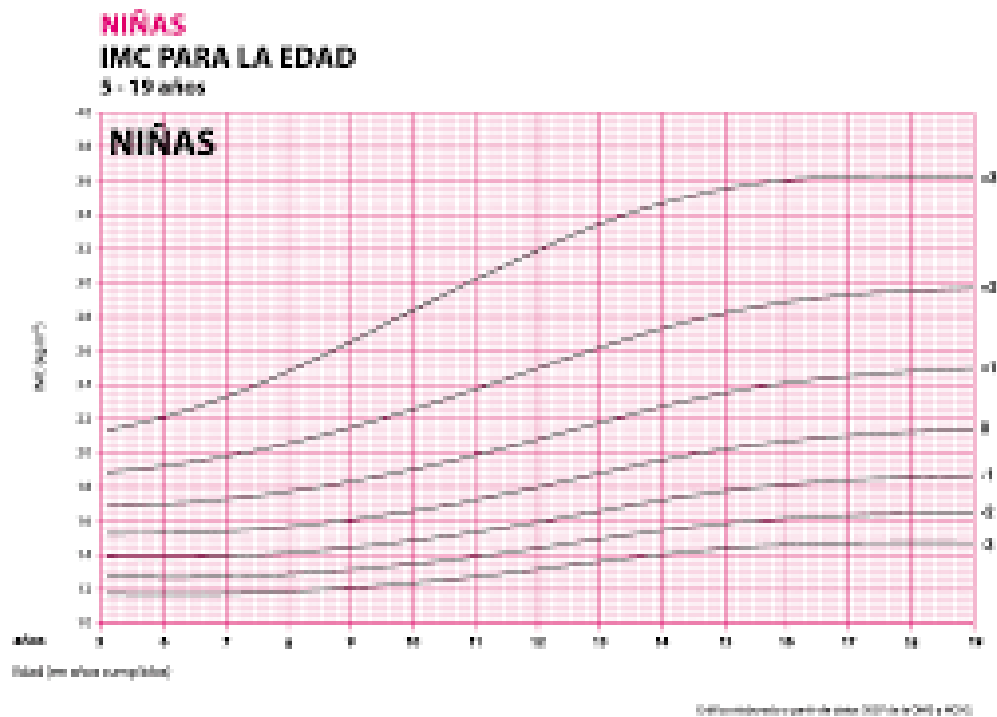
[17] Berghteina I R. Obesidad y sedentarismo en niños de 4 años que asisten a dos jardines de infantes de la ciudad de Río Grande, Tierra del Fuego, Argentina. Asociación Argentina de Pediatría. [Revista de Internet]. 2014 [Citado 6/5/16]; Volumen N° 112. Disponible en: [www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n6a20.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n6a20.pdf).

[18] Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Ginebra: OMS; 2004. Resolución WHA57.17.

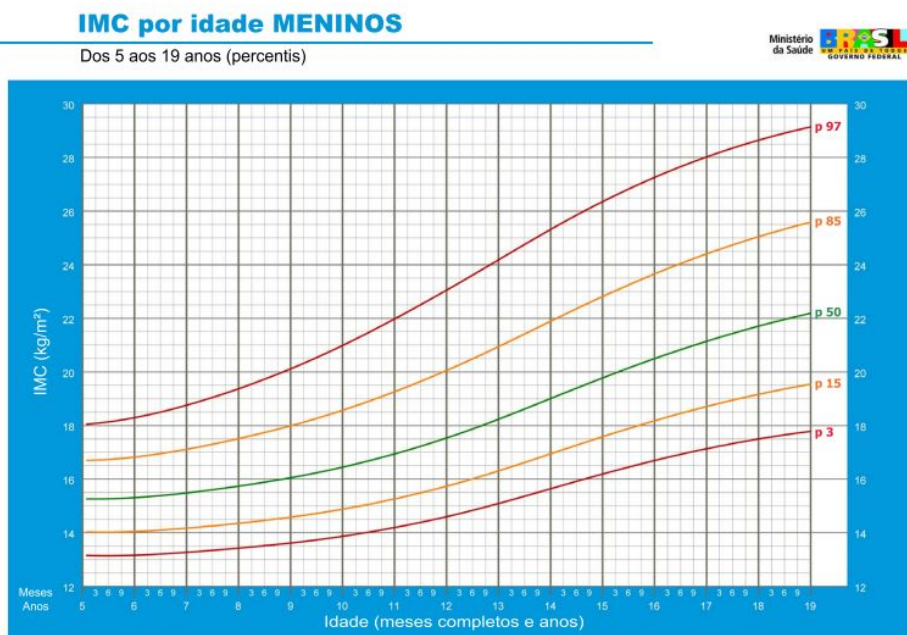
[19] Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. Sociedad Argentina de Pediatría-Comité Nacional De Crecimiento y Desarrollo- 2013- 3ª Edición. Página 106.

# ANEXOS

## IMC PARA LA EDAD EN NIÑAS (5-19Años)



## IMC PARA LA EDAD EN NIÑOS (5 – 19 Años)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

## Consentimiento informado

Nº

Sres. padres:

Mi nombre es Angelina Civelli y me encuentro realizando el trabajo final integrador de la Licenciatura en Nutrición, en la Universidad Isalud. El propósito del presente cuestionario es conocer el manejo familiar de la alimentación infantil y estado nutricional de la misma.

Es por eso que lo convoco para participar en este estudio, que consiste en responder las preguntas de la encuesta que se encuentran en la hoja siguiente.

Su participación no es obligatoria, y su no participación no implicará ningún perjuicio.

Las encuestas son anónimas, y usted puede abandonar el estudio si así lo desea. Toda la información será confidencial, y en la encuesta que le realizaremos no se identificará ni el nombre de ustedes ni el de sus hijos.

Le solicitamos que de estar de acuerdo, luego de haber leído detenidamente lo anterior y habiéndolo comprendido, firmar al pie:

**FIRMA:**

---

### Datos del niño/a

Sexo:..... Fecha de nacimiento:..... Peso:.....(Kg) Talla:.....(metros)

❖ ¿Con quién vive el niño/a? (Puede redondear varias opciones)

A) Madre y padre B) Madre C) Padre D) Abuelos E) Hermanos F) Otros

❖ ¿Tiene hermanos?..... NO SI..... ¿Cuántos?.....

### Redondee la respuesta correcta.

○ ¿Suele sentirse ansioso/a por la alimentación del niño/a, al ver si come, si no, si le gusta la comida, etc.?

A) Mucho B) A veces C) Nada

○ ¿Quién realiza habitualmente las comidas con el niño/a? (Puede marcar varias opciones)

A) Madre B) Padre C) Abuelos D) Hermanos E) Niñera/o F)Otros

○ ¿Cuándo y/o cómo se da cuenta que el niño/a ya está satisfecho? (describa brevemente en el espacio siguiente)

-----  
-----  
-----

○ Si el niño/a desea repetir el plato: ¿Cuál es su actitud?



- A) No lo deja
- B) Dialoga sobre el tema llegando a un acuerdo
- C) Lo deja repetir si lo desea

o **¿Va con el niño/a a hacer las compras?**

- A) Si
- B) No
- C) A veces

**Si la respuesta es sí o a veces... ¿Cuánto influye él/ella en la elección De los productos o alimentos que compra?**

- A) Nada, Compro lo que tengo pensado de antemano
- B) Un poco, selecciono lo que tenía pensado, pero llevo también algunos productos que pide el niño/a.
- C) Mucho, suelo comprar acorde a los gustos, preferencias o sugerencias del niño/a
- D) Otro (describir brevemente)

-----  
-----

o **¿Quien elige el menú para realizar en el hogar con mayor frecuencia?**

- A) Padres/ Cuidador
- B) Niño/a
- C) Abuelos
- D) Otros.....

o **¿Suele presionar o insistir al niño/a al momento de comer?**

- A) Si
- B) No
- C) A veces

Si la respuesta es Si o A veces ¿Cómo lo hace?

-----  
-----

o **¿Le ofrece recompensas si el niño/a come su comida?**

- A) Si
- B) No
- C) A veces

Si la respuesta es Si o A veces, ¿Cuáles serían?

-----  
-----

o **¿Establece algún tipo de límites al niño/a al momento de comer?**

- A) Si
- B) No
- C) A veces

Si la respuesta es Si o A veces, ¿Cuáles serían?

-----  
-----  
○ **¿Suele suplicar o persuadir al niño/a para que coma?**

A) Si                      B) No                      C) A veces

○ **¿Suele prepararle una comida especial si no le gusta el menú de ese día?**

A) Si                      B) No                      C) A veces

○ **¿Qué pasa si el niño/a no quiere comer?**

A) Nada, respeto su voluntad

B) Le insisto un poco para que coma al menos algo

C) Lo obligo a que coma

○ **¿Deja al niño/a realizar las comidas mirando/ jugando con TV, Tablet, Juguetes, otros?**

A) Si                      B) No                      C) A veces

○ **¿Que prioriza al momento de elegir que cocinar y comer?**

A) Lograr una alimentación variada (verduras, frutas, cereales, etc.)

B) El gusto y preferencias del niño/a

C) El gusto y preferencias de los adultos

○ **¿Qué tipo de bebida consume el niño/a más frecuentemente durante las comidas?**

A) Agua

B) Gaseosa o jugos envasados

C) Exprimidos

D) Otros.....