



FHyCS
Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales



UNJu
Universidad
Nacional de Jujuy

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Trabajo de Campo con Proyecto Final

Título

“Estado nutricional y hábitos alimentarios en niños (2-5 años) residentes en un asentamiento periurbano de San Salvador de Jujuy”



Por:

María Paula Cruz

L.U: E-5896

Tutor Lic. Rafael Ángel Carrillo

Co Tutor Lic. Ignacio Felipe Bejarano

Año 2021

DEDICATORIA

❖ *Dedico esta tesis con todo mi corazón a mis abuelos Norma y Alejandro, sin ellos no lo había logrado y por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye esté, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siga adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.*

AGRADECIMIENTOS

- ❖ *Mi especial agradecimiento a mi cotutor al Lic. Ignacio Felipe Bejarano por su gran apoyo incondicional, su calidad humana, humildad y brindarme su buena predisposición desde el primer día. Mi estima y mil gracias.*

- ❖ *Quiero agradecer a mi director de Trabajo Final Lic. Rafael Carrillo por su constante apoyo, sus indicaciones y orientaciones indispensables en el desarrollo de este trabajo, quisiera destacar la buena actitud que lo caracteriza y la predisposición que siempre demostró desde el primer día.*

- ❖ *Gracias a la universidad, por haberme permitido formarme en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes los responsables de realizar un pequeño aporte, que se verá reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.*

INDICE

Introducción	1
Justificación	2
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema a investigar	6
MARCO TEÓRICO.....	7
Crecimiento y desarrollo.....	8
Factores que influyen en el crecimiento físico	9
Factores intrínsecos.....	9
Factores extrínsecos:.....	10
Antropometría	11
Índice de Masa Corporal (IMC)	11
Estado nutricional	12
Hábitos Alimentarios	12
Factores o componentes que influyen en los hábitos alimentarios	14
Asentamientos Periurbanos.....	15
Merenderos Comunitarios.....	17
Educación Para la Salud	18
ESTADO DEL ARTE.....	19
OBJETIVOS	25
Objetivo General.....	25
Objetivos Específicos.....	25
MATERIAL Y MÉTODO	26
La población y su ambiente	26
Metodología de la Investigación.....	28
Indicadores antropométricos	29
Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).....	30
Universo y selección de la muestra.....	31
Criterios de inclusión.....	32
Criterios de exclusión.....	32
Instrumento de recolección de datos: La encuesta.....	32
Análisis de los datos	33
Resultados.....	34
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIÓN	57
BIBLIOGRAFÍA	59
PROYECTO DE INTERVENCIÓN	68

INTRODUCCIÓN.....	69
Fundamentación	70
Justificación	71
OBJETIVOS	72
Objetivo General.....	72
Objetivos Específicos.....	72
Metas.....	73
Actividades	73
DESTINATARIOS:	75
FINANCIAMIENTO.....	75
Tabla de Gantt	1
RECURSOS	4
Evaluación	10
Bibliografía.....	11
ANEXO.....	12

Introducción

Los hábitos alimentarios en los escolares influyen en el crecimiento, el desarrollo físico, psíquico, social, en la calidad de vida y trastornos que afectarán de adulto (Gonzales et al., 2010). Se adquieren en los primeros años de vida y perduran a lo largo de esta, influyendo de forma notable en las prácticas alimentarias que se siguen en la edad adulta y si son incorrectos serán difíciles de modificar (Zambrano et al., 2013). Por tanto, en edad escolar es donde debe realizarse el esfuerzo educativo, con el fin de inculcar, desde los primeros años, hábitos alimentarios saludables y así prevenir problemas nutricionales en la población infantil, (Llargues et al., 2009) como sobrepeso, obesidad (Freire et al., 2014) así como bajo peso el cual está disminuyendo en prácticamente todo el mundo. (Pajuelo et al., 2013). El sobrepeso y la obesidad a su vez producen enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (Freire et al., 2013), también produce mayor riesgo de obesidad en edad adulta (Llargués et al., 2012), baja autoestima, aislamiento social y problemas de rendimiento escolar (Rahman et al., 2014).

El aporte insuficiente de sustancias nutritivas puede originar alteraciones en el crecimiento como peso o talla baja en la salud, como anemia bajo rendimiento escolar y efectos adversos en el desarrollo cognitivo, limitando por tanto la capacidad del individuo para generar ingresos, lo que repercute en el desarrollo social de su comunidad y de su país (Freire et al., 2013). Además, junto con infecciones, determinan una elevada morbimortalidad (Muñoz, 2008).

La alimentación cumple un rol fundamental para una vida saludable, la misma que se encuentra vinculada a los hábitos alimentarios, sin embargo, estos hábitos se ven afectados por tres factores como la familia, los medios de comunicación y la escuela. Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y ejercen una influencia muy fuerte en la dieta de los niños y las conductas vinculadas con la alimentación; sin embargo, los cambios socio económicos actuales han llevado a padres e hijos a alimentarse de manera inadecuada. Estos cambios han contribuido a dedicarle más tiempo a la

actividad laboral y menos tiempo a la hora de alimentarse, razón por la cual ha aumentado el consumo de alimentos procesados y de comida rápida, lo que influye en los hábitos alimentarios de los niños y afecta su estado nutricional

De esta manera la OMS (2006) manifestó que la infancia es una etapa importante porque los niños adquieren comportamientos de su entorno ya que van configurando creencias y actitudes de sus conductas futuras. En la provincia de Jujuy, se presentan diversas realidades urbanísticas, en particular en la ciudad de San Salvador de Jujuy se sitúan diversos asentamientos periurbanos, uno de ellos es el denominado asentamiento “Las delicias”.

Justificación

Con la elaboración de este de trabajo se apuntó a la contribución del conocimiento sobre el estado nutricional y hábitos alimenticios de los niños y niñas del asentamiento periurbano Las Delicias, que brindan un panorama sobre posibles temas para su abordaje.

Esta temática surgió en función de la demanda social, que se planteaba en torno a las políticas y alusiones que se deben tomar por parte del estado o no, sobre las condiciones del estado nutricional y hábitos alimentarios. Esto fue necesario abordar dado que las primeras etapas de la vida las cuales se desarrolla el potencial de las personas y en particular a las que hacen a su salud.

Esta investigación generó un constructor de conocimiento que podría servir para la toma de decisiones y acciones e incluso justificaciones frente a la propuesta por parte del estado u otro organismo sobre políticas que incidan en la calidad de los estilos de vida de este grupo etario. Fue factible realizar el mismo dado que los métodos a utilizar fueron accesibles, públicos y de fácil interpretación.

La relevancia social del presente trabajo se resaltó sobre el aporte significativo para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas que se

encuentran afectados por malos hábitos alimentarios, este trabajo generó un conocimiento que desde la educación para la salud dio un aporte en la búsqueda de la construcción sobre la realidad de los espacios comunitarios de los asentamientos periurbano en relación a los niños y niñas.

Planteamiento del problema

Argentina es un país latinoamericano en vías de desarrollo que presenta diferentes dificultades en lo que hace a la condición de los niños en particular se hace foco la cuestión de alimentación y de la nutrición dado que la niñez es el momento de desarrollo donde se potencia y se va a deslumbrar la cuestión madurativa de las personas, las políticas de desarrollo hacen foco en esta primera etapa de la vida en particular en el asentamiento de la provincia de Jujuy que es un barrio donde los recursos se centran en la producción tabacalera y en los últimos tiempos la introducción de los planes sociales, casi el total de la comunidad se encuentra desempleada con trabajo inestable, programas sociales y no cuentan con ayuda económica financiera cuentan con un nivel educacional primario completo e incompleto con ingresos económicos provenientes de trabajos inestables sin obra social beneficiarios de planes sociales.

Se trata de un asentamiento poblacional constituido por viviendas precarias, construidas de bloques, techos de chapas, sin marcado de calle y sin pavimentación. Esto ha generado una demanda de los grupos populosos en particular del departamento Dr. Manuel Belgrano en la Ciudad de San Salvador de Jujuy que existen diferentes grupos humanos que se asientan en los márgenes por no tener espacios para poder desarrollarse dentro de los márgenes lineales de la ciudad a esto se les denomina asentamientos periurbanos que se sitúan en barrios no estructurados si no en organizaciones edilicias sin servicios básicos en los cuales se presentan dificultades al momento de poder contar con una buena alimentación y nutrición en los niños.

Se ha demostrado que la pobreza influye negativamente en el crecimiento, desarrollo, bienestar físico, cognitivo y socioemocional infantil (Lawrence, 1997).

Aspectos tales como los bajos ingresos familiares, la vivienda y la inseguridad alimentaria repercuten en la salud ocasionando no solo la transmisión y perpetuación de enfermedades agudas, sino también crónicas (Sepúlveda y Álvarez, 2012).

Estas enfermedades son endémicas en determinadas regiones debido a la guerra, catástrofes naturales o en países en vía de desarrollo que afrontan problemas de sobrepoblación, pobreza extrema, carencias sanitarias y falta de higiene pública.

Entre las enfermedades crónicas de mayor prevalencia global se encuentra la obesidad. La Organización Mundial de la Salud ha informado recientemente que la ocurrencia de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) entre los lactantes, niños y adolescentes va en aumento en todo el mundo, siendo los países de ingresos bajos y medios los que se ven más afectados (OMS, 2008).

Con relación a la asociación entre exceso de peso y pobreza se ha señalado que es variable y compleja (Peña y Bacallao; 2000). Especialmente, en el contexto latinoamericano, autores como Peña y Bacallao afirman que el sobrepeso y la obesidad resultan cada vez más frecuentes en contextos carenciales (OPS, 2000).

La pandemia agravó la situación del trabajo en las franjas más humildes del país: miles de familias se quedaron sin ingreso por lo cual debieron recurrir a la asistencia alimentaria, tanto de los comedores comunitarios como del gobierno nacional.

En cuanto a los factores económicos, es sabido que el aumento de los precios de los alimentos hizo sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias. La diferencia entre pobres y ricos se ha

acentuado aún más, y para los primeros las limitaciones para adquirir alimentos que permitan llevar a cabo las recomendaciones de una alimentación variada, son cada día mayor.

Dentro de los medios locales surge la información por parte del Instituto de Investigación Social, Económica y Política Ciudadana (Isepci) dio a conocer los resultados que conforman el Indicador Barrial de Situación Nutricional (Ibsn). El informe muestra una gran presencia de sobrepeso y obesidad en las infancias y juventudes en todo el país. La muestra recogida en la provincia indica que el 47,49% de los niños jujeños censados tiene malnutrición; el 24 %, obesidad, el 22 % sobrepeso y el 2% bajo peso.

De este modo la Educación para la Salud es el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla de modo que, cualquier persona o colectivo debe poder discernir y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y evolucionar con su entorno o adaptarse a él.

Entre los desafíos que enfrentan contextos como lo nuestros, emerge la necesidad de mejorar los niveles de salud y calidad de vida de la población y en tal sentido, la Educación para la Salud es una práctica científica central para construir y desarrollar estilos de vida favorables, en tanto eje fundamental de la promoción de la salud, ya que al promover el análisis crítico de los hábitos y condiciones en que se produce y reproduce la salud se genera el compromiso por mejorar la calidad de vida.

A partir de la aproximación a la realidad sobre la situación surgieron interrogantes que sirvieron de guía para la investigación las cuales se establecieron como:

- ¿Cuál es el peso, la talla y el índice de masa corporal promedio de los niños/as residentes en el asentamiento “Las Delicias”?

- ¿Cuáles son los estadísticos de posición y dispersión de los indicadores antropométricos considerados: peso, talla e Índice de masa corporal?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños/as objeto del presente estudio determinado mediante el Índice de Masa Corporal?
- ¿Cuáles son los hábitos alimentarios de este subconjunto poblacional en particular?

Formulación del problema a investigar

- ¿Cuál es el estado nutricional y los hábitos alimentarios que poseen los niños de 2 a 5 años residentes en el asentamiento “Las Delicias” en el primer semestre del 2021?

MARCO TEÓRICO

En la actualidad las desigualdades económicas y sociales se reflejan en la salud de la población, donde la globalización crece más y más, haciendo que esta brecha se profundice cada vez más.

La malnutrición es una de las enfermedades más difundidas del mundo entero, es una enfermedad que ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia, pero la forma de valorarlo ha ido cambiando a lo largo de los años. Así, podemos decir que se diferencian dos tipos de malnutrición; por defecto (delgadez) y por exceso (sobrepeso y obesidad).

Durante mucho tiempo se le ha prestado más atención a la desnutrición por ser esta más frecuente y la causante de daños más severos. Durante los años `70 y `80, alcanzó gran magnitud a nivel internacional por lo que distintas instituciones debieron elaborar planes y estrategias para enfrentarla.

En la última década del siglo pasado hubo regiones donde se evidenciaron avances en la lucha contra la desnutrición, pero hubo otras donde el problema se incrementó. De forma general se observó también a nivel mundial un marcado incremento del otro tipo de malnutrición, por exceso, muchas veces coincidiendo ambas en los mismos hogares.

Así, podemos decir que la desnutrición es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoproteica. Puede ser causada por mala absorción de nutrientes, tienen influencia en los factores sociales, psiquiátricos o simplemente patológicos. Ocurre principalmente entre individuos de bajos recursos y principalmente en niños de países subdesarrollados. Debemos saber que la diferencia entre esta y la malnutrición, es que en la desnutrición existe una deficiencia en la ingesta de calorías y proteínas, mientras que en la malnutrición existe una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita.

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura menor a lo que corresponde a la edad, estar muy delgado o presentar carencia de vitaminas o minerales. La desnutrición no es

solo un problema de salud, es también un problema económico, social, de crecimiento y de seguridad. Es una enfermedad que influye en el correcto aprendizaje de niños y jóvenes.

Las necesidades de nutrientes de un niño van de acuerdo a cambios que se producen en proporción al crecimiento.

Generalmente, un niño sano seguirá una curva de crecimiento individual, aunque la ingesta de nutrientes puede ser diferente para cada niño. Los padres y tutores deben proporcionarle al niño una dieta apropiada para su edad y deben ofrecerle una amplia variedad de alimentos para garantizar que esté recibiendo suficiente nutrición.

Crecimiento y desarrollo

Básicamente el estudio del crecimiento físico, el desarrollo y el bienestar, están directamente relacionados con el estado nutricional, lo que implica el uso de estándares referidos a criterios y/o normas para su valoración, diagnóstico, monitorización y clasificación de individuos y grupos.

En ese sentido, son varios los estándares que existen en el mundo (Manna et al., 2011) (Fryar et al., 2012) sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere la adopción de sus tablas de crecimiento, en especial en aquellos lugares donde no existe ninguna normativa, a pesar de que no reflejan los patrones de crecimiento físico de determinadas poblaciones.

Utilizar muestras descriptivas de poblaciones que reflejan una tendencia a largo plazo hacia el sobrepeso y la obesidad para establecer patrones de crecimiento conduce involuntariamente a un no deseable sesgo al alza que lleva a subestimar el sobrepeso y la obesidad, así como a sobreestimar la desnutrición (de Onis et al.,2007).

En general, el crecimiento físico tiene dos etapas, la prenatal (tiene lugar intraútero desde el primer instante de la concepción y acaba con el nacimiento) y

la postnatal que ocurre en tres fases: infancia, niñez y adolescencia. En esta última fase, a su vez, se describen otras tres: adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; adolescencia media, entre los 14 y 16 años de edad; y adolescencia tardía, entre los 17 y 21 años de edad.

En todas ellas se crean oportunidades para que el individuo pueda expresar su potencial genético, pero a su vez, este puede ser modificado por el medio ambiente (Cameron; 2007), lo que conlleva un constante control, diagnóstico y seguimiento del proceso de crecimiento con el objetivo de identificar niños con riesgo nutricional.

Factores que influyen en el crecimiento físico

Actualmente, es aceptado que el crecimiento físico está condicionado por la herencia genética, pero es fuertemente influenciado por el ambiente físico (Daza; 1997) (Cossio Bolaños et al., 2011) y social, principalmente en lo relacionado a las enfermedades y al estado nutricional (Zeferino et al., 2003) aunque factores culturales, como el tipo de alimentación, higiene, actividad física y la tendencia secular influyen sobre el proceso de crecimiento físico en diversas regiones del mundo.

Factores intrínsecos: se considera a los factores relacionados al sistema Neuro-endocrino, explicando que el factor genético determina la adquisición de una capacidad que representa el 100% de su capacidad de crecimiento y al existir disminución del material genético, exceso o expresión anormal, la estatura será menor a la esperada. Aunque, el impacto del factor genético puede ser afectado por factores extrínsecos (Westwood et al., 1983) la persistencia de situaciones adversas puede impedir que los niños alcancen su máximo potencial genético.

Dentro de estos factores destacamos: la herencia genética, en razón que el factor genético que se encuentra en el cigoto, es el que determina las potencialidades máximas para la estatura, peso, longitud de miembros, estructuras óseas y aspectos faciales (Malina et al., 1973) las hormonas, debido a que las instrucciones bioquímicas que dependen de las funciones neural y hormonal

afectan los diferentes órganos y sistemas corporales, de esa forma, el sistema endócrino actúa en el mecanismo que unifica la interacción de los genes y el ambiente y finalmente, la presencia de enfermedades es otro factor que ocasiona una velocidad de crecimiento anormal, disminución de la relación peso/estatura y atraso de la edad ósea en relación a la edad cronológica.

Factores extrínsecos: Las condiciones del medio ambiente podrían afectar los dominios biológicos y comportamentales. Entre ellas se destacan:

- Los aspectos socioeconómicos, que actúan como factores de riesgo directos o indirectos que afectan al estado nutricional infantil e influyen sobre los hábitos alimentarios. En este aspecto, la renta per cápita y familiar están relacionadas con factores como la educación, tipo de vivienda, servicios de sanidad, acceso a los servicios de salud y bienes de consumo (Romani y Lira 2004) de esa forma, surge una relación indirecta entre la disponibilidad de comida rápida y la obesidad, que se explica por el aumento en el consumo de comida rápida y alimentos procesados de bajo contenido nutricional, que generan alteraciones en los patrones de alimentación tradicionales, aumentando la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

- Entre los factores étnicos, el estilo de vida, la dieta, educación y la vivienda son culturalmente determinados por los patrones de hábitos, aptitudes y comportamientos, generando diferencias de crecimiento entre los grupos étnicos. Diversas investigaciones han establecido que las conductas sedentarias y la falta de actividad física están en parte determinadas por factores de tipo familiar (Lavielle et al.,2014).

- Otro aspecto, como el nutricional, es prioritario para el cumplimiento de las funciones fisiológicas, así como para el propio proceso de crecimiento físico (Mendonça, 2004) por lo que la subalimentación provocaría alteraciones irreversibles sobre el crecimiento físico y una hiperalimentación ocasionaría condiciones de sobrepeso y obesidad.

- Por otro lado, la actividad física realizada regularmente favorece un crecimiento normal y mantiene la integridad de los tejidos (García Ubaque et al.,

2014) que podría afectar consecuentemente al crecimiento y a la maduración (Cooper, 1994).

Antropometría

La antropometría permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia; en síntesis, es el estudio del cuerpo humano aplicado a diferentes propósitos (Gabulli, 2000).

La antropometría es una disciplina de gran utilidad en muchas especialidades médicas y no médicas. De las medidas antropométricas, el peso que mide la masa corporal y la talla, destacan como las más frecuentes, (de Onis, 2004) seguidas de otras como los perímetros cefálicos, del brazo, torácico y, más recientemente, la circunferencia de cintura. (Lobstain et al., 2004) (OMS, 1995). Estos parámetros siguen utilizándose porque ha mejorado su precisión, su costo sigue siendo bajo y son accesibles a los sujetos de estudio; pero, además, porque se pueden generar indicadores para el cuidado de la salud si se comparan con un valor de referencia, estableciendo puntos de corte apropiados.

Índice de Masa Corporal (IMC)

El índice de masa corporal (IMC) ha sido adoptado como estándar internacional para medir la adiposidad y se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros. En la edad pediátrica se ha definido sobrepeso como un IMC entre los centiles 85 y 95, obesidad entre los centiles 95 y 99 y obesidad mórbida por encima del centil 99.

El IMC es considerado como una poderosa herramienta para determinar sobrepeso y obesidad con precisión en niños y adultos, así como uno de los parámetros más difundidos y recomendados para la evaluación antropométrica en niños.

Como se mencionó previamente para definir OB y SP según el IMC en la población infantil, se utilizan tres referencias: IOTF, CDC y OMS. Debido a que estas referencias proporcionan resultados dispares en la prevalencia de ambos trastornos (Meyer et al., 2015), resulta necesario explorar en cada población otras medidas de la composición corporal y de la adiposidad recurriendo a otras metodologías.

Estado nutricional

El estado nutricional está determinado por factores económicos, sociales, culturales, disponibilidad, acceso, consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos. Estudios realizados en América Latina y en los países en desarrollo coinciden en que el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo y las malas condiciones de higiene de los alimentos se relacionan con las altas tasas de desnutrición, además de la interacción entre la desnutrición y las infecciones, que se agravan mutuamente (Gallego, 2005).

Estudios como el de Velásquez (1992), plantean la relación de los hábitos alimentarios, el nivel socioeconómico y cultural de las familias con el estado nutricional; en casos de precariedad, la poca disponibilidad o la baja calidad y cantidad de los alimentos que se consumen compromete el crecimiento por deficiencia de calorías y nutrientes en la población.

Se entiende por estado nutricional a: “La condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades, e ingesta de energía y nutrientes.” (FAO, 1999).

Hábitos Alimentarios

La formación de hábitos alimentarios inicia desde edades muy tempranas, por ello es de gran importancia que, desde el periodo de ablactación (introducción de alimentos sólidos en los bebés), se enseñe a los niños y niñas

a consumir aquellos alimentos que propician la salud, además de fomentar el establecimiento de horarios o tiempos de alimentación,” ...está demostrado que es más fácil promover adecuados hábitos alimentarios desde la niñez que tratar de modificarlos en la edad adulta” (Arce y Claramunt, 2009).

Los hábitos alimentarios empiezan a formarse desde el momento del nacimiento se desarrollan durante la infancia y en la adolescencia. En la primera infancia la alimentación está determinada principalmente por los alimentos ofrecidos por la familia, medios de comunicación y la escuela, ya que es donde conviven todos los días desarrollando su proceso de socialización y aprendizaje diario (Serafín, 2012).

De igual modo son formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales llevan a formar, consolidar pautas de conducta y aprendizaje que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar, nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con el medio social (Castillo y Urcia, 2013).

Por otro lado, Macias, Gordillo y Camacho (2012) refieren que los hábitos alimentarios provienen de la familia, se van reforzando en la etapa escolar y se consolidan en la juventud, siendo esta etapa de la niñez la fundamental para consolidar los hábitos alimentarios, pero se van modificando por diferentes factores.

Definir a los hábitos alimentarios no resulta sencillo ya que existe una diversidad de conceptos, sin embargo, la mayoría converge en que se tratan de manifestaciones recurrentes de comportamientos individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales.

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, 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/as y en sus conductas relacionadas con la alimentación, y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes.

Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social e imitado de las conductas observadas por personas adultas que respetan. Otros modos de aprendizaje se dan a través de las preferencias o rechazos alimentarios en los niños/as, en donde estos últimos son expuestos repetidamente a una serie de alimentos que conocen a través del acto de comer enmarcado por encuentros entre padres e hijos.

Sin embargo, los hábitos alimentarios se han ido modificando por diferentes factores que alteran la dinámica e interacción familiar; uno de ellos corresponde a la situación económica que afecta los patrones de consumo tanto de los niños como de los adultos.

Factores o componentes que influyen en los hábitos alimentarios

Los hábitos se transmiten en las familias de generación a generación (padre e hijo/a) y estos son influenciados por factores socioeconómicos, sociodemográficos, culturales, la preparación de alimentos y el consumo de estos.

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. En algunos hogares, las prácticas alimentarias son más saludables que en otros; puede existir exceso de fritos o consumo de grasas de origen animal, la costumbre de salar los alimentos en abundancia, el escaso consumo de verduras y frutas crudas (UNICEF, 2006).

Disponibilidad de alimentos: la alimentación de una población está supeditada a los alimentos disponibles en su entorno, los cuales contribuyen

necesariamente a marcar unos hábitos. Así, la alimentación en medios rurales suele ser algo diferente que, en la ciudad, aunque en los países industrializados, debido a la facilidad de transporte y conservación, y a la gran emigración procedente de otras culturas, la alimentación tiende a uniformizarse. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010)

Factores económicos: estos factores son decisivos a la hora de conseguir alimentos, muchos alimentos no son accesibles para ciertos sectores y, por tanto, las familias con pocos ingresos se alimentarán de manera distinta a las de las clases con más poder adquisitivo, sin que ello signifique que estas últimas estén mejor nutridas en lo que a equilibrio se refiere. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010).

Asentamientos Periurbanos

Los Asentamientos son áreas en las cuales los habitantes no ostentan derecho de tenencia sobre las tierras o viviendas en las que habitan, bajo las modalidades que van desde la ocupación ilegal de una vivienda hasta el alquiler informal los barrios suelen carecer de servicios básicos e infraestructura urbana, las viviendas podrían no cumplir con las regulaciones edilicias de planificación, así mismo suelen estar ubicadas geográfica y ambientalmente en áreas peligrosas. Además, los asentamientos informales pueden ser una manera de especulación inmobiliaria a todos los niveles de ingresos de los residentes, tanto ricos como pobres.

Por su parte, (Clichevsky, 2001) sostiene que la informalidad urbana conlleva dos formas de transgresión: una respecto de los aspectos dominales y otra del incumplimiento de las normas de urbanización. Contrariamente a la urbanización formal, la urbanización informal primero habita el terreno, después construye la vivienda y por último trata de dotarlo de servicios, lo cual configura un proceso particular sobre el cual no es posible aplicar las normas de los procesos formales (Cravino, 2012).

Los habitantes de los asentamientos informales (Cravino, 2008) provienen cada vez más de la misma ciudad (particularmente inquilinos o familias que habitan asentamientos regularizados que no pueden afrontar las modalidades formales de habitar la ciudad), y menos del ámbito rural, con una heterogeneidad que incluye trabajadores formales e informales que, como consecuencia de las sucesivas crisis económicas, se constituyen como nuevos pobres (Cravino, 2012).

El fenómeno de la informalidad urbana contiene tres componentes (Duhau, 1998) el acceso al suelo urbano (Cravino, 2012) la construcción de la vivienda, producción y obtención de los servicios públicos, equipamiento e infraestructura (Cravino, 2012). En todos predomina un tipo de acción autogestiva, en la cual el motor principal del proceso es el grupo familiar y/o colectivo barrial. Como consecuencia, la estructura de la ciudad se modifica permanentemente. El crecimiento tradicional clásico centro-periferia, en el cual la localización de los asentamientos informales muchas veces consolidados formaba un cinturón de pobreza en toda el área de expansión urbana, quedó atrás y fue reemplazado por estructuras insulares de riqueza, precariedad, consumo y producción (Janoschka, 2002).

La división social del espacio combina tres tendencias: una segregación de tipo centro-periferia (los más pobres hacia la periferia), una división social norte-sur (al sur la población más vulnerable) y una división convexa y cóncava en la cual los más pobres se ubican en terrenos inundables, bajos y en las márgenes de ríos y arroyos (Bergesio et al., 2005).

Los asentamientos informales se localizan en gran medida en áreas con riesgo de inundación, dada su cercanía a los márgenes de los numerosos ríos de la zona y con elevado grado de contaminación (Pérez, 2010).

Según las Naciones Unidas, al menos un tercio de la población urbana global sufre de condiciones de vida inadecuadas. Las principales características normalmente incluidas en la definición de los llamados asentamientos informales son la falta de acceso a servicios básicos (agua potable, saneamiento, energía, recolección de residuos y transporte), la mala

calidad estructural de la vivienda, el hacinamiento, la ubicación en lugares peligrosos y la tenencia insegura (ONU-Hábitat 2003, 2016).

La denominación de asentamiento periurbano se adecua a la realidad que se plantea en plano de la investigación, el cual es denominado periurbano. Según Paasi (2003) se puede conceptualizar al mismo como un territorio de borde y de límite. El cual define de manera simple, al territorio, como una porción del espacio terrestre reclamada y/u ocupada por una persona, un grupo o institución.

Merenderos Comunitarios

Se considera merendero comunitario a todo aquel espacio físico que brinda asistencia alimentaria gratuita a personas en situación de vulnerabilidad social, elaborando alimentos y sirviendo principalmente desayunos y/o merienda y/o copa de leche; sin perjuicio de la modalidad de entrega de viandas.

El surgimiento de merenderos comunitarios en barrios pobres forma parte de este conjunto de acciones que fueron emergiendo como distintas intervenciones territorializadas de asistencia alimentaria junto con la incorporación, de manera heterogénea y fluctuante, de las organizaciones de la sociedad civil en la implementación y ejecución de programas y políticas sociales.

Nos encontramos en la actualidad frente a un proceso de cambio en la escena de los comedores comunitarios, iniciado en la crisis de 2001-2002 y producto de ciertas transformaciones evidenciadas en dos contextos: el de la post-convertibilidad y el de post-focalización de los programas y las políticas asistenciales. El primero se comprende como contexto de impacto económico y social en el que se suelen presentar los condicionantes estructurales que operan en la satisfacción de necesidades alimentarias y en el acceso a los alimentos (Aguirre, 2004 y 2005).

En este caso, estos condicionantes podrían traducirse en una serie de constataciones sobre reducciones en nivel de necesidades alimentarias marcadas por mejoras en las condiciones de vida de sectores vulnerables, entre otras dimensiones e indicadores posibles.

Educación Para la Salud

Desde la educación para la salud, teniendo en cuenta la definición propuesta por Agüero (2012) que plantea que *“La educación para la salud como campo especializado y práctica científica, del tipo de tecnologías contemporáneas que aborda la realidad socio-sanitaria de los grupos humanos, en los particulares modos de práctica cotidiana de salud y en las condiciones contextuales, económicas, políticas, sociales, culturales en las cuales el hecho socio-histórico salud se produce y reproduce colectivamente”*, entenderlo como una práctica científica se sitúa en un proceso de construcción de la realidad socio sanitaria y plantada el marco de rigurosidad, acorde a los estudios sociales lo que posibilita abordar la intervención en función de los niveles de actuación en búsqueda de la promoción de la salud teniendo como eje el empoderamiento comunitario.

ESTADO DEL ARTE

Sobre la temática investigada existen varios antecedentes generados por grupos de investigación a nivel internacional, local y regional en particular de la provincia de Jujuy, específicamente de la Universidad Nacional de Jujuy. Lo cual brinda la posibilidad de comparar y contribuir a conocimiento del mismo en relación a diferentes grupos humanos en diversos contextos espaciales y temporales en la provincia.

En el trabajo de investigación de (Ramos Padilla et al., 2020) “Estado Nutricional antropométrico de niños menores de 5 años de la región interandina del Ecuador” se encontró una prevalencia considerable de sobrepeso y obesidad en población infantil 5,8%, la cual ascendió hasta el 8,57% en la provincia de Imbabura, seguida por Carchi con un 7,39%. En Ecuador el sobrepeso y obesidad en menores de 5 años ha aumentado de 4,2% en 2004 a 8,6% en 2012, es decir, que en 26 años se ha duplicado la proporción de niños con sobrepeso. En 2018, la Organización Mundial de la Salud, alertó sobre el gran crecimiento de los problemas de sobrepeso y obesidad en los países subdesarrollados mientras que El Programa mundial de Alimentos lo hizo en relación al doble coste de la malnutrición, refiriéndose como tal a los problemas de déficit y exceso nutricional que afectan la salud de las poblaciones de todos los países.

La coexistencia de una alta prevalencia de retraso en el crecimiento y una alta prevalencia de sobrepeso a nivel nacional, también aumenta la probabilidad de observar la doble carga de la malnutrición a nivel del hogar y a nivel individual; se observan niños con retraso en el crecimiento y madre obesa o niños con retraso en el crecimiento y sobrepeso (individual) (Freire et al., 2014; Corvalán et al., 2017; Sawaya et al., 2003; Neuman et al., 2013).

A nivel local Bejarano (2014) en su trabajo variación de la masa corporal grasa por antropometría y bioimpedancia en escolares jujeños planteo comparar distintos métodos de cálculo del porcentaje de grasa corporal (%GC) por antropometría y bioimpedancia (BIA) en una población infanto-juvenil jujeña

y analizar la variación de la masa grasa (MG), masa magra (MM) y de los índices de masa grasa (IMG) y masa magra (IMM).

Realizó un estudio transversal en 232 escolares de 12 a 17 años de la ciudad de San Salvador de Jujuy. Relevo datos de talla, peso y pliegues tricípital y subescapular. Determinó el Índice de Masa corporal (IMC) y el %GC por BIA (Maltron BF-900) y antropometría (ecuaciones de Deurenberg y Slaughter). Calculó media y desvío estándar y las diferencias por sexo y edad se establecieron mediante análisis de la varianza.

Realizo una correlación de Pearson entre los distintos métodos utilizados para estimar el %GC y la concordancia analizó con Bland-Altman. Las mujeres presentaron valores superiores de IMC y pliegues bicipitales y tricípital y mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad. Los %GC más altos se obtuvieron con BIA en mujeres y con Slaughter en varones. Las mujeres registraron valores promedio significativamente más altos del IMG que los varones con los 3 métodos. La correlación más alta del %GC se observó entre BIA y Deurenberg, seguida por Slaughter y Deurenberg, sin embargo, no se observó concordancia entre los 3 métodos. Concluyo con que dada la accesibilidad de la estimación del %GC con la ecuación de Deurenberg propone la aplicación de esta metodología en estudios epidemiológicos de obesidad.

Por su parte Bejarano y colaboradores (2014) investigaron sobre el índice compuesto de fracaso antropométrico y altura geográfica en infantes jujeños (1-5 años). Consideraron que el índice compuesto de fracaso antropométrico (ICFA), integrado por los índices antropométricos habituales y sus combinaciones en 7 categorías, propone una medida agregada para ponderar la desnutrición como alternativa a la evaluación independiente del acortamiento, emaciación y bajo peso.

Su objetivo fue evaluar el ICFA en la población infantil jujeña asentada a distintos niveles altitudinales. El peso y la talla tomaron de los controles de niños sanos, de 1-5 años, realizados en los Centros de Atención Primaria (CAP) jujeños entre 2005 y 2007. El estado nutricional (bajo peso, acortamiento

y emaciado) se caracterizó con el estándar OMS-2007. El ICFA y sus 7 grupos calcularon agrupando los datos por sexo, edad y nivel altitudinal (tierras altas: > 2500 msnm; tierras bajas: < 2500msnm). Las diferencias porcentuales del ICFA por altura y sexo y edad verificaron con la prueba chi-cuadrado.

En el estudio incluyeron 8059 niños. El ICFA de tierras altas (6,1%) duplicó al de tierras bajas (3,4%) ($p < 0,05$) y la prevalencia de bajo peso (grupo Y) fue significativamente superior en tierras altas ($p < 0,05$). El ICFA y el acortamiento (grupo F) aumentaron con la edad, pero el aumento fue significativamente mayor en tierras altas. Concluyen que las tierras altas presentaron un IFCA significativamente mayor a expensas del acortamiento. No obstante, el índice de fracaso antropométrico no superó el 10% en los dos niveles, lo que da cuenta de un estado sanitario por desnutrición de escasa magnitud en la población infantil jujeña estudiada.

También se destacan los artículos escritos por (Bejarano et al., 2005) quienes analizaron la evolución de la prevalencia de sobrepeso y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. Plantean que en los países subdesarrollados se detecta aumento del sobrepeso, obesidad y desnutrición en las poblaciones infantiles.

El objetivo que se plantearon en este trabajo fue evaluar la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición y su evolución (1995-2000) en escolares de San Salvador de Jujuy. Se analizaron en este trabajo los datos de todos los escolares evaluados en el Departamento de Salud Escolar del Ministerio de Bienestar Social ($n=48.533$).

Para determinar los porcentajes de sobrepeso/obesidad se utilizaron los siguientes criterios: criterio 1: puntos de corte de 25 kg/m² (sobrepeso) y 30 kg/m² (obesidad) (referencia transcultural); criterio 2: percentiles 85 (sobrepeso) y 95 (obesidad) del IMC de la referencia internacional y criterio 3: percentiles 85 y 95 de la población jujeña.

La desnutrición se evaluó mediante Pz, determinándose baja talla y bajo peso para la edad o ambos. Observaron diferencias en las estimaciones entre criterios; fueron mayores los valores obtenidos con el criterio 2. El incremento promedio de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, considerando todos los criterios e independientemente del sexo, fue mayor en el grupo de 11-16 años. Los varones presentaron prevalencias mayores que las mujeres. Concomitantemente se observó un incremento de los porcentajes de baja talla y bajo peso para la edad.

Concluyen que se observó aumento de la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición en el período analizado. Los porcentajes variaron según el sexo, la edad y el criterio utilizado. Se confirma la existencia del paradigma nutricional emergente “obesidad en la pobreza”, por lo que se sugiere que la evaluación del sobrepeso y la obesidad debería incluir más de un criterio, en razón de que éstos proporcionan resultados similares, pero no idénticos.

Uno de los trabajos que no solo toma datos locales si no los compara a nivel nacional es del de (Oyhenart et al., 2015) investigaron sobre Los percentiles de peso y altura calculados por el método LMS en escolares argentinos. Plantean que la población argentina se caracteriza por su diversidad étnica, cultural y socioeconómica. El objetivo fue calcular los percentiles de peso para la edad (W / A) y altura para la edad (H / A) de los escolares de Argentina que emplean el método LMS; y comparar los percentiles obtenidos con los de las referencias internacionales y nacionales.

Recopilaron datos antropométricos de 18.698 estudiantes (8672 niñas y 10 026 niños) de 3–13 años (2003–2008) de Buenos Aires, Catamarca, Chubut, Jujuy, La Pampa y Mendoza. Los percentiles de W / A y H / A se obtuvieron con el método LMS. Establecieron comparaciones estadísticas y gráficas con la OMS (referencia internacional) y con la publicada por la Sociedad Argentina de Pediatría (referencia nacional).

Las diferencias en W / A y H / A , con respecto a las referencias, fueron negativas y mayores en los percentiles más altos y en la mayoría de los grupos

de edad. En promedio, las diferencias fueron mayores para niños que para niñas y para referencias nacionales que internacionales.

Concluyeron que la distribución del peso y la talla de los escolares provenientes de la mayoría de las regiones del país difiere de las referencias nacionales e internacionales. Debe ser aconsejable establecer una nueva referencia nacional basada en criterios metodológicos reconocidos internacionalmente que reflejen adecuadamente la diversidad biológica y cultural de las poblaciones argentinas.

El desarrollo de grasa subcutánea en niños y adolescentes españoles y latinoamericanos y sus valores de referencia para bíceps, tríceps, pliegues subescapulares y suprailíacos fueron investigados por Marrodan y colaboradores (2017). Parten en considerar que los pliegues cutáneos grasos subcutáneos representan un instrumento de evaluación confiable del estado de adiposidad. Este estudio proporciona referencias de percentiles actuales para cuatro pliegues cutáneos subcutáneos (bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco) aplicables a niños y adolescentes en España y en países de América Latina donde los datos son escasos.

El trabajo de (Ferreyra et al., 2016) denominado “Comportamiento alimentario y estado nutricional en niños de la ciudad de Perico – Jujuy.” Abordo los estilos de vida saludables se basan en patrones de comportamientos, determinados por la interacción entre las características individuales, sociales, culturales y las condiciones socio económicas.

Señalaron que la alimentación implica una dimensión sociocultural más amplia que afecta a los estilos de vida, por eso el consumo de alimentos está relacionado con o por las pautas culturales construidas por los actores en cada sociedad. Evaluaron el estado nutricional de una población escolar y se relacionó el mismo a sus hábitos alimentarios como reflejo de su estilo de vida. Se analizó 466 registros de niños de 5 a 12 años de ambos sexos que asisten a un establecimiento educativo público de nivel primario. Se registró peso (kg) y talla (cm) y se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) por edad y sexo. Mediante una encuesta se relevaron datos de hábitos y alimentos ingeridos.

Se observó que el 70% se encuentra dentro de un estado nutricional normal, un 6% de delgadez y un 24 % de exceso de adiposidad. Sus resultados arrojaron que los hábitos alimentarios muestran que el 43% no desayuna; el 72% consumen algún alimento o bebida en el recreo, un 70,2% mira TV más de dos horas concluyeron que estamos en presencia de una prevalencia negativa de la salud, en la cual la presencia del sedentarismo se relaciona con factores sociales, culturales, con la ausencia de actividad física y de hábitos alimentarios adecuados. Dado que las prácticas culturales tienen marcada incidencia en los patrones alimentarios de esta comunidad, la cual es reflejo de sus estilos de vida.

Si bien existen antecedentes de la temática, publicados, sobre la cuestión en la provincia de Jujuy no se registran trabajos desde la perspectiva de la educación para la salud en la ciudad de San Salvador de Jujuy en el contexto de asentamientos periurbanos. Lo cual señala la importancia de contribuir a construcción de contenido que brinda esta investigación.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el estado nutricional y los hábitos alimentarios que poseen los niños de 2 a 5 años residentes en el asentamiento “Las Delicias” en el primer semestre del 2021.

Objetivos Específicos

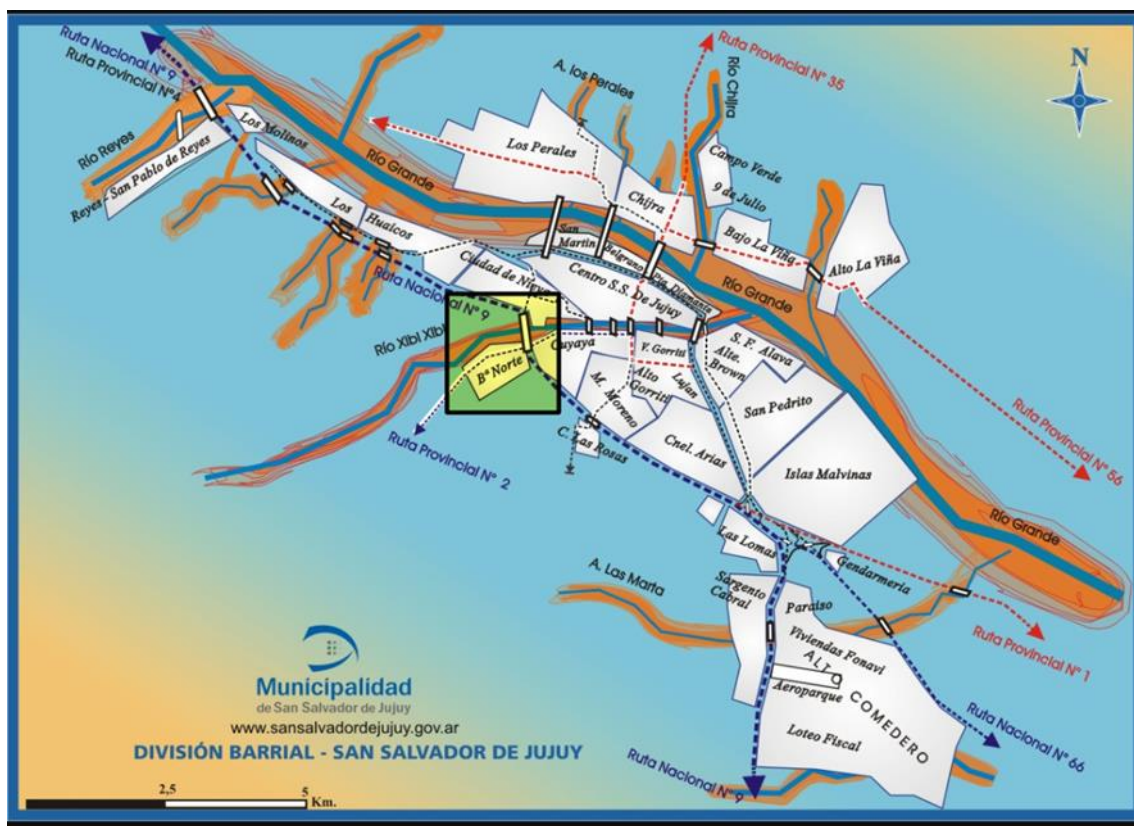
- Conocer el peso, la talla y el Índice de Masa Corporal promedio de los niños/as residentes en el asentamiento “Las Delicias”
- Establecer estadísticos de posición y dispersión de los indicadores antropométricos considerados: peso, talla e Índice de masa corporal
- Evaluar el estado nutricional de los niños/as objeto del presente estudio mediante la utilización del IMC
- Caracterizar los hábitos alimentarios de este subconjunto poblacional en particular

MATERIAL Y MÉTODO

La población y su ambiente

La provincia de Jujuy, ubicada en el extremo noroeste de la República Argentina, Jujuy se encuentra en un área de frontera, limitando con Bolivia y Chile. Con 673.307 habitantes según el Censo Nacional de Población del año 2010, es la jurisdicción número 14 de acuerdo a la cuantía de su población. Su territorio representa algo menos del 2% del total del país.

Por su ubicación geográfica, historia, población, economía, organización social y formas de ocupación del espacio, Jujuy se inserta en el sur de la región andina latinoamericana. La provincia se encuentra dividida en 16 departamentos y se reconocen en ella cuatro zonas ecológico-productivas: Puna, Quebrada, Ramal y Valles Bajos. (Golovanevsky, 2013).



Fuente: Página oficial de la Municipalidad de la ciudad de San Salvador de Jujuy.

La ciudad se encuentra asentada en un valle rodeada de altos cerros, entre los ríos Grande (que atraviesa la ciudad en sentido oeste- este) y Xibi Xibi (que recorre la imagen en sentido suroeste-noroeste), a 1.259 msnm. Es justamente por su ubicación que es llamada “*Tacita de Plata*”.

La ciudad se organiza a partir de un área central situada entre los ríos Grande y Xibi Xibi (o comúnmente llamado Chico) que contiene a la centralidad tradicional, es decir al principal centro comercial y financiero. A partir de allí se extiende hacia el norte del río Grande un área considerada eminentemente residencial y hacia el sudeste del río Xibi Xibi un área donde residen grupos medios-bajos y/o bajos en áreas con riesgo de inundación mientras que el incipiente desarrollo de urbanizaciones cerradas se localiza hacia el suroeste en un eje lineal (Malizia, Boldrini y del Castillo, 2018).

De este modo la tensión entre las diferentes lógicas sustentadas por la comunidad, el mercado y el Estado producen el crecimiento del aglomerado Gran San Salvador de Jujuy provocando el progresivo abandono de la estructura urbana tradicional y marcando la tendencia hacia una ciudad segregada y desarticulada.

El asentamiento periurbano está ubicado en el sector sudoeste del barrio Los Perales, limita al norte con el parque botánico, al este con avenida Mosconi, al oeste con el Arroyo Los Suspiros, barrio Lastenia y puente Senador Pérez, al oeste limita con el arroyo seco y al sur con la margen del Río Grande.

El barrio Los Perales, en la actualidad, se caracteriza por ser un lugar heterogéneo, con un marcado contraste residencial donde se encuentra un grupo pertenecientes a sectores con un mayor poder adquisitivo (proyectos urbanísticos pertenecientes a la mutual AMPUAP – Asociación Mutual de Profesionales Universitarios de la Administración Pública).

Se caracterizan dichos sectores barriales por poseer, vigilancia, negocios de múltiples marcas, complejos deportivos, salones de fiestas, colegios privados, entre otras características. Suelen habitar en ellos dirigentes de sectores políticos, empresariales, profesionales y comerciantes ubicados en

sectores cercanos al centro de la ciudad, en la comunidad asimismo residen familias de asentamientos informales situados a orillas del margen del Rio Grande con viviendas precarias e insalubres que carecen de infraestructura básica indispensables (conexión de cloacas ilegales, conexiones clandestinas de red de luz, agua y deficiente o nula recolección de residuos).

En la actualidad su expansión se encuentra fuertemente influenciado por la llegada de migrantes del ámbito rural, de pequeños centros urbanos de la provincia y de países limítrofes (Bergesio y Golovanevsky 2010; Golovanevsky, 2007).

Metodología de la Investigación

El trabajo se posicionó bajo un enfoque cuantitativo y paradigma positivista, lo cual posibilitó ordenar y sistematizar la información a fines de registro y la lógica positivista nos permite establecer regularidades que pueden ser extrapolables a fines de futuras comparaciones.

La investigación fue de tipo descriptiva por que intentó describir las características de un fenómeno a partir de la determinación de variables ya conocidas (Yuni y Urbano, 2006).

Según la lógica temporal que se realizó para el estudio, fue una investigación transversal, porque se realizó la medición de todos los casos del estudio en un sólo momento, permitiendo obtener información acerca de la situación de un fenómeno en un momento dado del tiempo. (Yuni y Urbano, 2006). En este caso el interés fue evaluar el estado nutricional a partir del registro de talla, peso y edad obtenido de la base de datos del control pediátrico realizado por puesto de salud del barrio Los Perales. A partir de ese registro se contactó con las madres y responsables de las niñas y niños y se aplicó una encuesta social sobre sus hábitos alimentarios.

Indicadores antropométricos

La antropometría ha sido ampliamente usada en investigaciones sobre crecimiento y desarrollo tanto en adultos como infantes. La misma se presenta como un indicador que resume varias condiciones relacionadas a la salud y a la nutrición. Su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en la vigilancia nutricional, particularmente en aquellas poblaciones en riesgo de sufrir desnutrición. De acuerdo a OMS (1995) es el método no invasivo más aplicable para evaluar el tamaño, las proporciones e indirectamente la composición del cuerpo humano.

Dado que el crecimiento en la niñez y las dimensiones corporales a cualquier edad reflejan en forma global la salud, el bienestar de los individuos y las poblaciones, la antropometría puede ser usada para predecir rendimiento, salud y supervivencia.

La recolección de datos antropométricos en la población puede ayudar a definir el estado nutricional y de salud para propósitos de planeamiento de programas, acción y evaluación. Tal evaluación se puede realizar mediante estudios transversales (censos o encuestas) o longitudinales continuos (monitoreo).

En ambos casos su propósito es el mismo: tanto la identificación de problemas presentes o pasados de salud y equidad, como la predicción de riesgos futuros y respuestas potenciales a programas de intervención.

En la provincia de Jujuy la antropometría ha sido ampliamente utilizada en investigaciones sobre el crecimiento tanto de adultos (Bejarano et al., 1996), como de niños (Dipierri et al., 1992; Dipierri et al., 1996; Dipierri et al., 1998; Bejarano et al., 1999; Álvarez 2001; Bejarano et al., 2001; Alfaro et al., 2004; Bejarano et al., 2004; Meyer et al., 2013; Carrillo et al., 2013; Bejarano et al., 2015) y adolescentes (Bejarano et al., 2005; Román et al., 2013; Oyhenart et al., 2019).

La misma se presenta como una metodología que resume el efecto o influencia de varias condiciones, mesológicas y genéticas, que inciden sobre el crecimiento y desarrollo de estas poblaciones, entre las que se destacan la altura sobre el nivel del mar, la etnicidad y las condiciones socioeconómicas (Ocampo et al., 1993; Dipierri et al., 1996; Dipierri et al., 1998).

Las medidas antropométricas se basan en tomar medidas de longitud y peso sobre el propio cuerpo y compararlas con valores de referencia en función de la edad y sexo. Está claro que la talla, la constitución y la composición corporal están ligadas a factores genéticos, pero también son muy importantes los factores ambientales, entre ellos la alimentación, en especial en las fases de crecimiento rápido. Sin embargo, para evitar errores, deben ser tomadas por una persona experta y deben ser comparadas con tablas de referencia apropiadas.

Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC)

Se establece el IMC como la razón entre el peso y la talla al cuadrado $IMC = \text{Peso}(kg) / (\text{Talla}(m))^2$. El cual otorga un puntaje positivo continuo. A partir del mismo y en función de puntos de corte preestablecidos es posible la evaluación nutricional en los grupos humanos.

Por muchas razones la utilización del IMC para evaluar la obesidad e indirectamente la adiposidad se ha incrementado constituyendo el método de elección y a los fines comparativos.

Esto se debe a que:

1) El peso y la talla son variables antropométricas fáciles de relevar y registradas universalmente en todos los individuos y en todos los contextos, sanitarios y no sanitarios; y que por eso son ampliamente utilizados en investigaciones para la caracterización física de poblaciones (Bejarano et al., 2015; Ferreyra et al.; 2016; Martínez et al., 2017).

2) Presenta una alta correlación con la grasa corporal total y porcentual evaluada por otros métodos para evaluar la composición corporal; (Carrillo, 2016).

3) Alta asociación con mortalidad y morbilidad en todos los grupos de edad incluyendo niños y adolescentes. Como se mencionó previamente para definir OB y SP según el IMC en la población infantil, se utilizan tres referencias: IOTF, CDC y OMS. Debido a que estas referencias proporcionan resultados dispares en la prevalencia de ambos trastornos (Meyer et al., 2015), resulta necesario explorar en cada población otras medidas de la composición corporal y de la adiposidad recurriendo a otras metodologías.

Universo y selección de la muestra

En lo que refiere a los datos de los hábitos alimentarios se relevó un total de 44 hogares que comprendieron a los datos antropométricos (de los niños/as) registrados en el puesto de salud. Dado que varios de los niños/as, registrados antropométricamente, forman parte del mismo hogar se registró una encuesta a la responsable o tutora de los niños y niñas de referencia.

Para los datos antropométricos se tomaron la totalidad de los niños/as que asistan al control pediátrico en el puesto de salud del barrio Los Perales, en el cual son asistidos los niños y niñas del asentamiento Las Delicias que en la actualidad representaron un $n=100$.

El universo y la población de la muestra estuvo constituido por las madres o tutores de los niños y niñas de asentamiento periurbano Las Delicias. Para el muestreo se utilizó una selección intencional sobre el total de los registros antropométricos de los niños y niñas de 2 a 5 años, se obtuvo el total de los mismos por lo cual no se establece una muestra sino el total de la población. Dada las características organizacionales de tipo familiar de los niños y niñas la cantidad de encuestados ascendió $N=44$ mujeres madres y responsables o tutores lo cual fue el total de la población.

En este caso la muestra coincidió con el total de la población de madres encuestadas las cuales cumplieron con los criterios que se exponen a continuación.

Criterios de inclusión

Las encuestas que se realizaron a los padres o tutores de los niños y niñas, se tomaron como válidas a todas las personas que manifestaron por escrito su consentimiento de participar del trabajo de investigación. Y que el niño o niña resida en el asentamiento las delicias de forma permanente.

Criterios de exclusión

Se excluyó aquellos adultos que sean responsables de los menores pero que no convivan de forma permanente con los niños, dado que la información de los hábitos alimentarios aborda información sobre su cotidianidad en torno a sus hábitos alimentarios. No fueron tomados en cuenta aquellos niños y niñas que no cumplan con el rango de edad establecido en el estudio.

Instrumento de recolección de datos: La encuesta

En función de los objetivos planteados se utilizó la técnica de recolección de la encuesta, como denomina (Yuni y Urbano 2006) encuestas personales. Las cuales supone que el encuestador administre personalmente el cuestionario.

Este tipo de encuesta ha permitido obtener una mayor calidad de información, incluir preguntas de difícil formulación e interpretación por parte de los encuestados, lo que posibilito aumentar el número de respuestas dentro de la encuesta a fines de tener un registro homogéneo.

La encuesta fue de elaboración propia, a partir de los objetivos planteados. Dicho cuestionario se constituyó de dos partes claramente diferenciadas. En la primera se solicitó los datos sociodemográficos como sexo, género, edad de niños y padres, condición laboral, entre otros.

En la segunda parte del cuestionario se les realizó preguntas en función de la operacionalización realizadas sobre las variables intervinientes. La “operacionalización”, es un proceso metodológico que consiste en descomponer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico; es decir que estas variables se dividen (si son complejas) en dimensiones, áreas, aspectos, indicadores, índices, subíndices, ítems; mientras si son concretas solamente en indicadores, índices e ítems (Carrasco, 2009).

La encuesta social es instrumento registro por excelencia de los estudios cuantitativos, la misma permite registrar datos que responden a determinantes establecidas en este proceso. La misma se desprende, de forma constitutiva, del proceso de operacionalización de variables (Yuni y Urbano, 2006).

Análisis de los datos

Por la naturaleza de los datos que se obtuvieron por el instrumento seleccionado, los datos fueron de tipo cuantitativos discontinuos y cualitativos nominales y ordinales. Es por ello que se establecieron gráficos estadísticos descriptivos y de frecuencia a fin de realizar los agrupamientos pertinentes.

Los mismos se establecieron por medios de softwares establecidos para este fin como lo son los del paquete Office de Microsoft, de IBM SPSS (versión 21). ATLAS.ti.9. Estos softwares permitieron organizar, registrar y visualizar los datos, los cualitativos a través de ATLAS.ti.9 en imágenes y figuras. El SPSS. Versión 21 IBM permitió organizar en tablas y gráficos.

Resultados

Sexo	N	%
Varones	52	52
Mujeres	48	48
Total	100	100

Tabla 1. Distribución porcentual de la muestra por sexo.

Edad	N	%
2	26	26
3	19	19
4	17	17
5	38	38
Total	100	100

Tabla 2. Distribución porcentual de la muestra por edad.

Edad	Varones	Mujeres
2	25,0	27,1
3	15,4	22,9
4	21,2	12,5
5	38,5	37,5
Total	100	100

Tabla 3. Distribución porcentual de la muestra por edad y sexo.

La frecuencia de la distribución por sexo de la muestra de los niños relevados en el trabajo de campo, los cuales representaron $n=100$, 52 niñas y 48 niños (tabla 1). En la tabla número 2 se presenta la frecuencia de la distribución por edades de la muestra recolectada en el trabajo de campo, 26 en niños de 2 años edad, 19 en niños de 3 años de edad, 17 en niños de 4 años de edad y 38 en niños de 5 años de edad.

La distribución porcentual por edad y sexo de la muestra (tabla 3) se evidencia. Los varones de dos años representaron el 25% y las mujeres 27,1%, el grupo de 3 años represento 15,4% en varones y 22,9% en mujeres, los de cuatro años fueron en varones 21,2% y mujeres un 12,5%, en tanto al último grupo, el de 5 años de edad, los varones representaron 38,5% y en tanto las mujeres un 37,5%.

	Mínimo	Máximo	X	DS
EDAD (AÑO)	2	5	3,67	1,231
PESO (kg)	10	34	17,05	4,573
TALLA (cm)	77	122	99,29	11,027
IMC	8,9	24,6	17,156	2,617

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de peso, talla e IMC general

En la tabla número 4 se presentan los estadísticos descriptivos de la muestra, en el cual el promedio de edad se posiciono en promedio en 3,67 años de edad con un desvió estándar (DS) de 1,231 años. El promedio la variable peso fue de 17,05 kg con DS de 4,573 kg, y para la talla el promedio fue de 29 cm con un DS de 11,027 cm, en tanto el IMC arrojó un promedio de 17,15 con DS de 2,617 de valor.

		Mínimo	Máximo	X	DS
VARÓN	EDAD	2	5	3,73	1,223
	PESO	12	34	17,71	4,856
	TALLA	83	122	100,87	10,41
	IMC	8,9	24,6	17,225	2,90
MUJERES	EDAD	2	5	3,6	1,25
	PESO	10	32	16,33	4,179
	TALLA	77	117	97,6	11,50
	IMC	13	24,2	17,081	2,30

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de peso, talla e IMC por sexo

En la tabla número 5 se presenta los datos estadísticos descriptivos por sexo, en el cual el promedio de edad en varones se posiciona en promedio en

3,73 años de edad con un DS de 1,22 años. El promedio de la variable 17,71 kg con DS de 4,856 kg, y para talla el promedio fue de 100,89 con un DS 10,42 cm, en tanto el IMC arrojo un promedio de 17,22 con un DS de 2,9 de valor.

En mujeres se presenta el promedio de edad se posiciono en 3,6 años de edad con un DS de 1,25 años. El promedio de la variable peso fue de 16,33 kg con DS de 4,2kg y para la talla el promedio fue de 97,56 cm con un DS 11,5 en tanto el IMC arrojo en promedio de 17,08 con DS de 2,30 de valor.

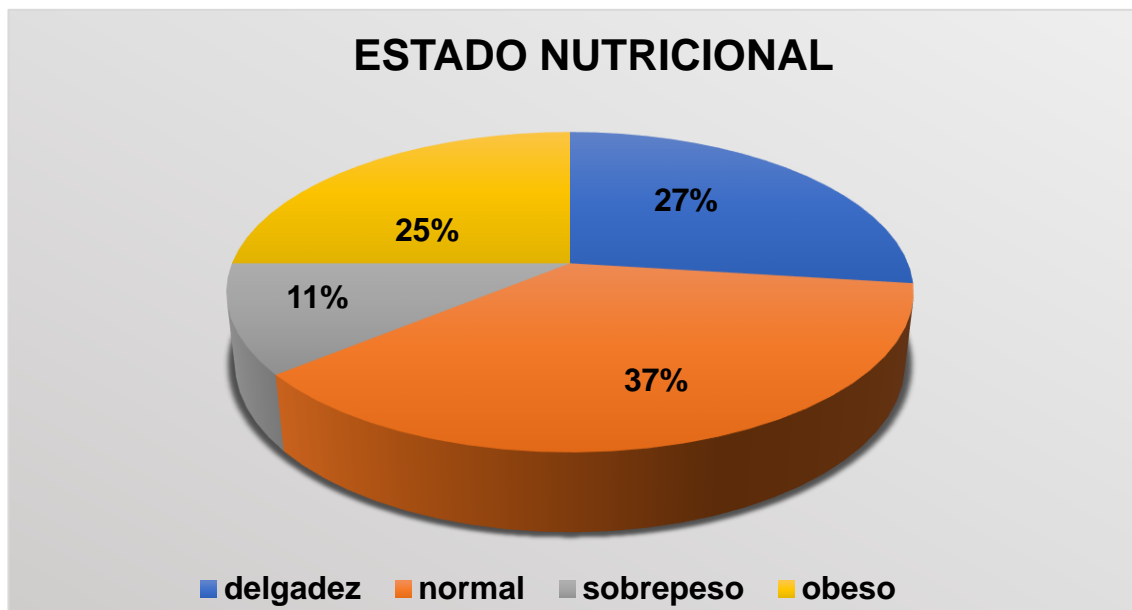


Gráfico 1. Estado nutricional de los/as niños/as

A partir de la evaluación nutricional realizada con las referencias de la OMS de la muestra estudiada, en el grafico 1, se encontró que un 37% estuvieron dentro de los parámetros normales y un 27% presento delgadez, mientras que un 25% fueron obesos y 11% sobrepeso.

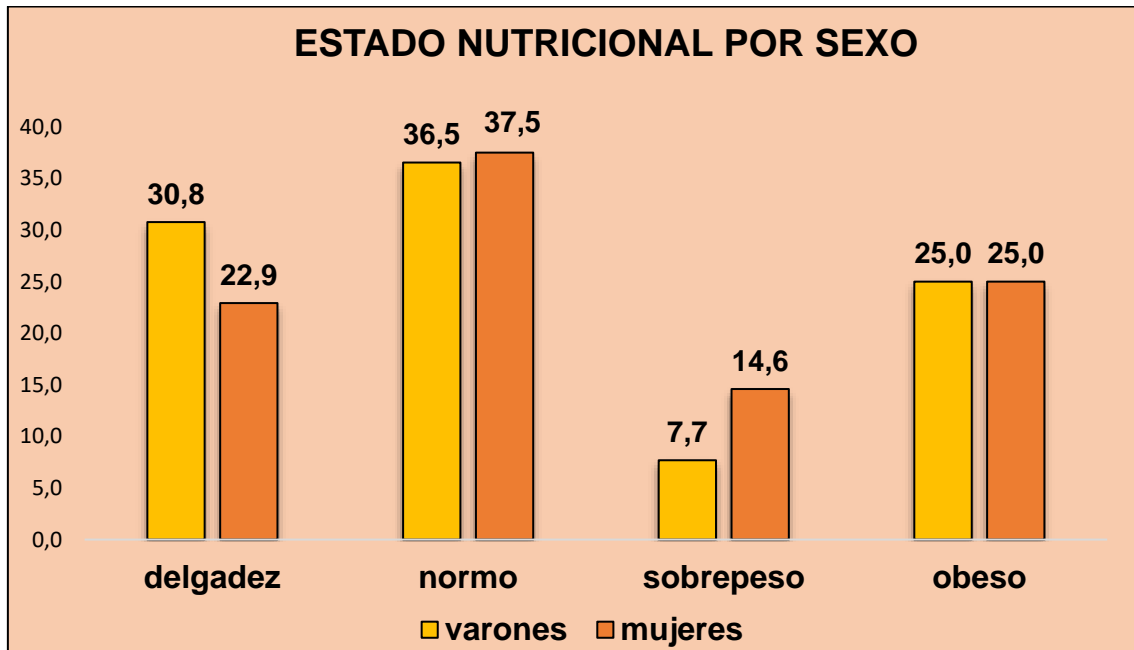


Gráfico 2. Distribución por sexo del estado nutricional de los/as niños/as

Se presenta la distribución por sexo del estado nutricional de los niños evaluados a partir de su índice de masa corporal, por la referencia de la OMS (2003).

En el gráfico 2, se pudo evidenciar que los varones fueron más delgados que las mujeres presentando un valor de 30,8% en comparación de un 22,9% respectivamente. En la condición de peso normal los valores fueron similares 36,5% en varones y 37,5% en mujeres. Así mismo en exceso nutricional en la condición de sobrepeso las mujeres presentaron un valor de 14,6% con una diferencia por encima de los varones de 6,9%. En el estado nutricional de obesidad ambos presentaron un valor de 25%.

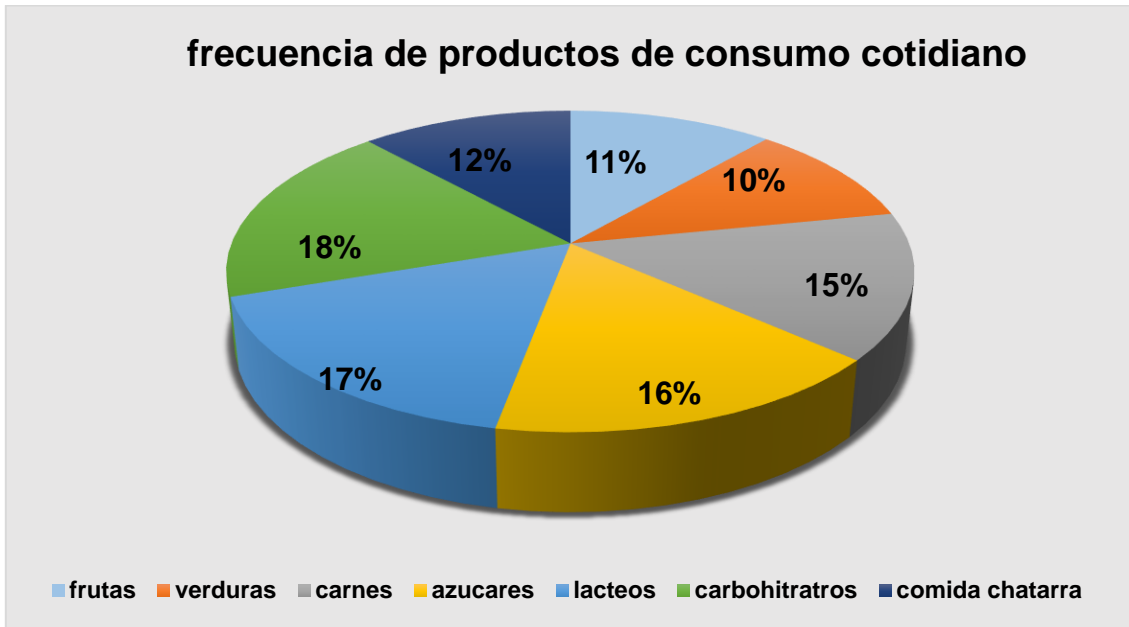


Gráfico 3. Frecuencia de productos de consumo cotidiano.

En el gráfico 3, muestra la distribución de productos de consumo diario se pudo evidenciar que hay un mayor consumo de carbohidratos presentando un valor del 18% en paralelo con el consumo de lácteos llegando al 17%, seguido con el consumo de azúcares a un 16%, en carnes con un total de 15% y verduras con una proporción de 10% y en los valores de frutas 11% y en comida chatarra los valores fueron parejos entre 12 %.

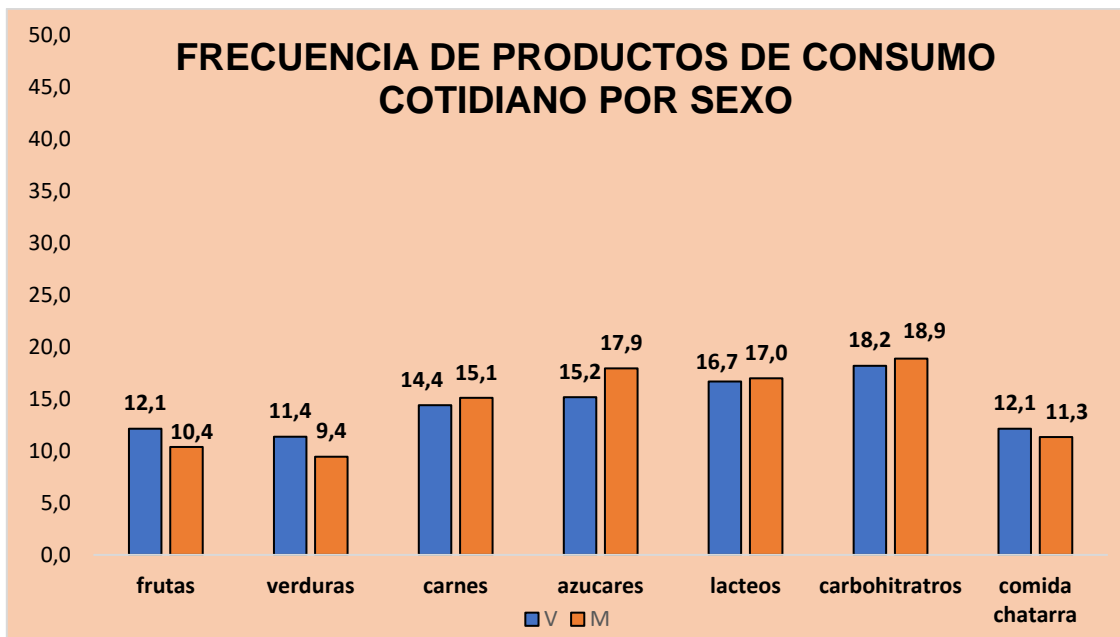


Gráfico 4. Distribución por sexo frecuencia de consumo cotidiano.

En el gráfico 4 se presenta la distribución por sexo, frecuencia de consumo cotidiano, se puede notar que un porcentaje elevado y muy parecido en carbohidratos en ambos sexos con un total de 18,2% en varones y mujeres 18,9% seguido por azúcares con un mayor consumo en mujeres del 17,9% y varones 15,2% en lácteos con un valor similar entre el 17% mujeres y 16,7% varones. El consumo de carnes en mujeres y varones es casi similar entre el 14,4% y 15,1%.

En verduras y frutas en las mujeres se presentó un menor porcentaje en frutas 10,4% y verduras un 9,4%. En varones el consumo de frutas representó el 12,1% y verduras un 11,4%. Y en comida chatarra el consumo en varones es 12,1% y mujeres 11,3%.

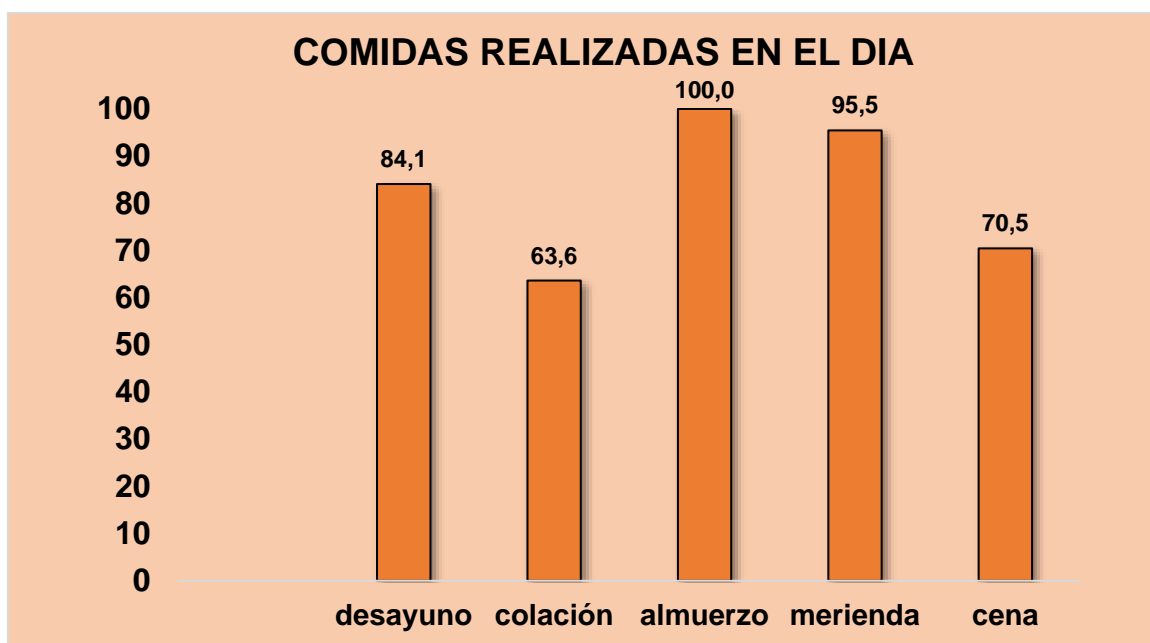


Gráfico 5. Comidas realizadas en el día

Según la muestra del estudio se pudo observar que la primera comida del día el desayuno el 16% del encuestado manifestó no realizarlo, mientras que la colación el 37,4% no la realiza. De las cuatro comidas del día los encuestados señalan no cenar en un 29,5%. La única comida que concuerdan todos los encuestados de realizar, fue el almuerzo en un 100%, seguida de 95,5 % de la merienda.

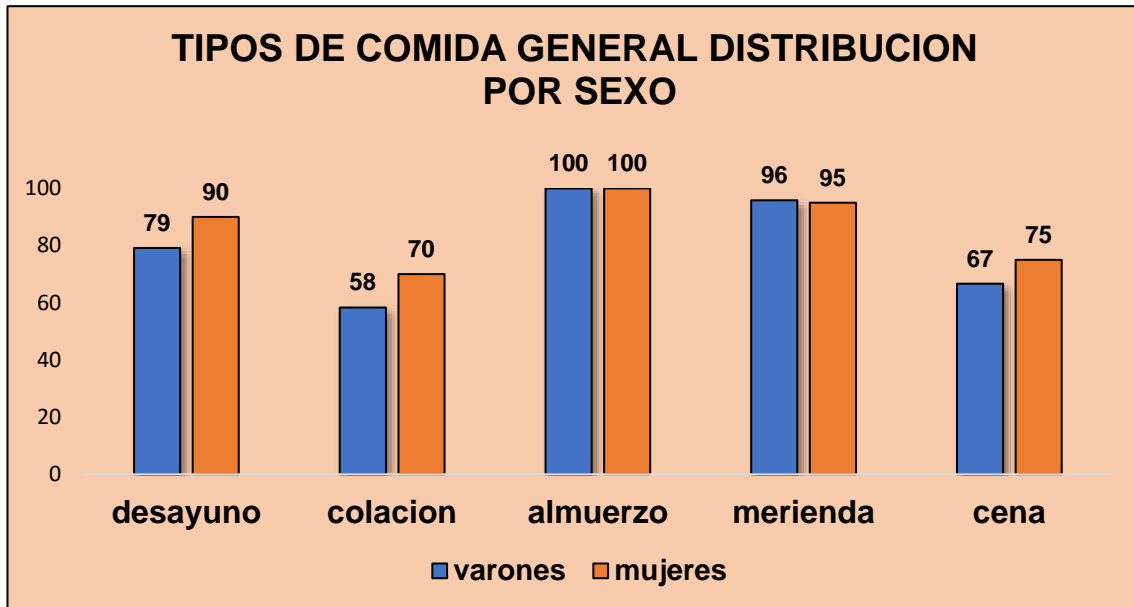


Gráfico 6. Comidas realizadas en el día por sexo.

En el gráfico 6 se presenta la distribución por sexo tipos de comidas general, se pudo evidenciar que en varones solo el 79% desayuna y mujeres lo hace el 90% en la colación se pudo observar un porcentaje bajo del 58% en varones y en mujeres una proporción del 70%. En el almuerzo ambos presentaron una muestra del 100% en la merienda los valores fueron similares presentando 96% en varones y 95% en mujeres. En la cena las mujeres presentaron un valor de 75% con una diferencia por encima de los varones de 8%.

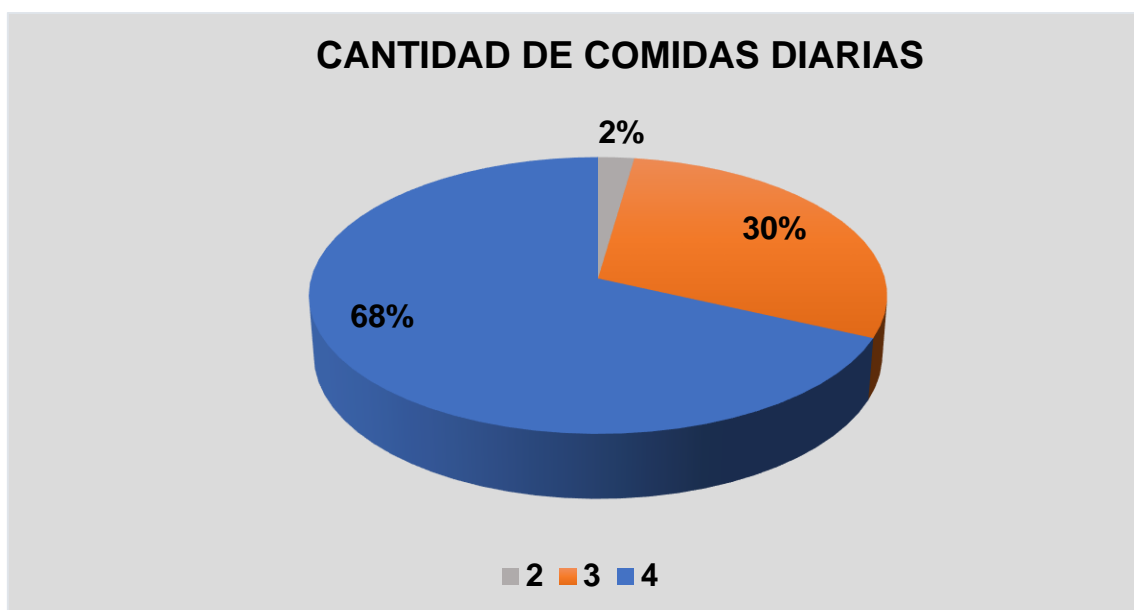


Gráfico 7. Cantidad de comidas diarias

En el gráfico 7 se presenta las respuestas hacia la pregunta de las encuestas realizadas, la cual fue ¿Cuántas comidas realizaba el niño/a al día de forma cotidiana? Los resultados arrojaron que el 68% de los niños/as manifiesta realizar cuatro comidas durante el día, mientras que el 30% realizan solo tres comidas y una minoría del 2% efectúa dos comidas durante el día.

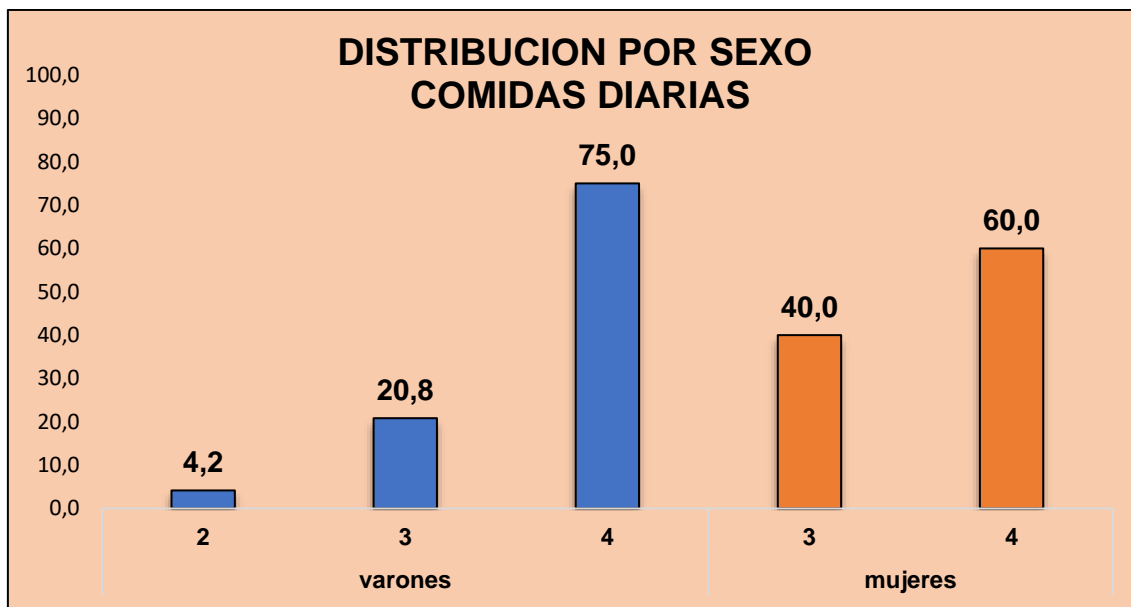


Gráfico 8. Distribución por sexo comidas diarias.

El gráfico 8 el 75% de los varones realizan cuatro comidas en el día mientras y en las mujeres hay un menor valor y solo el 60% realizan las cuatro comidas en el día. En las mujeres que efectúan tres comidas presentaron un valor de 40% por encima de los varones del 19,2% y 4,2% de varones que realizan dos comidas durante el día.



Gráfico 9. Lugar de preparación.

En el gráfico 9 al consultar sobre el espacio de preparación de sus comidas los encuestados manifestaron que el 41% de los niños/as concurren al comedor de su respectiva zona, mientras el 59% de los niños/as indican que las preparaciones de las comidas son realizadas en sus hogares.

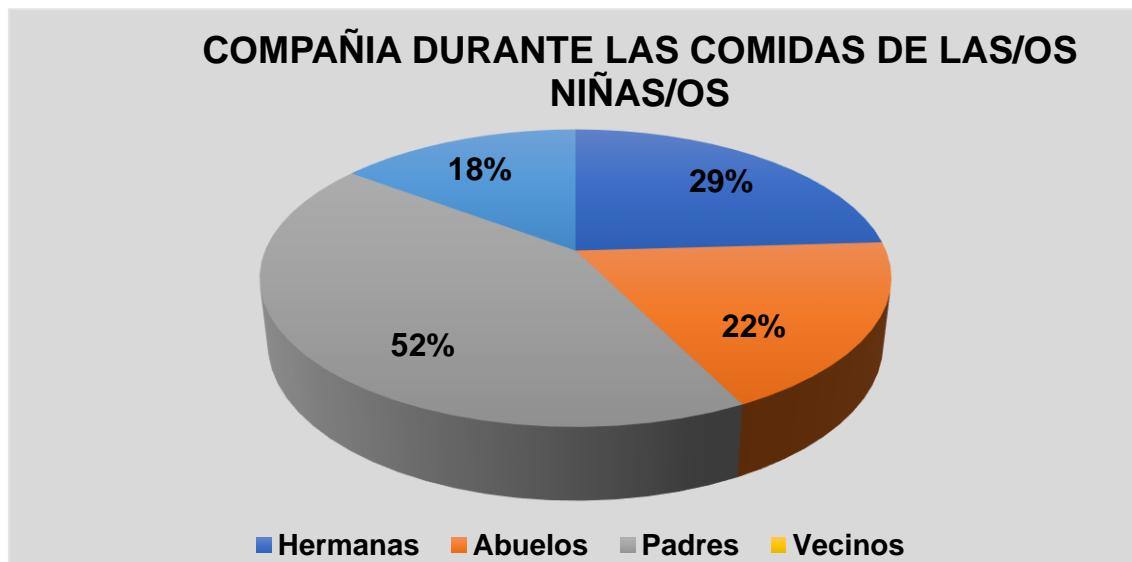
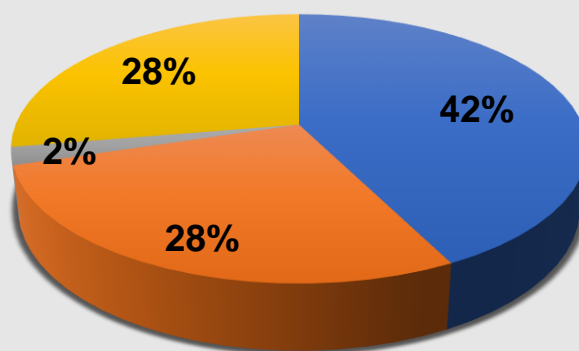


Gráfico 10. Compañía durante las comidas de las/os niñas/os.

Según la muestra del estudio cuando se consultó a las encargadas de los menores *¿Con quién come el niño/a por lo general en la semana?* Los resultados arrojaron que el 52% de los niños/as comen en compañía de sus padres, también se pudo evidenciar el 29% come en compañía de sus hermanos, seguidos de 22% que esta con la compañía de sus abuelos al momento de comer y solo el 18% indico que come con otras personas que no son de su círculo familiar.

ENCARGADOS DE LAS PREPARACIONES DE COMIDAS EN EL HOGAR



■ Madre ■ Abuela ■ Hermano mayor ■ Responsable

Gráfico 11. Encargados de las preparaciones de comidas en el hogar.

En el gráfico 11 se presenta lo siguiente *¿Quién prepara las comidas por lo general en el hogar?* Los valores arrojados a partir de que el 42% de las madres prepara las comidas en sus hogares mientras que un 28% es realizada por abuelas de los niños/as.

El mínimo se encontró con un valor de 2% la cual señala que la comida es realizada por hermanos mayores. El 28% de las encuestadas señaló que las elaboraciones de las comidas ingeridas son realizadas por responsables del comedor.



Gráfico 12. ¿Disfruta cocinar? General.

En el gráfico 12, se presentan los resultados de los/as encuestados que al ser interpelados sobre si *¿disfrutan al realizar las preparaciones?* que el 30% no disfruta cocinar mientras que un 70% de los/as responsables contestaron que sí disfruta cocinar para sus niños/as.

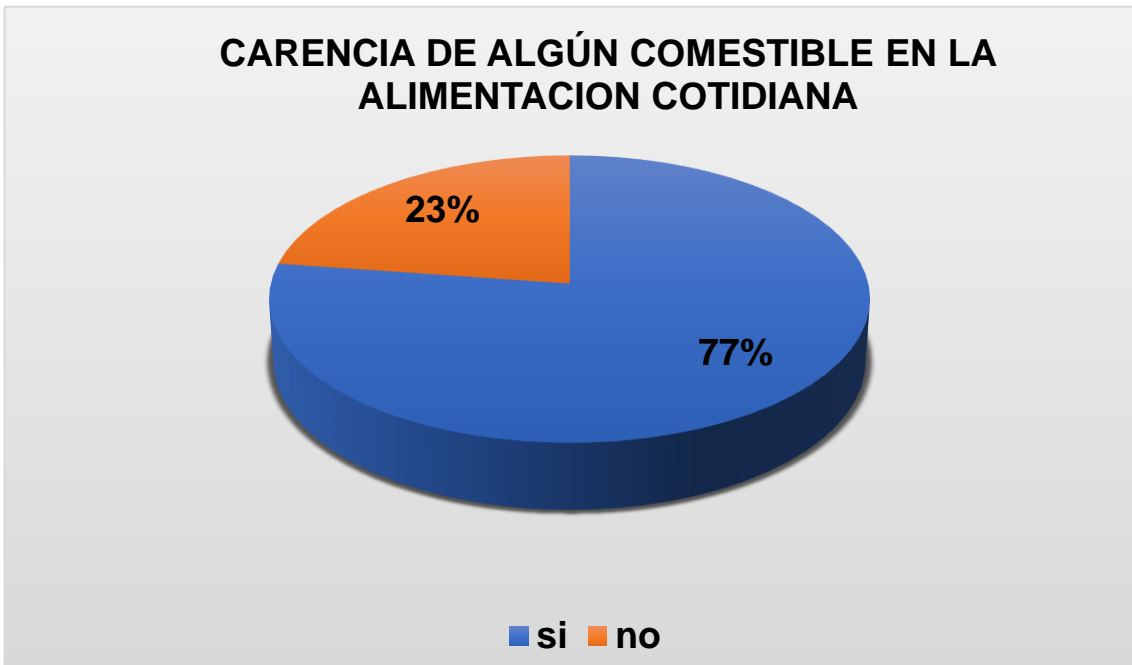


Gráfico 13. Carencia de algún comestible en la alimentación cotidiana.

En el grafico 13 un 77% de los encuestados/as al ser consultados sobre si *¿Usted considera que en la alimentación cotidiana de sus niño/as hay algún producto comestible que le falte?* manifestaron carencia en la alimentación cotidiana y un 23% lo cual es un porcentaje minoritario no presentaron carencia alguna.



Gráfico 14. Uso de productos de temporadas.

Las respuestas de la pregunta *¿usa por lo general productos de temporadas?* de los encuestado/as (Grafico 14) manifestaron que un 77% no usa productos de temporadas y un 23% respondieron que si hacen uso de alimentos de temporadas.

CONSUMO FRECUENTE DE FRUTAS

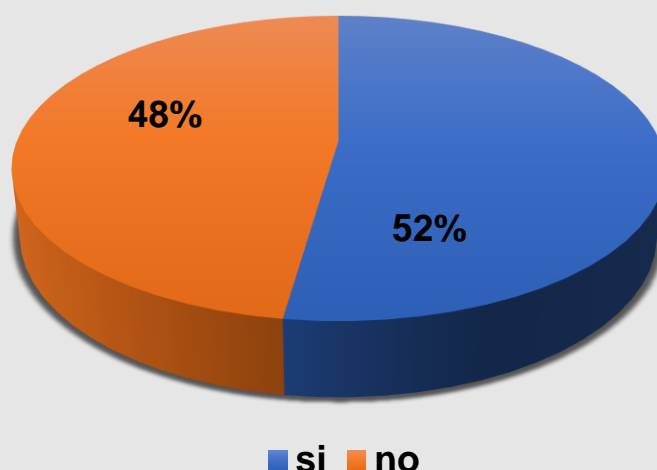


Gráfico 15. Consumo frecuente de frutas.

BEBIDAS AZUCARADAS

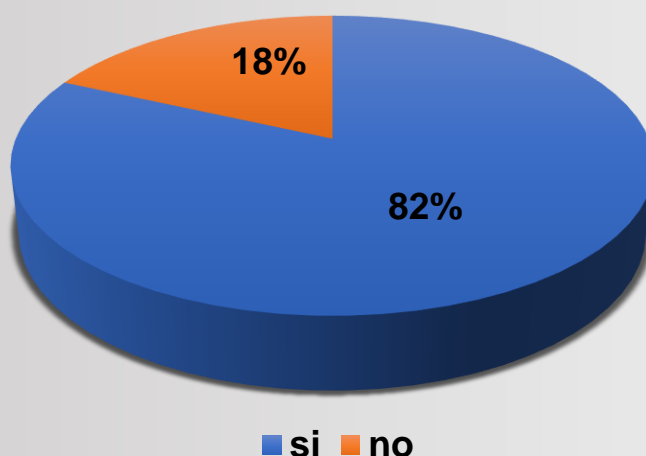


Gráfico 16. Bebidas azucaradas.

En el gráfico 15 apreciamos la respuesta a la pregunta *¿En su cotidianidad es frecuente el consumo de frutas?* según los resultados arrojados del estudio el 52% de los encuestadores/as contestaron que sí consumen frutas seguido de un 48% no suelen consumir frecuentemente.

En el gráfico 16 se presenta la siguiente pregunta *¿toma bebidas azucaradas sus niños/as?* los resultados arrojados que el 82% de los niños/as ingieren bebidas azucaradas, seguidos de 18% indicaron que no consumen líquidos azucarados.

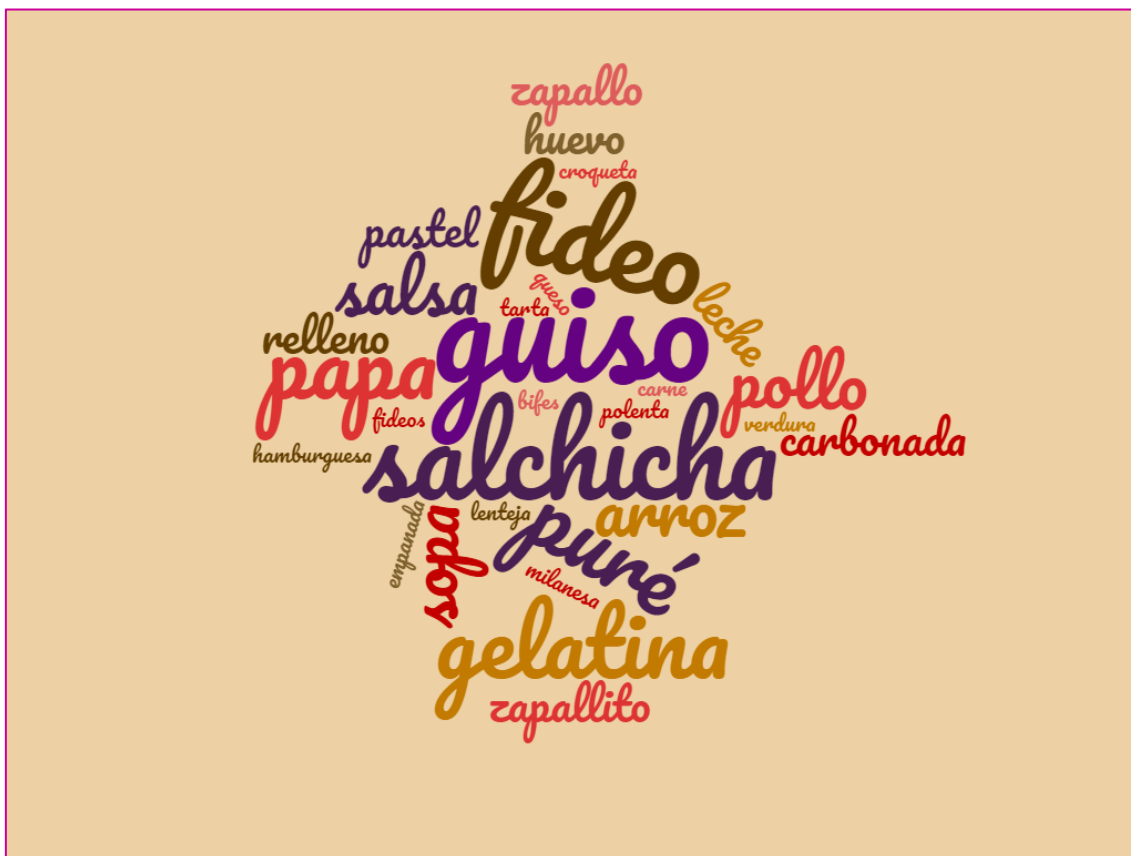


Imagen 2 Preparaciones cotidianas.

En la imagen 2 se constituye con las respuestas sobre la consulta a las madres de los niños/as sobre *¿Cuáles son las preparaciones que realiza de forma cotidiana a su niño/a?* Los resultados arrojaron de los sujetos encuestados que el 15% consume guiso seguido del 11% ingieren fideos por ser la preparación más rápida y económicas según lo que manifestaron los actores sociales encuestados. Se notó muy poco consumo de carnes 10%.



Imagen 3. Productos de temporadas.

Al preguntar a las madres de los niños/as sobre sí *¿usa por lo general productos de temporadas?* el mayor porcentaje se centró en el consumo de mandarinas 28,5% seguido de paltas con 23,8%. Y el consumo de mangos 14,2% kiwi 9,5% y el menor consumo lo obtuvieron productos como el ananá, choclos, frutillas y uvas lo cual represento un 4,7%.

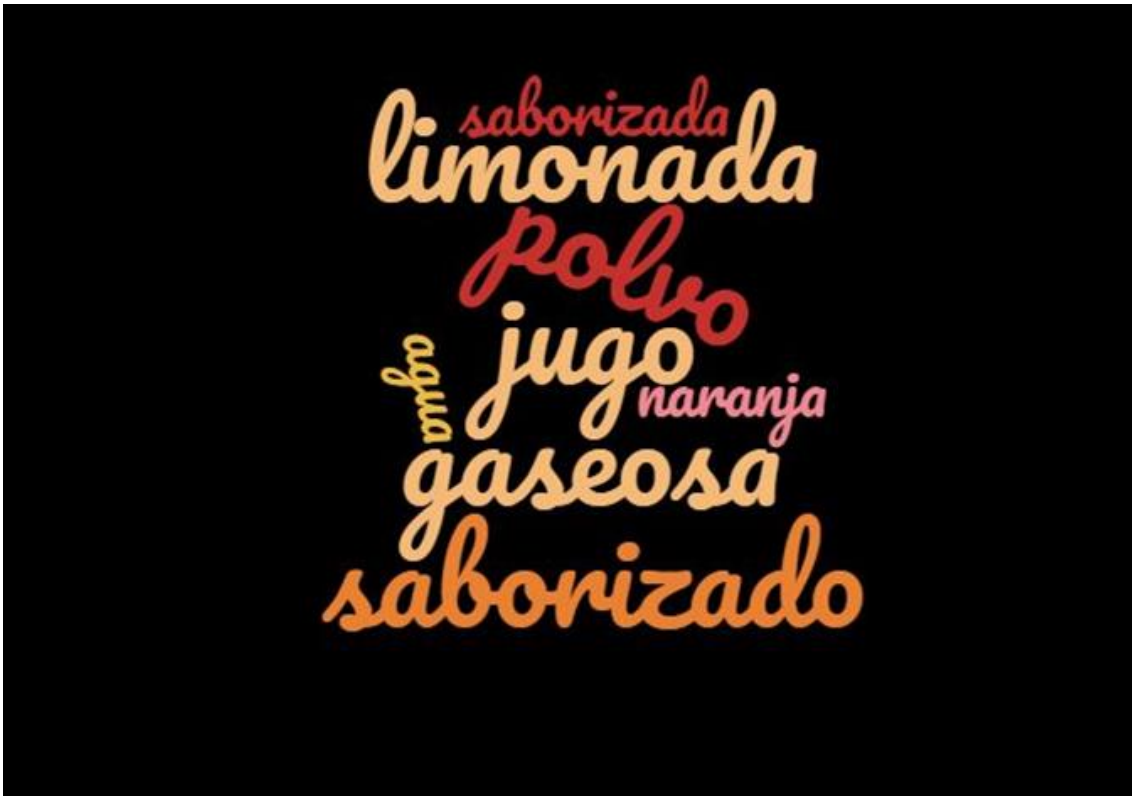


Imagen 4. Consumo de bebidas azucaradas

Al consultar sobre el consumo de bebidas azucaradas a las padres y tutores de los niños/as el mayor porcentaje se centró en torno al consumo de jugos en diferentes presentaciones como son los en polvos y saborizados lo cual representaron un 55,3%. El consumo de gaseosas en estos niños represento el 25,7%, los jugos basados en extracción en frutas naturales representan un 8%. El consumo solamente de agua en los niños/as represento solo de un 7%.

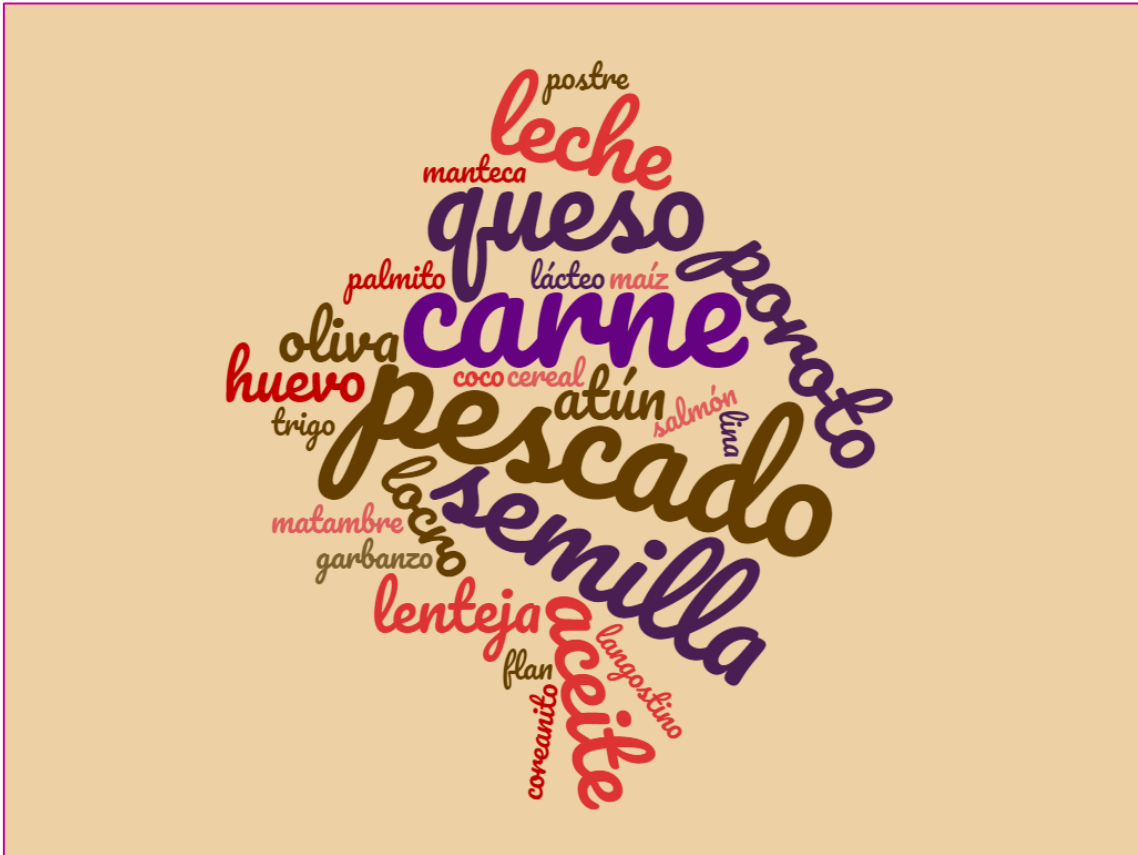


Imagen 5. Productos que le gustaría incluir en sus comidas.

En la imagen 5 las madres encuestadas al contestar sobre *¿si tuviera la oportunidad o el acceso a todos los recursos, que productos le gustaría incluir en sus preparaciones?* Las mayorías de las mamás encuestas se centraron en el consumo de carne llegando a un porcentaje del 23,6% seguido del pescado con un 17,2%. y también se pudo apreciar que el queso es uno de los productos más nombrados por las madres de los niños/as de un 8% las legumbres con un total de 14,56% y los lácteos 19%.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo presentan una leve tendencia de la talla, que vario en un 1cm en promedio, en los resultados de la muestra la variable peso se situó en general 17,05kg. En lo que refiere al sexo, en varones la media se estableció en 17,71kg, en mujeres 16,33kg. Estos resultados son similares a los que se obtuvieron en el trabajo de (Bejarano et al., 2004) los cuales presentan una diferencia entre un 1,35kg en general y por sexo en varones 1,14kg y mujeres 0,78kg siendo superior en los resultados de esta investigación realizada en el barrio periurbano del barrio Los Perales de la ciudad de San Salvador.

Esta comparación sostiene los mismos resultados de trabajos anteriores (Bejarano et al., 2015; Dipierri et al., 2009) las poblaciones jujeñas reflejan promedios por debajo de las referencias internacionales, en los resultados obtenidos se marcan esta continuidad en torno a las características sobre las variables de peso y talla.

Los resultados también coincidieron con los encontrados en otras investigaciones llevadas a cabo sobre el crecimiento físico de la población jujeña, los que sugiere la existencia de un patrón de crecimiento regional diferencial de estas poblaciones (Ocampo et al., 1993; Bejarano et al.,1996; Dipierri et al., 1996; Dipierri et al.,1998; Bejarano et al., 1999; Bejarano et al., 2001). Estas observaciones son coincidentes con los resultados sobre el crecimiento físico de los niños de la región valles los cuales son coincidente con el espacio de trabajos de esta investigación.

Los datos obtenidos también coinciden con los encontrados en otras investigaciones llevadas a cabo sobre el crecimiento físico de la población jujeña, dicho trabajo se titula con el nombre "*Crecimiento y Estado Nutricional infantil en San Salvador de Jujuy*", los valores de este trabajo reflejan resultados similares, en lo general, la talla se situó en 98,3cm en mujeres 98,6 cm varones 97,7cm.

En lo que plantea Dipierri (1996) en referencia a sus variables en su trabajo proporcionan, por primera vez, información sobre el crecimiento y estado nutricional de niños de la capital jujeña, evaluados dentro de un programa de APS y confirman hallazgos previos (Dipierri et al.,1996; 1998; Bejarano et al.,1999), los que indican que los parámetros de crecimiento de los niños jujeños difieren significativamente con respecto a los de las tablas de referencia nacional e internacional. Estas diferencias reflejarían la heterogeneidad socioeconómica, biología y cultural de estas poblaciones (Eveleth y Tanner, 1990; Agrelo et al., 1995; Bharati et al.,1998).

Los resultados arrojados, de la muestra general del indicador IMC se estableció en 17,15 y en las mujeres el incremento fue de 17,08 en los varones de 17,22. Al comparar los valores con la bibliografía consultada estas observaciones son similares el IMC se ubicó entre 0,9 en varones en 0,86 en mujeres 0,77.

En lo que refiere al estado de la evaluación nutricional en niños y niñas en los resultados de la muestra obtenida para la investigación realizada en el asentamiento periurbano de San Salvador de Jujuy del barrio Los Perales, arrojó que la prevalencia de normopeso se estableció en un 37% de la población en general del asentamiento. El estado nutricional negativo de la salud se estableció en un 63% constituido por defecto, en relación a la categoría nutricional de delgadez, en un 27%. Con respecto al exceso de adiposidad el mismo se asentó en un 36%, conformado por la categoría nutricional de sobrepeso en un 11% y de obesidad en un 25%.

Los resultados que se obtuvieron de este trabajo con la muestra analizada, son similares en lo que refiere a la prevalectía por exceso (SP y OB) a los encontrados en otras investigaciones realizadas en la provincia de Jujuy en la zona de los valles (Ferreira et al., 2017; Bejarano et al., 2015) los cuales arrojaron una media de 37% de exceso de adiposidad. Estos resultados reflejan lo mencionado por Peña y Bacallao (2005) sobre la paradoja de obesidad en pobreza por exceso en los grupos vulnerables socioeconómicos.

En lo que refiere a la prevalencia por delgadez, la misma establecida en este trabajo triplica los valores porcentuales de los trabajos realizados en la región (Ferreira et al., 2017; Bejarano et al., 2015) y se posiciona esta prevalencia con un 27% de delgadez, esta misma puede tener una vinculación con el contexto particular de pandemia dado que como se refleja en anteriores trabajos situados en otros similares contextos pero en diferente periodo, los valores no presentan esta prevalencia tan elevados.

En lo que refiere al comportamiento alimentario, el consumo de frutas en niños/as fue de 11% de verduras 10%. Estos resultados son similares con el estudio que realizo (Nava et al., 2011) sostiene que el patrón de consumo fue bajo para el grupo de vegetales, frutas y grasas, y alto para el consumo de cereales, carnes y lácteos. Así mismo se plantea que el consumo de frutas y verduras es parte fundamental de la alimentación cotidiana y saludable durante el crecimiento y desarrollo de los niños dado que la misma aporte nutrientes necesarios para esta etapa de la vida.

Un desayuno completo aporta aproximadamente el 25% de la energía y nutrientes que requiere el organismo para cubrir sus necesidades diarias, en los resultados obtenidos sobre las comidas diaria (grafico 7) las madres manifestaron que el 16% de los niños no desayunan. En trabajo como el de Flores et al., (2008) se condice con los resultados de la investigación donde su población de estudio constituida de niños y niñas registra 19% de omisión del desayuno. La omisión del desayuno es altamente prevalente en muchos países (Brug et al., 2012), (UNICEF 2007) las poblaciones de estudio no presentan porcentajes tan elevados, pero son relevantes dada la importancia de la misma en las comidas diarias.

Las comidas de los niños/as durante la semana son preparadas en el comedor llegando a un 41% y en casa 59%. Los niños/as comen por lo general con los padres llegando a un 52% seguido de los hermanos mayores con un 29% y abuelos 22% y otros 18%. Las comidas que consumen son preparadas por la madre 20% seguido de las abuelas con un 13% responsable del comedor 13%. Un 70% disfruta cocinar la mayoría de las madres o responsables encuestados respondieron que se les hace muy difícil poder

contar con los comestibles para poder completar la alimentación de los niños/as un 77% tiene faltante de productos al ser tan caros y la elevada inflación que vivimos día a día resulta muy difícil poder comprar los alimentos.

El uso de productos de temporadas en la alimentación no es recurrente en lo que manifiestan las madres y responsables de los niños/as, no suelen usarlos en sus preparaciones. Según Peña y Bacallao (2005) sectores urbanos de bajos ingresos su alimentación se basa en la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares, harinas refinadas productos de bajo costo de estos alimentos, su agradable sabor y su poder de saciedad los hacen ser los predilectos entre los sectores más pobres y vulnerables ya que los alimentos frescos como productos comestibles de estación son más caros y menos accesibles.

El comportamiento del consumo de fruta por parte de los niños/as, según sus responsables, más del 50% (grafico 15) consume este producto. En lo que refiere al consumo de bebidas azucaradas encontré en este estudio que el 82% ingiere bebidas azucaradas (grafico 16). Según Angeleri et al. (2007) la elección de los alimentos no sólo está determinada por la disponibilidad y accesibilidad a los mismos, sino también por las preferencias aprendidas.

Toma relevancia esta temática en particular sobre el consumo de frutas y bebidas azucaradas, dado que inciden en los altos porcentuales de sobrepeso y obesidad, acuerdan con los resultados de otros estudios realizados al respecto donde se encontró una relación directa entre el consumo de jugos de fruta azucarados y el incremento de peso (Dennison et al., 1997).

El consumo de bebidas edulcoradas contribuye al aumento de peso corporal debido al alto contenido de azúcar y la baja sensación de saciedad que producen. Los carbohidratos de absorción rápida pueden incrementar el riesgo de diabetes tipo 2, contribuyendo a producir una alta carga glucémica, al desarrollo de resistencia a la insulina y a deficiencias en el funcionamiento de las células beta del páncreas (Alderete et al., 2017).

Lo que cita la autora con respecto a los niveles de consumo de bebidas gaseosas edulcoradas en Argentina, están entre los más altos del mundo. Al presente, no se observa que esta tendencia se esté revirtiendo. Es importante producir evidencia científica a nivel regional para informar las políticas de salud pública y para promover cambios en las normas sociales sobre el consumo de bebidas de alto contenido calórico.

CONCLUSIÓN

Los resultados en lo que refiere a las variables antropométricas talla, peso e imc son similares a los que se obtuvieron en trabajos realizados en la provincia con poblaciones similares, los cuales presentan una diferencia siendo superior en los resultados de esta investigación realizada en el barrio periurbano del barrio Los Perales de la ciudad de San Salvador.

El estado nutricional de la población de estudio presenta porcentuales similares a los antecedentes sobre el exceso de adiposidad, con una leve tendencia elevada de sobrepeso y obesidad. La prevalencia de delgadez presento valores elevados en relación a los antecedentes registrados, siendo que estos triplicaron a los mismos porcentuales.

Los hábitos alimentarios en la población de estudio se caracterizaron por tener una elevada recurrencia de hidratos de carbono, bebidas azucaradas y falta de proteínas en los niños/as. Su alimentación cotidiana es muy dinámica en lo que refiere a las formas y recurrencias, niños/as varían en la cantidad de comidas realizadas en su cotidianidad y espacios donde realizan las comidas, alternando entre su hogar y en espacios de contención social.

La población presenta un estado nutricional con un mayor porcentual tanto por exceso y como por defecto, esto tiene una vinculación con los hábitos alimentarios en torno a la accesibilidad negativa en las personas que son del asentamiento.

Se debe tener en cuenta el estado nutricional, en particular la etapa de la niñez, dado que es una etapa sensible del crecimiento donde adquieren capacidades para desarrollar su potencial adulto. Establecer un abordaje en relación a la temática del estado nutricional y hábitos alimentarios, desde la educación para la salud, se plantea desde un desafío desde la interdisciplinariedad. Dado que la toma de decisiones, sobre los niños, se articula desde los profesionales y los responsables de los niños/as, es por ello que abordar desde la perspectiva profesional teniendo en cuenta los recursos y las potencialidades reales de la comunidad podría generar el del

empoderamiento por parte de los actores a fin de que transformen su realidad teniendo en cuenta su contexto particular.

Es un desafío poder establecer un abordaje desde la promoción de la salud y no solamente lo asistencial, enfocado en que los profesionales que median reconozcan la particularidad contextual y generen, en conjunto con la población, estrategias que se adecuen a la realidad socio económico y cultural.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrelo F., Lobo B., Roitter H., Jazán G. Villafare L., Y Fúnes Lastra P. (1995) Estandares de talla sentada para niños de 4 a 12 años de la ciudad de Cordoba. Arch. Arg. Pediatría 93:363-371
- Alderete, E., y Bejarano, I. (2017) Factores De riesgo y protectores para la obesidad infantil en el Noa. Teoria, Evidencia y Prevencion. Santiago del Estero: Ediciones DASSUCSE.
- Alfaro, E., Bejarano, I., Dipierri, J., Quispe, Y., y Cabrera, G. (2004). Percentilos de peso, talla e índice de masa corporal de escolares jujeños calculados por el método LMS. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(6), 431-439.
- Angeleri, M. A., González, I., Ghioldi, M. M., & Petrelli, L. (2007). Hábito de consumo del desayuno y calidad nutricional del mismo en niños y adolescentes de la zona norte del Gran Buenos Aires. *Diaeta (B. Aires)*, 7-13.
- Atlas, J., 2003, Asistencia alimentaria. Volumen 1 y 2. Grupo Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires- México.
- Bacallao, J., y Peña, M. (2005). La obesidad en la pobreza. *Revista Futuros*, 3(10).
- Bharathi P., Barati S., y Ghosh R., (1998) Height and weight of heathy Bengali (brahmin) boys of Howrah district, West-
- Bejarano, I. F., Aparicio, M. E., Peñaranda, N. V., Bejarano, G. E., Bejarano, M. G., y Zapana, J. (2019). Nutrición y altura geográfica en poblaciones infanto juveniles de la provincia de Jujuy. *Revista Nuevas Propuestas*, (54), 58-87.

- Bejarano, I. F., Dipierri, J. E., Alfaro, E., Fiorito, A., García, T., García, N., y Kinderman, O. (1999). Estudio comparativo de talla y peso de escolares primarios jujeños. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 2(1), 79-90.
- Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E., Quispe, Y., y Cabrera, G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(2), 101-109.
- Bejarano, I. F., Carrillo, Á. R., Dipierri, J. E., Román, E. M., y Abdo, G. (2014). Índice compuesto de fracaso antropométrico y altura geográfica en infantes jujeños (1-5 años). *Archivos argentinos de pediatría*, 112(6), 526-531.
- Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E., Quispe, Y., y Cabrera, G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(2), 101-109.
- Bejarano, I., Quero, L., Dipierri, J. E., y Alfaro Gómez, E. L. (2001). Crecimiento y estado nutricional infantil en San Salvador de Jujuy. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 3.
- Bergesio, L., y Golovanevsky, L. (2010). Ferroviarios y zapleros en Jujuy: de la seguridad social a la inestabilidad laboral. *Revista de estudios regionales y mercado de trabajo*, (6), 7-1.
- Bergesio, L., Golovanevsky y Marcoleri, L., M. E. (2009) Construcción social de la ciudad. San Salvador de Jujuy desde el barrio Alto Comedero. UNJu/ Ediunju, Jujuy.
- Boldrini, P., y Matilde, M. (2017). "Urbanizaciones informales en ciudades intermedias. Los casos del Gran San Salvador de Jujuy y Gran

San Miguel de Tucumán (noroeste argentino)". Cuaderno urbano: espacio, cultura y sociedad, (23), 85-106.

Bustamante, M. J., Martínez, J. L., Alfaro, E. L., Sánchez Álvarez, M., Dipierri, J. E., y Tabera, C. (2019). Fracaso antropométrico y altura geográfica en escolares jujeños asistidos alimentariamente. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 39(4), 16-23.

Carrillo, R., Roman, E. M., Meyer, E., Bejarano, I. F., y Dipierri, J. E. (2013, March). Relationship between obesity defined by the percentage of body fat and defined by body mass index in jujuy school children. In *pediatric research* (Vol. 73, No. 3, pp. 380-380). 75 Varick St, 9th Flr, New York, Ny 10013-1917 Usa: Nature Publishing Group

Carrillo, R.A. 2016. "Distribución del porcentaje de grasa corporal por antropometría en población infanto-juvenil jujeña y su relación con la altura geográfica". Tesis de grado sin publicar.

Castillo, C., Uauy, R. S. (2013). Guías de alimentación para la población chilena. Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos; Facultad de Medicina, Centro de Nutrición: Atalah editores.

Censo de la población y Vivienda (2010). Provincia de Jujuy: Estructura poblacional por sexo, grupo de edad, región de residencia y nivel educacional. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Presidencia de la salud.

Cossio-Bolaños, M. A., de Arruda, M., Álvarez, V. N., y Alonso, J. L. (2011). Efectos de la altitud sobre el crecimiento físico en niños y adolescentes. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 4(2), 71-76.

- Cravino, C. (2012) Repensando la ciudad informal en América Latina. Universidad Nacional General Sarmiento, Buenos Aires (2008) Los mil barrios informales. Aportes para la construcción de un observatorio del hábitat popular del área Metropolitana de Buenos Aires. Universidad General Sarmiento, Buenos Aires.
- Clichevsky, N., (2001). Hábitat informal en América Latina: entre la permisividad, el desalojo y la regularización. En Revista Territorios, Nº. 6
- Dipierri, J. E., Ocampo, S. B., Olguín, M. E., y Suárez, D. (1992). Peso al nacimiento y altura en la Provincia de Jujuy. Cuadernos FHYCS-UNJU, 3, 156-166.
- Dipierri, J. E., Bejarano, I. F., Spione, C., Etchenique, M. D. C., Macias, G., y Alfaro, E. (1996). Variación de la talla en escolares de 6 a 9 años de edad en la provincia de Jujuy. *Arch. argent. pediatr*, 369-75.
- Dipierri, J. E., Alfaro, E., Martínez-Marignac, V. L., Bailliet, G., Bravi, C. M., Cejas, S., y Bianchi, N. O. (1998). Paternal directional mating in two Amerindian subpopulations located at different altitudes in northwestern Argentina. *Human Biology*, 1001-1010.
- Duhau, E., (1998) hábitat popular y política urbana. Miguel Ángel Porra y UAM-Az
- Eveleth P., B., y Tanner J., M., (1990) Worldwide Variation in Human Growth. Cambridge University Press.
- Faro V., Guías para la evaluación del crecimiento, Buenos Aires, Argentina, Segunda Edición 2001.
- Ferreyra A, Carrillo R. A, Bejarano F. I (2017). "Comportamiento alimentario y estado nutricional en niños de la ciudad de Perico-jujuy. Difusiones, 12(12), 7-17.

- Flores-Huerta, S. (2006). Antropometría, estado nutricional y salud de los niños: Importancia de las mediciones comparables. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(2), 73-75.
- Gomez-Campos, R., Arruda, M., Luarte-Rocha, C., Urra Albornoz, C., Almonacid Fierro, A., y Cossio-Bolaños, M. (2016). Enfoque teórico del crecimiento físico de niños y adolescentes. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 244-253.
- Golovanevsky, L. (2007). Vulnerabilidad y transmisión intergeneracional de la pobreza. Un abordaje cuantitativo para Argentina en el siglo XXI. *Población y Sociedad*, (14-15), 260-266.
- Jiménez, B., Rodríguez, M., y Jiménez, R. (2010). Social determinants analysis of malnutrition in Latin América. *Nutrición Hospitalaria*, 25(Supl. 3), 18-25.
- Llargués, E., Recasens, A., Franco, R., Nadal, A., Vila, M., Pérez, M. J., y Castell, C. (2012). Evaluación a medio plazo de una intervención educativa en hábitos alimentarios y de actividad física en escolares: estudio Avall 2. *Endocrinología y Nutrición*, 59(5), 288-295.
- Lomaglio, D. B., Carrillo, R., Mesa Santurino, M. S., Dipierri, J. E., Bejarano, I.F., Morales, J., y Marrodan Serrano, D. (2015). Perfil antropométrico en adultos del Noroeste Argentino: Comparación con una referencia internacional. *Revista argentina de antropología biológica*, 17(1), 7-18.
- Lieberman, H., Hunt, I., Coulson, A., Clark, V., Swendseid, M., Ho, L., 1976, Evaluation of a ghetto school breakfast program. *J Am Diet Assoc* 68:132-138.

- Lomaglio, D., 1985, Evaluación nutricional en niños que concurren a comedores escolares en la provincia de Catamarca. Arch Arg Pediatr 83(1):43-51. Me
- Malizia, M. (2018). Transformaciones socio-espaciales en la centralidad del aglomerado Gran San Salvador de Jujuy (noroeste argentino).
- Malizia, M., Boldrini, P., y Peyré, F. R. (2018). Las ciudades intermedias del noroeste argentino como espejo de los modelos de desarrollo. *Redes. Revista do Desenvolvimento Regional*, 23(3), 267-291.
- Martínez, J. I., Dipierri, J. E., Bejarano, I., Quispe, Y., y Alfaro, E. (2017). Variación de la masa corporal grasa por antropometría y bioimpedancia en escolares jujeños. *Revista Argentina De Antropología Biológica*, 20(1), 5.
- Martínez, J. I., Dipierri, J. E., Bejarano, I. F., Quispe, Y., Y Alfaro Gómez, E. L. (2018). Variación de la masa corporal grasa por antropometría y bioimpedancia en escolares jujeños.
- Max Agüero, E. (2012). *Intervención comunitaria y educación para la salud: apuntes para la formación profesional*. San Salvador de Jujuy: Unidad de Investigación en Trabajo Social -FHyCS - UNJu.
- Meme, M.M., Cogí-Makau, W., Muroki, N.M., Mwadime, R.K., 1998, Energy and protein intake and nutritional status of primary schoolchildren 5 to 10 years of age in schools with and without feeding programmes in Nyambene district, Kenya. Food and Nutrition Bulletin
- Meyer, E. M., Carrillo, R. A., Román, E. M., Bejarano, I. F., Alfaro Gómez, E. L., Dipierri, J. E. (2013). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares jujeños de diferente nivel altitudinal según las referencias IOTF, CDC y OMS.

- Nava, M. C., Pérez, A., Herrera, H. A., y Hernández, R. A. (2011). Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico de preescolares. *Revista chilena de nutrición*, 38(3), 301-312.
- Ochoa, G. D., Santana, S. R. G., Favela, J. A. A., y Donlucas, G. M. (2014). Malos hábitos alimentarios y falta de actividad física principales factores desencadenantes de sobrepeso y obesidad en los niños escolares. *CULCyT: Cultura Científica y Tecnológica*, 11(54), 7.
- Onis, MD, Onyango, AW, Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C. y Siekmann, J. (2007). Desarrollo de una referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar. *Boletín de la Organización Mundial de la salud* , 85 , 660-667.
- Oyhenart, E. E., Castro, L. E., Garraza, M., Cesani, M. F., Torres, M. F., Quintero, F. A. & Dipierri, J. E. (2019). Comparative study of mid-upper arm circumference, arm muscle area and arm fat area percentiles in Argentinean and US children aged 4-14 years. *Nutricion hospitalaria*, 36(3), 552-562.
- Oyhenart, E. E., Dahinten, S. L., Alba, J., Alfaro Gómez, E. L., Bejarano, I., Cabrera, G., Zavatti, J. R. (2008). Estado nutricional infanto juvenil en seis provincias de Argentina: variación regional. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 10.
- Paasi, A. (2003). Territory. En J. Agnew, K. Mitchell y G. Toal (Eds.) *A Companion to Political Geography*. Oxford: Blackwell.
- Pajuelo-Ramírez, J., Sánchez-Abanto, J., Alvarez-Dongo, D., Tarqui-Mamani, C. y Agüero-Zamora, R. (2013). Sobrepeso, obesidad y desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años en Perú, 2009-2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* , 30 , 583-589.

Peña, M., Y Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 3-11.

Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (2003). The Challenge of Slums: Global Report on Human Settlements. Earthscan, Londres.

Ramos-Padilla, P., Carpio-Arias, T., Delgado-López, V., Y Villavicencio-Barriga, V. (2020). Estado nutricional antropométrico de niños menores de 5 años de la región interandina del Ecuador. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 26(4), 186-191.

Rastrepo Mesa S. L. y Maya Gallego, Maryori (2005) "La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad". En: Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, Medellín, volumen 19 No. 36, pp. 127-148.

Román, E. M., Carrillo, R., Bejarano, I. F., Alfaro, E. L., & Dipierri, J. E. (2013, March). Geographical altitude and relationship between body mass index and body fat in Jujuy school children. in pediatric research (Vol. 73, No. 3, pp. 380-380). 75 Varick St, 9th Flr, New York, Ny 10013-1917 Usa: Nature Publishing Group.

Santarsiero, L. H. (2013). Los comedores comunitarios como fenómeno social, político y alimentario en la Argentina de los últimos treinta años: una guía práctica para su comprensión. Cuestiones de sociología.

Sepúlveda Valbuena, C. N., y Ladino Meléndez, L. (2011). Comparación de la clasificación antropométrica de 100 niños entre los 2-18 años, según los estándares de crecimiento de la OMS 2006-2007 y las tablas NCHS/CDC 2000.

UNICEF. (2006). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe.

UNICEF. (2006). Nutrición y Desarrollo (Segunda). Argentina.

UNICEF. (2007). El estado mundial de la infancia 2008: Supervivencia infantil (Vol. 8). Unicef.

Velásquez, G (1992). "Alimentación del niño en edad escolar" En: Serrano, A. Temas sobre alimentación del niño. Universidad de Antioquia, Colombia, pp. 237-263.

Yuni, J. A., y Urbano, C. A. (2006). Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Editorial Brujas.



FHyCS

Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

***“Estrategias profesionales situadas en relación a
hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en
poblaciones vulnerables”***

Educadora Sanitaria María Paula Cruz

JUJUY-ARGENTINA

2021

INTRODUCCIÓN

El asentamiento Las Delicias, la misma está ubicada en el barrio Los Perales de la ciudad de San Salvador de Jujuy.

En este espacio de estudio se abordó el tema del estado nutricional y hábitos alimentarios en niños y niñas de 2 a 5 años, porque actualmente en el asentamiento hay un alto problema de consumo de carbohidratos y un elevado consumo de bebidas azucaradas. En este marco de situación se ha observado que los niños y niñas consumen alimentos como ser gaseosas, jugos azucarados, salchichas, a pesar que la mayoría de ellos son de recursos económicos bajos pero que sin embargo tienen acceso a estos alimentos.

Por eso *“La atención integral a la primera infancia es uno de los temas prioritarios de la agenda pública en estos días, para lo cual las acciones directas irán desde la creación de espacios para que las familias reflexionen y enriquezcan sus recursos de crianza, o de generación de acciones que garanticen el acceso al sistema de salud de calidad, al aprendizaje temprano y a una adecuada alimentación familiar. Ahí radica el cambio sustancial del enfoque. Los derechos del niño son responsabilidades y obligaciones del adulto”* (Hacia una política pública en CDI-UNICEF 2005).

Nos centramos en la promoción de la salud porque requiere de la interacción y el compromiso de los actores sociales para poder así mejorar las condiciones de vida y sostener la salud individual y colectiva.

La presente propuesta de intervención será titulada **“estrategias profesionales situadas en relación a hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en poblaciones vulnerables”** tendrá como destinatarios/as a los profesionales de distintas disciplinas como (educadores para la salud, trabajadora social, antropólogos, enfermeras, nutricionistas y pediatras).

El proyecto que se propone tendrá una duración de 6 meses entre julio y diciembre del 2021.

Fundamentación

Teniendo en cuenta la información obtenida del diagnóstico socio sanitario, con esta propuesta se pretende implementar un proyecto de intervención que aborde de forma conjunta con equipos inter-transdisciplinarios las problemáticas de acarrear la prevalencia negativa del estado nutricional.

A causa de una inadecuada alimentación, a mediano plazo esto puede llevar problemas patológicos como hipertensión arterial, obesidad, insulina resistente, diabetes, cardiopatías, entre otras, las cuales son denominadas las enfermedades crónicas no transmisibles.

La compleja interacción de factores biológicos y socio-culturales contribuyen al riesgo de que se presenten enfermedades, es por ello se habla de una multicausalidad y de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales.

La formación de los hábitos alimentarios saludables debe comenzar desde los primeros años de edad ya que los hábitos instalados tempranamente tienden a perdurar a lo largo de toda la vida. El rol de los padres y cuidadores de niños y niñas en el desarrollo de hábitos saludables es fundamental ya que no solo enseñar con el ejemplo sino con la práctica, incorporando cada día en su dieta alimentos acorde a su edad.

La alimentación humana si bien es un acto biológico, está condicionado social, cultural y económicamente. En la mayoría de los casos tiene que ver el costo, la factibilidad y el tiempo que demanda su preparación. Estos factores hacen que las personas se alimenten de distintas formas.

El trabajar en entornos interdisciplinarios donde diversos profesionales como el educador/ar para la salud, nutricionistas, trabajadora/or social, antropólogos/as, psicólogos/as, enfermeros/as y pediatras implica un trabajo compartido entre los profesionales y la comunidad para diagnosticar, analizar y buscar estrategias para abordar las situaciones de acuerdo con el contexto social y cultural en búsqueda de un empoderamiento comunitario.

El comunicar, fomentar y garantizar el acceso a conocimiento sobre los efectos del estado nutricional, hábitos alimentarios y estilos de vidas saludables apunta a la búsqueda de concientizar y sensibilizar a la comunidad desde la

promoción sobre la importancia de los hábitos alimentarios teniendo como eje la capacitación de los profesionales para un abordaje integral.

Para Yepes (2006) que entiende que no se puede perder de vista que la educación para la salud se apoya en un proceso dinámico entre la comunicación y la salud desde lo técnico y lo profesional, que establece un objetivo primordial el cual es modificar la salud de población a través de su información y su capacitación para la toma de decisiones.

En esta línea Ordoñana (2003) aporta que la labor del profesional no se restringe exclusivamente a transmitir una serie de conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad a la comunidad, si no que por el contrario desde la EPS se debe contemplar una multiplicidad de objetivos que se centran en cuestiones tan complejas como formar, capacitar, motivar, incidir sobre las actitudes y valores, para finalmente, provocar que apunten al desarrollo social.

Justificación

El tema de los hábitos alimentarios se plantea como un elemento transcendental dado que refleja el proceso de crecimiento y desarrollo, en los niños y niñas de la investigación se puede apreciar un alto consumo de azúcares y de carbohidratos. En efecto el 36% de los niños/as se encuentran con exceso de adiposidad debido a estos consumos lo cual puede deberse primordialmente a la ingesta de frutas, vegetales y pescados entre otras cosas y a lo que podría agregar la falta de actividad física y a otras causas asociadas a estas problemáticas.

Por este motivo se considera que es primordial brindarles a los niños y niñas una nueva forma de adquisición de buenos hábitos alimentarios para fomentar su salud con eso logramos que tengan una actitud positiva.

Dentro de este sistema es indispensable hablar de promoción de la salud ya que entre otras cosas consiste en las actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de los individuos, apuntando hacia sus estilos de vida y en el ambiente de las culturas de la comunidad en la que se encuentra.

Como educadores para la salud nos centramos desde una perspectiva integral basado desde un enfoque estratégico ya que la acción de la promoción de la salud tiene que ver con la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, creación de un ambiente favorable para la salud, refuerzo de la acción colectiva, desarrollo de habilidades personales y la reorientación del sistema de salud.

Es por eso fundamental una visión integral y un enfoque multidisciplinario que considera a las personas en el contexto de sus vidas cotidianas en la familia, la comunidad y la sociedad; fomentar el desarrollo de conocimientos, capacidades y aptitudes para que las personas puedan cuidar su salud y la de los otros; promover un análisis crítico y reflexivo de valores, comportamientos, condiciones sociales y modo de vida, con la meta de fortalecer aquellos factores que favorecen a la salud y el desarrollo humano y ayudar a los miembros del asentamiento que tomen decisiones para promover la salud y la de los otros.

OBJETIVOS

Objetivo General

- ✚ Concientizar, sensibilizar y capacitar a los profesionales sobre estrategias que se adecuen a la situación socio económico y cultural sobre los hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en poblaciones vulnerables.

Objetivos Específicos

- ✚ Promover el conocimiento del abordaje situado sobre hábitos alimentarios y estilos de vida en poblaciones vulnerables.
- ✚ Establecer redes institucionales para el abordaje interdisciplinar sobre los efectos de un estado nutricional no óptimo en niños/as y adolescente.
- ✚ Crear espacios de formación interdisciplinar para el desarrollo de las temáticas propuestas

Metas

- a) Realizar convocatoria y evaluar a los profesionales que se adecuen a la temática de los objetivos propuestos del proyecto.
- b) Planificación de acciones en torno al trabajo inter y transdisciplinar en el espacio comunitario para el abordaje de la temática el estado nutricional de las cuestiones de salud en torno a la alimentación y nutrición.
- c) Buscar la interpretación de la información y la aplicación de una reflexión en torno al espacio contextualizado sobre las características.

Actividades

- a) Contribuir a la conformación de equipos interdisciplinarios para responder a las necesidades de la comunidad.
 - b) Publicar llamado para cubrir horas para la diplomatura.
 - c) Selección de los postulantes presentados en tiempo y forma en base a los criterios de perfiles buscados.
 - d) Realizar entrevistas a los postulantes seleccionados.
 - e) Crear una agenda de trabajo entre el equipo interdisciplinario y los/as responsables de la diplomatura.
- ✚ Para poder lograr la toma de conciencia y adecuación situada de las y los profesionales se plantea la organización de las actividades. Una de ellas es la conformación de un espacio curricular para el dictado de una diplomatura que aborde cuestiones estratégicas que se adecuen a la situación socio económico y cultural sobre los hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en poblaciones vulnerables.

Para eso se establece los siguientes módulos que serían parte de la diplomatura denominada “*estrategias profesionales situadas en relación a hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en poblaciones vulnerables*”

Primer Módulo: evaluación nutricional

Segundo modulo: relevamiento de información.

Tercer Modulo: evaluación nutricional.

Cuarto Modulo: análisis de información y de datos.

Quinto Modulo: intervención en espacios vulnerables desde la evaluación nutricional.

Para la coordinación general, gestión y organización, como así también, de la selección de postulantes profesionales, para la conformación de los equipos interdisciplinarios para acompañar de forma específica en los dictados de los módulos se postula a la Lic. en educación para la salud.

Para selección de profesionales a fines se realizará mediante llamado a convocaría y la selección dependerá de criterios como el conocimiento en el área, antecedentes en la temática, teniendo en cuenta la relación a cada eje a abordar.

Para la coordinación de desarrollo y evaluación curricular requerirá de un coordinador/a egresado/a de la carrera en educación para la salud.

Ante la necesidad de atender a la problemática hábitos alimentarios, es fundamental el análisis contextualizado desde un posicionamiento antropológico, es decir, se requerirá de la intervención del antropólogo este caso estará a cargo del Lic. Rafael Carrillo.

Para abordar la temática hábitos alimentarios se requerirá de la presencia de diferentes profesionales: profesores en educación para la salud, Lic. en educación para la salud, Lic. en trabajo social, Lic. en antropología, Lic. en enfermería, Lic. en nutrición, médico pediatra.

Para el dictado de la diplomatura se requerirá de profesionales de salud: médicos/as, agentes sanitarios/as, educadores/as para la salud, antropólogo/as y enfermeros/as.

DESTINATARIOS:

Profesores en Educación para la Salud

LIC. En Educación para la Salud

Lic. en Trabajo Social

Lic. en Antropología

Lic. en Enfermería

Lic. en nutrición.

Médicos en pediatría

FINANCIAMIENTO

Con recursos de instituciones con financiamiento externo.

Tabla de Gantt

TIEMPO	JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE				OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE-			
ACTIVIDADES	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA
	1	2	3	4	1	2	3	4
Contribuir a la conformación de equipos interdisciplinarios para responder a las necesidades de la comunidad.	X	X	X	X				
Publicar llamado para cubrir horas para la diplomatura.	XX	XX	XX					

Selección de los postulantes presentados en tiempo y forma en base a los criterios de perfiles buscados.	XX	XX	XX					
Realizar entrevistas a los postulantes seleccionados.	XX	XX	XX	XX				
Crear una agenda de trabajo entre el equipo interdisciplinario y los/as responsables de la diplomatura.	XX	XX	XX	XX				
Primero módulo: evaluación nutricional	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Segundo modulo: relevamiento de información	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX

Tercer modulo: hábitos alimentarios								
Cuarto modulo: análisis de información	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Quinto modulo: intervención en espacios vulnerables desde la evaluación nutricional	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX

RECURSOS

ACTIVIDADES	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS	FINANCIAMIENTO
Contribuir a la conformación de equipos interdisciplinarios para responder a las necesidades de la comunidad.	Agenda Libro de acta lapiceras	Profesores en Educación para la Salud LIC. En Educación para la Salud Lic. en Trabajo Social Lic. en Antropología Lic. en Enfermería Lic. en nutrición. Médicos en pediatría	Con recursos de instituciones con financiamiento externo.

Publicar llamado para cubrir horas para la diplomatura.	Panfletos	Profesores en Educación para la Salud
	Notebook	LIC. En Educación para la Salud
	Servicios de internet	Lic. en Trabajo Social
	Redes sociales	Lic. en Antropología
		Lic. en Enfermería
		Lic. en nutrición.
		Médicos en pediatría

Selección de los postulantes presentados en tiempo y forma en base a los criterios de perfiles buscados.	Lapiceras	Profesores en Educación para la Salud
	Libros de acta	LIC. En Educación para la Salud
	Agenda	Lic. en Trabajo Social
	Notebook	Lic. en Antropología
	Sala de reuniones	Lic. en Enfermería
		Lic. en nutrición.
		Médicos en pediatría

Realizar entrevistas a los postulantes seleccionados.	Sala de reuniones	Profesores en Educación para la Salud
	Notebook	LIC. En Educación para la Salud
	Servicio de internet	Lic. en Trabajo Social
		Lic. en Antropología
		Lic. en Enfermería
		Lic. en nutrición.
		Médicos en pediatría

Crear una agenda de trabajo entre el equipo interdisciplinario y los/as responsables de la diplomatura.	Sala de reuniones	Profesores en Educación para la Salud
	Notebook	LIC. En Educación para la Salud
	Servicio de internet	Lic. en Trabajo Social
		Lic. en Antropología
		Lic. en Enfermería

Lic. en nutrición.

Médicos en pediatría

Primero módulo:
evaluación nutricional.

Proyector

Profesores en Educación para la Salud

Notebook

LIC. En Educación para la Salud

Servicio de internet

Lic. en Trabajo Social

Sala de reuniones

Lic. en Antropología

Prolongadores, pizarra,
fibras

Lic. en Enfermería

Lic. en nutrición.

Médicos en pediatría

Segundo modulo:
relevamiento de
información.

Notebook

Profesores en Educación para la Salud

Sala de reuniones

LIC. En Educación para la Salud

Agendas

Lic. en Trabajo Social

Servicio de internet

Lic. en Antropología

Espacio físico áulico

Lic. en Enfermería

Lic. en nutrición.

Médicos en pediatría

Tercer modulo: hábitos
alimentarios

Notebook

Sala de reuniones

Agendas

Servicio de internet

Espacio físico áulico

Profesores en Educación para la Salud

LIC. En Educación para la Salud

Lic. en Trabajo Social

Lic. en Antropología

Lic. en Enfermería

Lic. en nutrición.

Médicos en pediatría

Cuarto modulo: análisis
de información.

Profesores en Educación para la Salud

LIC. En Educación para la Salud

Lic. en Trabajo Social

Lic. en Antropología

Lic. en Enfermería

Lic. en nutrición.

Médicos en pediatría

Quinto modulo intervención en espacios vulnerables desde la evaluación nutricional.

Libros de campo

Registros

Dispositivos para captar imágenes

Profesores en Educación para la Salud

LIC. En Educación para la Salud

Lic. en Trabajo Social

Lic. en Antropología

Lic. en Enfermería

Lic. en nutrición.

Médicos en pediatría

Evaluación

Se utilizará la evaluación de proceso, la misma se hará mientras las actividades desarrollen, permitirá conocer en qué medidas para lograr los objetivos propuestos en torno a la concurrencia, participación, comunicación y colaboración. A partir de escalas de Likert, creadas de forma para los componentes cualitativos.

Se evaluará y realizará un registro desde la primera actividad, teniendo en cuenta y observando el nivel de conocimientos a medida que se vaya ejecutando las acciones se buscará identificar las transformaciones que se hayan logrado tanto a nivel individual como colectivo.

Por último, para lograr evaluar las actividades desarrolladas, por el equipo interdisciplinario y transdisciplinario interesados en formar parte de la temática, *“estrategias profesionales situadas en relación a hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en poblaciones vulnerables”*

Se llevará a cabo la evaluación de los resultados obtenidos al finalizar la diplomatura se les tomará a las profesionales para el criterio de aprobación las asistencias a las practicas, trabajos prácticos y el trabajo integrador y por último brindará un múltiple choice para que los participantes evalúen de forma anónima el diplomado, a fines de generar información para agregar y modificar aspectos para una mejor perspectiva para futuras actividades de formación profesional.

Bibliografía

Alzate Yepes, T. (2006). Desde la educación para la salud: Hacia la pedagogía de la educación alimentaria y nutricional.

Bráncoli J., del Bono C., Paiuk H., Potenza F., Vargas T. (2019).” *Políticas Públicas de Primera Infancia: un camino prioritario*”. Primera edición. Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Max Agüero, E. (2012). *Intervención comunitaria y educación para la salud: apuntes para la formación profesional*. San Salvador de Jujuy: Unidad de Investigación en Trabajo Social -FHyCS - UNJu.

Ordoñana JR. (2003) Educación para la salud y comunicación sobre riesgos. En: Flores MD, ed. La promoción de la salud: una perspectiva pedagógica. Valencia: Nau Llibres.

ANEXO

Proyecto trabajo final de Campo

Nº de encuesta:

Niño Sexo:

Edad del responsable:

Edad del niño/a:

Sexo responsable:

1) ¿Qué tipos de productos consume diariamente el niño/a?		
A- frutas	Si _____	No _____
B- verduras	Si _____	No _____
C- carnes (pollo,pescado,carnes rojas)	Si _____	No _____
D- azucares	Si _____	No _____
E- lácteos (leche, queso, yogurt, manteca)	Si _____	No _____
F- carbohidratos(arroz, pastas)	Si _____	No _____
G- comida chatarra	Si _____	No _____

2) Tipos de comidas realizadas en el día

A-Desayuno (por la mañana)	Si _____	No _____
B-Colación (media mañana)	Si _____	No _____
C-Almuerzo (mediodía)	Si _____	No _____
D-Merienda (por la tarde)	Si _____	No _____
E-Cena (por la noche)	Si _____	No _____
3) ¿Cantidad de comidas en el día?		
A-1	Si _____	No _____
B-2	Si _____	No _____
C-3	Si _____	No _____
D-4	Si _____	No _____

4) <u>Horarios de comidas</u>	Horarios
¿A qué hora desayuna su hijo?	_____
¿A qué hora almuerzo su hijo?	_____
¿A qué hora merienda su hijo?	_____
¿A qué hora cena su hijo?	_____

5) ¿Donde son preparadas las comidas para su niño/a durante la semana?	
A- En su casa
B- En el comedor
C- En el trabajo

6) ¿Con quién come su niño /a por lo general en la semana?	
A-Hermanos/as
B-Abuelos/as
C-Padres
D-Vecinos
E-Otros

7) ¿Con quién come su niño/a por lo general en la semana?	Si	No
A- Hermanos/as		
B- Abuelos/as		
C- Padres		
D- Vecinos		
E- Otro		

8) ¿Quién prepara las comidas por lo general?
A-Madre
A-Abuela
C-Hermano/a mayor
D-Responsable

9) ¿Usted disfruta cocinar?	Si _____	No _____
-----------------------------	----------	----------

10) ¿Usted considera que en la alimentación cotidiana de su hijo/a hay algún comestible que le falta?	Si _____	No _____
---	----------	----------

11) ¿Me puede nombrar tres comidas recurrentes que consume su niño/a?
A-
B-.....
C-.....

12) ¿Cuáles son las preparaciones que realiza de forma cotidiana a su niño/a?
.....

13) Su preparación tiene por lo general:	Si	No
A-Proteínas	_____	_____
A-Carnes	_____	_____
C-Verduras	_____	_____
D-Carbohidratos	_____	_____

14) ¿Usa por lo general productos de temporadas?	Si ___ ¿Cuál? _____ _____ _____	No _____
--	---------------------------------------	----------

15) ¿En su cotidianidad es frecuente el consumo de frutas?	Si _____	No _____
--	----------	----------

16) ¿Toma bebidas azucaradas sus niños/as?	Si ___ ¿Cuál? _____	No _____
--	---------------------	----------

17) ¿Si tuviera la oportunidad o el acceso a todos los recursos, que productos le gustaría incluir en sus preparaciones?
.....
.

ANEXO





