



**Hábitos alimentarios, estilo de vida y  
percepción de los padres sobre la  
presencia de síntomas de ansiedad y  
depresión en niños de 5 a 10 años con  
sobrepeso y obesidad que asisten a un  
CAPS de la ciudad de Mar del Plata,  
Argentina.**

**Agostina Comelli**

Tutora: Lic. Mariana Rinaldi  
Asesoramiento Metodológico: Lic.  
Bianca Argento y Dra. Mg. Vivian  
Minaard.

**2022**

## **Dedicatoria**

*A quienes me acompañaron  
con amor y paciencia  
en este camino.*

## **Agradecimientos**

Gracias a mi familia, en especial a mi mamá y a mi papá, Silvia y Anibal, por darme la oportunidad de hacer esto posible, por acompañarme, apoyarme e impulsarme a ser mejor cada día, los amo. Y a mis abuelos que aunque ya no estén, siempre fueron mi gran apoyo y una fuente inagotable de amor.

Gracias a mi amor, Ricardo, por su paciencia y su apoyo. Por acompañarme en este camino con tu amor, por motivarme y contenerme en los momentos más difíciles.

Gracias a mis amigas Agustina, María y Nicole por siempre ser mi lugar seguro de felicidad, por entenderme, por confiar en mí y por seguir en mi vida después de tanto tiempo.

Gracias a mis tutoras de prácticas las Lic. Soledad Martínez y Lic. Estefanía Oteiza por enseñarme lo hermoso de trabajar como Nutricionista, por estar siempre dispuestas a ayudarme y hacer de esos meses compartidos un gran recuerdo.

Gracias a mi profesora y tutora de tesis Mariana Rinaldi por acompañarme tantos años en este camino, por enseñarme y por transmitirme el amor a la nutrición infantil.

Gracias a la Lic. Natalia Sordini, Dra. Mg. Vivian Minaard y Lic. Bianca Argento por su asesoramiento metodológico en este proceso, por su entrega y predisposición.

Gracias al personal del CAPS por recibirme tan bien y ayudarme a completar esta última etapa de mi carrera.

Gracias a todos aquellos que forman parte de la Universidad FASTA y que se cruzaron en mi camino para enseñarme, ayudarme a crecer y formar la persona y profesional que deseo ser.

## Resumen

Según la OPS (2014), en las últimas décadas las tasas de obesidad han aumentado casi cinco veces en niños y adolescentes. En Argentina, el 41% de los niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad. Esto se asocia a un aumento en la ingesta de energía y un desequilibrio en la calidad de la dieta, que incluye un creciente consumo de ultraprocesados, al mismo tiempo que disminuye la realización de actividad física, aumenta el tiempo de entretenimiento pasivo mediante el uso de las nuevas tecnologías, y la posible influencia de factores psicológicos.

**Objetivo general:** Analizar los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en niños de 5 a 10 años con sobrepeso y obesidad que asisten a un CAPS de Mar del Plata, Argentina, en el año 2022.

**Material y métodos:** La presente investigación es de tipo descriptiva transversal y posee un enfoque cuantitativo. La muestra es no probabilística por conveniencia y está conformada por 27 niños de 5 a 10 años, que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Los datos fueron recolectados por una encuesta online dirigida a los padres o tutores del niño.

**Resultados:** El 29,6% y el 14,8% de los niños consumen a diario frutas y verduras de hoja y fruto, respectivamente. Todos los niños consumen a diario el grupo de vegetales almidonados, cereales, pan y legumbres, el 66,7% consume lácteos a diario, el 55,6% consume a diario el grupo de carne y huevo, el 29,6% consume a diario aceite, frutos secos o semillas, el 42,6% presenta un consumo alto-moderado, de 3-7 días por semana, de ultraprocesados. El 3,7% de los niños realiza actividad física a diario. Todos los niños utilizan al menos un dispositivo electrónico al día, y el 88,9% le dedica más de dos horas al día. El 70,4% de los niños presenta al menos un síntoma de depresión y el 81,5% de ansiedad.

**Conclusiones:** La etiología, el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad infantil son influenciados por los hábitos alimentarios, el estilo de vida y los factores psicológicos. Resulta de vital importancia involucrar a todas las esferas de la población en su prevención y tratamiento en pos de conseguir un estilo de vida y una alimentación saludable desde la infancia en miras a una adultez con salud y calidad de vida.

**Palabras claves:** obesidad, sobrepeso, niños, hábitos alimentarios, estilo de vida, actividad física, ansiedad, depresión.



## Abstract

According to PAHO (2014), obesity rates have increased almost fivefold in children and adolescents over the past decades. In Argentina, 41% of school-age children are overweight or obese. This is associated with an increase in energy intake and an imbalance in diet quality, which includes a growing consumption of ultra-processed foods, at the same time that physical activity decreases, passive entertainment time increases through the use of new technologies, and the possible influence of psychological factors.

**Objective:** To analyze dietary habits, lifestyle and parental perception of the presence of anxiety and depression symptoms in overweight and obese children aged 5 to 10 years attending a PHC in Mar del Plata, Argentina, in 2022.

**Materials and methods:** This is a descriptive cross-sectional study and it has a quantitative approach. The sample is non-probabilistic by convenience and consists of 27 children aged 5 to 10 years, attending a PHC in the city of Mar del Plata, Argentina. The data were collected through an online survey addressed to the child's parents or tutors.

**Results:** 29.6% and 14.8% of the children consume fruits and leafy vegetables and fruit daily, respectively. All children consume daily the starchy vegetable group, cereals, bread and legumes, 66.7% consume dairy products daily, 55.6% consume daily the meat and egg group, 29.6% consume daily oil, nuts or seeds, 42.6% have a high-moderate consumption, 3-7 days per week of ultra-processed foods. 3.7% of the children are physically active on a daily basis. All children use at least one electronic device per day, and 88.9% dedicate more than two hours per day to it. 70.4% of the children present at least one symptom of depression and 81.5% of anxiety.

**Conclusions:** The etiology, development and maintenance of childhood overweight and obesity are influenced by eating habits, lifestyle and psychological factors. It is of vital importance to involve all spheres of the population in their prevention and treatment in order to achieve a healthy lifestyle and diet from childhood with a view to a healthy adulthood and quality of life.

**Keywords:** obesity, overweight, children, dietary habits, lifestyle, physical activity, anxiety, depression.

# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 1.....</b>	<b>10</b>
<i>Estilo de vida</i>	
<b>Capítulo 2.....</b>	<b>21</b>
<i>Estado emocional y conducta alimentaria</i>	
<b>Diseño Metodológico.....</b>	<b>33</b>
<b>Análisis de datos.....</b>	<b>47</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>102</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>107</b>



# *Introducción*

Según la Organización Panamericana de la Salud (2014)<sup>1</sup>, la obesidad y el sobrepeso han alcanzado proporciones epidémicas, las tasas de obesidad se han triplicado en las últimas décadas y han aumentado casi cinco veces en niños y adolescentes, afectando a personas de todas las edades de todos los grupos sociales en la Región de las Américas y del mundo. La Región de las Américas tiene la prevalencia más alta de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con 62,5% de los adultos con sobrepeso u obesidad, si se examina únicamente la obesidad, se estima que afecta a un 28% de la población adulta. Se ha demostrado además que la epidemia no es ajena a los niños y adolescentes, en el grupo de 5 a 19 años, el 33,6% de los niños, niñas y adolescentes están afectados por sobrepeso u obesidad, y el 7,3% de los niños y niñas menores de cinco años, de acuerdo con las últimas estimaciones.

La OMS (2021) declara que la obesidad es uno de los principales factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, así como varios tipos de cáncer. Además, los niños con sobrepeso tienen un mayor riesgo de tener sobrepeso o ser obesos en la edad adulta.

La obesidad está creciendo de manera acelerada en Argentina, acompañando la tendencia mundial. En Argentina, 6 de cada 10 adultos presentan exceso de peso y alrededor de un 30% de los niños en edad escolar tienen sobrepeso y un 6% obesidad. Se ha evidenciado que la malnutrición con sobrepeso es 4,3 veces más frecuente que la malnutrición con bajo peso. Esta información convalida el cambio de paradigma mundial, donde se observa una reducción de las formas clásicas de desnutrición con bajo peso, con un simultáneo aumento de niños y niñas que presentan malnutrición con exceso de peso (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

---

<sup>1</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue fundada en 1902 y es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Se encuentra encabezada por la Organización de los Estados Americanos y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud. Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población, brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

Según una investigación<sup>2</sup>, al aumento de la prevalencia de obesidad infantil se le asocia el aumento de ingesta energética, relacionado a su vez a un desequilibrio en la cantidad y calidad de nutrientes. Se produce mayor ingesta de grasa y de hidratos de carbono de absorción rápida, habitualmente se incorporan grasas saturadas y trans, alimentos con índices glucémicos altos y de alta densidad energética, la alimentación suele ser pobre en fibra, micronutrientes y antioxidantes. Es frecuente el consumo de golosinas, gaseosas o snacks entre las comidas y de alimentos grasos en las comidas principales. Esto conduce a un aumento de la ingesta energética y a un incremento de glucemia post ingesta, que puede modificar la regulación del apetito. Al tiempo que las nuevas formas de vida tienden a ser cada vez más sedentarias, dejando de lado la realización de actividad física y deporte y aumentando el tiempo de ocio sedentario o entretenimiento pasivo mediante el uso de las nuevas tecnologías (Gordillo, Sánchez-Herrera y Bermejo-García, 2019).

De acuerdo con Rodríguez Fernández, Gigirey Vilar y Ramos Vizcaíno (2018)<sup>3</sup>, existe una tendencia en los niños en edad escolar a consumir alimentos hipercalóricos en el recreo, una escasa práctica de actividad física semanal y el uso intensivo de las nuevas tecnologías, tendiendo al sedentarismo y al aumento de la obesidad infantil. El fomento y adquisición de hábitos de vida saludables debe constituir una prioridad de las intervenciones para hacer frente a los altos índices de obesidad infantil e invertir esta tendencia.

Tal como se mencionó anteriormente, el sobrepeso en edad pediátrica suele derivar en obesidad en edad adulta, prolongando la enfermedad a lo largo de la vida. El desarrollo y crecimiento en estas condiciones de sobrepeso acarrea numerosos síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, aislamiento social, conductas disruptivas y trastornos de la conducta alimentaria. También, existe un aumento evidente del riesgo de padecer comorbilidades psicológicas en el niño obeso, como una fuerte correlación entre obesidad y depresión, siendo la obesidad infantil un factor de riesgo de este trastorno, que a su vez determina su curso y evolución. Por lo que, atender la esfera psíquica y social de los niños y adolescentes obesos por parte de los

---

<sup>2</sup> El objetivo de dicha investigación fue evaluar los hábitos alimentarios y las rutinas de actividad física promovidas para los niños de 5 a 6 años de una escuela en Extremadura, España, y conocer los resultados antes y después del desarrollo de una intervención. Tras la misma, una buena parte de los niños mejoraron sus hábitos, sin embargo, aún muchos de ellos tienen una vida sedentaria a la cual dedican mayor parte de su tiempo libre al uso de tecnologías.

<sup>3</sup> La mencionada investigación tuvo por objetivo analizar los estilos de vida de los niños escolares españoles en las variables de ejercicio físico y alimentación saludable, realizando propuestas para combatir uno de los grandes problemas de la población infantil del siglo XXI: la obesidad.



profesionales sanitarios, familiares, educadores y demás miembros de la sociedad es un reto que ayudará a afrontar y disminuir el problema actual de la obesidad (Espino Aguilar, Toledo Muñoz-Cobo, Cañete Vázquez, 2018).

Este trabajo de investigación se plantea como interrogante:

¿Cuáles son los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en niños de 5 a 10 años con sobrepeso y obesidad que asisten a un CAPS de Mar del Plata, Argentina en el año 2022?

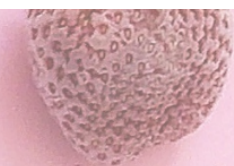
Tiene como objetivo general:

- Analizar los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en niños de 5 a 10 años con sobrepeso y obesidad que asisten a un CAPS de Mar del Plata, Argentina, en el año 2022.

Del cual se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Examinar los hábitos alimentarios teniendo en cuenta la ingesta alimentaria, el tipo de comidas que realiza en el día, el lugar y con quien las realiza.
- Indagar el estilo de vida considerando el tiempo dedicado al uso de pantallas y a la realización de actividad física.
- Evaluar la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas compatibles con ansiedad y depresión.
- Sondear las características sociodemográficas del grupo familiar.

*Capítulo I:  
Estilo de vida*



El estilo de vida es un concepto introducido por Alfred W. Adler<sup>4</sup>, quien lo definió como “*el sistema de reglas de conducta desarrollado por los individuos para lograr sus metas en la vida*”. Con el correr de los años, esta definición sufrió modificaciones para abarcar más ámbitos de la vida humana hasta convertirse en lo que hoy se conoce: *un estilo de vida es el conjunto de hábitos, prácticas diarias y actividades que realizan las personas de forma individual o colectiva y que influyen en su salud de forma positiva o negativa* (Barragán-Ledesma et al., 2015).

La Organización Mundial de la Salud<sup>5</sup> (OMS) (1995) declara que el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. La calidad de vida se relaciona con diversos aspectos como lo son la satisfacción de las actividades diarias, necesidades, metas de vida, autoimagen, actitud hacia la vida y diversos factores personales y socio ambientales.

El desarrollo de estilos de vida saludables es una estrategia global, enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, a partir de la aprobación por parte de la OMS de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud<sup>6</sup> que aborda dos de los principales factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles: el régimen alimentario y la actividad física. En la actualidad, a causa de estilos de vida poco saludables, gran parte de la población mundial acaba por desarrollar desde edades realmente tempranas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como sobrepeso y obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias y determinados tipos de cáncer, contribuyendo significativamente a la carga mundial de morbi-mortalidad y discapacidad (OMS, 2004).

---

<sup>4</sup> Alfred W. Adler (1870-1937), fue un médico y psicoterapeuta austriaco, padre de la psicología individual.

<sup>5</sup> La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, creado en 1948. En el año 1995 publica un documento sobre la calidad de vida y su posición.

<sup>6</sup> La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud fue aprobada en el año 2004 por la Organización Mundial de la Salud en la 57° Asamblea Mundial de la Salud. La meta general de la estrategia es promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física, reconociendo que la mejora de la dieta y la promoción de la actividad física representan una oportunidad única para elaborar y aplicar una estrategia eficaz que reduzca sustancialmente la mortalidad y la carga de morbilidad mundial.

Según el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades<sup>7</sup>, realizado en el año 2017, se estima que 1 de cada 5 muertes a nivel global son atribuibles a una alimentación inadecuada. En dicho año en un total de 195 países estudiados, y sin considerar la obesidad, se produjeron 11 millones de muertes causadas por dietas inadecuadas, y entre las principales causas independientes se encontró un elevado consumo de sodio, un bajo consumo de frutas y un bajo consumo de cereales que ocasionaron en su mayoría muertes por enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes (Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud, 2017)

Del mismo modo, la OMS (2021) afirma que las ECNT son la principal causa de muerte a nivel mundial, habiendo causado 41 millones de muertes en el año 2018, constituyendo el 71% del total de defunciones registradas en ese periodo, de las cuales 15 millones fueron muertes prematuras ocurridas entre los 30 y los 69 años de edad. Además, considera a la obesidad como la epidemia del siglo XXI, la cual se desarrolla con una preocupante y alta incidencia y prevalencia en todos los rangos de edad, incluida la edad infantil, particularmente en los países desarrollados.

Según Setton y Fernández<sup>8</sup> (2014), los principales determinantes de la obesidad son el balance energético positivo y las adaptaciones metabólicas que se producen en consecuencia que, de forma paradójica, no controlan el progreso de la obesidad, sino que lo favorecen. Además, la mayor accesibilidad de alimentos con mayor industrialización, ricos en azúcares y grasas, el aumento progresivo del tamaño de las porciones y más publicidad dirigida a los niños han producido un aumento considerable de la ingesta calórica y de comida chatarra desde el inicio de la alimentación como una tendencia creciente hasta la adolescencia.

Otra importante cuestión a analizar según el Ministerio de Salud de la Nación<sup>9</sup> (2013) radica en la observación de numerosos estudios acerca de que la obesidad en la infancia se correlaciona con la presencia de obesidad en la adultez. La probabilidad estimada de que un niño o adolescente llegue a ser, en el curso de su vida, un adulto

---

<sup>7</sup> El Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades (GBD) se encarga de medir la salud poblacional y la prevalencia de enfermedades en todo el mundo de forma anual.

<sup>8</sup> Débora Setton, Doctora especializada en Nutrición Pediátrica, y Adriana Fernández, Licenciada en Nutrición, elaboraron junto con la colaboración de diversos especialistas y profesionales de la salud, un manual de Nutrición en Pediatría: Bases para la práctica clínica de niños sanos y enfermos en el año 2014. En cuatro partes se destacan en forma clara y didáctica los aspectos más importantes relacionados con la nutrición desde la gran complejidad en el prematuro hasta la adolescencia.

<sup>9</sup> El Ministerio de Salud de Argentina creó un cuadernillo sobre la obesidad y el sobrepeso en la infancia y adolescencia, que engloba orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. Su principal objetivo es contribuir al mejoramiento de la nutrición y la salud de la población, unificando criterios, capacitando al personal y procurando la integralidad que la problemática requiere.

con obesidad es mayor en los percentiles altos de IMC<sup>10</sup> y cuanto más cerca de la edad adulta se encuentre el niño o adolescente.

Según UNICEF (2019) cuando los niños comienzan con su educación escolar, sus hábitos alimentarios continúan en proceso de desarrollo. Tanto la familia del niño, como la escuela y los entornos sociales más amplios, intervienen en sus decisiones alimentarias. Además, los propios niños comienzan a asumir cierta responsabilidad de su propia alimentación por lo que, este período de transición es realmente importante para establecer las bases de una alimentación saludable. De este modo, los hábitos alimentarios son aquellas conductas que se incorporan desde la primera infancia y que se relacionan al acto de comer.

Barrientos Salinas y Silva Arratia (2020) citan a Margaret Mead<sup>11</sup> quien los definió como:

*El comportamiento más o menos consciente, colectivo en la mayoría de los casos y siempre repetitivo que conduce a la gente a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de sus costumbres sociales, culturales y religiosas y que está influenciado por múltiples factores, como lo son los socioeconómicos, culturales y geográficos.*

En Argentina, según la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud<sup>12</sup> (ENNyS 2) la población estudiada de 5 a 17 años de edad presenta sobrepeso en un 20,7% y en cuanto a la obesidad la proporción fue del 20,4%, es decir que el exceso de peso estuvo presente en el 41,1% de la población. Además, los resultados en cuanto a la evaluación de los hábitos alimentarios indican que la proporción de población que refiere haber consumido diariamente los alimentos recomendados por las Guías Alimentarias para la Población Argentina, se encuentra por debajo de lo esperado para el consumo, siendo más marcado en algunos casos como frutas y

---

<sup>10</sup> El Índice de Masa Corporal o IMC consiste en un indicador antropométrico del estado nutricional ideado por Adolphe Quetelet que relaciona la talla con el peso del individuo. Se clasifica según el resultado en: bajo peso cuando se encuentra por debajo de 18,5, normopeso entre 18,5 y 24,9, sobrepeso entre 25 y 29,9 y obesidad en resultados mayores a 30.

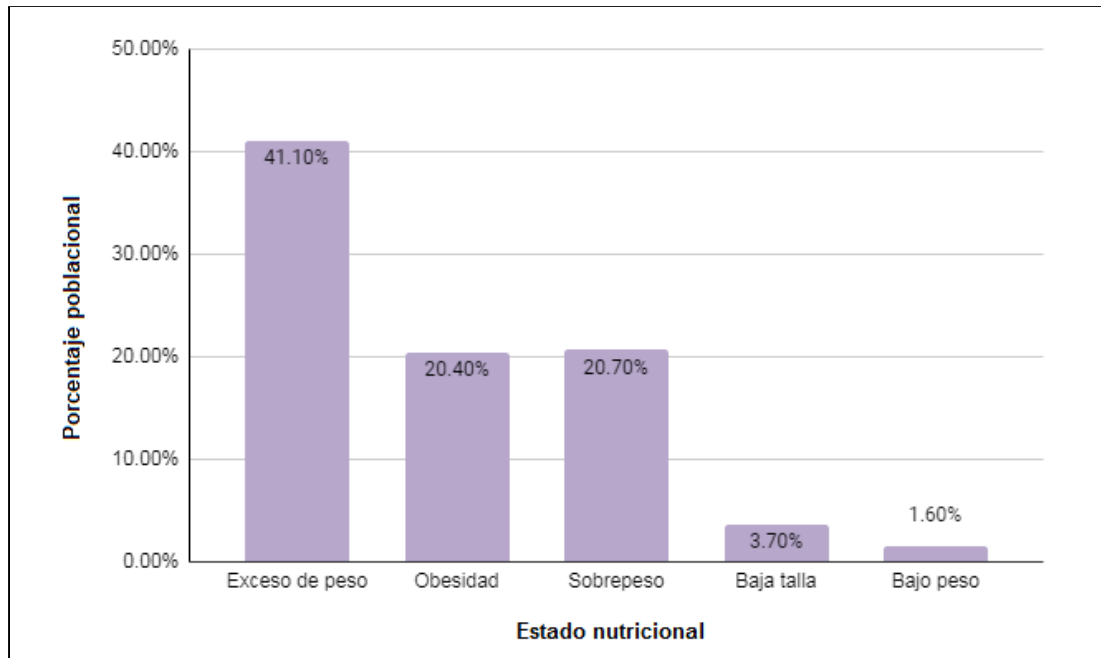
<sup>11</sup> Margaret Mead (1901-1978), fue una antropóloga y poeta estadounidense que trabajó con conceptos como educación, cultura, género, adolescencia, ciencia y conducta humana. Además, sirvió durante la Segunda Guerra Mundial en el Comité de Hábitos Alimentarios del Consejo Nacional de Investigación.

<sup>12</sup> La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2) fue publicada con el fin de proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones. La población estudiada fue de niños, niñas y adolescentes (NNyA) de ambos sexos de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos de 18 años y más.



verduras. Y por el contrario, la proporción de la población que refiere consumir frecuentemente alimentos no recomendados por poseer alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional, es alarmantemente alta (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

Imagen N°1: Estado nutricional de niños y adolescentes argentinos de 5 a 17 años



Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019).

Asimismo, Reyes-Sepeda et al. (2016)<sup>13</sup> concluyeron que la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños en edad escolar se incrementó significativamente en los últimos años, como consecuencia de las malos hábitos alimenticios y de actividad física, el 68.9% de los niños consume alimentos “chatarra” dos o menos veces por semana y 47.5% consume bebidas azucaradas menos de dos veces a la semana.

El Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (2013) elaboró una definición completa de alimentación saludable:

*Una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser*

<sup>13</sup> En dicho estudio clínico-epidemiológico se buscó determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, evaluar hábitos alimentarios y de actividad física en niños en edad escolar de México. Para los autores, la obesidad infantil constituye además de factor predisponente a múltiples patologías, un alto riesgo de morbi-mortalidad en la edad adulta.

*satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible.*

Un concepto que respalda al de alimentación saludable es el Derecho a una Alimentación Adecuada<sup>14</sup> que se ejerce cuando toda persona tiene acceso físico y económico en todo momento a una alimentación adecuada o a los medios necesarios para obtenerla, a fin de asegurar una alimentación apropiada para la población (FAO, 2007).

Una herramienta fundamental para favorecer la incorporación y generación de hábitos alimentarios saludables son las Guías Alimentarias para la Población Argentina<sup>15</sup> que incluyen diez mensajes principales sobre metas y recomendaciones nutricionales cuyo objetivo principal es la mejora del estado de salud y la calidad de vida de las personas. Estos mensajes incluyen: incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos treinta minutos de actividad física moderada, tomar a diario ocho vasos de agua segura, consumir a diario cinco porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores, consumiendo al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y dos o tres frutas por día, reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio, limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con alto contenido de grasas y azúcar, así como el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín, consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados, quitar la grasa visible de las carnes para su cocción y consumo, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo, consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca, utilizar aceites crudos como condimento, frutos secos o semillas y por último, el consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable, niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas (Ministerio de Salud, 2018).

---

<sup>14</sup> El Derecho a la Alimentación tiene sus orígenes en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Dos décadas después, en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, se reafirmó el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre.

<sup>15</sup> Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de alimentos en una herramienta práctica que orienta a la población para una correcta selección y consumo de alimentos.

Imagen N°2: Plato de alimentación saludable de las Guías Alimentarias para la Población Argentina.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2018).

El patrón dietético actual en países desarrollados se caracteriza por una progresiva disminución en el consumo de frutas, verduras y hortalizas, junto con un bajo consumo de alimentos frescos, así como por un aumento de alimentos de origen animal destacando el consumo de carne fresca y carne procesada o derivados cárnicos y alimentos procesados de alto contenido calórico pero con baja densidad nutricional (Calderón García , Marrodán Serrano, Villarino Marín y Martínez Álvarez, 2019)

Según un estudio realizado por Díaz, Ficapa-Cusí y Aguilar-Martínez (2016)<sup>16</sup>, sólo el 18,5% de la población estudiada realiza un desayuno de buena calidad y su mala calidad va aumentando progresivamente con la edad y se asocia al hecho de desayunar solo. El desayuno facilita una nutrición adecuada y previene deficiencias nutricionales que podrían afectar a la función cognitiva y al rendimiento físico e

<sup>16</sup> La investigación analizó los hábitos de desayuno en estudiantes de primaria y secundaria y las posibilidades de intervención para la educación nutricional en la escuela en la ciudad de Barcelona, España.

intelectual, y se ha asociado además con un mejor rendimiento académico, capacidad de concentración de atención y de participación en clase, además de prevenir la aparición de ECNT.

Tanto la OMS como la OPS<sup>17</sup> (2015) coinciden en que los productos ultraprocesados no son nutricionalmente equilibrados y tienen alto contenido calórico y atributos no nutricionales peculiares que promueven su consumo excesivo y muy probablemente sean la principal causa alimentaria del aumento de peso y de las enfermedades crónicas. Si bien el problema de salud pública no es causado por el procesamiento de alimentos en sí, se hace evidente el peligro cuando la proporción de productos ultra-procesados dentro de las dietas aumenta en comparación con alimentos más naturales y saludables.

En lo que concierne a la actividad física, según una investigación<sup>18</sup> realizada sobre una población de niños en edad escolar de Cartagena, se observó un bajo nivel en la realización actividad física que resultó aún más bajo en niños con sobrepeso y obesidad. Debido a los alarmantes resultados, los investigadores concluyeron que resulta crucial percibir la actividad física como un componente clave en la prevención de la obesidad infantil, la cual debe abarcar actividades que puedan persistir en el tiempo, apropiadas para el desarrollo del niño y que le permitan al mismo disfrutar de ellas (Hernández Álvarez et al., 2014)

Del mismo modo, Martínez Álvarez et al. (2017) concluyen que los escolares que presentan obesidad son los que más horas diarias dedican al ocio sedentario y los que practican menos deporte, tan sólo un 23,1% de los escolares presenta un nivel de actividad física bueno y un 76,9% uno regular o malo.

La actividad física en niños y jóvenes de 5 a 17 años consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. El tiempo recomendado para realizar la actividad física es una duración mínima de 60 minutos diarios, con intensidad moderada o vigorosa. Estas recomendaciones son para todos los niños y jóvenes independientemente de su sexo, raza u origen étnico o

---

<sup>17</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS), establecida en 1902, es la organización internacional de salud pública más antigua del mundo trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

<sup>18</sup> La investigación fue realizada en una localidad de la Ciudad de Cartagena, Colombia. La misma consistió en evaluar los hábitos alimenticios, actividad física y actividades de ocio en escolares y su asociación con sobrepeso y obesidad.

nivel de ingresos. Además, la actividad física puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración (Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba, 2013)<sup>19</sup>.

El sedentarismo constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la sociedad actual, al reemplazar el tiempo libre dedicado a la práctica de actividad física por el uso de televisión, computadora, celular y consolas de videojuegos. El estilo de vida sedentario se considera un factor de riesgo para la salud y se ha demostrado que favorece la aparición de determinadas enfermedades, como pueden ser las cardiovasculares, diabetes, diferentes tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, hipertensión arterial y exceso de estrés (Castro Sánchez et al., 2015).

En la investigación realizada por Soler-Lanagrán y Castañeda-Vázquez (2017) sobre el estilo de vida sedentario en niños y sus consecuencias para la salud se observó que los escolares con sobrepeso y obesidad son los que más tiempo dedican al televisor, de 3 a 4 horas diarias, en comparación con el resto de la población estudiada. Del mismo modo, en cuanto al uso de videojuegos, los escolares con sobrepeso son los que más tiempo dedican en comparación con el resto de la población. Igual asociación se encuentra con respecto al tiempo dedicado a la computadora, en el que los escolares con sobrepeso y obesidad son los que más horas dedican tiempo al computador, de 1 a 4 horas, con relación al resto de niños.

En cuanto a recomendaciones oficiales, la Asociación Americana de Pediatría (2016)<sup>20</sup> establece un límite en el uso de pantallas para niños de seis años en adelante, de menos de dos horas al día aunque los padres deben establecer los límites en cuanto al tiempo y el tipo de contenido que usan, y cerciorarse de que su consumo no acapare el tiempo para el sueño adecuado, alimentación, actividad física y otros comportamientos esenciales para la salud.

---

<sup>19</sup> El Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba, Argentina, elaboró un documento llamado "Educación Alimentaria y Nutricional Saludable: Un enfoque integral de la alimentación" a fin de brindar insumos teóricos y prácticos para abordar la temática educación alimentaria y nutricional en la escuela y contribuir así a la seguridad alimentaria de las personas y los hogares de la provincia de Córdoba.

<sup>20</sup> La Asociación Americana de Pediatría (AAP) fue creada en el año 1930 en respuesta a la necesidad de integrar un foro independiente de pediatría para abordar las diferentes necesidades de los niños. Es una asociación profesional estadounidense de pediatras cuya misión es lograr la salud y el bienestar físico, mental y social óptimo para todos los bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes.



En consonancia con lo anteriormente mencionado, UNICEF<sup>21</sup> ha desarrollado ciertas pautas o recomendaciones en relación al uso de pantallas en la edad infantil, a las que la Sociedad Argentina de Pediatría adhiere. Las mismas incluyen: establecer un ambiente de confianza en el hogar entendiendo las necesidades del niño y acompañarlos para que puedan acceder a contenidos seguros y aptos para su edad y puedan expresar sus inquietudes, evitar tener una actitud inflexible frente al uso de pantallas, dar prioridad a las actividades diarias básicas respetando los horarios para dormir y comer, así como para realizar las obligaciones domésticas, fijar objetivos, dar el ejemplo, gestionar adecuadamente el tiempo del uso de dispositivos electrónicos usando herramientas como pactos familiares, planes de uso medido de redes sociales y el control parental. Además, se incorporan normas específicas establecidas por la Asociación Americana de Pediatría (AAP) en 2018 en cuanto al uso recreativo de pantallas: en bebés de hasta dieciocho meses se debe evitar, en niños de dos a cinco años se tiene que limitar el uso de los medios entre media y una hora al día, en niños de cinco a doce años es necesario acompañarlos pudiendo estar entre una hora u hora y media al día y al llegar la adolescencia se los debe educar en el uso responsable y saludable de las tecnologías (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020).

Sin embargo, un estudio<sup>22</sup> reciente realizado en Estados Unidos, indica que solo uno de cada veinte niños de entre ocho y once años cumple con las recomendaciones acerca del uso de pantallas, actividad física y horas de sueño y en el mismo se concluyó que limitar el uso de las pantallas durante el ocio a menos de dos horas por día, dormir lo suficiente y realizar actividad física se asocian a mejores resultados cognitivos en los niños (Walsh et al., 2018)

Como se mencionó anteriormente, la obesidad es una enfermedad compleja que involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que deben ser considerados en la evaluación del paciente y su tratamiento. De este modo, resulta esencial comprender los factores que influyen en la génesis, el desencadenamiento y la perpetuación de la obesidad (Setton y Fernández, 2014).

---

<sup>21</sup> El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue creado por las Naciones Unidas en el año 1946 con el fin de la promoción y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes en 190 países del mundo. Para llevar adelante su misión, la organización brinda asistencia técnica y financiera a los países con fondos provenientes de los gobiernos que integran el Sistema de Naciones Unidas y otras donaciones privadas.

<sup>22</sup> La investigación realizada en Estados Unidos, buscó asociaciones entre los patrones de movimiento diarios y la cognición global en una población infantil y en ella se analizó el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física, tiempo de pantalla recreativa y la duración del sueño.

Tal como sugiere Mata González (2017), un concepto importante para el éxito del tratamiento es el de atención integral, en el que se debe incluir el tratamiento de origen médico, nutricional, psicológico y de actividad física o ejercicio, con la finalidad de orientar al paciente para que éste logre cambiar su estilo de vida, disminuir o corregir los riesgos de salud así también sus comorbilidades y por consiguiente mejorar la calidad de vida. En tanto, es importante que para la prevención de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles se consideren tres áreas de acción que se complementen entre sí: la promoción de una alimentación saludable, la promoción de la actividad física y la disminución del sedentarismo a fin de elaborar o reforzar hábitos de vida saludables.



**Capítulo II:**  
*Estado emocional y  
conducta alimentaria*

Tal como menciona García-Jiménez (2017), el Diccionario de la Neurociencia<sup>23</sup> define la emoción como: “*una reacción conductual y subjetiva producida por una información proveniente del mundo externo o interno del individuo*”. La emoción presenta tres componentes principales: el neurofisiológico, es decir, las respuestas iniciadas involuntariamente con la activación del sistema nervioso autónomo y endocrino, el componente conductual que involucra aquellas manifestaciones visibles, verbales y no verbales, y el componente cognitivo, que consiste en la experiencia subjetiva, la sensación consciente del estado emocional que se vive y permite etiquetar la emoción según sus características.

El estado de ánimo o emocional se define como “*un estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo que repercute en las experiencias psicológicas y corporales del sujeto*”. Los estados de ánimo son persistentes y estables (Benavides, 2017).

Barcia Briones et al. (2019) consideran que las emociones se pueden clasificar en dos tipos: positivas o agradables, y negativas o desagradables. El primer grupo le entrega tranquilidad y bienestar al sujeto, pueden ser la alegría, felicidad y euforia. Por otro lado, el segundo grupo provoca en el individuo una evitación ya que, repercuten en el psiquismo del mismo, pueden ser la tristeza, enojo, ansiedad y preocupación. Además resaltan que la relación que existe entre emoción y alimentación ha sido objeto de estudio por parte de profesionales de la salud e investigadores durante las últimas décadas, especialmente con el fin de atribuir las causas y consecuencias de alimentarse emocionalmente tanto en la salud física como en la psicológica.

Según Solano Nortes (2019)<sup>24</sup>, las emociones juegan un papel importante en múltiples procesos, orientan las respuestas humanas de comportamiento, influyen en la toma de decisiones, mejoran la memoria ante eventos importantes y facilitan las interacciones interpersonales. Sin embargo, las respuestas emocionales pueden desregularse y ser desadaptativas. Esto sucede cuando se producen ante un estímulo inadecuado o con un nivel de intensidad desajustado y están implicadas en el desarrollo de múltiples psicopatologías, en dificultades a nivel social e incluso en procesos de enfermedades físicas.

---

<sup>23</sup> El llamado Diccionario de la Neurociencia, fue publicado en el año 2004 por Ana María Sanguinetti y Francisco Mora, este libro reúne términos y conceptos necesarios para el estudio del sistema nervioso en disciplinas básicas y clínicas.

<sup>24</sup> El objetivo general de dicha investigación fue estudiar el tipo y frecuencia de trastornos psicológicos en una población prepuberal de Madrid con sobrepeso-obesidad sin ningún tipo de intervención ni hospitalización, utilizando herramientas de diagnóstico estandarizadas.

Tal como plantea Álvarez Córdova (2020)<sup>25</sup>, existen dos tipos de sensaciones de hambre: hambre física que se sitúa en el estómago, aparece de manera gradual luego de transcurridas varias horas sin comer, tras realizar la ingesta desaparece y el individuo adquiere una sensación de satisfacción; y el hambre emocional se sitúa en el cerebro, surge en cualquier momento y de manera repentina, suele existir preferencia por determinados alimentos en particular, persiste a pesar de la ingesta de alimentos, tras la cual suelen aparecer sentimientos desagradables por comer inadecuadamente.

Del hambre emocional se deriva el concepto de “Comedor Emocional” que hace referencia a aquel individuo que realiza una ingesta de alimentos excesiva de acuerdo a la vivencia de diversas emociones como un mecanismo disfuncional para afrontarlas. Por lo general las emociones que desencadenan la ingesta excesiva o sin control suelen ser negativas, pero dicha ingesta también se puede producir ante emociones positivas (Fernández, 2018).

De igual manera, en una investigación<sup>26</sup> se observó que la alimentación emocional está asociada a IMC más elevados, a niveles de actividad física más bajos y a ingestas predominantes de alimentos de alta densidad calórica (Dohle, Hartmann y Keller, 2014).

Los comedores emocionales que también poseen sobrepeso u obesidad pueden padecer, como consecuencia, un mal funcionamiento del tejido adiposo en lo que respecta a la capacidad de almacenamiento de grasa, pudiendo coexistir con inflamación, lo cual se encuentra estrechamente vinculado con el síndrome metabólico. El exceso de peso en aquellas personas afecta también su apetito, hambre y capacidad de saciedad, se sabe además que existen circuitos hormonales y neurológicos que controlan la cognición y lo sensorial, que se ven alterados cuando existe un exceso de peso (Suárez, Sánchez y González, 2017).

Además, otra comorbilidad asociada a la obesidad consiste en trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión. En aquellos individuos existe una falla en la regulación de las emociones y del apetito, por esto es que habitualmente presentan una falta de habilidades y estrategias de regulación de sus emociones.

---

<sup>25</sup> En dicho trabajo se realizó una revisión bibliográfica que define lo que es la alimentación fisiológica y emocional, describiendo los mecanismos de regulación de ambas. Su principal objetivo fue el de recopilar una actualización sobre la relación que hay entre el apetito-hambre y el estrés, ansiedad y depresión.

<sup>26</sup> Dicho estudio de tipo observacional longitudinal consistió en la evaluación de la actividad física recreativa como moderadora en la asociación entre la alimentación emocional y el IMC. Se observó que aquellos individuos que tenían altos niveles de alimentación emocional al comienzo del estudio, tenían mayor probabilidad de aumentar peso un año después, y esta relación era más fuerte en aquellos individuos con bajos niveles de actividad física.



Además de que tienen una grave dificultad para identificar con claridad sus estados emocionales y su manera de comer (Godoy, 2015).

De igual modo que las emociones, factores como el estrés influyen en la calidad de la dieta. Suzuki et al. (2016)<sup>27</sup> observaron que esto provoca un aumento del consumo de alimentos altos en grasas y se asocia a una mayor sensación de hambre y probabilidad de atracones.

El concepto de estrés surge en el año 1935 cuando el Dr. Hans Selye<sup>28</sup> comenzó a estudiarlo y lo definió como: “*la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores*”. Los estresores son aquellas circunstancias, situaciones o condiciones imprevistas que se perciben como una amenaza o dificultad (Viteri-Estrella, 2016).




Tal como mencionan García y Heredia (2018), en una situación de estrés el cerebro envía señales químicas que estimulan la secreción de hormonas como las catecolaminas, ocasionando una activación del sistema nervioso autónomo simpático que produce aumento de la presión sanguínea, vasoconstricción/vasodilatación, prepara al organismo para la lucha o la huida, influencia en los procesos metabólicos con la liberación/supresión de hormonas de la hipófisis anterior, de la insulina, glucagón, hormona del crecimiento, incrementa el consumo de oxígeno, regula la movilización de glucosa y grasa. Aunque la respuesta del organismo al estrés agudo es de naturaleza protectora y adaptativa, el estrés crónico influye directamente en la elevación crónica de citoquinas pro-inflamatorias, causando alergias respiratorias, asma, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares, depresión, insomnio y fatiga crónica. Además, desde el punto de vista metabólico, el estrés crónico induce al consumo excesivo de calorías generando el incremento principalmente del cortisol, glucosa e insulina, lo cual promueve la obesidad, diabetes tipo 2 y problemas cardiovasculares.

---

<sup>27</sup> Dicha investigación tuvo como objetivo principal evaluar si existía una asociación positiva entre una alimentación excesiva y distintos factores del estilo de vida, como pasar largas horas sin comer, estrés, ansiedad y fatiga, entre otros. Los resultados encontrados sugieren que existe dicha relación entre alimentación excesiva y respuestas al estrés.

<sup>28</sup> Hans Hugo Bruno Selye, 26 de enero 1907-16 de octubre 1982, fue un médico y fisiólogo austrohúngaro, director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental de la Universidad de Montreal que acuñó el término de “estrés”.

Imagen N°3: Sistema nervioso autónomo

PARASIMPÁTICO		SIMPÁTICO
Contrae pupilas.		Dilata pupilas.
Estimula saliva.		Inhibe saliva.
Contrae vías respiratorias.		Relaja vías respiratorias.
Disminuye ritmo cardíaco.		Aumenta ritmo cardíaco.
Estimula sistema digestivo.		Inhibe sistema digestivo.
Inhibe la liberación de glucosa y estimula vesícula.		Estimula la liberación de glucosa e inhibe vesícula.
Estimula la actividad intestinal.		Inhibe la actividad intestinal.
Contrae la vejiga.		Relaja la vejiga.
		Segrega epinefrina y norepinefrina.

Fuente: Adaptado de Chú-Lee, Cuenca-Buele y López Bravo (2015).

Cada evento estresante que experimenta una persona puede tener impactos importantes y duraderos en el cerebro, alterando su estructura y función. En este sentido, el estrés crónico, se ha asumido como desencadenante de graves consecuencias cognitivas, propiciando una serie de trastornos psiquiátricos como el estrés posttraumático y la depresión mayor (Pérez-Padilla et al., 2017).

La depresión es un trastorno episódico y recurrente, que se caracteriza por sentimientos de tristeza o infelicidad persistente y generalizada, pérdida de disfrute de las actividades de la vida cotidiana, irritabilidad y síntomas como pensamientos negativos, falta de energía, dificultad para concentrarse y alteraciones del apetito y el sueño (Rey, Bella-Awusah y Liu, 2017).

La OMS (2020)<sup>29</sup> declara que la depresión es una enfermedad altamente frecuente en el mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas y su incidencia se encuentra en alza. Además, dicha organización enfatiza que no se trata de una variación habitual del estado de ánimo ni de las respuestas emocionales normales por sucesos de la vida cotidiana, sino que puede llegar a convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración y de media a alta intensidad.

Según el DSM-5<sup>30</sup> este trastorno se caracteriza por la presencia de cinco o más de los síntomas siguientes casi todos los días del mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo: estado de ánimo deprimido, en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, pudiendo llegar a ser delirante, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Además, dichos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica, no se explica mejor por un trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y el paciente nunca ha tenido un episodio maníaco o hipomaníaco (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Una investigación reciente realizada en Querétaro, México, arrojó como resultado que el sobrepeso-obesidad se asoció con la depresión en los adolescentes en un 57.8%, encontrándose en un porcentaje más alto de lo hasta ahora publicado en la literatura (Aguilar Aguilar, 2019)<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, creado en 1948.

<sup>30</sup> El DSM-5 es el principal manual utilizado por profesionales de la salud para el diagnóstico de trastornos mentales, fue creado en el año 1952 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y actualizado por última vez en el año 2013.

<sup>31</sup> El objetivo de dicha investigación fue establecer la asociación entre obesidad-sobrepeso y trastornos del estado de ánimo como la depresión, ansiedad, baja autoestima y trastorno dismórfico corporal, en adolescentes de una Unidad Familiar mexicana, mediante un análisis de tipo observacional transversal comparativo.

Como se citó en Díaz-Kuiak y De La Iglesia (2019), de acuerdo con la teoría cognitiva planteada por Clark y Beck<sup>32</sup>, la ansiedad se define como: *“una respuesta emocional normal que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, permite al sujeto analizar información relevante sobre la situación, los recursos y el resultado esperado para actuar en consecuencia”*. Una moderada cantidad de ansiedad no sólo no resulta perjudicial sino que puede aumentar la concentración, el rendimiento y ayudar a los individuos a enfrentar ciertos retos de la vida cotidiana. En cambio, la ansiedad patológica consiste en una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en relación con la situación que la estimula, es persistente y duradera, e incluye además de miedo, una percepción de incontrolabilidad, incertidumbre, vulnerabilidad e incapacidad para lograr los resultados esperados. Se manifiesta de manera espontánea, inesperada y recurrente en ausencia de un estímulo amenazante real. Deriva de una cognición disfuncional que atribuye una valoración errónea de peligro, interfiere directamente con el manejo efectivo de circunstancias difíciles e incluso deteriora el funcionamiento normal en diversas áreas de la vida cotidiana.

Sigmund Freud<sup>33</sup> caracterizaba a la ansiedad como una expresión del conflicto emocional interno que ocurre cuando una persona suprime de su conciencia experiencias, sentimientos o impulsos que son muy amenazantes o perturbadores (Paz, 2015).

---

<sup>32</sup> David A. Clark, psicólogo y profesor canadiense, y Aaron T. Beck, psiquiatra y profesor estadounidense pionero de la terapia cognitiva, publicaron en el año 2012 el libro: “Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad” en el cual describen a la ansiedad y a sus múltiples trastornos derivados, sintetizando avances y pautas para su tratamiento terapéutico.

<sup>33</sup> Sigmund Freud, 06 de mayo de 1856-23 de septiembre de 1939, fue un médico neurólogo de origen austriaco conocido como el padre del psicoanálisis, dedicó gran parte de su vida al estudio de la mente y la conducta humana.

## Imagen N° 4: Trastornos de ansiedad

<p><b>ANSIEDAD GENERALIZADA</b></p> <p>Ansiedad y preocupación excesiva persistentes sobre múltiples eventos o actividades, mayor a 6 meses.</p>	<p><b>TRASTORNO DE PÁNICO</b></p> <p>Episodios repetidos de sensaciones repentinas de ansiedad y miedo o terror intensos que alcanzan un nivel máximo en minutos, conocidos como ataques de pánico. Provoca sensaciones de catástrofe inminente, palpitaciones, dolor en el pecho y dificultad para respirar.</p>
	<p><b>TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO</b></p> <p>Se desarrolla cuando una persona ha sido confrontada a un riesgo mayor para su seguridad, un evento traumatizante asociado a la muerte, amenaza o heridas graves. También se puede asociar a traumatismos emocionales como violencia intrafamiliar.</p>
<p><b>FOBIA SOCIAL</b></p> <p>Miedo o ansiedad intensos que aparecen siempre en relación a una situación social en la que la persona se expone al posible juicio de otras.</p>	<p><b>TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN</b></p> <p>Miedo o ansiedad intenso persistente al momento de tener que separarse de la persona con la que le une un vínculo estrecho. Se manifiesta en preocupación, malestar psicológico, rechazo a quedar solo en determinados lugares y/o pesadillas.</p>
<p><b>MUTISMO SELECTIVO</b></p> <p>Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica.</p>	<p><b>TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO</b></p> <p>Trastorno potencialmente invalidante, presencia de obsesiones (pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos) y compulsiones (formas de conducta desprovistas de sentido y extremadamente difíciles de controlar).</p>
	<p><b>FOBIAS ESPECÍFICAS</b></p> <p>Aparición de miedo y ansiedad intenso y persistente, inmediata e invariablemente frente a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de un intenso miedo-ansiedad.</p>

Fuente: Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría (2013).

Ortega Miranda (2018)<sup>34</sup> enfatiza la relación bidireccional entre ansiedad y obesidad, encontrando índices elevados de ansiedad en niños y adolescentes obesos y con sobrepeso en relación a niños de peso normal, así como mayor tendencia a los trastornos alimentarios.

Del mismo modo, Radilla Vázquez et al. (2015)<sup>35</sup> concluyen que las conductas alimentarias de riesgo están asociadas con la ansiedad y el estado nutricional de los

<sup>34</sup> Dicha investigación consistió en una revisión bibliográfica que tuvo como objetivo identificar las principales alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. Se encontró relación positiva entre la obesidad en niños y el temperamento de reactividad negativa, actitudes y términos negativos por parte de otros niños, insatisfacción corporal, distorsión de la imagen corporal por parte de los progenitores, bullying, ansiedad, depresión, baja autoestima y trastornos de comportamiento alimentario.

<sup>35</sup> Este estudio descriptivo tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su posible asociación con ansiedad y estado de nutrición en adolescentes mexicanos, debido a que el autor considera que la adolescencia es una etapa vulnerable para padecer trastornos de la conducta alimentaria.

adolescentes y que los que presentan ansiedad tienen mayor presencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) e igualmente entre mayor es el IMC existe mayor ansiedad y riesgo de TCA.

Según la OMS (1948), la salud constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Además, califica a la obesidad como la epidemia del siglo XXI y resalta que esta es una enfermedad multifactorial, es decir que son diversas las causas que producen el sobrepeso y la obesidad. Entre ellas destacan las causas genéticas, metabólicas, psicológicas y emocionales, socioculturales, neuroendocrinas, o estilos de vida inadecuados como el sedentarismo o la nutrición altamente calórica.

Por un lado, se sabe que el aumento de peso podría explicarse como la consecuencia de la puesta en marcha de distintos mecanismos encaminados a paliar los efectos del malestar emocional o psicológico. Por otro lado, sería el hecho de haber subido, de una manera rápida, de peso y el exceso de peso de la persona, los que facilitarían la aparición de consecuencias a nivel psicosocial, pudiendo desencadenar la aparición de distintos problemas psicológicos, en forma de trastorno de ansiedad o depresión. En la obesidad, la presencia de psicopatología ha sido una de las variables psicológicas más estudiadas, sin embargo, es importante aclarar que la relación entre el aumento de peso y la presencia de problemas psicológicos en la persona es bidireccional (Mühlig, Antel, Föcker y Hebebrand, 2016).

De este modo, la obesidad merma la calidad de vida, incrementa la mortalidad en países que habían alcanzado su tope de salubridad, pasa a ser factor causal de diversas enfermedades somáticas como el síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, cáncer, daño hepático, trastornos endocrinos y de la fertilidad, enfermedades respiratorias, artropatías, se asocia con trastornos psiquiátricos frecuentes como la depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, es causa de complicaciones psicosociales como la baja autoestima, acoso escolar, estigmatización social, y tal vez sea un marcador de rasgo de otras condiciones psicopatológicas primarias como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno bipolar (Quintero et al., 2016)<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Según este estudio, la mayoría de los pacientes estudiados tienen alta puntuación en psicopatología. Un 80.9% tenía sintomatología depresiva importante, el 56.39% tenía elevada ansiedad-rasgo, el 48.26% tenía elevada ansiedad-estado, el 24.4% cumplía criterios de trastorno por atracones y el 11.9% de bulimia nerviosa (BN), un 17.3% tenía criterios de trastorno por estrés postraumático. El objetivo de la investigación era relacionar la psicopatología y la obesidad, dando prioridad a los puntos de vista emocional y de comportamiento, para poder desglosar en grupos con tratamientos diferenciados.



Braguisnky (2007) cita a Bruch<sup>37</sup>, quien señaló en 1943 que las personas con obesidad tienen una falla en la capacidad de diferenciar entre hambre-saciedad y entre hambre y otras emociones. Ante el entorno poco comprensivo que forman los padres o tutores frustrados, en el que sobreprotegen al niño, algunos niños llegan a comer demasiado para intentar sentirse más seguros. Debido a esto, aquellos niños con una estructura mental y psicológica inadecuada se volverían obesos debido a que no logran satisfacer las necesidades orales a largo plazo. Estos niños suelen ser muy exigentes y demandantes y, a menudo, no consiguen el amor y la atención que necesitan. Aquellos niños fueron criados por una persona que al igual que ellos, tiene una tendencia a padecer ansiedad y a ser incapaz de interpretar cierto lenguaje del bebé, por lo que, responde a cualquier solicitud del mismo de una manera estereotipada, dándole de comer aunque las quejas del niño sean provocadas por otras tensiones como el frío, el sueño, algún dolor u otros estímulos. Esta repetida experiencia de incompreensión frente a la queja, deja una huella imborrable: una vez que ese niño alcanza la adolescencia, le es imposible reconocer correctamente sus propios sentimientos y presenta una tendencia a acallarlos con comida.

Del mismo modo, según Vargas-Martínez et al. (2015)<sup>38</sup> las madres con sobrepeso presentarían cierta dificultad para controlar su propio peso e ingesta de alimentos, lo que haría más improbable que puedan hacerlo con sus hijos. En este sentido, se ha visto que madres que comen compulsivamente, generan hijos con conductas similares, a esto se suma la tendencia de las madres a minimizar la obesidad de sus hijos o incluso negarla, haciendo a su vez más difícil la adherencia a los tratamientos. En este contexto, se puede plantear una probable transmisión de hábitos de alimentación poco saludables, que ayudaría a perpetuar la obesidad en el niño.

Como bien señala García Rodríguez (2018)<sup>39</sup>, existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas, y esto se fundamenta sobre la base del

---

<sup>37</sup> Hilde Bruch, 11 de marzo de 1904-15 de diciembre de 1984, fue una psicóloga y psiquiatra estadounidense nacida en Alemania que dedicó su carrera al estudio de los trastornos alimentarios y la obesidad.

<sup>38</sup> El objetivo del mencionado trabajo fue describir las vivencias de un grupo de madres con hijos obesos de una población chilena, respecto a cómo el vínculo temprano madre-hijo afecta a la relación que ambos tienen con la alimentación y cómo esto incide en la obesidad del niño. Consistió en un estudio cualitativo exploratorio de carácter descriptivo. Los resultados muestran una tendencia de las madres a establecer relaciones de apego inseguro, dificultades de expresión afectiva, y predominio de un estilo de crianza permisivo en torno a la comida.

<sup>39</sup> Este estudio, de tipo cualitativo, tuvo como objetivo principal evaluar los factores psicológicos y familiares asociados a la obesidad en un grupo de niños mexicanos. Se concluyó que todas las variables analizadas tienen una alta relevancia en la influencia sobre la obesidad infantil, resultando esencial implementar programas de intervención psicológica que aborde a los niños y sus familiares.

carácter eminentemente social que tienen la alimentación y la nutrición, así como por la influencia que pueden tener en el desarrollo de los procesos psicológicos fundamentales y, sobre todo, por todas las implicaciones psicológicas y en el orden de las relaciones sociales que puede traer aparejada una alteración nutricional, tanto por defecto como por exceso, y en cualquier etapa de la vida, donde la infanto-juvenil no constituye una excepción.

Según Zamora Carreño (2017)<sup>40</sup> los niños con sobrepeso son más susceptibles a tener problemas psicológicos que pueden persistir en la edad adulta y los adolescentes con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos en aspectos psicológicos asociados a la conducta alimentaria, alteraciones emocionales como depresión, ansiedad, ciertos problemas de aprendizaje y rendimiento escolar y muchas veces son objetos de bullying por parte de la sociedad.

Tanto es así que en numerosas ocasiones se ha encontrado que las dificultades para bajar de peso o mantenerlo, no suceden exclusivamente a causa de hábitos de alimentación inadecuados o al sedentarismo, sino que también están muy relacionados con los niveles de ansiedad y de depresión, y estas dificultades se incrementan en gran medida en jóvenes con obesidad severa (Aguilar Aguilar, 2019)<sup>41</sup>.

Según Solano Nortes (2019), a su vez, estos correlatos psicológicos, son factores relacionados con la aparición y el mantenimiento del sobrepeso y la obesidad infantil. Y una vez establecida la obesidad en el niño, se produce la aparición de un círculo de retroalimentación constante mediado por causalidad inversa. Es decir que la obesidad propiamente dicha predispone a que evolucione el deterioro en cuanto a salud mental, estrés, inflamación crónica, desventaja social, entre otras variables. De esta manera, el investigador remarca que es necesario tener en cuenta en el tratamiento el manejo de todos los determinantes de salud implicados en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad y sus familias.

---

<sup>40</sup> Este estudio de tipo observacional descriptivo buscó determinar el grado de ansiedad relacionado con el sobrepeso y la obesidad infantil en una población escolar de niños en Ecuador.

<sup>41</sup> Dicha investigación tuvo como objetivo establecer la asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes de una unidad de Medicina Familiar mexicana. Como resultado, se encontró asociación entre sobrepeso-obesidad con depresión en un 57.8%, con ansiedad en un 86.3%, con autoestima baja en un 67.6% y con dismorfia corporal en un 19.6%.

De igual manera, Gutierrez Frutos (2017)<sup>42</sup> sostiene que existe una gran necesidad de detectar de forma temprana los factores psicológicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad para que sean incluidos en los programas de prevención y no sólo en el tratamiento una vez establecida la enfermedad.

Es por esto que Mata González (2017)<sup>43</sup> sugiere que un concepto importante para el éxito del tratamiento del sobrepeso y la obesidad es el de atención integral, en el que se debe incluir el tratamiento de origen médico, nutricional, psicológico, de actividad física y de cirugía en el caso que amerite, con la finalidad de orientar al paciente para que éste logre cambiar su estilo de vida, disminuir o corregir los riesgos de salud así también sus comorbilidades y por consiguiente mejorar la calidad de vida.

---

<sup>42</sup> La investigación realizada tuvo como objetivo comprobar el modelo de Hemmingson sobre la etiología de la obesidad infantil. Se realizó un análisis correlacional de distintos factores de riesgo acorde a la siguiente estructura por niveles: desventaja socioeconómica, malestar psicológico del cuidador principal, ambiente familiar discordante, malestar psicológico del niño/a, afectación de homeostasis y el Índice de Masa Corporal. Los hallazgos respaldan el modelo mostrando la relación entre los factores de riesgo y el autor remarca la necesidad de incluir la psicopatología del niño y de los padres en la evaluación y tratamiento de la obesidad a fin de sostener el éxito terapéutico.

<sup>43</sup> El objetivo de este estudio fue determinar cuál es la diferencia en los niveles de autoestima, ansiedad, depresión, IMC y circunferencia de cintura de niños y adolescentes adscritos a una Clínica de Obesidad Pediátrica, comparado con aquellos que presentan sobrepeso y obesidad que acuden a consulta de pediatría. Los principales resultados mostraron que solamente el IMC y circunferencia de cintura fueron diferentes en ambos grupos, así también que el 100% de la muestra mostró baja autoestima.



*Diseño metodológico*

La investigación es de tipo descriptiva ya que, se busca determinar cuáles son los hábitos alimentarios y el estilo de vida en la población de niños a estudiar y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas compatibles con ansiedad y/o depresión en los mismos, describiendo la situación como es sin realizar ninguna intervención o manipulación en el estudio de las variables ni en la población a estudiar. Además, el diseño es de tipo transversal debido a que la estudiará en un momento dado y la recolección de información sobre todas las variables se hará en el mismo momento sin prolongar la investigación en el tiempo. Por último, se considera un estudio con enfoque de tipo cuantitativo al evaluar mediante encuestas los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población estudiada, utilizando métodos estadísticos para su posterior análisis.

El universo del estudio son todos los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. La muestra está conformada por 27 niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad, que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. El muestreo es no probabilístico por conveniencia. La unidad de análisis es cada uno de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Las variables evaluadas en el presente estudio son:

- Hábitos alimentarios:

Definición conceptual: comportamiento más o menos consciente, colectivo y repetitivo que conduce a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de las costumbres sociales, culturales y religiosas y que está influenciado por múltiples factores, tales como socioeconómicos, culturales, geográficos.

Definición operacional: comportamiento más o menos consciente, colectivo y repetitivo que conduce a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de las costumbres sociales, culturales y religiosas y que está influenciado por múltiples factores, tales como socioeconómicos, culturales, geográficos de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Las dimensiones que se abordarán serán: la ingesta alimentaria, el tipo de comidas que realiza, lugar donde las realiza y con quien las realiza. El tipo de comidas es la clase de ingestas que

realiza la persona a lo largo del día, estos son: desayuno, almuerzo, merienda, cena. El lugar es el espacio donde una persona realiza habitualmente las comidas. Este puede ser el propio hogar, la casa de otro familiar, la escuela o un comedor. Con quién come hace referencia a si la persona realiza habitualmente las comidas acompañada por familiares, amigos, compañeros o sola. Los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres de los niños por medio de preguntas de opción múltiple. La ingesta alimentaria es el acto voluntario que consiste en la elección, preparación e ingestión de alimentos de manera diaria. Los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres de los niños por medio de un cuestionario de frecuencia de consumo elaborado a partir de las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Para el consumo de alimentos frescos como lácteos, frutas, verduras, cereales, legumbres, aceite, frutos secos y semillas carne y huevo se considera apropiada la ingesta diaria. Para el consumo de alimentos altos en azúcares, grasas y sodio se recomienda reducir o limitar su consumo. Aquel consumo que cumpla con las recomendaciones se considerará adecuado y aquel que se encuentre por fuera se considerará inadecuado.

- Estilo de vida:

Definición conceptual: conjunto de hábitos, prácticas diarias y actividades que realizan las personas de forma individual o colectiva y que influyen en su salud de forma positiva o negativa.

Definición operacional: conjunto de hábitos, prácticas diarias y actividades que realizan los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, de forma individual o colectiva y que influyen en su salud de forma positiva o negativa. Las dimensiones que se abordarán serán: presencia, frecuencia y tiempo dedicado a la realización de actividad física y al uso de pantallas. La realización de actividad física hace referencia a la dedicación a cualquier actividad que involucra un gasto de energía e incluye la actividad física reglamentaria escolar como la extracurricular, juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, o ejercicios programados. Se toma como referencia la recomendación de la Asociación Argentina de Pediatría de 60 minutos diarios de actividad moderada a vigorosa durante el día. El uso de pantallas hace referencia a la cantidad de tiempo que pasan los niños frente a artefactos tecnológicos como celulares, tablets, computadoras, consolas de juegos y/o televisión. Se tomará como referencia la recomendación de la Asociación Americana de Pediatría que establece un límite en el uso de pantallas para recreación a menos de dos horas al



día. Los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños a través de preguntas de múltiple opción sobre la realización de actividad física. Para actividad física se preguntará si el niño realiza la actividad física programada escolar, con qué frecuencia semanal y cuánto tiempo por vez, también se le preguntará si realiza otra actividad física o deporte por fuera de la escuela, con qué frecuencia semanal la realiza y cuánto tiempo por vez. Para el uso de pantallas los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños mediante un cuestionario de frecuencia de uso semanal de distintos dispositivos electrónicos, tales como televisión, computadora, tablet, celular y consola de videojuegos, y cuanto tiempo por día los utiliza.

- Percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los niños:

Definición conceptual: referencia subjetiva u objetiva que una persona reconoce como anómala o causada por un estado patológico que sea compatible con ansiedad y/o depresión.

Definición operacional: referencia subjetiva u objetiva que los padres de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, reconocen como anómala o causada por un estado patológico que sea compatible con ansiedad y/o depresión. Las dimensiones a evaluar serán propiamente la presencia de síntomas de ansiedad y síntomas de depresión. Los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños a través de una pregunta de múltiple opción con un listado de síntomas relacionados a ansiedad y depresión basados en los criterios del manual DSM-V.

- Conformación del grupo familiar:

Definición conceptual: persona o grupo de personas emparentadas entre sí convivientes en un hogar.

Definición operacional: persona o grupo de personas emparentadas entre sí convivientes en el hogar de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños con una pregunta de opción múltiple sobre la conformación del grupo familiar. Las categorías de respuesta serán: familia nuclear formada por los progenitores y uno, dos o más hijos; familia extensa tal como la compuesta por abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines; familia monoparental en la que el hijo o hijos

cuentan con un solo progenitor; familia de padres separados, en la que el hijo o hijos conviven con un solo progenitor o alternan la convivencia entre ambos; familia ensamblada, reconstituida o mixta en la cual uno o ambos miembros de la pareja actual tiene uno o varios hijos de parejas anteriores.

- Ocupación de los padres o tutores:

Definición conceptual: actividad a la que cada persona se dedica, a su trabajo, empleo o profesión.

Definición operacional: actividad a la que se dedica, al trabajo, empleo o profesión el padre, madre y/o tutor de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños a través de una pregunta de opción múltiple preguntando cuál es la ocupación del padre, madre y/o tutor. Las categorías de respuesta serán: estudiante, empleado y desempleado.

- Nivel educativo de los padres o tutores:

Definición conceptual: grado de aprendizaje más alto que una persona ha alcanzado y concluido.

Definición operacional: grado de aprendizaje más alto que ha alcanzado y concluido el padre, madre y/o tutor de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Los datos se recolectarán mediante una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños a través de una pregunta de opción múltiple preguntando cuál es el nivel de educación más alto alcanzado por el padre, madre y/o tutor. Las categorías de respuesta serán: primario completo o incompleto, secundario completo o incompleto, terciario completo o incompleto y universitario completo o incompleto.

- Edad del niño:

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.

Definición operacional: tiempo transcurrido desde el nacimiento de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Los datos se recolectarán a través de una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños mediante una pregunta sobre cuál es la edad del niño al momento de la encuesta.

- Sexo del niño:

Definición conceptual: condición orgánica, biológica y fisiológica, masculina o femenina, de una persona.

Definición operacional: condición orgánica, biológica y fisiológica, masculina o femenina, de los niños de 5 a 10 años con sobrepeso u obesidad que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Los datos se recolectarán a través de una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños mediante mediante una pregunta sobre cuál es el sexo del niño al momento de la encuesta.

A continuación, se presenta el modelo de encuesta junto con el consentimiento informado.

### **Consentimiento informado**

Mi nombre es Agostina Comelli, soy alumna de la Universidad FASTA y me encuentro realizando mi Tesis de la Licenciatura en Nutrición.

El trabajo tiene como objetivo analizar los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en niños de 5 a 10 años con sobrepeso y obesidad que asisten a un CAPS de Mar del Plata, Argentina, en el año 2022.

Por esta razón, se le solicita su autorización para participar en este estudio, que consiste en el registro de algunos datos personales, la respuesta a diversas preguntas y cuestionarios sobre la temática en cuestión.

Lo invitamos a participar de forma voluntaria y libre de la presente encuesta. La participación en el estudio no trae consigo ningún riesgo para su persona ni tampoco una remuneración de ningún tipo. Usted es libre de negarse a participar o decidir retirarse en cualquier momento de la investigación y no recibir ninguna amonestación o coerción.

Los datos que usted aporte serán confidenciales, serán tratados salvaguardando su identidad y cualquier dato que pueda relacionarlo con su persona. Todo el proceso es de secreto estadístico.

A su vez, se le informará que el estudio puede ser publicado en eventos académicos, revistas científicas, para participar de congresos, disertaciones y otros de rigor científico.

Cualquier inquietud puede comunicarse al correo electrónico: [agosc99@gmail.com](mailto:agosc99@gmail.com).

#### **Acepta participar de esta encuesta:**

Si

No

**Datos personales:**

1. **Edad del niño:** \_\_\_\_
2. **Sexo del niño:**
  - 2.1. Femenino. \_\_
  - 2.2. Masculino. \_\_
3. **Conformación del grupo familiar:**
  - 3.1. Familia nuclear (progenitores e hijo/s). \_\_
  - 3.2. Familia extensa (abuelos, tíos, primos y otros parientes). \_\_
  - 3.3. Familia monoparental (un solo progenitor e hijo/s). \_\_
  - 3.4. Familia de padres separados (hijo/s conviven con un solo progenitor o alternan la convivencia entre ambos). \_\_
  - 3.5. Familia ensamblada (uno o ambos miembros de la pareja tiene uno o varios hijos de parejas anteriores). \_\_
4. **Ocupación de los padres o tutores:**
  - 4.1. Estudiante. \_\_
  - 4.2. Empleado. \_\_
  - 4.3. Desempleado. \_\_
5. **Nivel educativo de los padres o tutores:**
  - 5.1. Primario completo o incompleto. \_\_
  - 5.2. Secundario completo o incompleto. \_\_
  - 5.3. Terciario completo o incompleto. \_\_
  - 5.4. Universitario completo o incompleto. \_\_

A continuación le presentamos una serie de preguntas, debe marcar con una "X" las respuestas más adecuadas a los hábitos de su hijo o tutorado. No existen respuestas correctas o incorrectas.

**6. Usualmente, ¿qué comidas realiza al día su hijo?**

- 6.1. Desayuno. \_\_
- 6.2. Almuerzo. \_\_
- 6.3. Merienda. \_\_
- 6.4. Cena. \_\_
- 6.5. Colación. \_\_

**7. Habitualmente, ¿dónde realiza las comidas su hijo?**

- 7.1. Casa propia. \_\_
- 7.2. Casa de un familiar o conocido. \_\_
- 7.3. Escuela. \_\_
- 7.4. Comedor. \_\_

**8. Comúnmente, ¿con quién realiza las comidas su hijo?**

- 8.1. Solo. \_\_
- 8.2. Con un familiar o conocido. \_\_

8.3. Con compañeros de escuela. \_\_

9. La siguiente planilla tiene como finalidad conocer los hábitos alimentarios de su hijo o tutorado. En la primer columna se encuentra una lista de alimentos o productos alimenticios que se evaluarán, en la segunda columna se realizó una especificación de los distintos tipos de alimentos a evaluar y de la tercer columna en adelante debe marcar la frecuencia de consumo semanal que realiza de los mismos con una "X" en la casilla correspondiente al tipo de alimento y frecuencia. No existen respuestas correctas o incorrectas. Se le solicita que complete la planilla en concordancia con los hábitos de consumo de su hijo o tutorado.

Alimento	Frecuencia de consumo					
	Todos los días	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca
Leche						
Yogur						
Queso						
Huevo						
Carnes						
Embutidos crudos (jamón crudo, chorizo, salame, longaniza, panceta)						
Embutidos cocidos (mortadela, morcilla, jamón cocido, salchicha, paté)						



Vegetales de hoja y fruto						
Vegetales almidonados						
Frutas						
Frutos secos (Almendra, nuez, castaña, avellana, pistacho, maní)						
Semillas (lino, chía, girasol, zapallo, sésamo)						
Cereales (fideos, pastas, arroz, masa de tarta, empanada, de desayuno)						
Legumbres (garbanzos, lentejas, porotos, soja, arvejas)						
Pan						
Galletitas						
Productos de pastelería (facturas, tortas, tartas, masas,						

arrollados)						
Azúcar/cacao						
Edulcorantes						
Dulce/mermelada/jalea/dulce de leche/miel						
Grasas (manteca, crema, margarina)						
Aceite vegetal						
Snacks (papas, maní, bastones de maíz inflado)						
Caramelos, gomitas, chicles, pastillas, chupetines						
Alfajores, chocolates, bombones						
Turrónes, barritas de cereal						
Agua						
Gaseosas/jugos						
Salsas y						

aderezos (mayonesa, mostaza, ketchup, barbacoa, golf, cheddar)						
---	--	--	--	--	--	--

A continuación le presentamos una serie de preguntas en relación a la práctica de actividad física. Debe marcar con una "X" la respuesta más adecuada a los hábitos de su hijo o tutorado. No existen respuestas correctas o incorrectas. Se le solicita que responda en concordancia con el estilo de vida de su hijo o tutorado.

**10. ¿Su hijo realiza actividad física en la escuela?**

10.1. Si. \_\_\_                      10.2. No. \_\_\_

**11. ¿Cuántos días a la semana la realiza habitualmente?**

11.1. Todos los días. \_\_\_                      11.2. 5-6 veces por semana. \_\_\_

11.3. 3-4 veces por semana. \_\_\_                      11.4. 1-2 veces por semana. \_\_\_

11.5. Menos de 1 vez por semana. \_\_\_                      11.6. Nunca. \_\_\_

**12. ¿Cuánto tiempo por vez?**

12.1. Menos de 1 hora. \_\_\_                      12.2. Entre 1 y 2 horas. \_\_\_

12.3. Más de 2 horas. \_\_\_

**13. Además, ¿su hijo realiza de forma extracurricular otra actividad física? Por ej.: deportes (fútbol, hockey, tenis, rugby, básquet, atletismo), danza, caminar, correr, bicicleta, natación, entre otros.**

13.1. Sí. \_\_\_                      13.2. No. \_\_\_

**14. ¿Cuántos días a la semana la realiza habitualmente?**

14.1. Todos los días. \_\_\_                      14.2. 5-6 veces por semana. \_\_\_

14.3. 3-4 veces por semana. \_\_\_                      14.4. 1-2 veces por semana. \_\_\_

14.5. Menos de 1 vez por semana. \_\_\_                      14.6. Nunca. \_\_\_

**15. ¿Cuánto tiempo por vez?**

15.1. Menos de 1 hora. \_\_\_                      15.2. Entre 1 y 2 horas. \_\_\_

15.3. Más de 2 horas. \_\_\_

**16. La siguiente planilla tiene como finalidad conocer el uso destinado a pantallas y dispositivos tecnológicos por parte de su hijo o tutorado. En la primera columna**

se encuentra la lista de dispositivos a evaluar, a partir de la segunda columna debe marcar la frecuencia de uso semanal en que utiliza los mismos con una “X” en la casilla correspondiente al dispositivo y frecuencia. Para concluir, en la última columna se le pide que especifique la cantidad de horas por día que utiliza dicho dispositivo. No existen respuestas correctas o incorrectas. Se le solicita que complete la planilla en concordancia con los hábitos de su hijo o tutorado.

Dispositivo	Frecuencia de uso semanal					
	Todos los días	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca
Celular						
Tablet						
Consola de videojuegos						
Televisión						
Computadora						

**17. ¿Cuántas horas al día los utiliza?**

17.1. Menos de 1 hora.

17.2. Entre 1 y 2 horas.

17.3. Más de 2 horas.

**18. A continuación, le presentamos una serie de enunciados y usted debe marcar con una “X” si alguna/s de dichas afirmaciones coinciden con sensaciones que experimenta casi todos los días durante un periodo de al menos dos semanas su hijo o tutorado. No existen respuestas correctas o incorrectas.**

18.1. Estado de ánimo triste, irritable, desanimado o molesto. \_\_\_


18.2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades. \_\_\_

18.3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del hambre. \_\_\_

- 18.4. Somnolencia durante el día o dificultad para dormirse de noche. \_\_\_
- 18.5. Agitación o enlentecimiento. \_\_\_
- 18.6. Fatiga, cansancio o pérdida de energía. \_\_\_
- 18.7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada. \_\_\_
- 18.8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones. \_\_\_
- 18.9. Ninguna de las anteriores. \_\_\_

**19. Por último, le presentamos una serie de enunciados y usted debe marcar con una "X" si alguna/s de dichas afirmaciones coinciden con sensaciones que experimenta casi todos los días durante un periodo de al menos seis meses su hijo o tutorado. No existen respuestas correctas o incorrectas.**

- 19.1. Fatiga. \_\_\_
- 19.2. Inquietud, sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. \_\_\_
- 19.3. Dificultad para concentrarse, quedarse con la mente en blanco o relajarse. \_\_\_
- 19.4. Malhumor, enojo con facilidad. \_\_\_
- 19.5. Somnolencia durante el día o dificultad para dormirse de noche. \_\_\_
- 19.6. Ansiedad excesiva y preocupación acerca de varias actividades o acontecimientos (ir a la escuela, salir de casa, etc). \_\_\_
- 19.7. Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas, temblores). \_\_\_
- 19.8. Hiperactividad (mareos, sensación de ahogo, sudoración, taquicardia, molestias estomacales, náuseas, vértigo, sequedad de la boca, "nudo" en la garganta). \_\_\_
- 19.9. Ninguna de las anteriores. \_\_\_



*Análisis de datos*

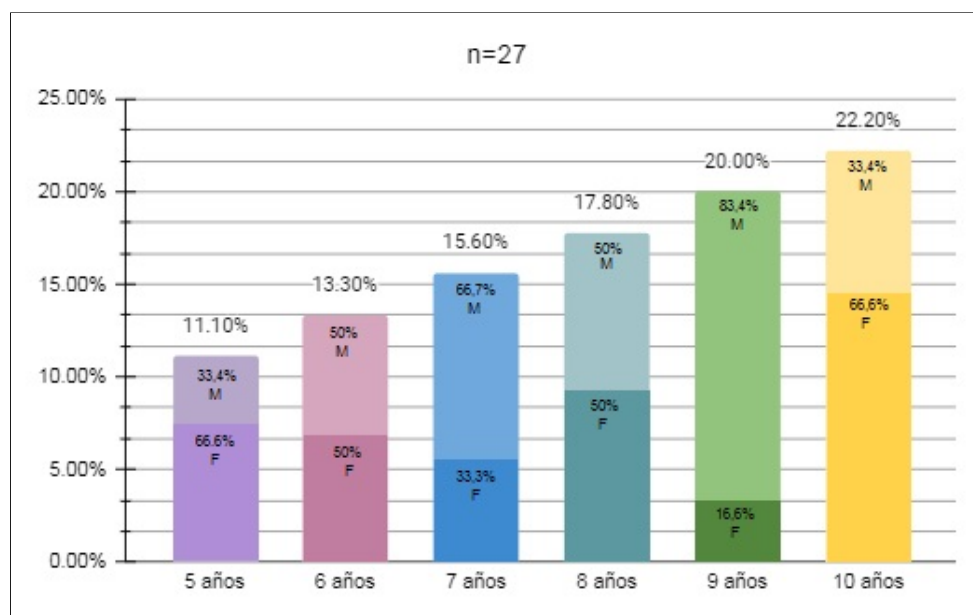


La información presentada a continuación resulta del trabajo de investigación realizado en una muestra de 27 niños de 5 a 10 años, que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, en el año 2022. Los datos se recabaron mediante una encuesta online dirigida a los padres o tutores de los niños que busca evaluar los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en dicha población.

Para comenzar, se sondearon las características sociodemográficas tales como edad y sexo de los niños, conformación del grupo familiar y ocupación y nivel educativo de los padres o tutores.

En cuanto a la edad de los niños, se abarcó el rango etario de los 5 a los 10 años, y se obtuvo del análisis de la muestra que el 11,1% de los encuestados corresponde a la edad de 5 años, de los cuales el 66,6% corresponde al sexo femenino y el 33,4% al sexo masculino; el 13,3% corresponde a la edad de 6 años, de los cuales el 50% son de sexo femenino y el 50% de sexo masculino; el 15,6% corresponde a la edad de 7 años, de los cuales el 33,3% corresponde al sexo femenino y el 66,7% al sexo masculino; el 17,8% corresponde a la edad de 8 años, de los cuales el 50% son de sexo femenino y el 50% de sexo masculino; el 20,0% corresponde a la edad de 9 años de los cuales el 16,6% son de sexo femenino y el 83,4% al sexo masculino; y el 22,2% corresponde a la edad de 10 años de los cuales el 66,6% son de sexo femenino y el 33,4% son de sexo masculino.

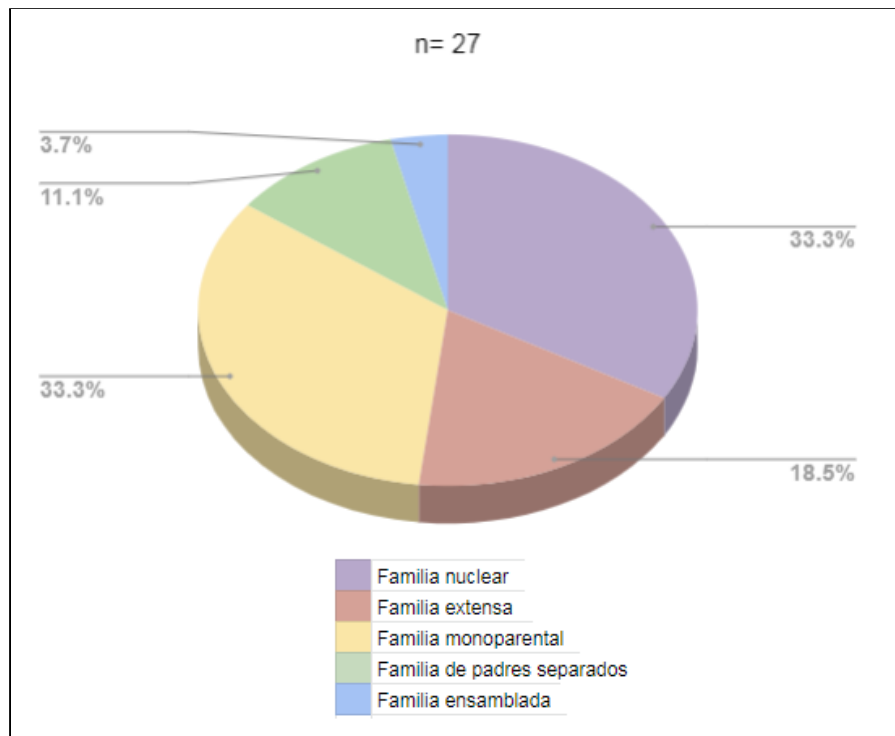
**Gráfico N°1: Distribución por sexo y edad**



**Fuente: Elaboración propia.**

Posteriormente, se evaluó la conformación del grupo familiar de los niños, de los cuales el 33,3% constituye una familia nuclear compuesta por progenitores e hijos, el 18,5% una familia extensa compuesta por progenitores, hijos y otros parientes, el 33,3% una familia monoparental compuesta por un solo progenitor e hijo/s, el 11,1% una familia de padres separados en la cual los hijos conviven con un progenitor o alternan convivencia entre ambos y el 3,7% una familia ensamblada en la cual uno o ambos miembros de la pareja tiene uno o varios hijos de parejas anteriores.

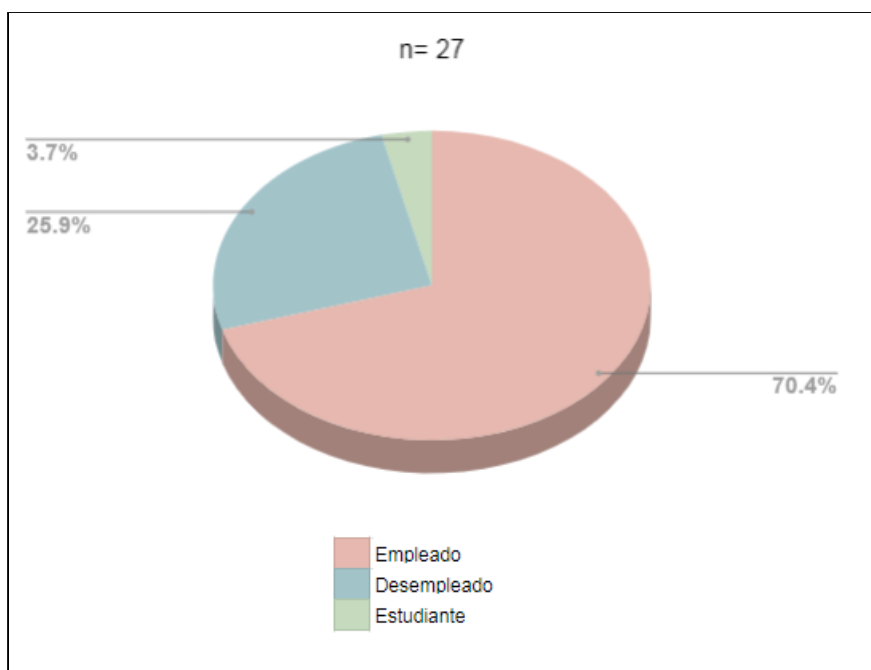
**Gráfico N°2: Conformación del grupo familiar**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto a la ocupación de los padres o tutores, se infirió que el 70,4% son empleados, el 25,9% desempleados y el 3,7% estudiantes.

**Gráfico N°3: Ocupación de los padres o tutores**



**Fuente: Elaboración propia.**

Por último, en cuanto al nivel educativo de padres o tutores se infirió que el 18,5% han alcanzado el nivel primario completo o incompleto, el 55,6% secundario completo o incompleto, el 22,2% terciario completo o incompleto, el 3,7% universitario completo o incompleto.

**Gráfico N°4: Nivel educativo de los padres o tutores**

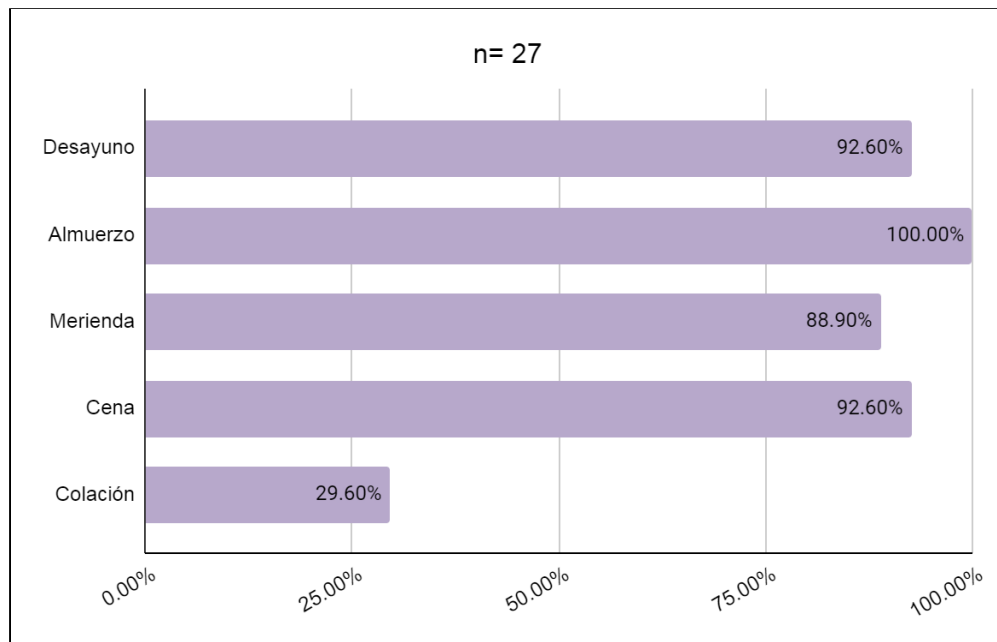


**Fuente: Elaboración propia.**

Luego se evaluaron los hábitos alimentarios de los niños, considerando el tipo de comidas que realiza en el día, el lugar y con quién las realiza habitualmente.

En cuanto al tipo de comidas, el 92,60% de los encuestados refiere realizar el desayuno, el 100% el almuerzo, el 88,90% la merienda, el 92,60% la cena y además el 29,60% realiza colaciones. Por lo tanto, se puede inferir que la alimentación se reparte en varios momentos y tipos de comidas en el día para la gran mayoría de los encuestados.

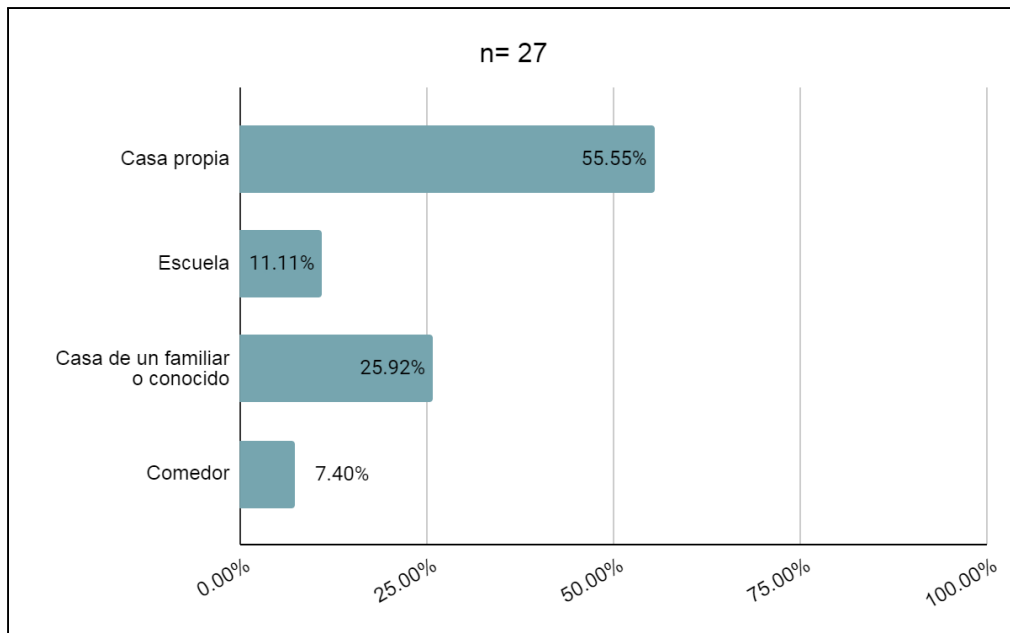
**Gráfico N°5: Comidas realizadas al día**



**Fuente: Elaboración propia.**

En lo que refiere al lugar donde habitualmente realizan las comidas los niños, el 55,55% las realiza en la casa propia, el 11,11% en la escuela, el 25,92% en la casa de un familiar o conocido y el 7,40% en el comedor. Del análisis de este gráfico se puede destacar que casi la mitad no realiza usualmente sus comidas en el hogar por lo tanto, puede llegar a ser más difícil establecer un control sobre la alimentación del niño con sobrepeso u obesidad tanto en calidad como en cantidad.

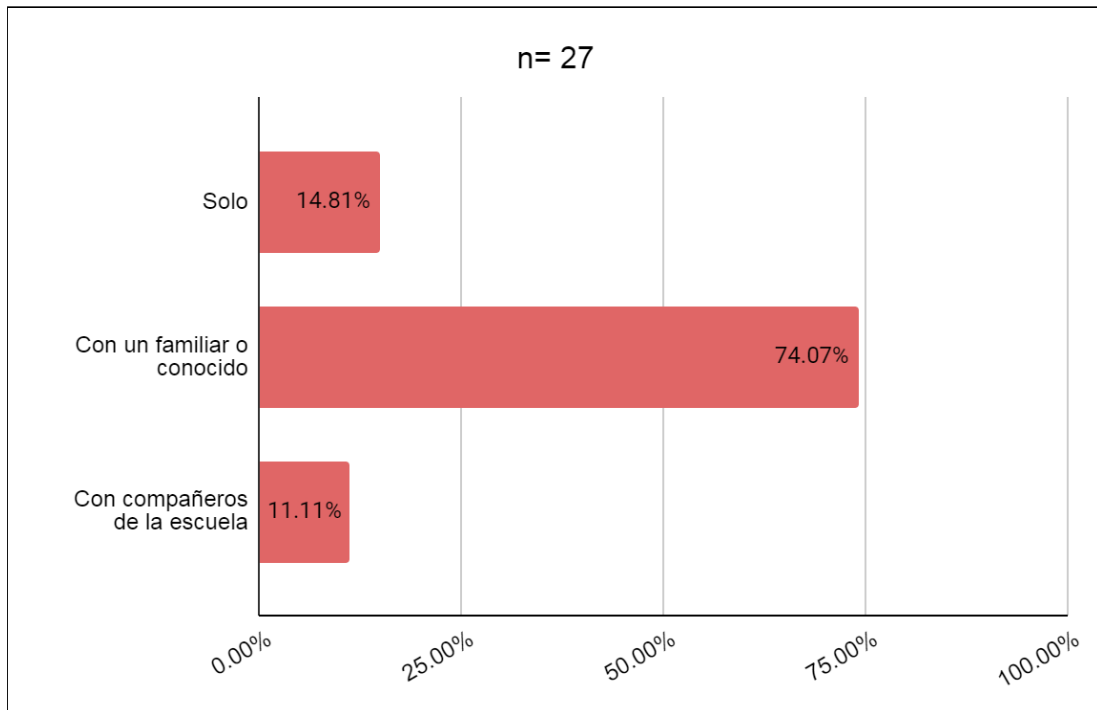
**Gráfico N°6: Lugar donde realiza las comidas**



**Fuente: Elaboración propia.**

A su vez, el siguiente gráfico revela que el 14,81% de los niños realiza las comidas solo, el 74,07% con al menos un familiar o conocido y el 11,11% con compañeros de la escuela.

**Gráfico N°7: Persona con quién realiza las comidas**



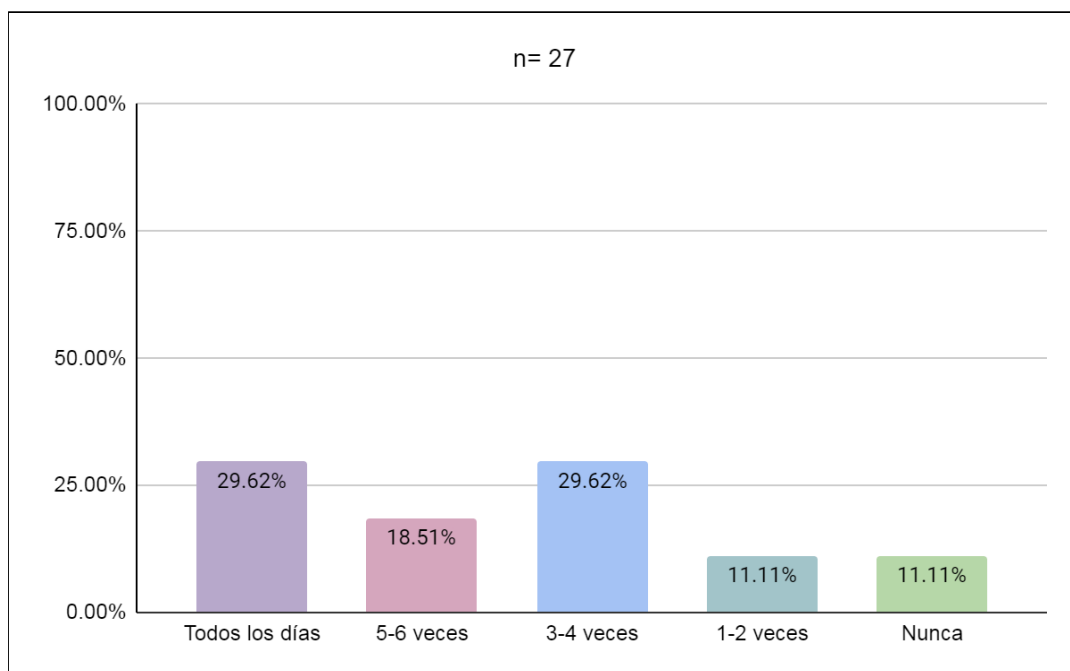
**Fuente: Elaboración propia.**

A continuación, se decidió evaluar los hábitos alimentarios mediante una frecuencia de consumo de alimentos y productos alimenticios.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina, el primer grupo a evaluar es el de frutas y verduras, cuyo consumo debe ser diario debido a que son alimentos fuente de vitamina A y C, fibra, agua y minerales, como potasio y magnesio (Ministerio de Salud, 2018).

En cuanto al consumo de frutas, el 29,62% de los encuestados las consume a diario, el 18,51% de 5 a 6 veces por semana, el 29,62% de 3 a 4 veces por semana, el 11,11% de 1 a 2 veces por semana y el 11,11% restante nunca las consume. Por lo que, tan sólo el 29,62% de los encuestados cumple con la recomendación de consumo diario de frutas. Sin embargo, este estudio no evalúa porciones consumidas a diario por lo que puede cumplir con la frecuencia diaria recomendada por las Guías Alimentarias y aún así no cumplir con la cantidad diaria recomendada.

**Gráfico N°8: Frecuencia de consumo de frutas**

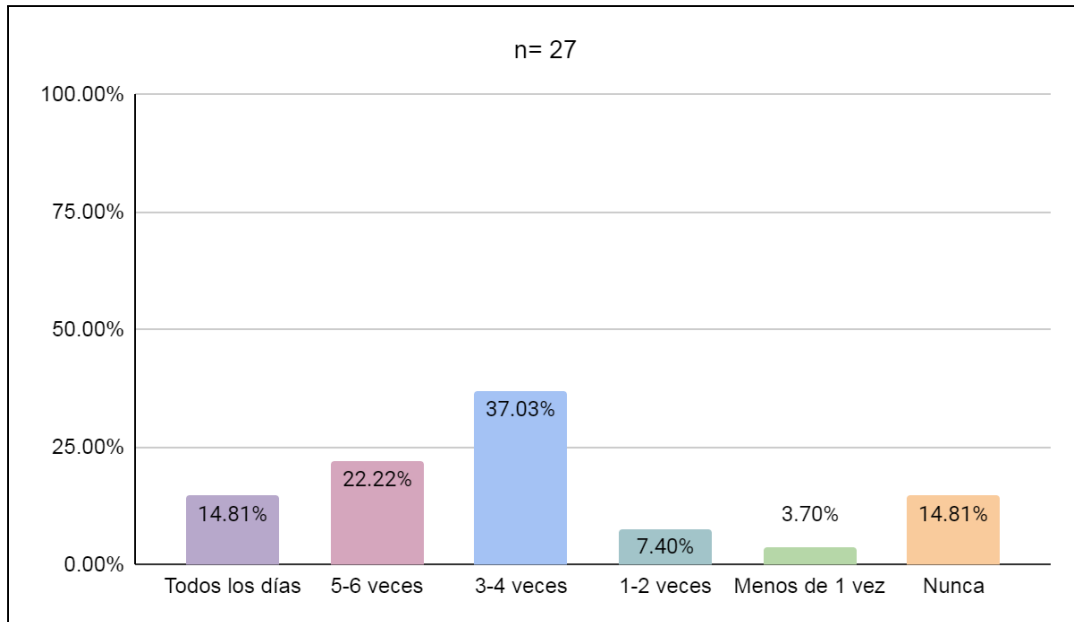


**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto al consumo de vegetales de hoja y fruto, en cuyo grupo se incluye la lechuga, escarola, espinaca, acelga, achicoria, apio, berenjena, brócoli, coliflor, morrón, tomate, zapallo, zanahoria, cebolla, arvejas frescas, rabanito, repollo, rúcula, zucchini, chauchas, habas y nabo, tan sólo el 14,81% de los encuestados los consume a diario, el 22,22% de 5 a 6 veces por semana, el 37,03% de 3 a 4 veces por semana, el 7,40% de 1 a 2 veces por semana, el 3,70% menos de 1 vez a la semana y el 14,81% nunca los consume. Por lo que sólo el 14,81% de los encuestados cumple

con la recomendación de consumo diario, la misma proporción que aquellos que nunca los consumen. Sin embargo, este estudio no evalúa porciones consumidas a diario por lo que aunque la frecuencia sea diaria, pueden no cumplir con la cantidad recomendada.

**Gráfico N°9: Frecuencia de consumo de vegetales de hoja y fruto**

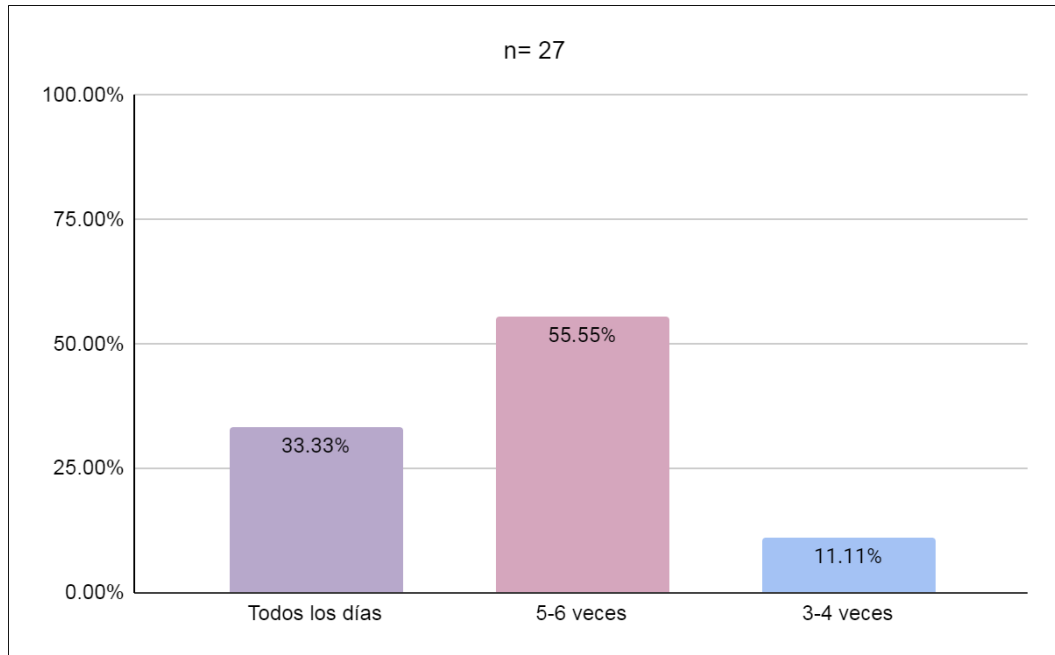


**Fuente: Elaboración propia.**

El segundo grupo a evaluar es el compuesto por los vegetales almidonados o tipo C, los cereales, el pan y las legumbres, cuyo consumo debe ser diario por su contenido de hidratos de carbono complejos, fibra, en el caso de los cereales integrales y las legumbres, y vitaminas del complejo B (Ministerio de Salud, 2018) .

En cuanto al consumo de vegetales almidonados, en cuyo grupo se incluyen la papa, la batata, el choclo y la mandioca, se observa que el 33,33% de los encuestados los consume todos los días, el 55,55% de 5 a 6 veces por semana y el 11,11% de 3 a 4 veces por semana.

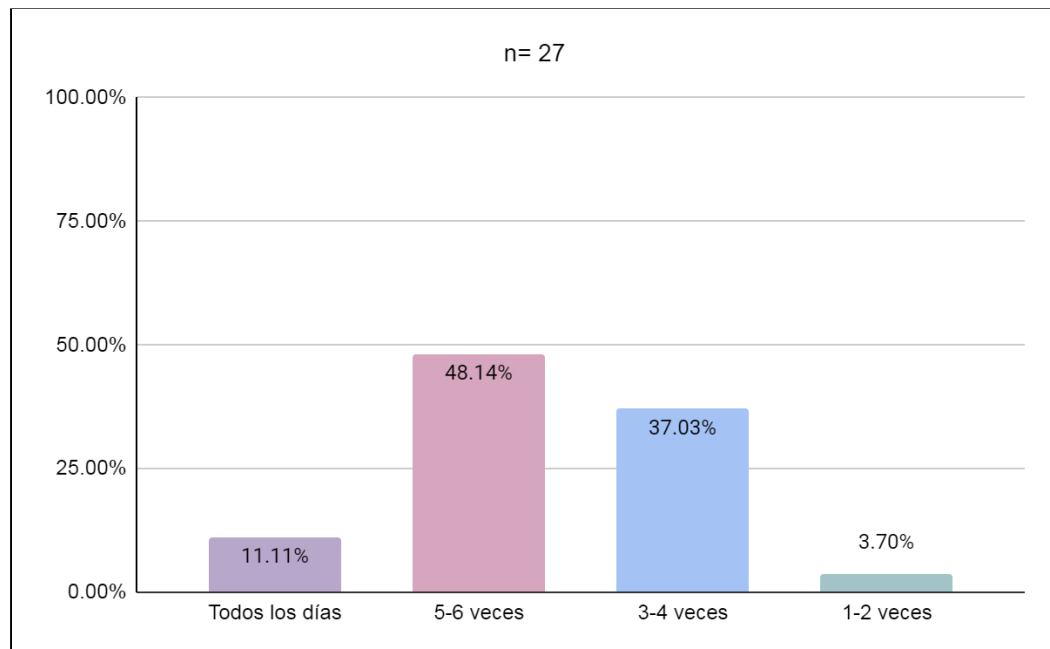
**Gráfico N°10: Frecuencia de consumo de vegetales almidonados**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto al consumo de cereales, que incluye fideos, arroz, pastas y harinas en general, el 11,11% de los encuestados los consume todos los días, el 48,14% de 5 a 6 veces por semana, el 37,03% de 3 a 4 veces por semana y el 3,70% de 1 a 2 veces.

**Gráfico N°11: Frecuencia de consumo de cereales**

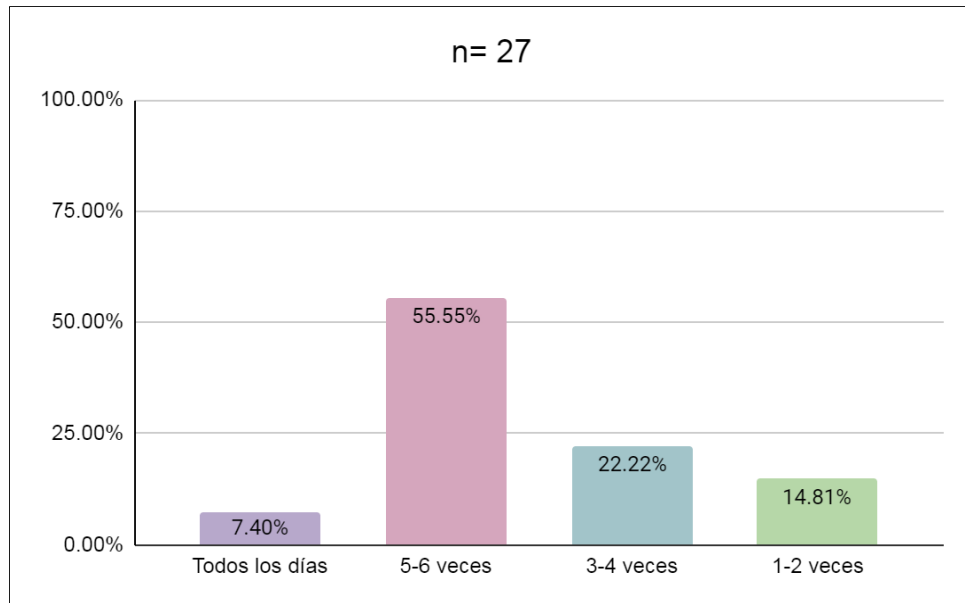


**Fuente: Elaboración propia.**



En cuanto al consumo de pan se refleja que el 7,40% de los encuestados lo consume todos los días, el 55,55% de 5 a 6 veces por semana, el 22,22% de 3 a 4 veces por semana y el 14,81% de 1 a 2 veces.

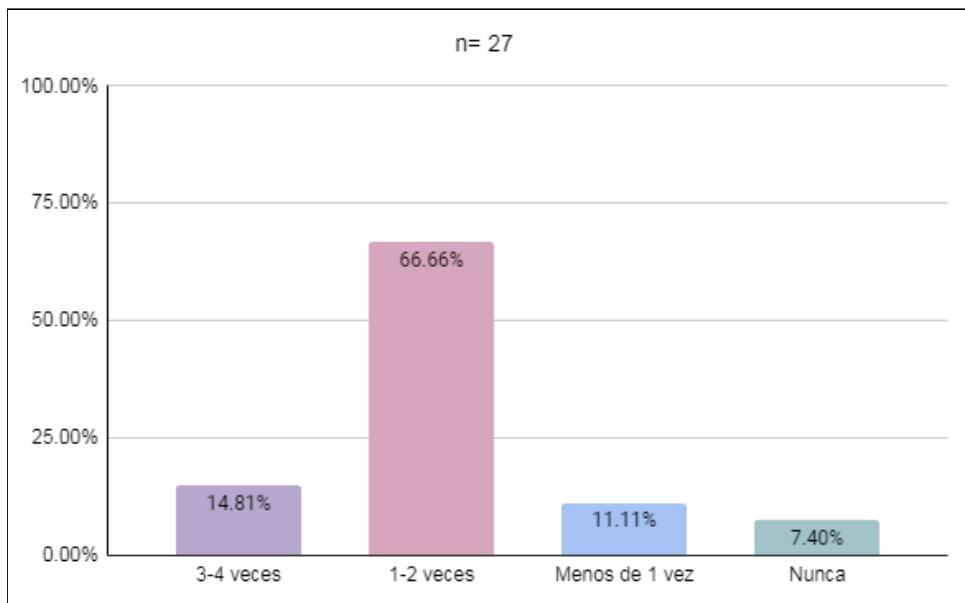
**Gráfico N°12: Frecuencia de consumo de pan**



**Fuente: Elaboración propia.**

El último alimento de este grupo son las legumbres, que incluye lentejas, arvejas, garbanzos, porotos y soja, el 14,81% de los encuestados las consume de 3 a 4 veces por semana, el 66,66% de 1 a 2 veces por semana, el 11,11% menos de una vez por semana y el 7,40% nunca las consume.

**Gráfico N°13: Frecuencia de consumo de legumbres**



**Fuente: Elaboración propia.**

En la siguiente tabla se refleja el consumo de cada encuestado, realizando un análisis del grupo en general para cada uno y evaluando si el consumo es diario o no como lo sugieren las recomendaciones de las GAPA.

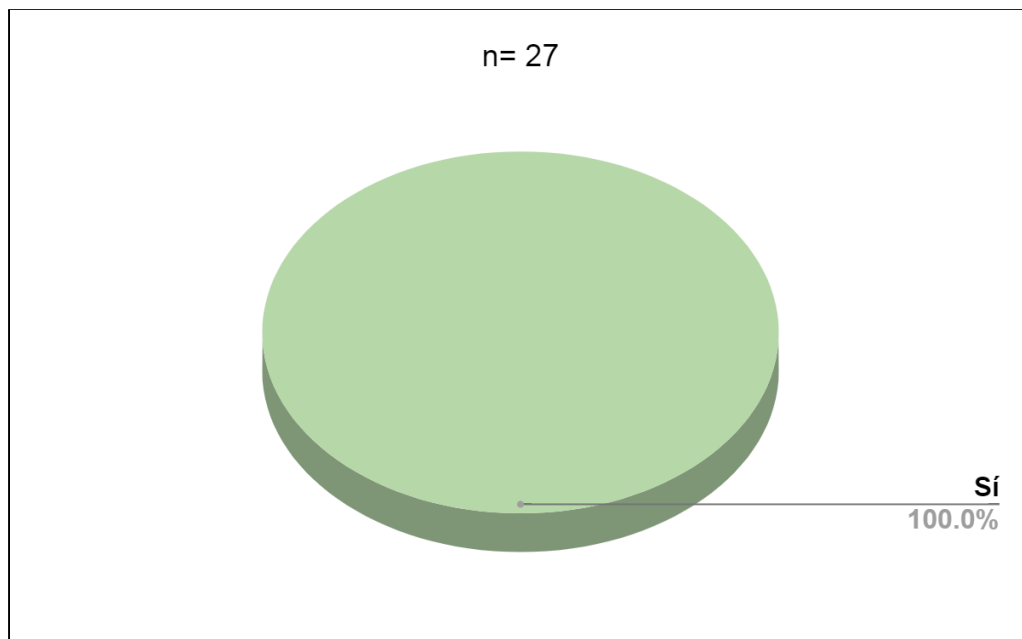
**Tabla N°1: Frecuencia de consumo de vegetales almidonados, cereales, pan y legumbres**

Encuestado	Vegetales almidonados ( C )	Cereales	Pan	Legumbres	Consumo diario del grupo
1	7	5-6	5-6	1-2	SI
2	5-6	5-6	5-6	<1	SI
3	7	3-4	5-6	1-2	SI
4	7	1-2	1-2	0	SI
5	5-6	5-6	1-2	0	SI
6	5-6	3-4	5-6	<1	SI
7	5-6	3-4	5-6	1-2	SI
8	3-4	3-4	5-6	1-2	SI
9	5-6	5-6	5-6	1-2	SI
10	7	5-6	5-6	1-2	SI
11	5-6	5-6	3-4	1-2	SI
12	3-4	3-4	3-4	1-2	SI
13	3-4	3-4	3-4	1-2	SI
14	7	3-4	1-2	1-2	SI
15	5-6	3-4	5-6	3-4	SI
16	5-6	5-6	7	3-4	SI
17	5-6	3-4	3-4	1-2	SI
18	5-6	3-4	3-4	1-2	SI
19	5-6	5-6	5-6	1-2	SI
20	5-6	5-6	1-2	1-2	SI
21	5-6	5-6	5-6	1-2	SI
22	7	7	5-6	1-2	SI
23	7	7	7	3-4	SI
24	7	7	5-6	1-2	SI

25	7	5-6	5-6	3-4	SI
26	5-6	3-4	3-4	1-2	SI
27	5-6	5-6	3-4	<1	SI

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°14: Consumo diario de cereales, vegetales almidonados y legumbres**



Fuente: Elaboración propia.

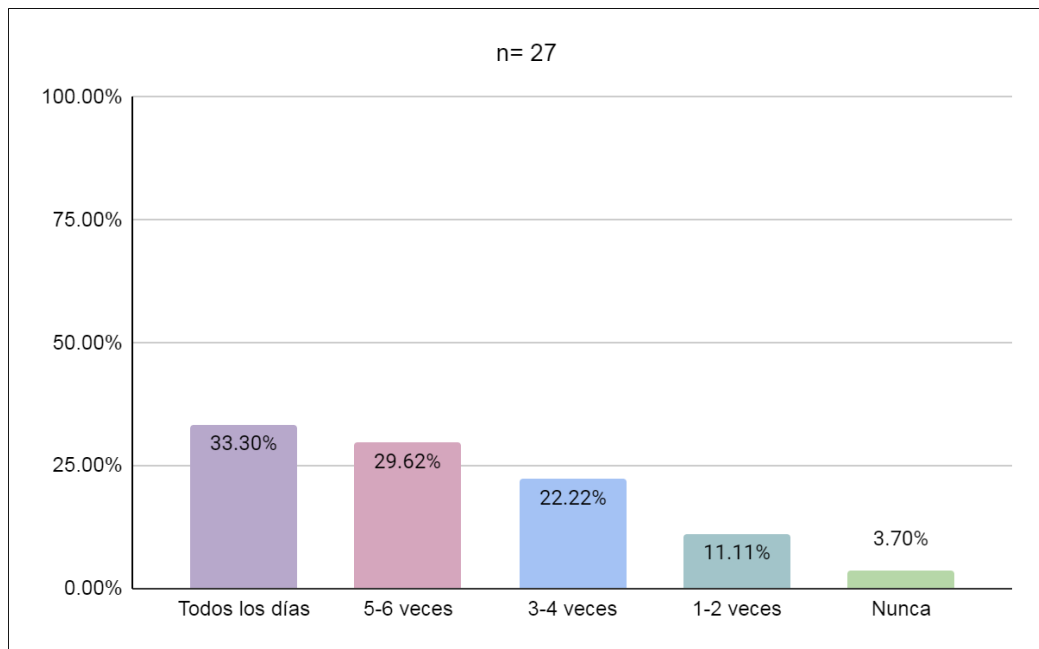
En conclusión, el 100% de los encuestados cumple con la recomendación de consumo diaria de este grupo de alimentos. Sin embargo, en este estudio no se evaluaron las porciones, por lo que, la frecuencia de consumo puede ser diaria y aún así no cubrir con el consumo en la cantidad recomendada para este grupo.

En cuanto a los alimentos más consumidos son aquellos que se incluyen en el grupo de los vegetales almidonados y los menos consumidos son las legumbres.

El tercer grupo a evaluar es el de los lácteos, en el cual se incluye la leche, el yogur y el queso, y se considera apropiada la ingesta diaria debido a su contenido de calcio, vitaminas A y D y proteínas de alto valor biológico (Ministerio de Salud, 2018).

En cuanto al consumo de leche, el 33,3% de los encuestados reportó que la consume a diario, el 29,62% la consume de 5 a 6 veces a la semana, el 22,22% de 3 a 4 veces a la semana, el 11,11% de 1 a 2 veces por semana y el 3,70% nunca la consume.

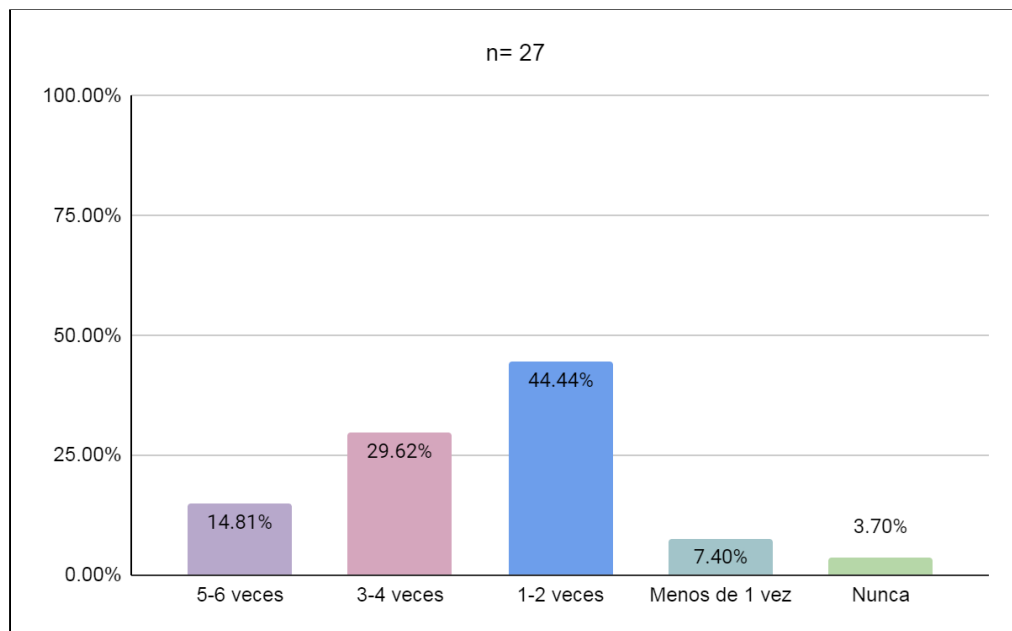
**Gráfico N°15: Frecuencia de consumo de leche**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto al consumo de quesos, el 14,81% los consume de 5 a 6 veces a la semana, el 29,62% de 3 a 4 veces por semana, el 44,44% de 1 a 2 veces por semana, el 7,40% menos de 1 vez a la semana y el 3,70% nunca.

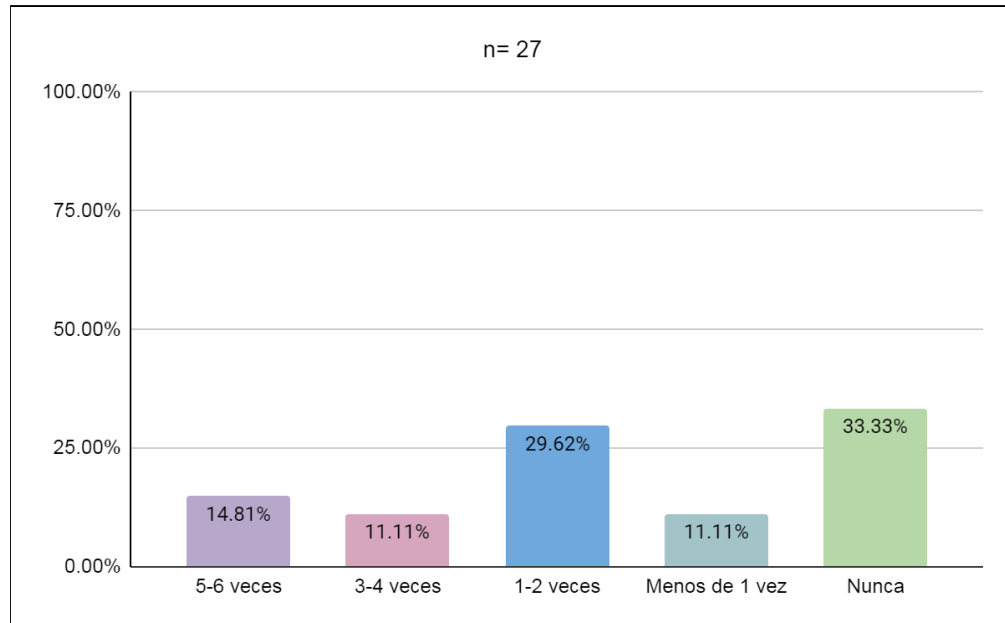
**Gráfico N°16: Frecuencia de consumo de quesos**



**Fuente: Elaboración propia.**

Por último, respecto al consumo de yogur, el 14,81% lo consume de 5 a 6 veces por semana, el 11,11% de 3 a 4 veces por semana, el 29,62% de 1 a 2 veces por semana, el 11,11% menos de 1 vez a la semana y el 33,33% nunca lo consume.

**Gráfico N°17: Frecuencia de consumo de yogur**



**Fuente: Elaboración propia.**

En la siguiente tabla se refleja el consumo de cada encuestado, realizando un análisis del grupo en general para cada uno y completando, según corresponda, si cumple o no con el consumo recomendado que es el diario.

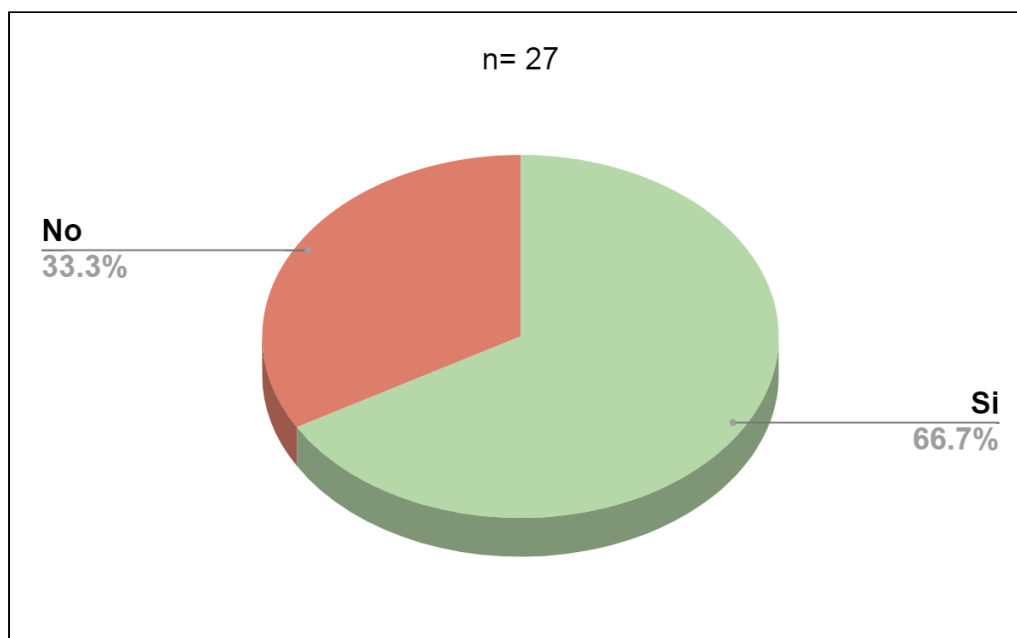
**Tabla N°2: Frecuencia de consumo de lácteos**

Encuestado	Leche	Yogur	Queso	Consumo diario del grupo
1	3-4	<1	<1	NO
2	5-6	5-6	5-6	SI
3	5-6	5-6	5-6	SI
4	7	0	3-4	SI
5	7	0	3-4	SI
6	7	0	1-2	SI
7	5-6	1-2	1-2	SI
8	7	<1	3-4	SI
9	3-4	1-2	1-2	NO
10	3-4	1-2	1-2	NO
11	1-2	1-2	0	NO

12	7	0	5-6	SI
13	3-4	1-2	1-2	NO
14	1-2	0	1-2	NO
15	7	0	3-4	SI
16	5-6	3-4	3-4	SI
17	7	0	3-4	SI
18	5-6	1-2	1-2	SI
19	5-6	1-2	1-2	SI
20	1-2	7	1-2	SI
21	7	5-6	5-6	SI
22	0	0	<1	NO
23	5-6	3-4	3-4	SI
24	3-4	0	1-2	NO
25	7	0	3-4	SI
26	5-6	3-4	1-2	SI
27	3-4	1-2	1-2	NO

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°18: Consumo diario de lácteos



Fuente: Elaboración propia.

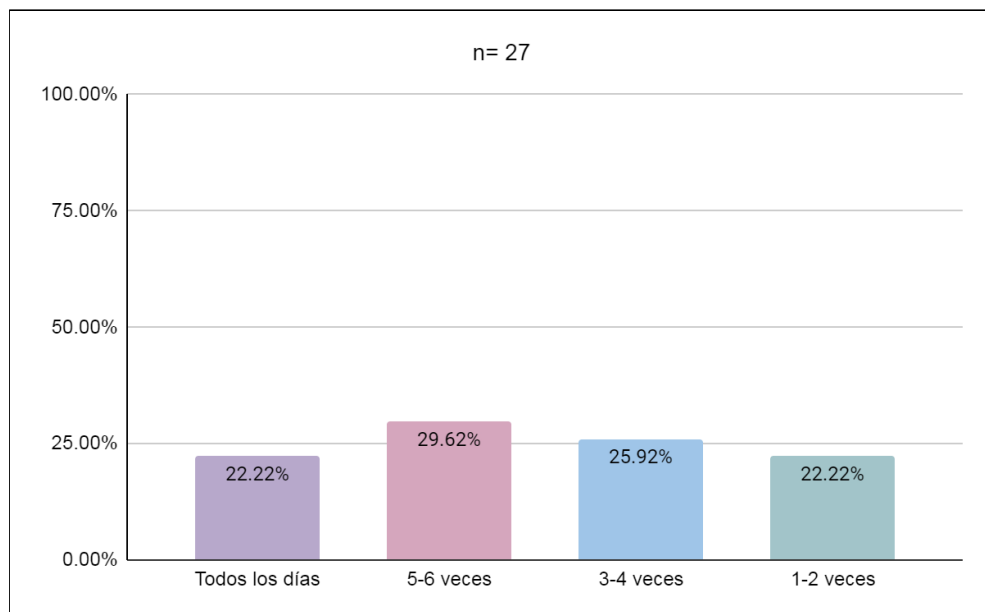
En conclusión, el 66,7% de los encuestados cumple con la recomendación de frecuencia de consumo diaria de lácteos. Sin embargo, en este estudio no se consideraron las porciones, por lo que, la frecuencia de consumo puede ser diaria y aún así no cubrir con el consumo en la cantidad recomendada para este grupo.

En cuanto a los alimentos considerados en este grupo, la leche resultó ser el lácteo más consumido y el yogur el menos consumido. Además, se pueden observar casos excepcionales, como el de los encuestados n°2, n°3 y n°21 que presentan un consumo de todos los lácteos evaluados de entre 5 y 6 días a la semana. En caso contrario, los encuestados n°11, n°14 y n°22 poseen un consumo muy deficiente de lácteos, con nulo consumo de algunos alimentos del grupo y de apenas 1 o 2 veces en la semana de otros.

El cuarto grupo a evaluar está constituido por las carnes y el huevo, cuyo consumo también debe ser diario debido a su contenido de hierro, proteínas de alto valor biológico, zinc y vitamina B12 (Ministerio de Salud, 2018).

A continuación, se observa la frecuencia de consumo de carnes en general, incluyendo carne de vaca, cerdo, pollo y pescado. El 22,22% de los encuestados la consume todos los días, el 29,62% de 5 a 6 veces por semana, el 25,92% de 3 a 4 veces a la semana y el 22,22% de 1 a 2 veces a la semana. Por lo tanto, prácticamente la mitad de la muestra tiene una muy buena frecuencia de consumo de carne a la semana.

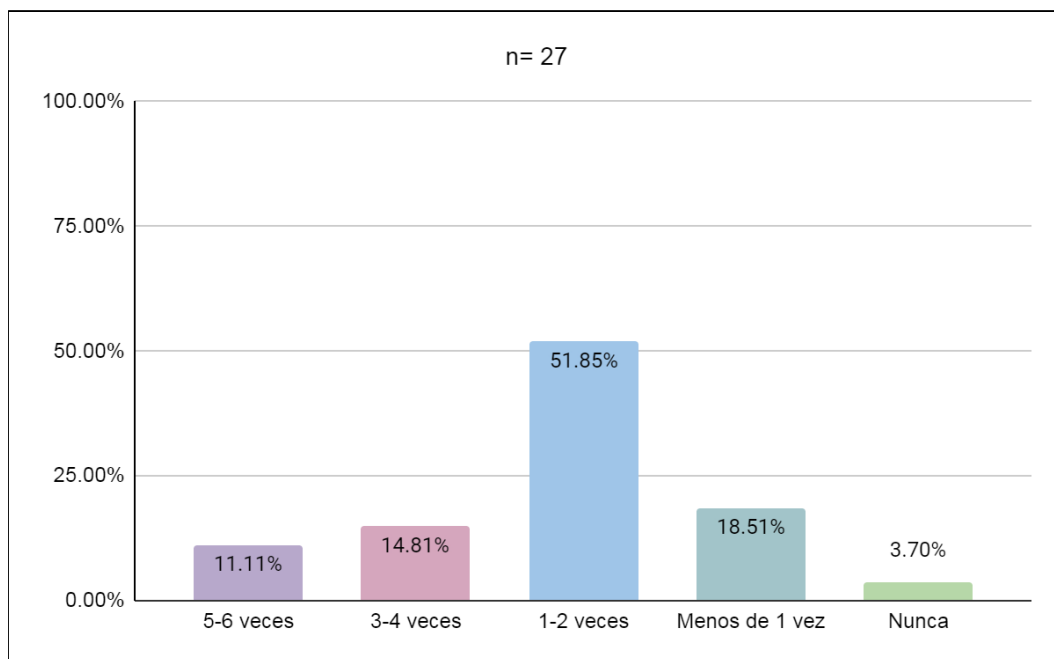
**Gráfico N°19: Frecuencia de consumo de carnes**



**Fuente: Elaboración propia.**

En lo que respecta al consumo de huevo, el 11,11% de los encuestados lo consume de 5 a 6 veces a la semana, el 14,81% de 3 a 4 veces por semana, el 51,85% de 1 a 2 veces a la semana, el 18,51% menos de 1 vez a la semana y el 3,70% nunca.

**Gráfico N°20: Frecuencia de consumo de huevo**



**Fuente: Elaboración propia.**

En la siguiente tabla se refleja el consumo de cada encuestado, realizando un análisis del grupo en general para cada uno y completando, según corresponda, si cumple o no con el consumo recomendado que es el diario.

**Tabla N°3: Frecuencia de consumo de carne y huevo**

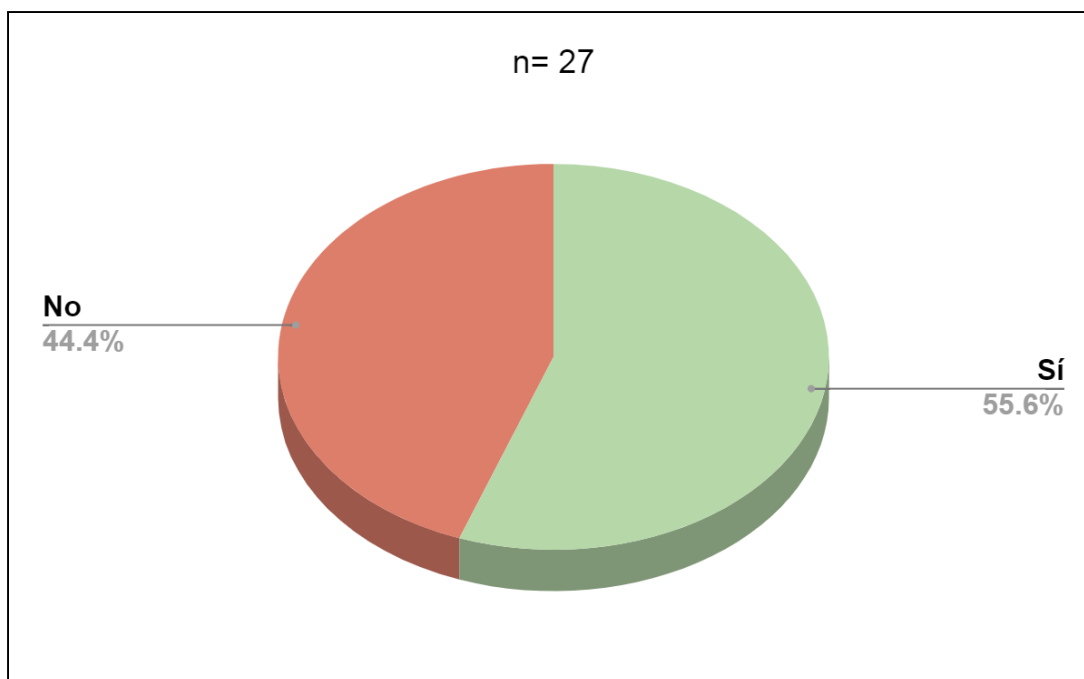
Encuestado	Carnes	Huevo	Consumo diario del grupo
1	1-2	1-2	NO
2	5-6	7	SI
3	7	5-6	SI
4	7	0	SI
5	7	3-4	SI
6	7	1-2	SI
7	1-2	<1	NO
8	3-4	<1	NO



9	3-4	<1	NO
10	3-4	1-2	NO
11	1-2	1-2	NO
12	5-6	1-2	SI
13	3-4	1-2	NO
14	1-2	<1	NO
15	3-4	1-2	NO
16	3-4	<1	NO
17	5-6	3-4	SI
18	5-6	1-2	SI
19	5-6	1-2	SI
20	5-6	1-2	SI
21	7	5-6	SI
22	1-2	1-2	NO
23	5-6	1-2	SI
24	1-2	3-4	NO
25	5-6	1-2	SI
26	3-4	3-4	SI
27	5-6	1-2	SI

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°21: Consumo diario de carne y/o huevo**



**Fuente: Elaboración propia.**

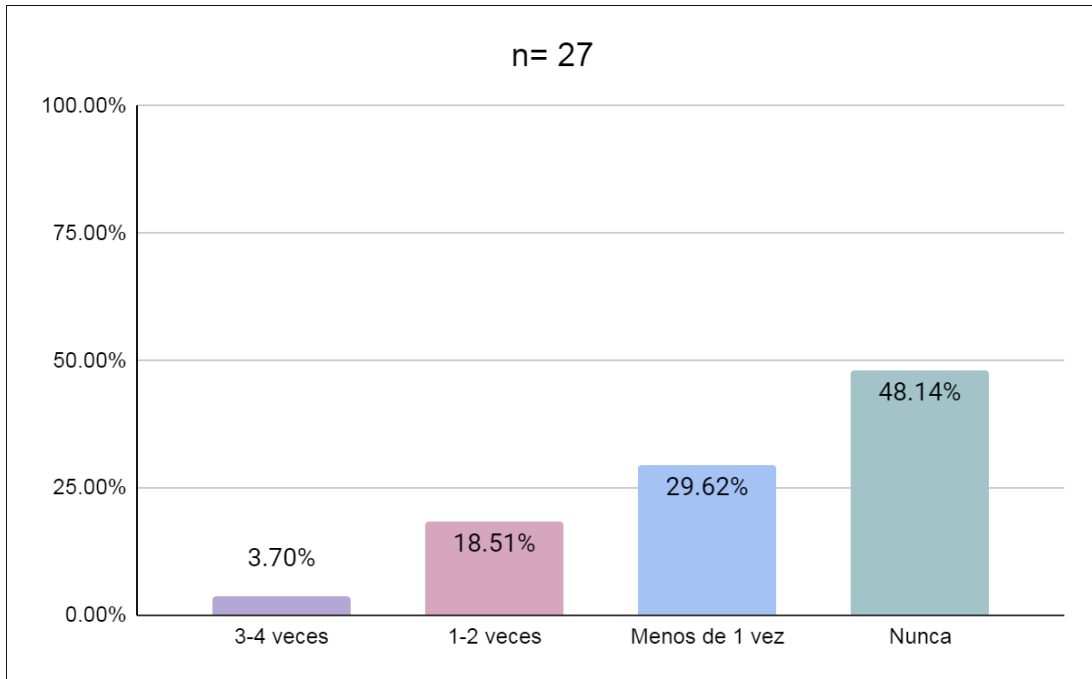
En conclusión, el 55,5% de los encuestados cumplen con la recomendación de consumo diario de carne y/o huevo. Sin embargo, en este estudio no se evaluaron las porciones, por lo que, la frecuencia de consumo puede ser diaria y aún así no cubrir con el consumo en la cantidad recomendada para este grupo.

El alimento más consumido de este grupo son las carnes en general y el menos consumido el huevo. Los encuestados n°2, n°3 y n°21 presentan un muy buen consumo, casi diario, de entre 5 y 7 días por semana de ambos alimentos de este grupo. En cambio, los encuestados n°1, n°7, n°14 y n°22 presentan un consumo muy deficiente, de entre menos de 1 vez y 2 días por semana, en el caso de ambos alimentos.

Además, se decidió analizar el consumo de alimentos fuente de grasas de buena calidad, los cuales constituyen el quinto grupo de alimentos, estos son los frutos secos, las semillas y el aceite vegetal preferentemente crudo y para el cual las GAPA recomiendan su consumo diario.

El gráfico de consumo de frutos secos refleja que el 3,70% de los encuestados los consume de 3 a 4 veces por semana, el 18,51% de 1 a 2 veces por semana, el 29,62% menos de 1 vez a la semana y el 48,14% nunca los consume.

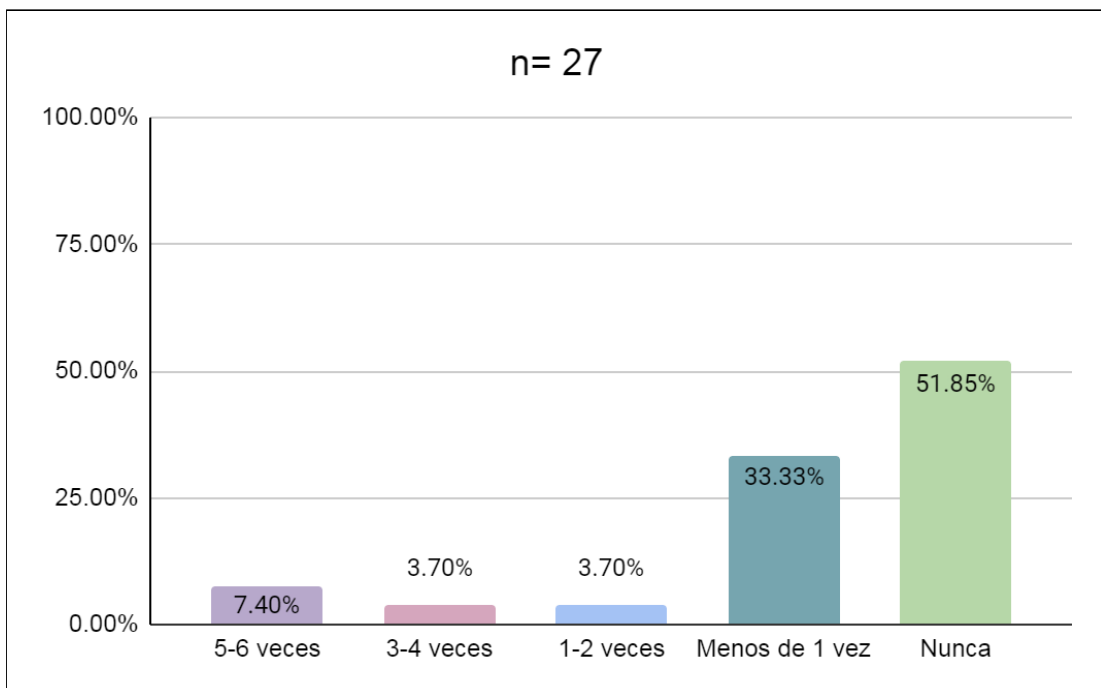
**Gráfico N°22: Frecuencia de consumo de frutos secos**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto al consumo de semillas se evidencia una tendencia similar, el 7,40% de los encuestados las consume de 5 a 6 veces por semana, el 3,70% las consume de 3 a 4 veces por semana, el 3,70% las consume de 1 a 2 veces por semana, el 33,33% menos de 1 vez a la semana y el 51,85% nunca las consume.

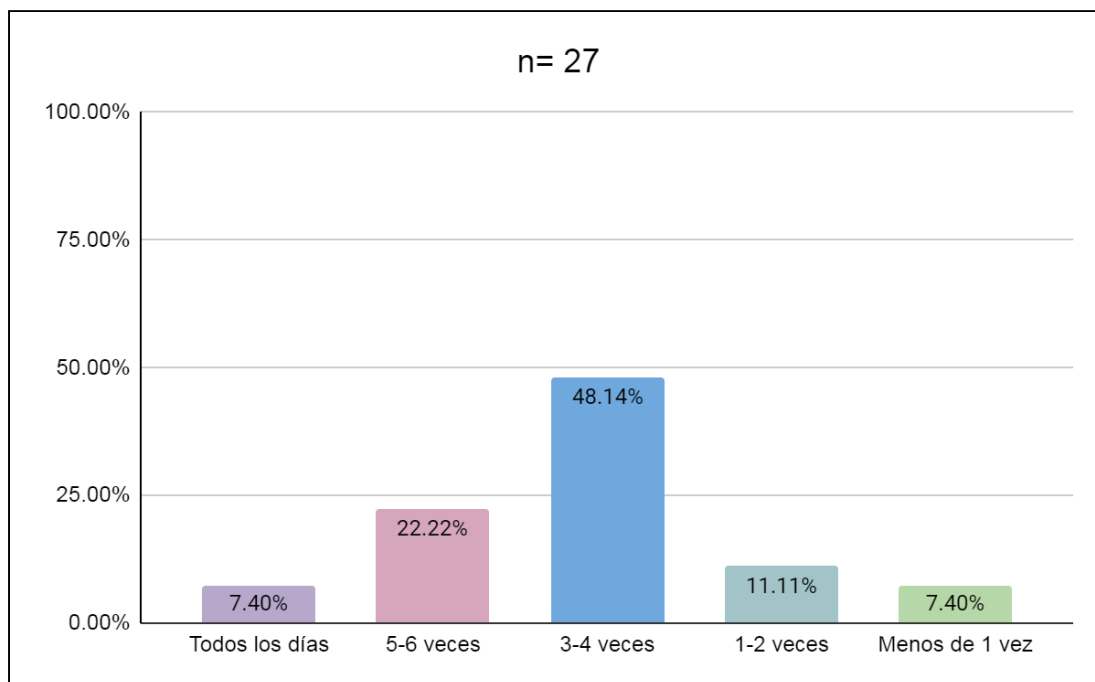
**Gráfico N°23: Frecuencia de consumo de semillas**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto al consumo de aceite vegetal, el 7,40% de los encuestados la consume todos los días, el 22,22% de 5 a 6 veces a la semana, el 48,14% de 3 a 4 veces a la semana, el 11,11% de 1 a 2 veces a la semana y el 7,40% menos de 1 vez a la semana.

**Gráfico N°24: Frecuencia de consumo de aceite vegetal**



**Fuente: Elaboración propia.**

En la siguiente tabla se refleja el consumo de cada encuestado, realizando un análisis del grupo en general para cada uno y completando, según corresponda, si cumple o no con el consumo recomendado que es el diario.

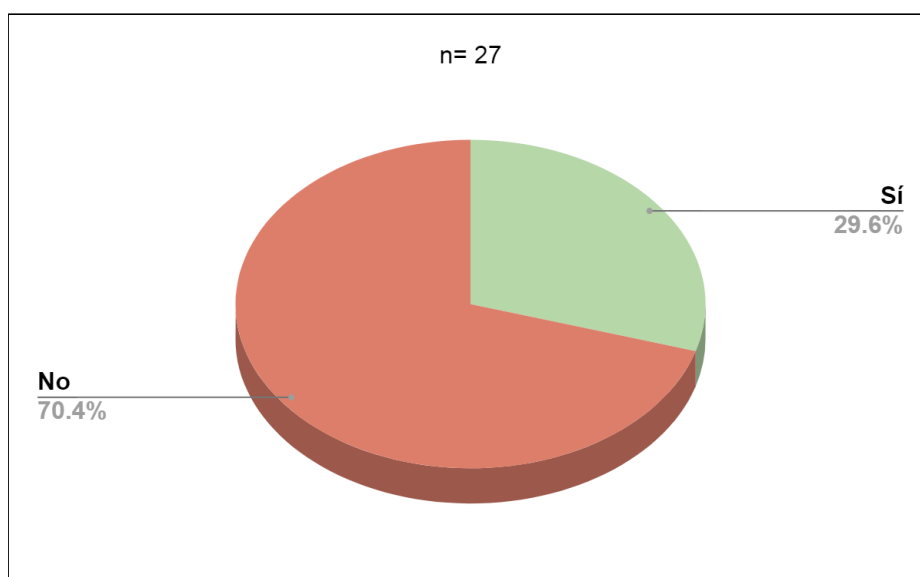
**Tabla N°4: Frecuencia de consumo de frutos secos, semillas y aceite**

Encuestado	Frutos secos	Semillas	Aceite vegetal	Consumo diario del grupo
1	1-2	5-6	5-6	SI
2	1-2	3-4	5-6	SI
3	3-4	5-6	3-4	SI
4	0	0	7	SI
5	0	0	7	SI
6	0	0	1-2	NO
7	0	0	<1	NO
8	0	0	3-4	NO

9	0	0	3-4	NO
10	0	0	3-4	NO
11	<1	<1	3-4	NO
12	<1	0	3-4	NO
13	<1	0	3-4	NO
14	0	0	1-2	NO
15	1-2	<1	3-4	NO
16	<1	<1	3-4	NO
17	<1	0	3-4	NO
18	<1	<1	3-4	NO
19	1-2	<1	5-6	SI
20	<1	0	3-4	NO
21	3-4	1-2	5-6	SI
22	0	0	3-4	NO
23	0	<1	5-6	NO
24	0	<1	1-2	NO
25	<1	<1	3-4	NO
26	1-2	<1	5-6	SI
27	0	0	3-4	NO

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°25: Consumo diario de frutos secos, semillas y aceite vegetal



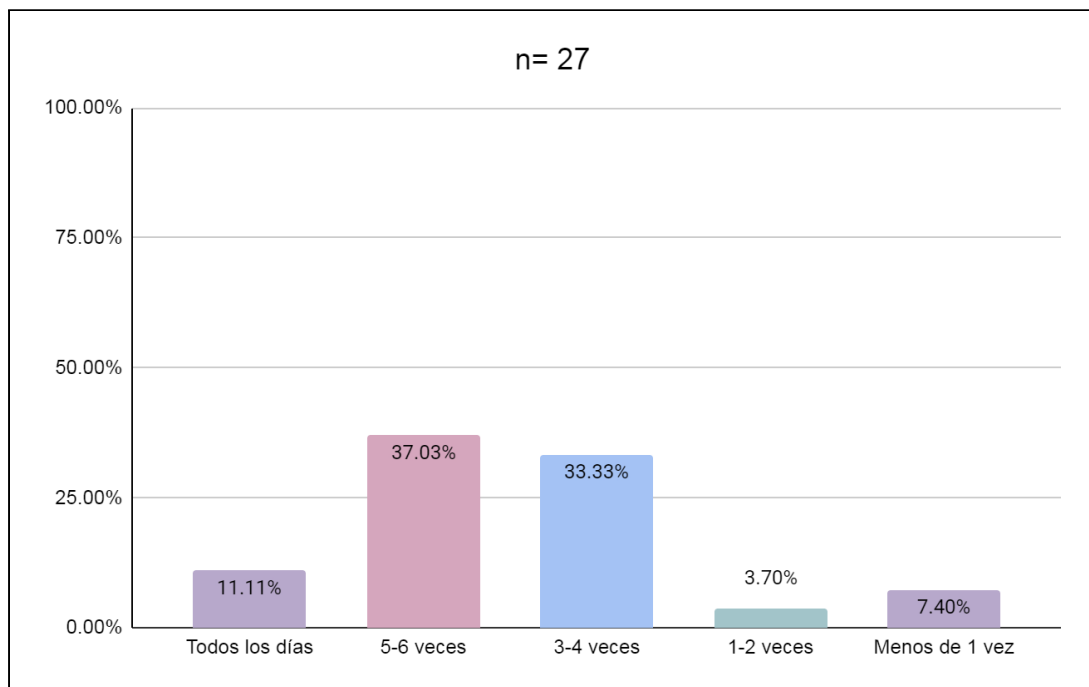
Fuente: Elaboración propia.

En conclusión, sólo el 29,60% de los encuestados cumple con la recomendación de consumo diaria de este grupo, cuyo consumo debería ser frecuente debido a su alto contenido en ácidos grasos saludables, vitamina E y antioxidantes (Ministerio de Salud, 2018). Sin embargo, en este estudio no se evaluaron las porciones, por lo que, la frecuencia de consumo puede ser diaria y aún así no cubrir con el consumo en la cantidad recomendada para este grupo.

El alimento más consumido de este grupo es el aceite vegetal y el menos consumido son las semillas.

Posteriormente, se evaluó la frecuencia de consumo del grupo del azúcar y el cacao, el 11,11% la consume todos los días, el 37,03% de 5 a 6 veces por semana, el 33,33% de 3 a 4 veces por semana, el 3,70% de 1 a 2 veces por semana y el 7,40% menos de 1 vez.

**Gráfico N°26: Frecuencia de consumo de azúcar y cacao**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°5: Frecuencia de consumo de azúcar y cacao**

Encuestado	Azúcar/cacao	Nivel de consumo
1	5-6	ALTO
2	5-6	ALTO
3	5-6	ALTO
4	7	ALTO

5	7	ALTO
6	5-6	ALTO
7	5-6	ALTO
8	7	ALTO
9	3-4	MODERADO
10	5-6	ALTO
11	3-4	MODERADO
12	<1	BAJO
13	5-6	ALTO
14	3-4	MODERADO
15	5-6	ALTO
16	5-6	ALTO
17	3-4	MODERADO
18	3-4	MODERADO
19	3-4	MODERADO
20	1-2	BAJO
21	3-4	MODERADO
22	<1	BAJO
23	1-2	BAJO
24	3-4	MODERADO
25	<1	BAJO
26	5-6	ALTO
27	3-4	MODERADO

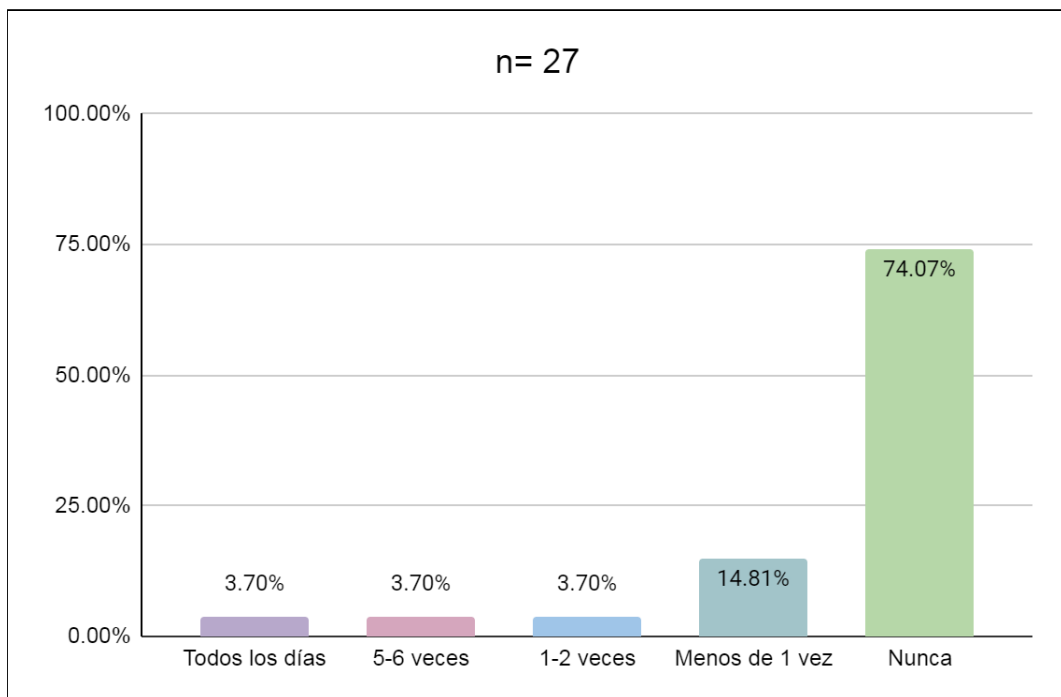
**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión, el 48,14% de los encuestados presenta un consumo alto de este grupo, el 33,33% presenta un consumo moderado y el 18,51% restante presenta un consumo bajo. Si bien las GAPA no indican una frecuencia semanal de consumo de este grupo, indican que su consumo se debe moderar. Aunque en este estudio no se hayan evaluado las porciones, resulta importante destacar que el consumo de azúcar agregada, tanto a bebidas como a alimentos en su preparación, no debe superar el 10% del total de la energía diaria (Ministerio de Salud, 2018).



Luego, se evaluó el consumo de edulcorantes y se evidenció que el 3,70% de los encuestados los consume todos los días, el 3,70% de 5 a 6 veces por semana, el 3,70% de 1 a 2 veces a la semana, el 14,81% menos de 1 vez a la semana y el 74,07% nunca los consume. Si bien, no existe un consumo recomendado para este producto, se conoce que el consumo de edulcorantes en niños y adolescentes puede ser coadyuvante en los programas de reducción y mantenimiento del peso y estilo de vida saludable acompañados de un plan de alimentación correcto y adecuado para cada individuo (Aldrete-Velasco et al., 2017).

**Gráfico N°27: Frecuencia de consumo de edulcorante**



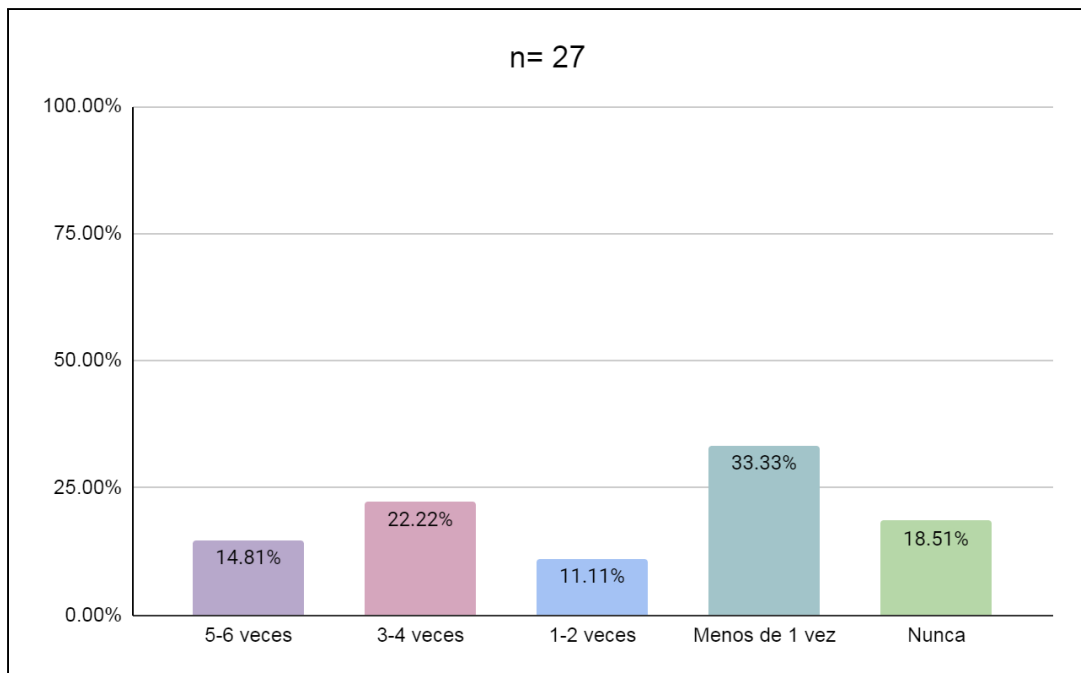
**Fuente: Elaboración propia.**

A continuación se analizó el consumo del grupo 6 que es el de aquellos productos alimenticios procesados y ultraprocesados con alto contenido de grasas, azúcares y/o sal y cuyo consumo debería ser opcional y no debería formar parte de la alimentación diaria debido a la mala calidad alimentaria-nutricional que poseen, a su alto contenido de conservantes y aditivos y a los riesgos que supone su consumo excesivo en lo referido a la salud, predisponiendo a numerosas enfermedades como diabetes, hipertensión, dislipemias y obesidad (Ministerio de Salud, 2018).

El primer producto de este grupo son los snacks salados, en los que se incluyen las papas y batatas fritas, los palitos salados, el maní frito, los bastones de maíz inflado y los nachos. El 14,81% de los encuestados los consume de 5 a 6 veces a la

semana, el 22,22% los consume de 3 a 4 veces por semana, el 11,11% de 1 a 2 veces por semana, el 33,33% menos de 1 vez a la semana y el 18,51% nunca los consume.

**Gráfico N°28: Frecuencia de consumo de snacks**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°6: Consumo de snacks**

Encuestado	Snacks	Nivel de consumo
1	<1	BAJO
2	0	NULO
3	0	NULO
4	1-2	BAJO
5	3-4	MODERADO
6	5-6	ALTO
7	3-4	MODERADO
8	5-6	ALTO
9	5-6	ALTO
10	<1	BAJO
11	3-4	MODERADO
12	3-4	MODERADO
13	3-4	MODERADO
14	<1	BAJO

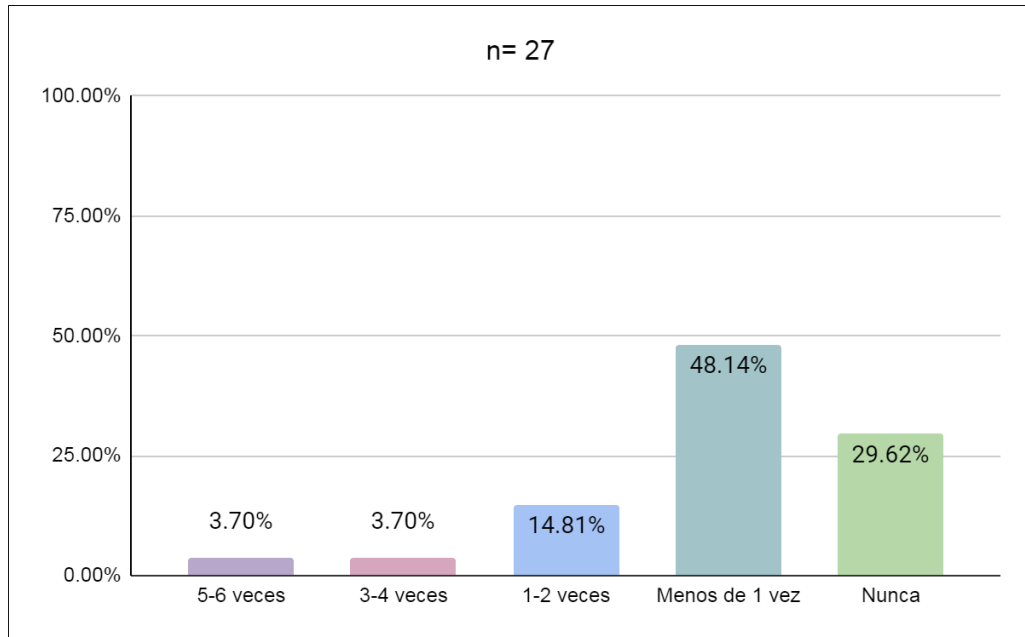
15	0	NULO
16	<1	BAJO
17	<1	BAJO
18	0	NULO
19	3-4	MODERADO
20	<1	BAJO
21	<1	BAJO
22	1-2	BAJO
23	0	NULO
24	<1	BAJO
25	<1	BAJO
26	1-2	BAJO
27	5-6	ALTO

**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión, el 14,81% de los encuestados tiene un consumo alto de snacks, de entre 5 y 6 veces por semana, el 22,22% un consumo moderado de 3 a 4 veces por semana, el 44,44% presenta un consumo bajo de menos de una vez a la semana y hasta 2 veces por semana y el 18,51% restante presenta un consumo nulo.

Luego, se evaluó el consumo de embutidos y chacinados. En primer lugar, los embutidos crudos, que incluyen jamón crudo, chorizo, salame, longaniza y panceta, son consumidos de 5 a 6 veces por semana por el 3,70% de los encuestados, de 3 a 4 veces por semana por el 3,70%, de 1 a 2 veces por el 14,81%, menos de 1 vez a la semana por el 48,14% y nunca por el 29,62% de los encuestados.

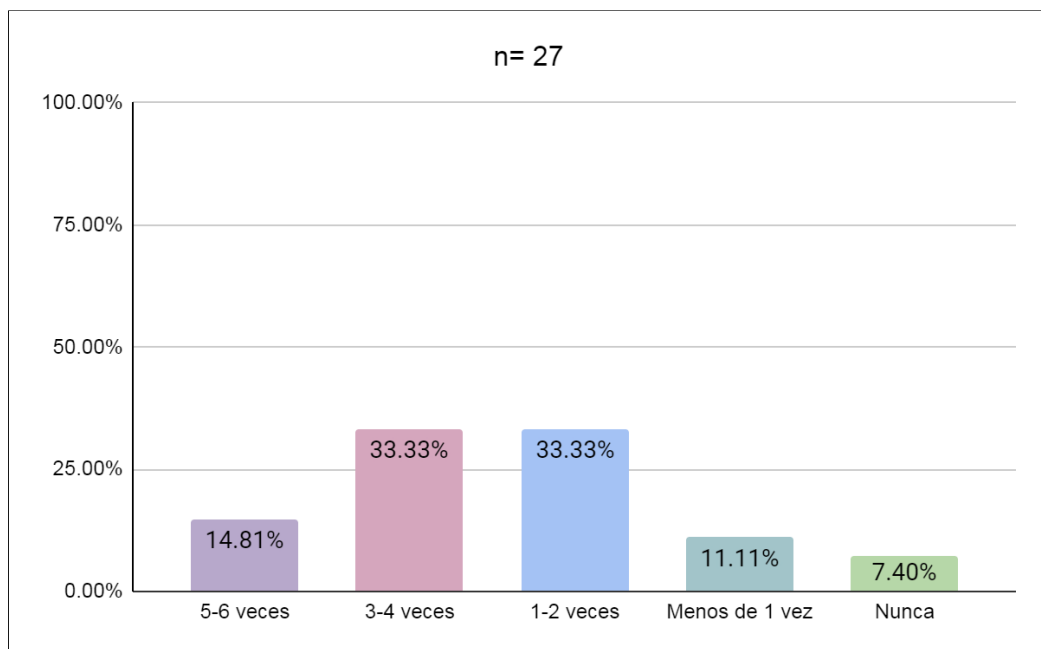
**Gráfico N°29: Frecuencia de consumo de embutidos crudos**



**Fuente: Elaboración propia.**

Luego, se evaluó el consumo de embutidos cocidos como el jamón cocido, la mortadela, la morcilla, las salchichas y el paté. Y se observó que el 14,81% de los encuestados los consume de 5 a 6 veces por semana, el 33,33% de 3 a 4 veces, el 33,33% de 1 a 2 veces, el 11,11% menos de 1 vez por semana y el 7,40% restante nunca los consume.

**Gráfico N°29: Frecuencia de consumo de embutidos cocidos**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°7: Consumo de embutidos y chacinados**

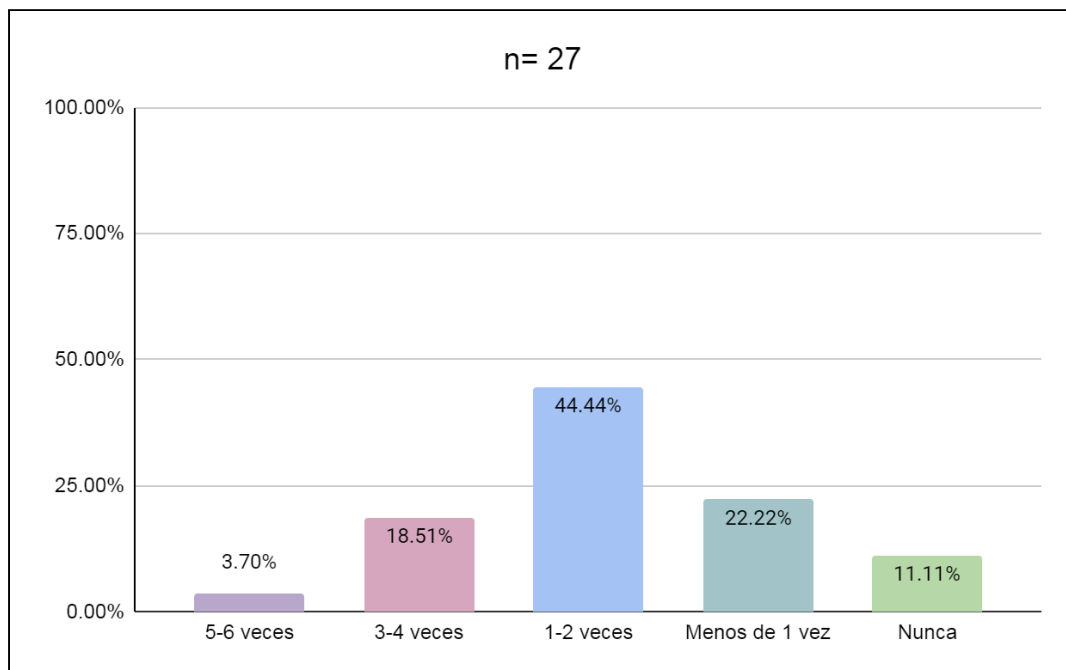
Encuestado	Embutidos crudos	Embutidos cocidos	Nivel de consumo
1	3-4	3-4	ALTO
2	1-2	5-6	ALTO
3	5-6	5-6	ALTO
4	1-2	1-2	MODERADO
5	1-2	5-6	ALTO
6	<1	1-2	BAJO
7	0	3-4	MODERADO
8	0	1-2	BAJO
9	<1	1-2	BAJO
10	0	0	NULO
11	0	3-4	MODERADO
12	<1	1-2	BAJO
13	<1	3-4	MODERADO
14	0	3-4	MODERADO
15	0	0	NULO
16	<1	3-4	MODERADO
17	0	1-2	BAJO
18	<1	<1	BAJO
19	<1	1-2	BAJO
20	<1	1-2	BAJO
21	1-2	5-6	ALTO
22	<1	1-2	BAJO
23	<1	3-4	MODERADO
24	<1	3-4	MODERADO
25	<1	3-4	MODERADO
26	0	<1	BAJO
27	<1	<1	BAJO

Fuente: Elaboración propia.

Como conclusión, el 18,5% de los encuestados posee un consumo alto de embutidos, mayor a 5 veces por semana. Dentro del grupo, los más consumidos son los embutidos cocidos y los menos consumidos los embutidos crudos.

A continuación, se analizó la frecuencia de consumo de dulce, jalea y mermelada la cual evidencia que el 3,70% de los encuestados la consume de 5 a 6 veces por semana, el 18,51% de 3 a 4 veces por semana, el 44,44% de 1 a 2 veces por semana, el 22,22% menos de 1 vez a la semana y el 11,11% nunca los consume.

**Gráfico N°30: Frecuencia de consumo de dulce, jalea y mermelada**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°8: Frecuencia de consumo de dulce, jalea y mermelada**

Encuestado	Dulce, jalea, mermelada	Nivel de consumo
1	3-4	MODERADO
2	5-6	ALTO
3	3-4	MODERADO
4	0	NULO
5	0	NULO
6	1-2	BAJO
7	1-2	BAJO
8	3-4	MODERADO

9	1-2	BAJO
10	0	NULO
11	1-2	BAJO
12	<1	BAJO
13	<1	BAJO
14	1-2	BAJO
15	3-4	MODERADO
16	1-2	BAJO
17	<1	BAJO
18	1-2	BAJO
19	<1	BAJO
20	1-2	BAJO
21	1-2	BAJO
22	3-4	MODERADO
23	1-2	BAJO
24	1-2	BAJO
25	<1	BAJO
26	1-2	BAJO
27	<1	BAJO

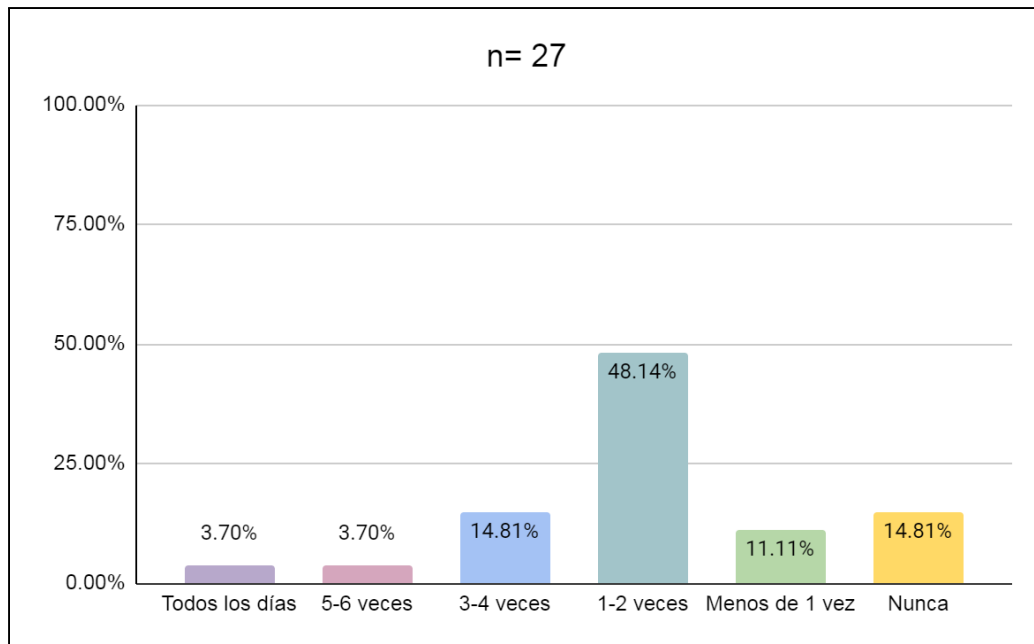
**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión, el 3,70% de los encuestados tiene un consumo alto de dulce, jalea y mermelada, el 18,51% un consumo moderado, el 66,66% un consumo bajo y el 11,11% un consumo nulo.

Luego, se evaluó el grupo de las grasas saturadas, compuesto por la manteca, margarina, grasa animal y crema. Este gráfico arrojó como resultado que el 3,70% de los encuestados los consume todos los días, el 3,70% de 5 a 6 veces por semana, el 14,81% de 3 a 4 veces por semana, el 48,14% de 1 a 2 veces por semana, el 11,11% menos de 1 vez a la semana y el 14,81% nunca los consume.



**Gráfico N°31: Frecuencia de consumo de manteca, margarina, grasa y crema**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°9: Consumo de manteca, margarina, grasa y crema**

Encuestado	Manteca, margarina, grasa, crema	Nivel de consumo
1	1-2	BAJO
2	3-4	MODERADO
3	3-4	MODERADO
4	7	ALTO
5	5-6	ALTO
6	1-2	BAJO
7	1-2	BAJO
8	<1	BAJO
9	1-2	BAJO
10	1-2	BAJO
11	1-2	BAJO
12	0	NULO
13	0	NULO
14	1-2	BAJO
15	1-2	BAJO

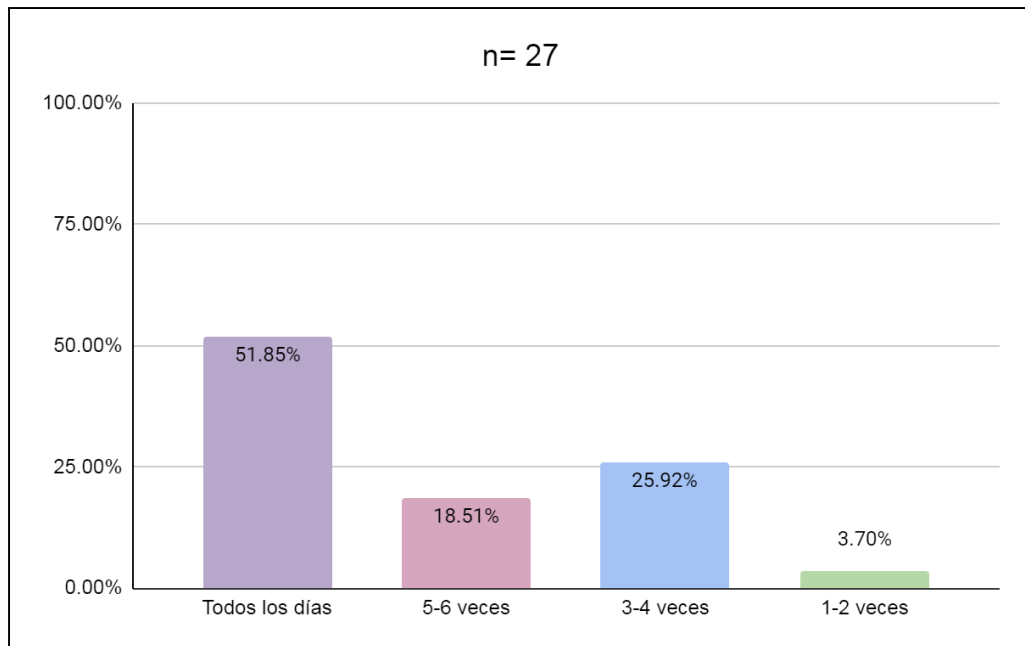
16	1-2	BAJO
17	0	NULO
18	<1	BAJO
19	<1	BAJO
20	1-2	BAJO
21	3-4	MODERADO
22	<1	BAJO
23	1-2	BAJO
24	1-2	BAJO
25	3-4	MODERADO
26	0	NULO
27	1-2	BAJO

**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión, el 7,40% de los encuestados presenta un consumo alto, de 5 a 7 veces por semana, el 14,81% presenta un consumo moderado de 3 a 4 veces por semana, el 59,25% un consumo bajo de entre menos de 1 vez a la semana y 2 veces por semana y el 14,81% un consumo nulo, evidenciando así que, en la mayoría de los encuestados, existe una tendencia hacia el consumo limitado de este grupo en la alimentación habitual.

Posteriormente, se evaluó el consumo de galletitas tanto dulces como saladas, se refleja que el 51,85% las consume todos los días, el 18,51% de 5 a 6 veces, el 25,92% de 3 a 4 veces y el 3,70% de 1 a 2 veces.

**Gráfico N°32: Frecuencia de consumo de galletitas**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°10: Frecuencia de consumo de galletitas**

Encuestado	Galletitas	Nivel de consumo
1	5-6	ALTO
2	7	ALTO
3	7	ALTO
4	7	ALTO
5	7	ALTO
6	7	ALTO
7	5-6	ALTO
8	7	ALTO
9	7	ALTO
10	7	ALTO
11	3-4	MODERADO
12	3-4	MODERADO
13	7	ALTO
14	3-4	MODERADO
15	5-6	ALTO
16	7	ALTO

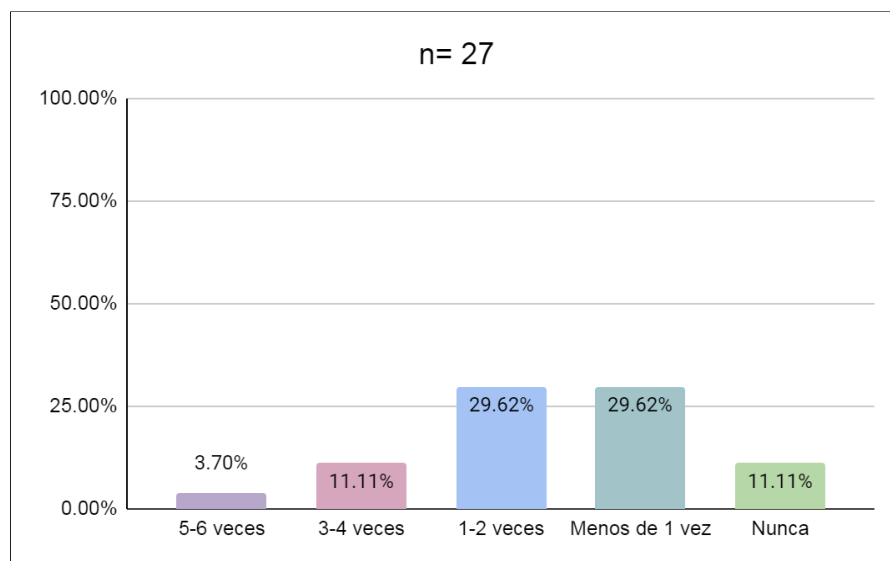
17	3-4	MODERADO
18	3-4	MODERADO
19	5-6	ALTO
20	7	ALTO
21	5-6	ALTO
22	7	ALTO
23	7	ALTO
24	3-4	MODERADO
25	3-4	MODERADO
26	1-2	BAJO
27	7	ALTO

**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión, el 70,37% de los encuestados presenta un consumo alto de galletitas de entre 5 y 7 veces por semana, el 25,92% un consumo moderado y el 3,70% un consumo bajo.

También, se evaluó el consumo de productos de pastelería, que incluye facturas, tortas, budines, tartas dulces, masas secas o finas, bizcochitos, churros, pastelitos, arrollados. Se observa que el 3,70% los consume de 5 a 6 veces por semana, el 11,11% de 3 a 4 veces, el 29,62% de 1 a 2 veces por semana, el 29,62% menos de 1 vez por semana y el 11,11% nunca los consume.

**Gráfico N°33: Frecuencia de consumo de productos de pastelería**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°11: Consumo de productos de pastelería**

Encuestado	Productos de pastelería	Nivel de consumo
1	3-4	MODERADO
2	5-6	ALTO
3	<1	BAJO
4	<1	BAJO
5	<1	BAJO
6	3-4	MODERADO
7	<1	BAJO
8	<1	BAJO
9	<1	BAJO
10	<1	BAJO
11	1-2	BAJO
12	0	NULO
13	1-2	BAJO
14	<1	BAJO
15	<1	BAJO
16	1-2	BAJO
17	<1	BAJO
18	1-2	BAJO
19	1-2	BAJO
20	1-2	BAJO
21	3-4	MODERADO
22	1-2	BAJO
23	1-2	BAJO
24	1-2	BAJO
25	0	NULO
26	0	NULO
27	<1	BAJO

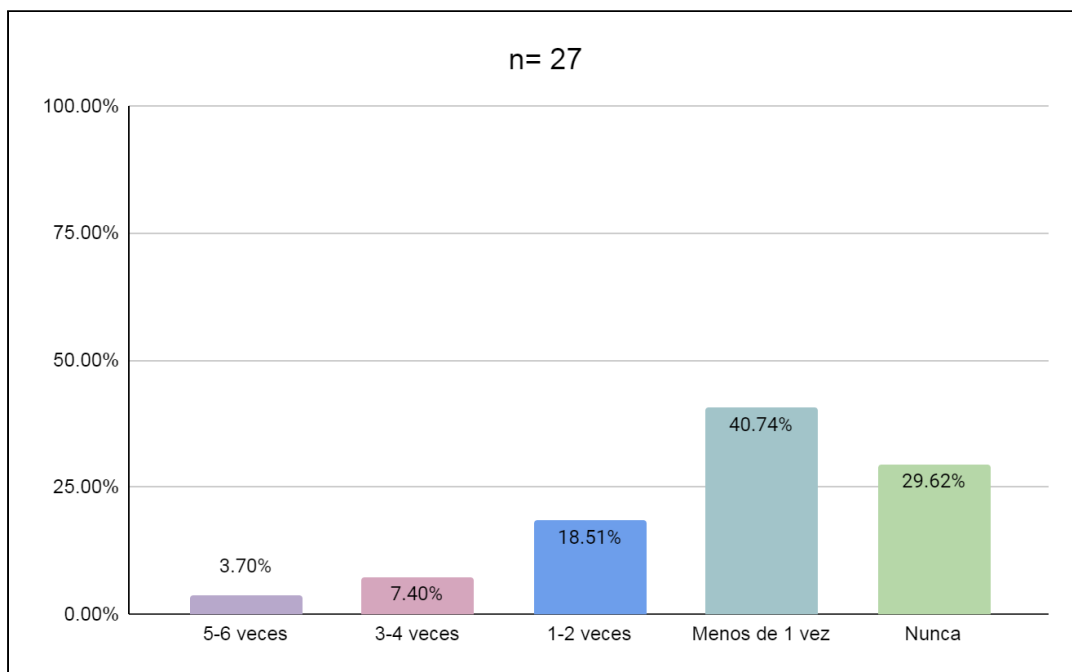
**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión, el 3,70% presenta un consumo alto de 5 a 6 veces por semana, el 11,11% un consumo moderado de 3 a 4 veces por semana, el 59,24% un consumo bajo de entre menos de 1 vez por semana y 2 veces y el 11,11% un consumo nulo.

Luego, se evaluó el consumo de golosinas, en el que se incluyen por un lado los dulces como caramelos, gomitas, chupetines y pastillas, por otro los chocolates como alfajores, bombones y tabletas y por último, las golosinas consideradas más saludables como turrone y barras de cereal.

En primer lugar se evaluaron los dulces, como caramelos, gomitas, chupetines y pastillas, cuya frecuencia de consumo evidencia que el 3,70% de los encuestados los consume de 5 a 6 veces por semana, el 7,40% de 3 a 4 veces, el 18,51% de 1 a 2 veces, el 40,74% menos de 1 vez por semana y el 29,62% nunca los consume.

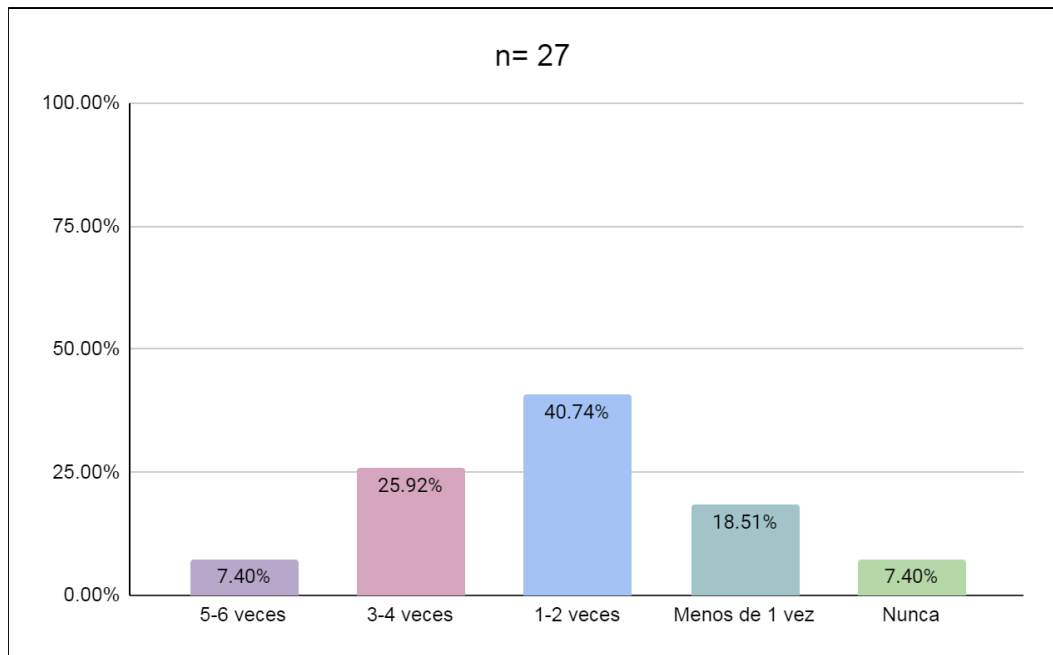
**Gráfico N°34: Frecuencia de consumo de dulces**



**Fuente: Elaboración propia.**

Luego, se incluyó también el grupo de los chocolates como alfajores, tabletas y bombones, cuyo gráfico indica que el 7,40% de los encuestados los consume de 5 a 6 veces a la semana, el 25,92% de 3 a 4 veces por semana, el 40,74% de 1 a 2 veces, el 18,51% menos de 1 vez a la semana y el 7,40% de los encuestados nunca los consume.

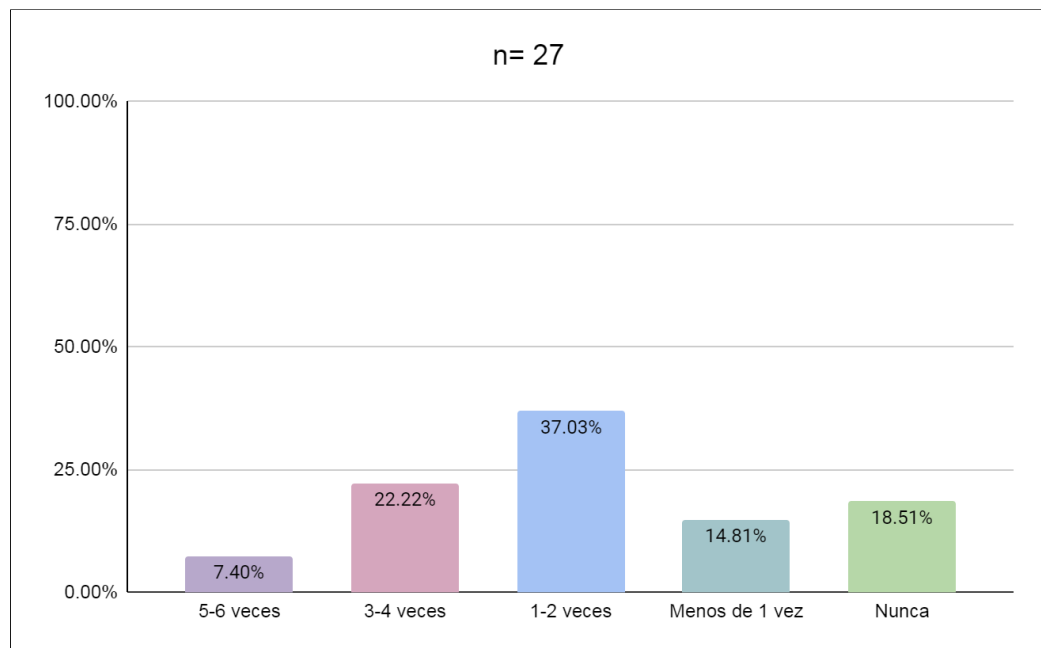
**Gráfico N°35: Frecuencia de consumo de chocolates**



**Fuente: Elaboración propia.**

Por último, se analizó además el consumo de turrone y barras de cereal. El 7,40% de los encuestados los consume de 5 a 6 veces por semana, el 22,22% de 3 a 4 veces, el 37,03% de 1 a 2 veces, el 14,81% menos de 1 vez a la semana y el 18,51% restante nunca los consume.

**Gráfico N°36: Frecuencia de consumo de turrone y barras de cereal**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°12: Frecuencia de consumo de golosinas**

Encuestado	Caramelos, gomitas, chupetines	Alfajores, chocolates, bombones	Turrone, barras de cereal	Nivel de consumo del grupo
1	<1	1-2	5-6	ALTO
2	0	1-2	1-2	BAJO
3	0	1-2	0	BAJO
4	<1	<1	<1	BAJO
5	0	3-4	3-4	ALTO
6	<1	5-6	5-6	ALTO
7	<1	1-2	1-2	MODERADO
8	5-6	3-4	3-4	ALTO
9	1-2	1-2	1-2	MODERADO
10	<1	<1	<1	BAJO
11	1-2	0	1-2	BAJO
12	1-2	<1	0	BAJO
13	<1	5-6	1-2	ALTO
14	3-4	1-2	0	ALTO
15	0	3-4	0	MODERADO
16	0	3-4	3-4	ALTO
17	<1	<1	1-2	BAJO
18	0	0	3-4	MODERADO
19	<1	3-4	3-4	ALTO
20	<1	<1	0	BAJO
21	1-2	1-2	1-2	MODERADO
22	1-2	1-2	1-2	MODERADO
23	0	1-2	1-2	BAJO
24	<1	1-2	<1	BAJO
25	0	3-4	<1	MODERADO
26	<1	1-2	1-2	MODERADO
27	3-4	3-4	3-4	ALTO

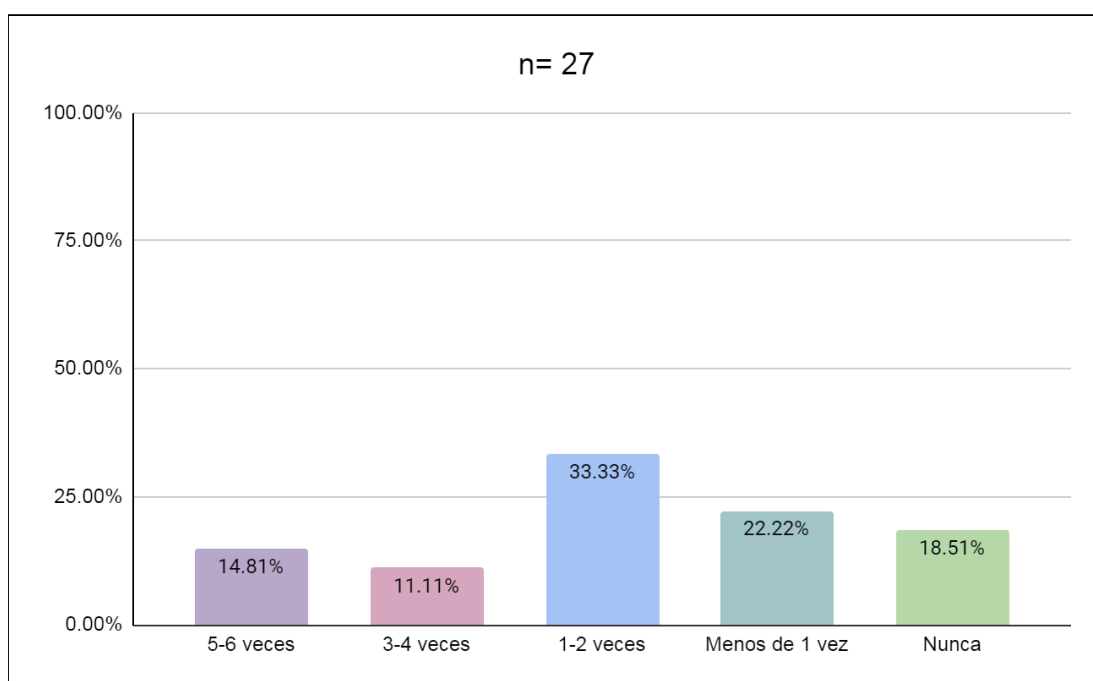
Fuente: Elaboración propia.



Como conclusión para este grupo, se observa que el 33,33% de los encuestados presenta un consumo alto, el 29,62% presenta un consumo moderado y el 37,03% restante presenta un consumo bajo.

En cuanto al consumo de aderezos, en cuyo grupo se incluyen la mayonesa, la mostaza, el ketchup, la barbacoa, la salsa golf, salsa cheddar y salsa de soja, se observó que el 14,81% de los encuestados los consume de 5 a 6 veces a la semana, el 11,11% de 3 a 4 veces, el 33,33% de 1 a 2 veces, el 22,22% menos de 1 vez a la semana y el 18,51% restante nunca los consume.

**Gráfico N°37: Frecuencia de consumo de aderezos**



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N°13: Frecuencia de consumo de aderezos**

Encuestado	Aderezos	Nivel de consumo
1	<1	BAJO
2	1-2	BAJO
3	0	NULO
4	<1	BAJO
5	1-2	BAJO
6	0	NULO
7	1-2	BAJO
8	3-4	MODERADO

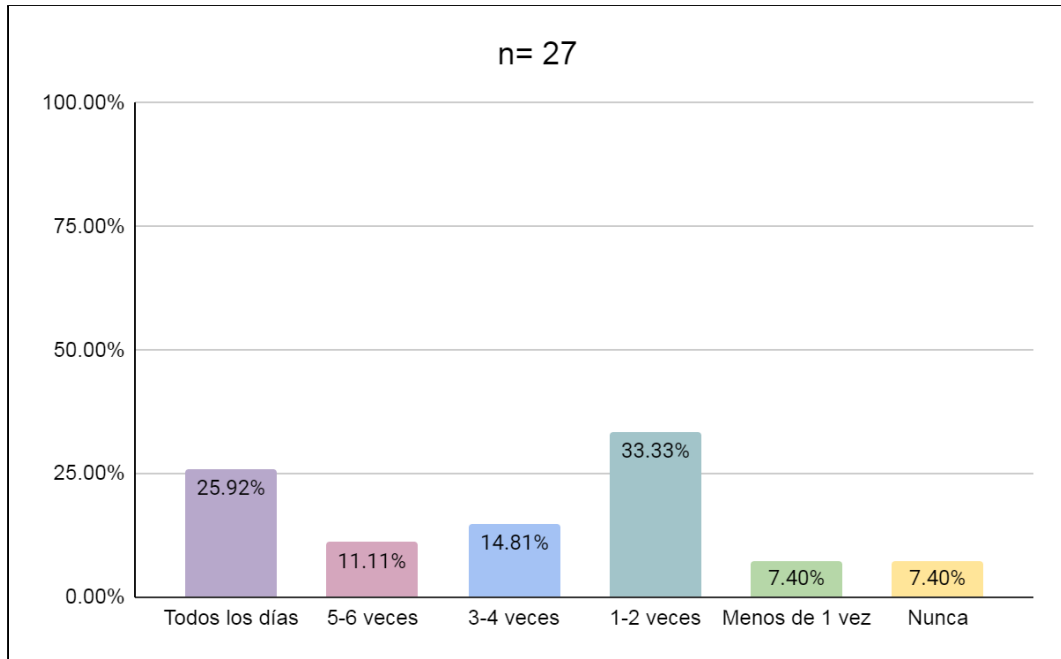
9	5-6	ALTO
10	0	NULO
11	0	NULO
12	1-2	BAJO
13	5-6	ALTO
14	3-4	MODERADO
15	1-2	BAJO
16	1-2	BAJO
17	<1	BAJO
18	<1	BAJO
19	0	NULO
20	1-2	BAJO
21	<1	BAJO
22	1-2	BAJO
23	<1	BAJO
24	1-2	BAJO
25	5-6	ALTO
26	3-4	MODERADO
27	5-6	ALTO

**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión para este grupo, el 14,81% de los encuestados presenta un consumo alto, el 11,11% un consumo moderado, el 55,55% un consumo bajo y el 18,51% restante un consumo nulo.

El último producto analizado en esta categoría son las bebidas azucaradas que incluyen tanto gaseosas como jugos y aguas saborizadas. El gráfico refleja que el 25,92% de los encuestados las consume todos los días, el 11,11% de 5 a 6 veces por semana, el 14,81% de 3 a 4 veces por semana, el 33,33% de 1 a 2 veces por semana, el 7,40% menos de 1 vez a la semana y el 7,40% nunca las consume.

**Gráfico N°38: Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas**



**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla N°14: Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas**

Encuestado	Bebidas azucaradas	Nivel de consumo
1	1-2	BAJO
2	<1	BAJO
3	1-2	BAJO
4	3-4	MODERADO
5	7	ALTO
6	7	ALTO
7	7	ALTO
8	7	ALTO
9	7	ALTO
10	0	NULO
11	0	NULO
12	5-6	ALTO
13	7	ALTO
14	7	ALTO
15	3-4	MODERADO
16	1-2	BAJO

17	3-4	MODERADO
18	<1	BAJO
19	5-6	ALTO
20	1-2	BAJO
21	1-2	BAJO
22	1-2	BAJO
23	3-4	MODERADO
24	1-2	BAJO
25	1-2	BAJO
26	1-2	BAJO
27	5-6	ALTO

Fuente: Elaboración propia.

Como conclusión, el 37,03% de los encuestados presenta un consumo alto de bebidas azucaradas, el 14,81% un consumo moderado, el 40,73% un consumo bajo y el 7,40% restante presenta un consumo nulo.

**Tabla N°15: Consumo global de ultraprocesados**

Nivel de consumo	Snacks	Embutidos	Grasas	Galletitas	Pastelería	Golosinas	Dulce	Aderezos	Bebidas azucaradas
Alto	14,81 %	18,50%	7,40%	70,37%	3,70%	33,33%	3,70%	14,81%	37,03%
Moderado	22,22 %	33,33%	14,81 %	25,92%	11,11%	29,62%	18,51%	11,11%	14,81%
Bajo	44,44 %	40,74%	59,25 %	3,70%	59,24%	37,03%	66,66%	55,55%	40,73%
Nulo	18,51 %	7,40%	14,81 %	0%	11,11%	0%	11,11%	18,51%	7,40%

Fuente: Elaboración propia.

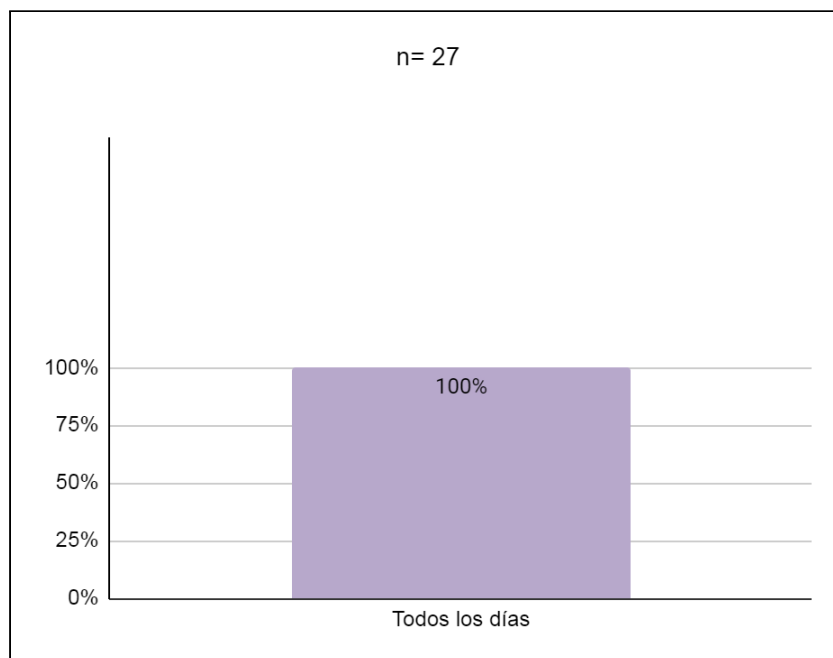
El análisis final del grupo de procesados y ultraprocesados arroja que en promedio este grupo se consume en un 22,6% con una frecuencia alta, un 20,16% con una frecuencia moderada, un 45,26% con una frecuencia baja, un 9,87% con una frecuencia nula. Por lo que, el 43% tiene una frecuencia alta-moderada, de entre 3 y 7 días por semana en el consumo de este grupo. Teniendo en cuenta que la población encuestada está conformada por niños con sobrepeso y obesidad, los resultados son

alarmantes debido a que el consumo de estos productos debería ser reducido al máximo o suprimido en muchos casos debido a la mala calidad nutricional que poseen y al riesgo que significa para la salud en general, predisponiendo a enfermedades metabólicas.

Los productos más consumidos de esta categoría fueron las galletitas, que son fuente de harinas refinadas, azúcar y grasa, y las bebidas azucaradas y las golosinas que son predominantemente azúcar y aditivos no nutritivos. Los productos menos consumidos son el grupo de las grasas; los productos de pastelería, el de dulce, jalea y mermelada y los aderezos, todos con más de la mitad de los encuestados con un consumo bajo.

Por último, las GAPA recomiendan una frecuencia de consumo diaria de agua por lo que, el 100% de los encuestados cumple con la recomendación. Sin embargo, en este estudio no se evaluaron porciones por lo que, pueden cumplir con la recomendación de consumo diaria pero no con la cantidad adecuada.

**Gráfico N°39: Frecuencia de consumo de agua**

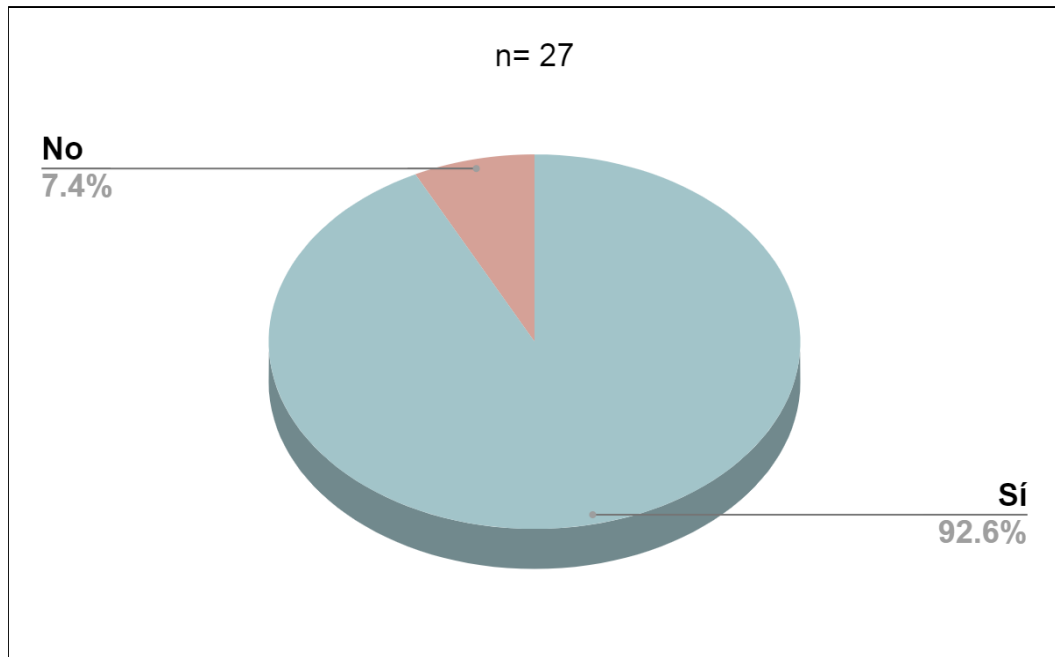


**Fuente: Elaboración propia.**

La siguiente sección de la encuesta consistió en evaluar la realización de actividad física por parte de los niños, tanto escolar como extracurricular.

En primer lugar se evaluó la realización de actividad física escolar, la cual es realizada por el 92,6% de los encuestados.

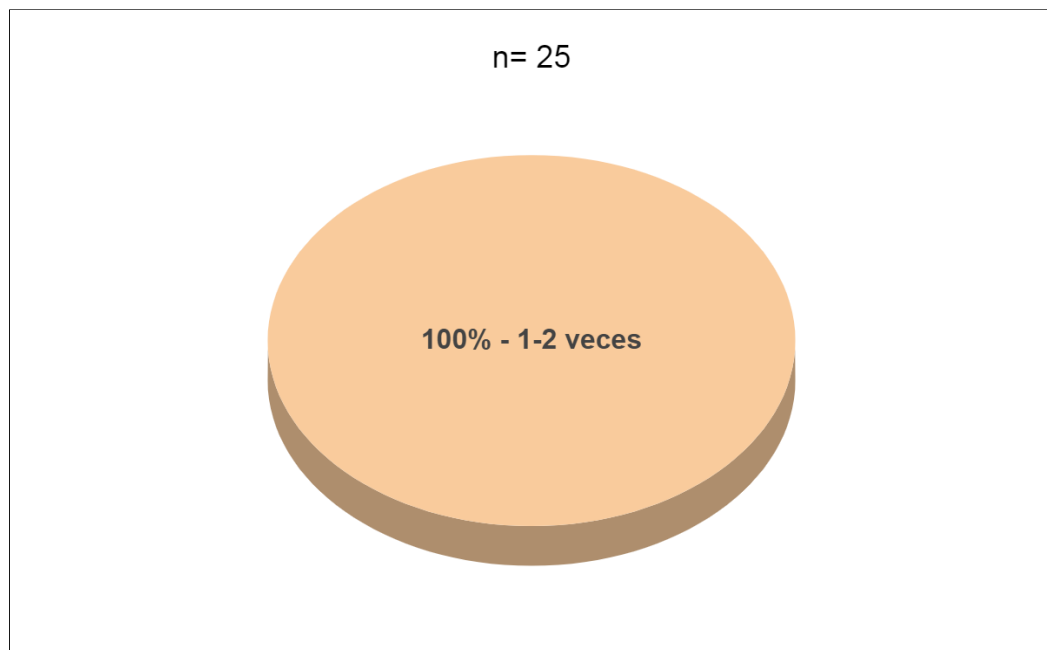
**Gráfico N°40: Realización de actividad física escolar**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto a la frecuencia semanal en la que la realizan, el 100% de los encuestados la realiza entre 1 y 2 veces por semana.

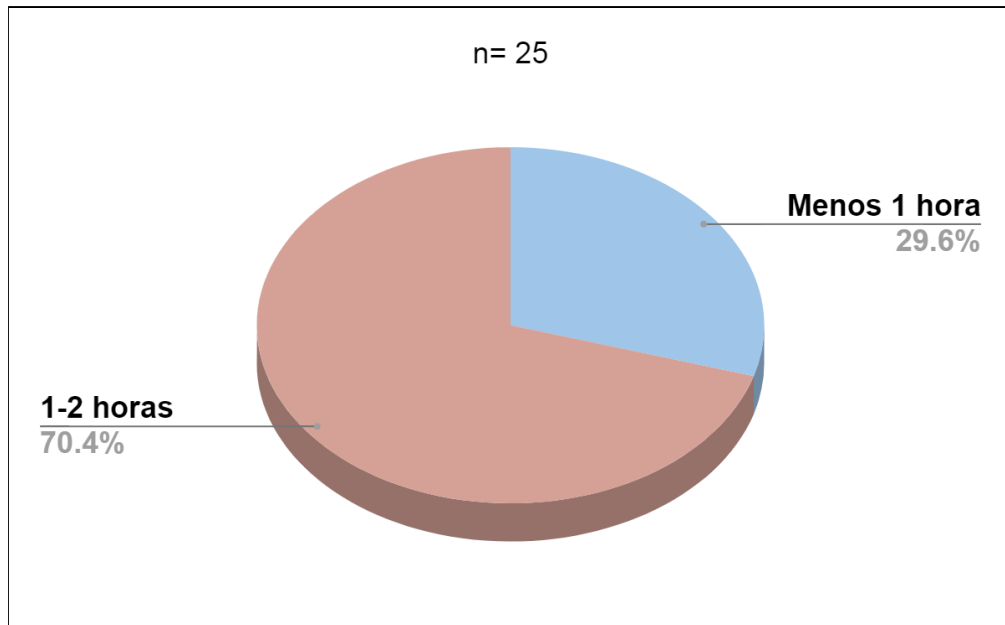
**Gráfico N°41: Frecuencia semanal**



**Fuente: Elaboración propia.**

Por último, en cuanto a la cantidad de tiempo que la realizan por vez, el 29,6% la realiza menos de 1 hora y el 70,4% entre 1 y 2 horas.

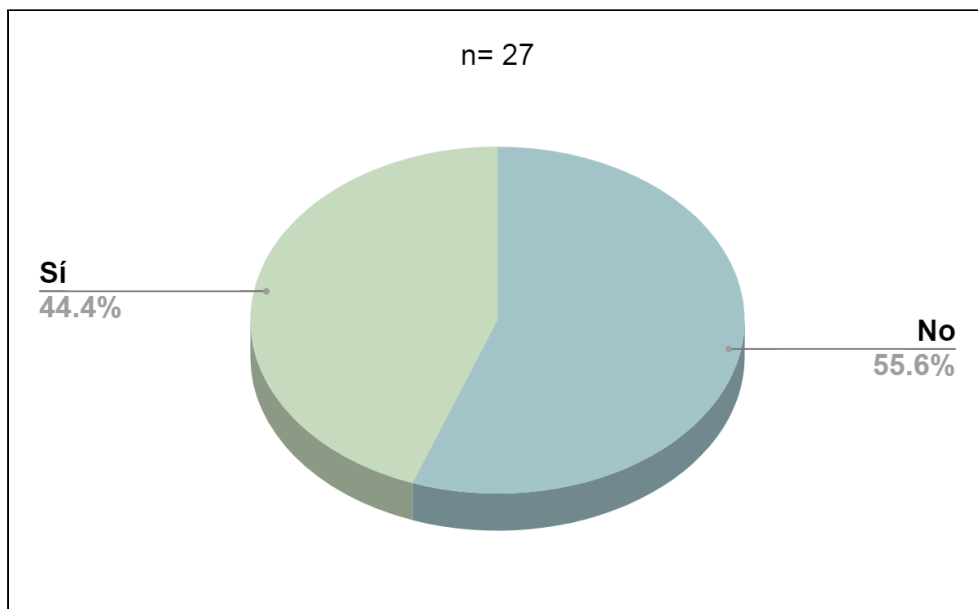
**Gráfico N°42: Tiempo que la realizan por vez**



**Fuente: Elaboración propia.**

En segundo lugar, se evaluó la realización de actividad física extracurricular, que incluye deportes como fútbol, hockey, tenis, rugby, básquet, atletismo, danza, caminata, carrera, bicicleta, natación. El 55,6% de los encuestados no la realiza y el 44,4% sí la realiza.

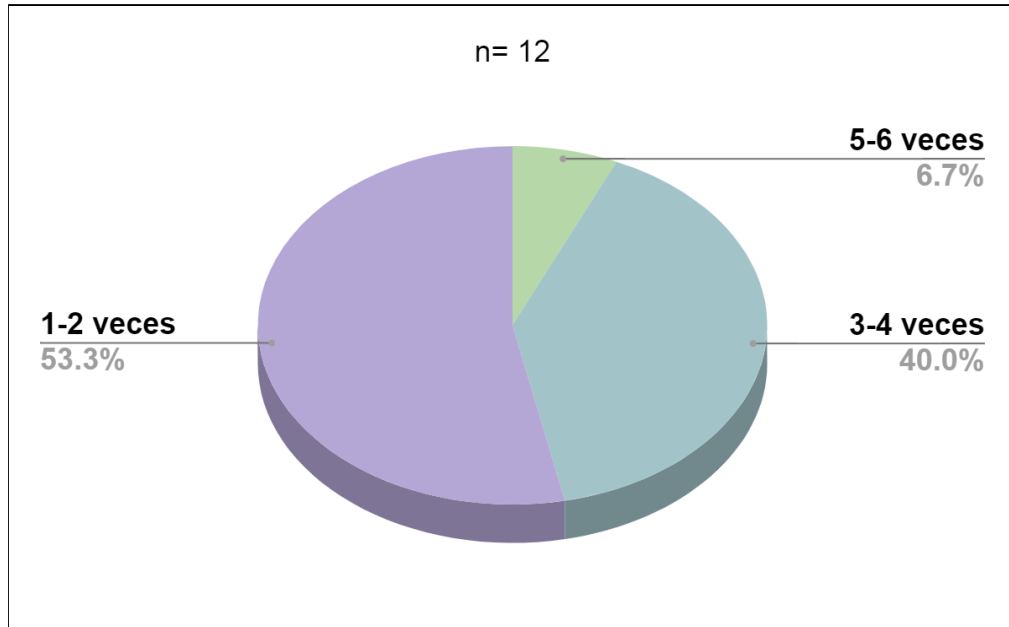
**Gráfico N°43: Realización de actividad física extracurricular**



**Fuente: Elaboración propia.**

Respecto a la frecuencia semanal, el 6,7% la realiza entre 5 y 6 días por semana, el 40% entre 3 y 4 veces por semana y el 53,3% entre 1 y 2 veces por semana.

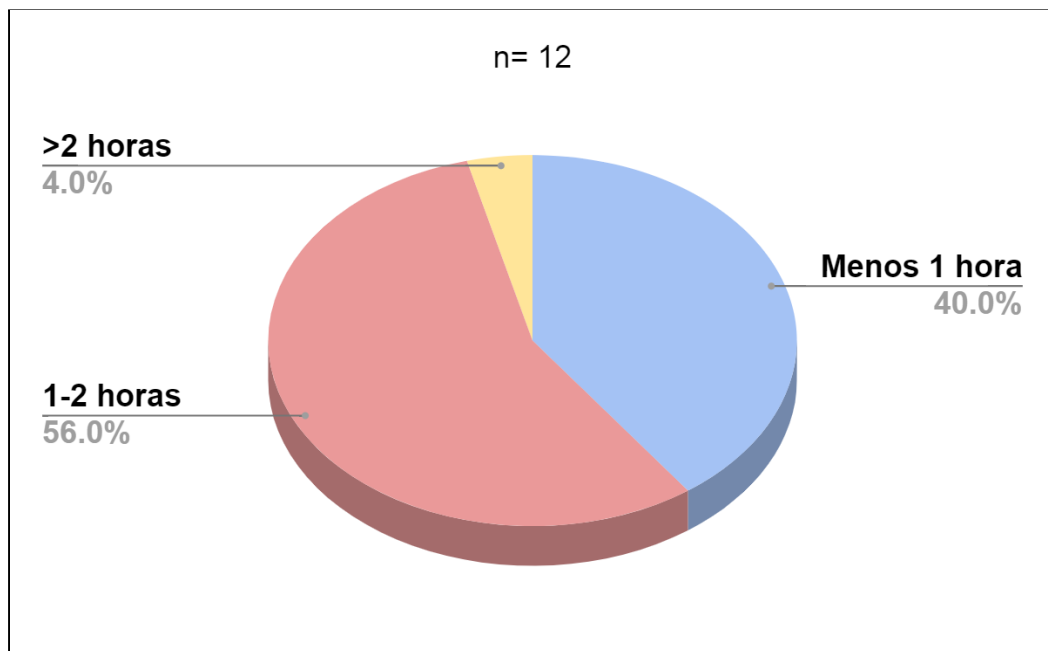
**Gráfico N°44: Frecuencia semanal de actividad física extracurricular**



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tiempo de realización de la actividad, el 40% la realiza menos de 1 hora por vez, el 56% entre 1 y 2 horas y el 4% más de 2 horas.

**Gráfico N°45: Tiempo que la realizan por vez**



Fuente: Elaboración propia.



La tabla que sigue a continuación refleja la frecuencia de realización de actividad física de ambos tipos de actividad.

**Tabla N°16: Realización de actividad física**

Encuestado	Actividad física escolar	Extracurricular	Realización diaria de actividad física
1	1-2	-	NO
2	1-2	-	NO
3	1-2	-	NO
4	1-2	-	NO
5	-	-	NO
6	1-2	1-2	NO
7	1-2	1-2	NO
8	1-2	-	NO
9	-	1-2	NO
10	1-2	1-2	NO
11	1-2	-	NO
12	1-2	3-4	NO
13	1-2	3-4	NO
14	1-2	3-4	NO
15	1-2	1-2	NO
16	1-2	-	NO
17	1-2	-	NO
18	1-2	3-4	NO
19	1-2	1-2	NO
20	1-2	3-4	NO
21	1-2	5-6	SI
22	1-2	1-2	NO
23	1-2	-	NO
24	1-2	-	NO
25	1-2	3-4	NO
26	1-2	1-2	NO
27	1-2	-	NO

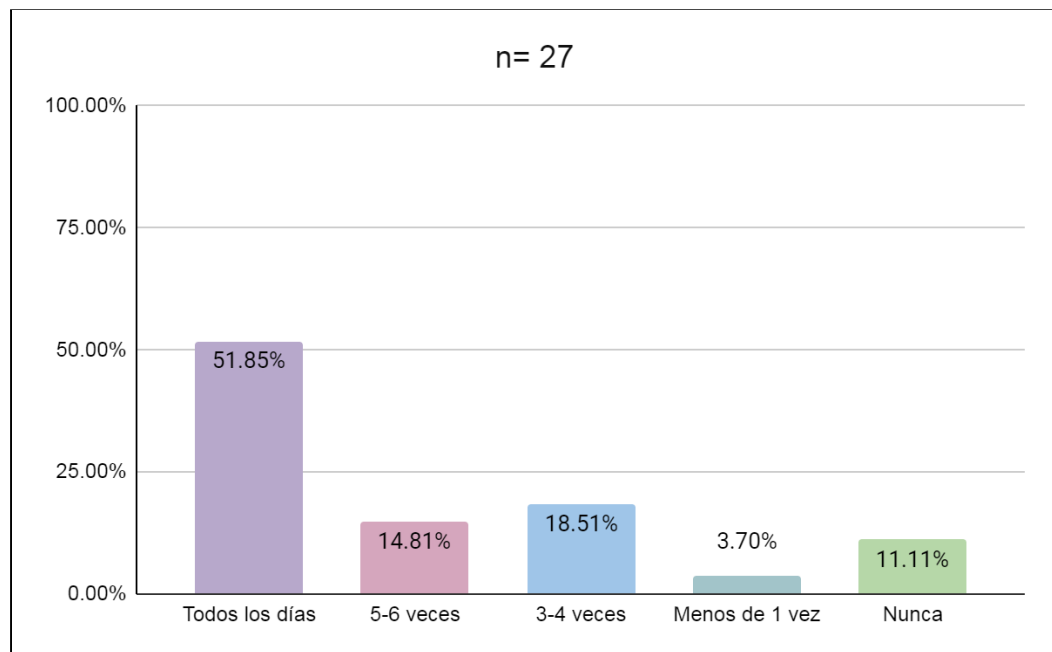
**Fuente: Elaboración propia.**

La Asociación Argentina de Pediatría recomienda la realización de actividad física de intensidad moderada a vigorosa diaria, de al menos 60 minutos por día. Sin embargo, tan sólo el 3,70% de los niños cumple con la frecuencia diaria recomendada y el 96,29% se encuentra con una frecuencia mucho menor. Además, en cuanto al tiempo recomendado, un porcentaje importante, conformado por el 29,6% de los encuestados que sí realizan actividad física escolar y el 40% para los que realizan actividad física extracurricular, no alcanza a cumplir con la recomendación de 60 minutos.

Posteriormente, se decidió evaluar el uso de pantallas, incluyendo celular, tablet, computadora, consola de videojuegos y televisión.

En primer lugar, la frecuencia de uso de celular arroja que el 51,85% de los encuestados lo utiliza todos los días, el 14,81% de 5 a 6 veces por semana, el 18,51% de 3 a 4 veces por semana, el 3,70% menos de 1 vez por semana y el 11,11% restante nunca lo utiliza.

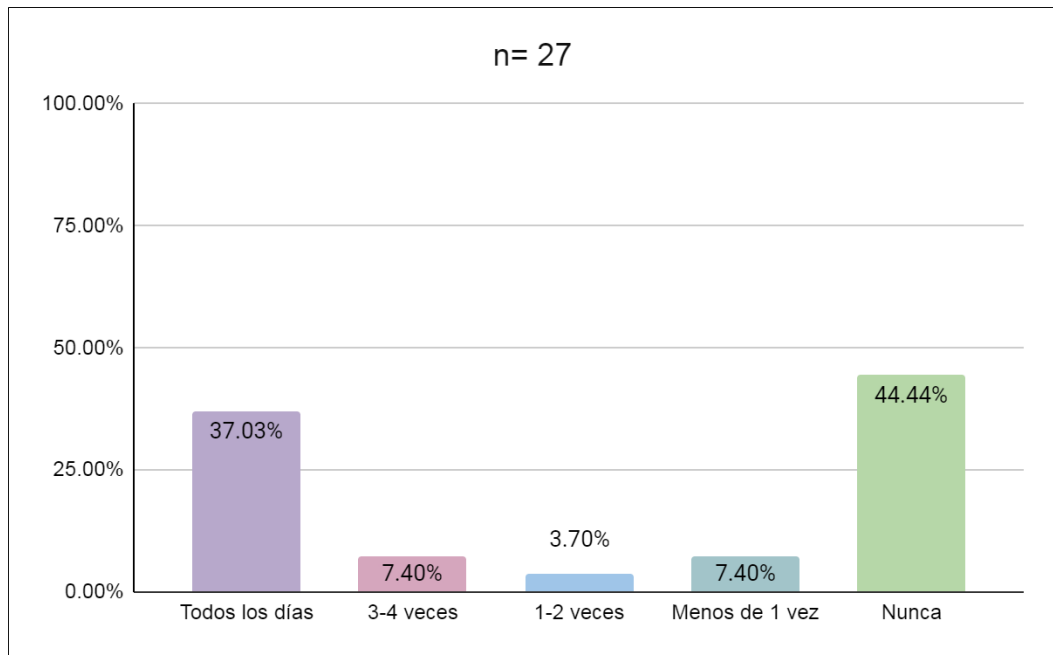
**Gráfico N°46: Frecuencia de uso de celular**



**Fuente: Elaboración propia.**

Luego, en cuanto a la frecuencia de uso de tablet, el 37,03% de los encuestados lo utiliza todos los días, el 7,40% de 3 a 4 veces por semana, el 3,70% de 1 a 2 veces por semana, el 7,40% menos de 1 vez por semana y el 44,44% restante nunca la utiliza.

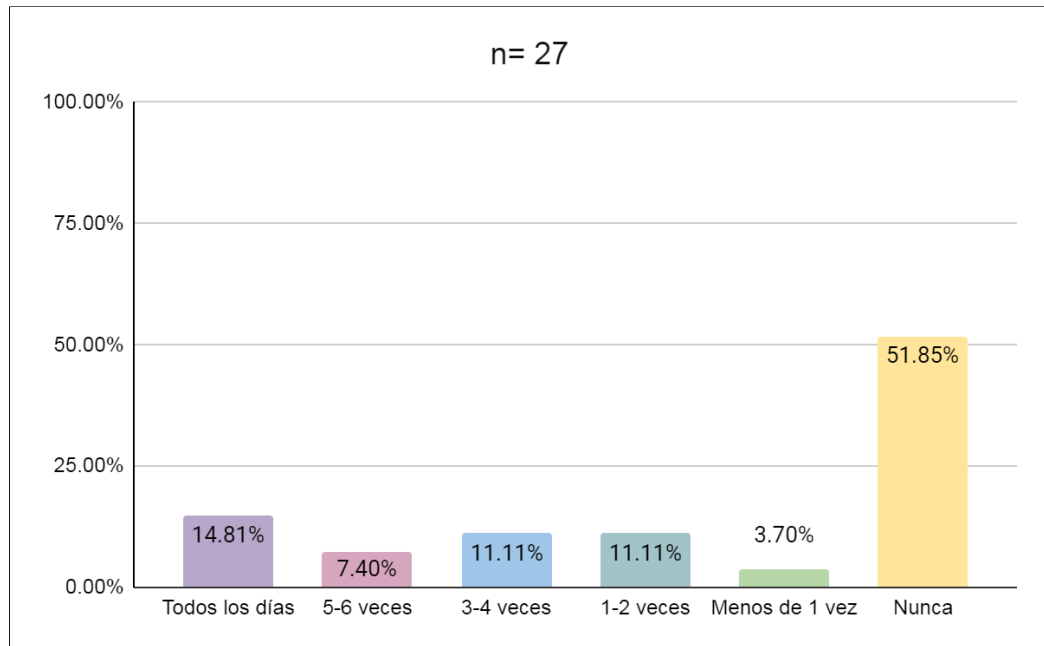
**Gráfico N°47: Frecuencia de uso de tablet**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto al uso de computadora, el 14,81% de los niños la utiliza todos los días, el 7,40% de 5 a 6 veces por semana, el 11,11% de 3 a 4 veces por semana, el 11,11% de 1 a 2 veces por semana, el 3,70% menos de una vez a la semana y el 51,85% nunca.

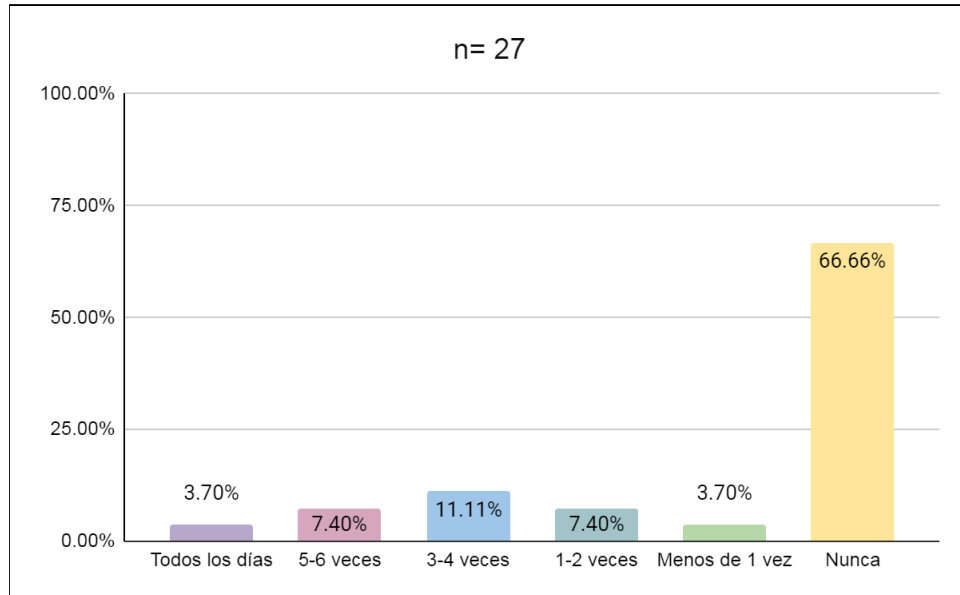
**Gráfico N°48: Frecuencia de uso de computadora**



**Fuente: Elaboración propia.**

Respecto al uso de consola de videojuegos, el 3,70% la utiliza todos los días, el 7,40% de 5 a 6 veces por semana, el 11,11% de 3 a 4 veces por semana, el 7,40% de 1 a 2 veces por semana, el 3,70% menos de 1 vez por semana y el 66,66% nunca la utiliza.

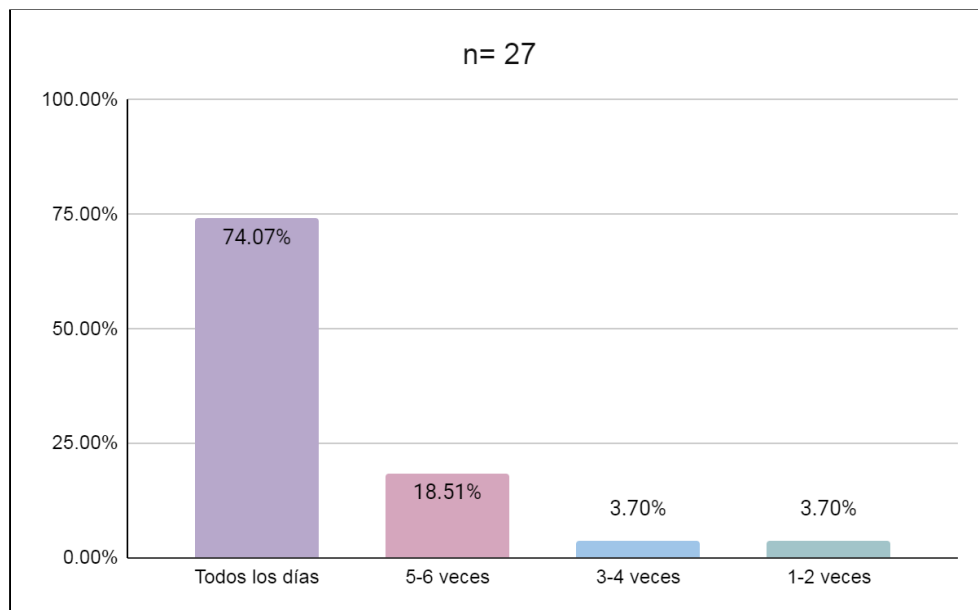
**Gráfico N°49: Frecuencia de uso de consola de videojuegos**



**Fuente: Elaboración propia.**

Por último, en cuanto al uso de televisión, el 74,07% de los niños la utiliza todos los días, el 18,51% de 5 a 6 veces por semana, el 3,70% de 3 a 4 veces por semana y el 3,70% de 1 a 2 veces por semana.

**Gráfico N°50: Frecuencia de uso de televisión**



**Fuente: Elaboración propia.**

En la siguiente tabla se puede observar la frecuencia de uso de los distintos dispositivos en cada encuestado.

**Tabla N°17: Frecuencia de uso de pantallas**

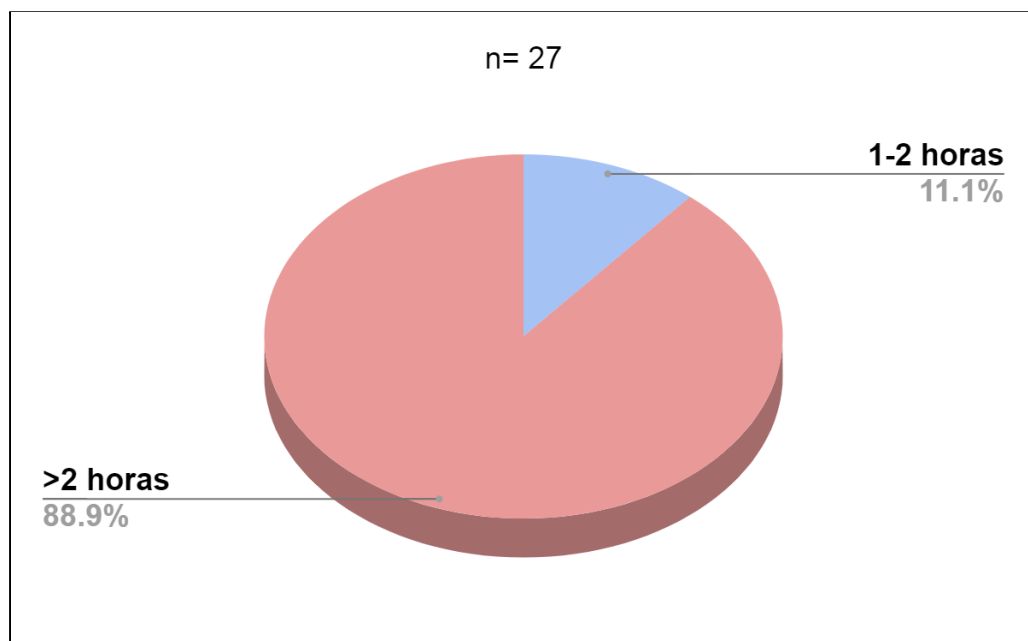
Encuestado	Celular	Tablet	Computadora	Consola de videojuegos	Televisión
1	7	7	-	-	7
2	5-6	3-4	7	3-4	7
3	3-4	7	3-4	3-4	7
4	7	-	-	7	7
5	3-4	-	-	5-6	7
6	7	7	5-6	-	7
7	7	7	-	-	7
8	7	-	-	-	7
9	7	7	-	-	7
10	7	7	-	-	7
11	7	-	-	-	3-4
12	<1	-	-	-	7
13	7	-	1-2	1-2	7
14	-	-	-	-	7
15	7	7	1-2	1-2	7
16	-	7	-	-	7
17	7	-	7	-	7
18	5-6	1-2	5-6	-	5-6
19	3-4	7	<1	-	1-2
20	5-6	-	3-4	<1	5-6
21	7	3-4	7	3-4	5-6
22	7	-	-	-	7
23	3-4	7	-	-	7
24	-	-	-	-	7
25	5-6	<1	1-2	-	5-6
26	7	-	7	-	7
27	3-4	<1	3-4	5-6	5-6

**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión a la frecuencia de uso semanal, todos los encuestados presentan una frecuencia de al menos 1 dispositivo electrónico por día, siendo la mayor parte de los encuestados los que utilizan 2 o más dispositivos con una frecuencia de uso realmente alta. Los dispositivos más utilizados fueron la televisión y el celular, y el menos utilizado fue la consola de videojuegos.

En cuanto al tiempo de uso de pantallas, el 88,9% de los niños las utiliza más de 2 horas al día y el 11,1% restante entre 1 y 2 horas. La Asociación Americana de Pediatría establece un límite en el uso de pantallas para recreación de menos de dos horas al día, por lo que la mayor parte de los encuestados excede el tiempo recomendado.

**Gráfico N°51: Tiempo de uso de pantallas por día**



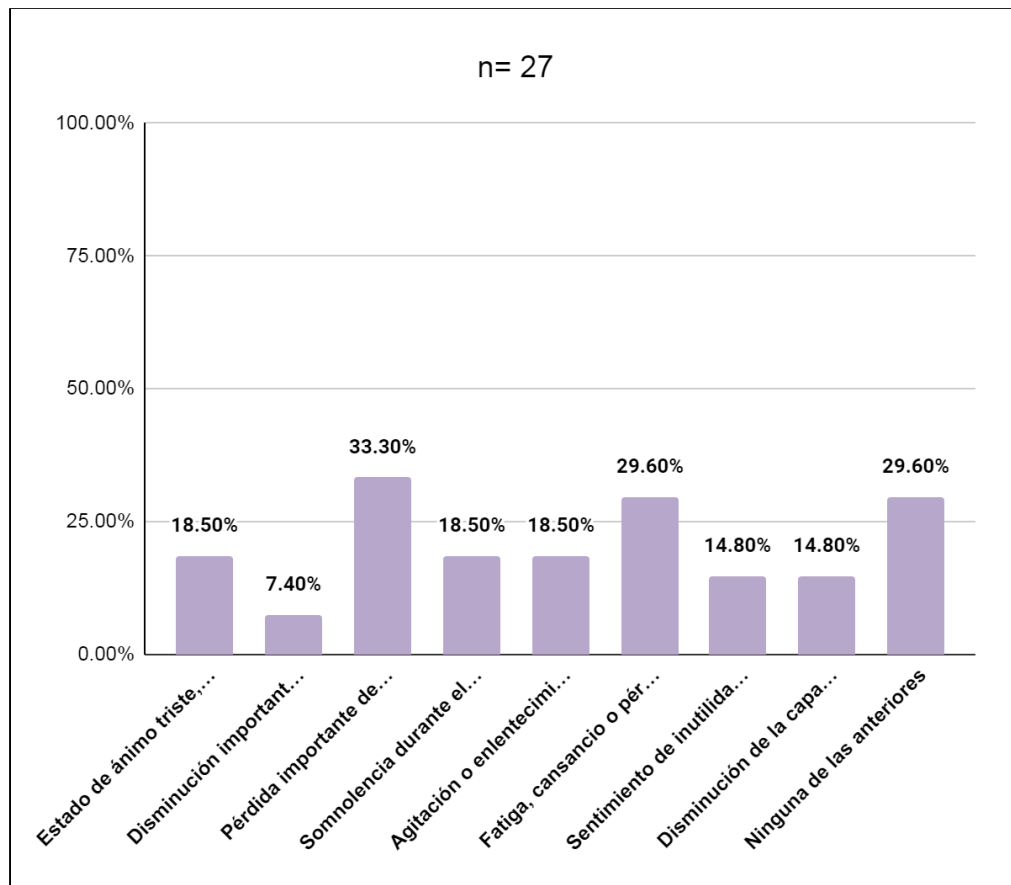
**Fuente: Elaboración propia.**

La última variable evaluada consiste en la percepción de los padres respecto a la presencia de síntomas indicadores de depresión y ansiedad.

En cuanto a los síntomas de depresión, se evaluó si el niño los experimentó casi todos los días durante las últimas dos semanas o más. El 18,5% presentó un estado de ánimo triste, irritable, desanimado o molesto, el 7,40% presentó una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, el 33,30% presentó una pérdida o aumento importante de peso sin hacer dieta, o disminución o aumento del hambre, el 18,50% presentó somnolencia durante el día o dificultad para

dormirse de noche, el 18,50% presentó agitación o enlentecimiento, el 29,60% fatiga, cansancio o pérdida de energía, el 14,80% presentó sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, 14,80% presentó una disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y el 29,60% ninguna de las anteriores.

**Gráfico N°52: Síntomas indicadores de depresión**



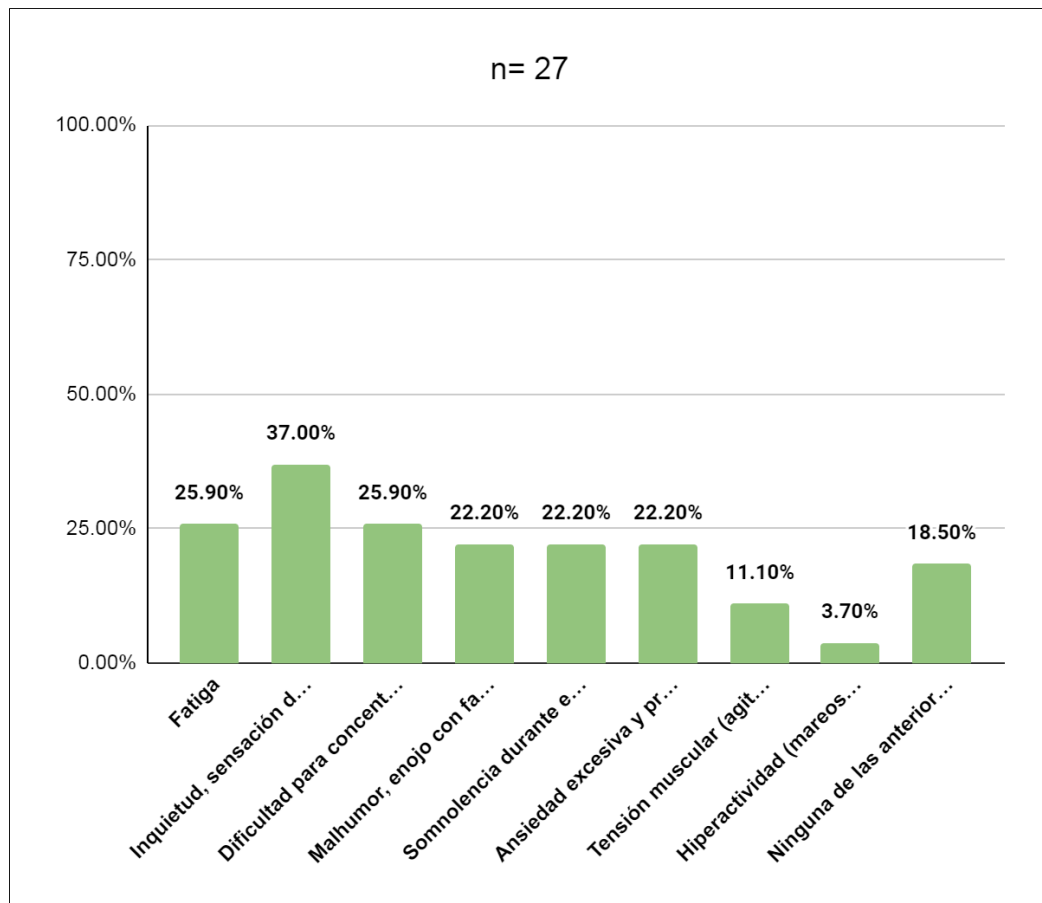
**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto a la presencia de síntomas indicadores de ansiedad, se evaluó si el niño experimentó casi todos los días durante un periodo de al menos 6 meses alguno de los síntomas a evaluar. El 25,90% experimentó fatiga, el 37,00% inquietud, sensación de estar atrapado o con los ner

vios de punta, el 25,90% presentó dificultad para concentrarse, quedarse con la mente en blanco o relajarse, el 22,20% mal humor, enojo con facilidad, el 22,20% somnolencia durante el día o dificultad para dormirse de noche, el 22,20% ansiedad excesiva y preocupación acerca de varias actividades o acontecimientos como ir a la escuela o salir de casa, el 11,10% presentó tensión muscular como agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas y temblores, el 3,70% hiperactividad como mareos, sensación de ahogo, sudoración, taquicardia, molestias estomacales, náuseas,

vértigo, sequedad de la boca, “nudo” en la garganta y el 18,50% ninguna de las anteriores.

**Gráfico N°53: Síntomas indicadores de ansiedad**



**Fuente: Elaboración propia.**

En conclusión, se encontraron índices realmente elevados en cuanto a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión respecto a la percepción de los padres. El 70,4% de los niños presenta al menos un síntoma indicador de depresión y el 81,5% presenta al menos un síntoma indicador de ansiedad. Sin embargo, el diagnóstico según el DSM-5 se realiza ante la presencia de cinco o más de los síntomas evaluados para depresión y de tres o más síntomas para ansiedad, casi todos los días del mismo período y estos deben representar un cambio del funcionamiento previo. El síntoma de depresión más frecuente fue la pérdida o aumento importante de peso sin hacer dieta, o disminución o aumento del hambre, seguido por la fatiga, cansancio o pérdida de energía. Y en cuanto a la ansiedad, el síntoma más prevalente fue la sensación de inquietud, de estar atrapado o con los nervios de punta, seguido por la fatiga y la dificultad para concentrarse o relajarse.





## *Conclusión*

El presente estudio consiste en el análisis de los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de 27 niños de 5 a 10 años con sobrepeso y obesidad que asisten a un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata, Argentina en el año 2022.

De dicho análisis se observa una distribución casi equitativa entre los niños de sexo femenino y los de sexo masculino, con una leve tendencia mayoritaria hacia los de sexo masculino. Las edades que prevalecen en dicha muestra son las de 10 y 9 años, respectivamente.

En cuanto a las características sociodemográficas de la familia de los niños, la conformación del grupo familiar es en un 33,3% de tipo nuclear, compuesta por ambos padres y uno o más hijos, y en un 33,3% de tipo monoparental, compuesta por uno sólo de los padres y uno o más hijos. En cuanto a la ocupación de los padres o tutores, el 70,4% posee un empleo. El nivel educativo de los padres o tutores máximo alcanzado es el nivel secundario completo o incompleto en un 55,6% de los encuestados.

Posteriormente, con el análisis inicial de los hábitos alimentarios, se infiere que la alimentación se reparte en varios momentos y tipos de comidas a lo largo del día, al menos cuatro, que son desayuno, almuerzo, merienda y cena, para la mayoría de los encuestados y además colación para un tercio de los encuestados. En cuanto al lugar donde habitualmente realizan las comidas, el 55,5% de los niños realiza las comidas en la casa propia, y en cuanto a la persona con quién realizan las comidas, el 74,1% las realiza con al menos un familiar o conocido, lo cual puede constituir un resultado positivo debido a que de esta manera, si la familia se involucra constructivamente en que el niño desarrolle una alimentación saludable, se puede lograr una mejor supervisión de la misma.

En lo que respecta a la frecuencia de consumo de alimentos se divide el análisis en diferentes grupos según las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) para una mejor evaluación de los mismos.

El primer grupo evaluado es el de frutas y verduras. Para el consumo de frutas, el 29,6% las consume a diario, el 18,5% de 5 a 6 veces por semana, otro 29,6% de 3 a 4 veces por semana, el 11,1% de 1 a 2 veces por semana y el 11,1% restante nunca las consume. Para el consumo de vegetales de hoja y fruto, tan sólo el 14,8% los consume a diario, el 22,2% de 5 a 6 veces por semana, el 37,0% de 3 a 4 veces por semana, el 7,4% de 1 a 2 veces por semana, el 3,7% menos de 1 vez a la semana y el

14,8% nunca los consume. De estos dos grupos, el más consumido es el de frutas en relación al de verduras, que tiene un porcentaje mayor de niños con consumo bajo o nulo. Considerando el estado nutricional de los niños y debido a su baja densidad calórica, el alto contenido de vitaminas y minerales y los múltiples beneficios que constituyen para la salud, las GAPA recomiendan un consumo diario de ambos.

El segundo grupo está compuesto por los vegetales almidonados, las legumbres, los cereales y el pan, y es consumido a diario por la totalidad de los niños. El grupo más consumido es el de los vegetales almidonados como la papa, batata y choclo y el menos consumido es el de legumbres. Si bien las GAPA recomiendan su consumo diario, se debe valorar la elección de aquellos cereales de tipo integral y de legumbres debido a su contenido de fibra, que aporta saciedad y diversos beneficios para lograr una óptima salud digestiva.

En cuanto al consumo de lácteos, el 66,6% de los niños presenta una frecuencia diaria tal como indican las GAPA y el 33,3% no los consume a diario. El alimento más consumido de este grupo es la leche y el menos consumido el yogur. La importancia del consumo diario de este grupo radica en su contenido de vitaminas, minerales y proteínas de alta calidad esenciales especialmente en la etapa de crecimiento y prefiriendo siempre la elección de lácteos descremados especialmente para esta muestra.

El cuarto grupo está conformado por las carnes, tanto de vaca como de cerdo, pollo y pescado, y el huevo, todos alimentos fuente de proteínas de alto valor biológico, que es consumido a diario por el 55,6% de los encuestados, cumpliendo con las recomendaciones de las GAPA y no es consumido a diario por el 44,4% de los niños. El alimento más consumido es la carne y el menos consumido el huevo.

Posteriormente, el análisis del grupo del aceite vegetal, los frutos secos y las semillas, arroja que el 70,4% de los encuestados no los consume a diario y el 29,6% sí lo hace, incumpliendo con las recomendaciones de las GAPA. El alimento más consumido es el aceite vegetal y el menos consumido son las semillas. Su consumo resulta fundamental para la salud cardiovascular debido a su aporte de ácidos grasos saludables y omegas.

El 81,4% de los encuestados presenta una frecuencia de consumo alta-moderada de azúcar y cacao, de entre 3 y 7 veces por semana, sin embargo, la importancia luego radica en la cantidad utilizada a diario, que no debe exceder el 10% de las calorías ingeridas.

En cuanto al uso de edulcorantes, el 74,1% de los niños no los consume nunca. Si bien estos no tienen una frecuencia recomendada, aquellos niños con insulinoresistencia o diabetes o aquellos que se encuentran en un plan de descenso de peso, pueden utilizarlos en ocasiones como reemplazo del azúcar en ciertas preparaciones.

El último grupo evaluado es el de productos procesados y ultraprocesados, compuesto por snacks, golosinas, embutidos, gaseosas, jugos, dulces, galletitas, productos de pastelería, aderezos y grasas, del cual en un promedio global de la frecuencia de consumo de todos ellos, el 42,6% presenta un consumo alto-moderado, de entre 3 y 7 días por semana. Los alimentos más consumidos fueron las galletitas, las bebidas azucaradas y las golosinas. Y los menos consumidos los productos de pastelería, el grupo de las grasas, el del dulce, jalea y mermelada y el de aderezos. Lo cual configura un resultado realmente alarmante ya que, las GAPA recomiendan evitar o reducir al máximo su consumo ya que si este es habitual, existe un potencial deterioro de la calidad de la alimentación debido a que estos productos tienen un contenido bajo o nulo de vitaminas, minerales, fibra y un alto contenido de azúcares, grasas y/o sal. Este resultado es especialmente importante, que coincide con los resultados hallados en Rodríguez Fernández, Gigirey Vilar y Ramos Vizcaíno (2018), sobre todo considerando que esta ya es una población con sobrepeso y obesidad, pudiendo contribuir a perpetuar en el tiempo esta condición, además de sumar problemas como dislipemias, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

En cuanto al consumo de agua, la totalidad de los encuestados presenta un consumo diario, cuyo consumo como principal fuente de hidratación es esencial para gozar de un estilo de vida y alimentación saludable.

Posteriormente, se evalúa la presencia del ocio sedentario desde la valoración de la realización de actividad física y del uso de pantallas. Y se concluye que el 96,3% de los niños no realizan actividad física a diario, sin embargo, el 25,9% posee una frecuencia de 5-6 veces por semana que si bien no cumple con la recomendación de la Asociación Argentina de Pediatría, es cercana. En cuanto al uso de pantallas, todos los encuestados presentan una frecuencia de uso de al menos un dispositivo por día y la mayoría utilizan dos o más dispositivos con una frecuencia alta, de entre 5 y 7 veces por semana, y le dedican más de dos horas al día, excediendo el tiempo recomendado por la Asociación Americana de Pediatría. Lo cual, coincide con la investigación de Castro Sánchez et al. (2015) que concluye que el sedentarismo constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la sociedad actual, al reemplazar el tiempo

libre dedicado a la práctica de actividad física por el uso de televisión, computadora, celular y consolas de videojuegos.

Por último, en cuanto a la percepción de los padres sobre la presencia de depresión y ansiedad, se evidencia que el 70,4% de los niños presenta al menos un síntoma indicador de depresión y el 81,5% presenta al menos un síntoma indicador de ansiedad, siendo el 51,8% que presenta dos o más síntomas de depresión y el 48,1% dos o más síntomas de ansiedad. Reforzando así la importante necesidad de incluir en la prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad, una perspectiva integral de la persona y de realizar una intervención interdisciplinaria, que incluya además de la intervención nutricional, la psicológica, tal como lo plantean Gutierrez Frutos (2017) y Mata González (2017).

Debido a las consecuencias que supone el sobrepeso y la obesidad en la edad infantil y todos los factores que contribuyen a su etiología, desarrollo y mantenimiento, resulta de vital importancia involucrar a todas las esferas de la población en su prevención y tratamiento, desde los profesionales de salud, hasta la escuela y la familia en pos de conseguir el desarrollo de un estilo de vida y alimentación saludable desde la infancia, contribuyendo a una adultez con buenos hábitos.

Para complementar dicha investigación, resulta interesante hacer distinción sobre cuáles encuestados presentan sobrepeso y cuáles obesidad, y también realizar una evaluación de porciones de cada alimento evaluado.

Para finalizar, se plantean los siguientes interrogantes:

¿Qué cambios se producirían en el estado nutricional de los pacientes con obesidad si se abarcara una perspectiva integral desde la prevención y tratamiento?

¿Cuáles son las razones por las que los niños tienen una tendencia en aumento en el consumo de procesados y ultraprocesados?

¿Cuáles serían los resultados en una población de adolescentes con sobrepeso y obesidad?



# *Bibliografía*



- Aguilar Aguilar, C. (2019). *Asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes de una unidad de medicina familiar* (Tesis doctoral, Universidad autónoma de Querétaro). Recuperado de <http://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/1484/1/ME-0022-Cynthia%20Karina%20Aguilar%20Aguilar.pdf>
- Aldrete Velasco, J., López García, R., Zúñiga Guajardo, S., Riobó Serván, P., Serra Majem, L., Suverza Fernández, A., Esquivel Flores, M.G., Molina Segui, F., Pedroza Islas, R., Rascón Hernández, M., Díaz Madero, S., Tommasi Pedraza, J., y Laviada Molina, H. (2017). Análisis de la evidencia disponible para el consumo de edulcorantes no calóricos: Documento de expertos. *Medicina interna de México*, 33(1), 61-83. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662017000100061&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100061&lng=es&tlng=es)
- Álvarez Córdova, D. (2020). *Ingesta voluntaria e involuntaria en pacientes con ansiedad: revisión bibliográfica* (Tesis de grado, Universidad de Zaragoza). Recuperado de: <https://zaguan.unizar.es/record/97690/files/TAZ-TFG-2020-5153.pdf?version=1>
- Asociación Americana de Pediatría. (2016). Consejo de Comunicaciones y Medios: Medios y mentes jóvenes. *Pediatrics*, 138(5). Recuperado de: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162591>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed). Editorial Médica Panamericana.
- Barragán-Ledesma, L., González-Preza, M., Estrada-Martínez, S., Hernández-Cosain, Y., Hernández-Cosain, E., Ríos-Valles, J. y Flores-Saucedo, M. (2015). Estilo de vida y dimensiones, en estudiantes universitarios del área de la salud. *Revista Ciencia y Humanismo en la Salud*, 2 (2), 53-63. Recuperado de: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/36>
- Barcia Briones, M.F., Pico Macías, L.A., Reyna Murillo, J.L. y Vélez Muñoz, D.Z. (2019). Las emociones y su impacto en la alimentación. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 7. Recuperado de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/emociones-alimentacion.html>
- Barrientos Salinas, J.A. y Silva Arratia, M.A. (2020). Estado de la investigación sobre obesidad y sobrepeso: una revisión crítica y socioantropológica. *Revista Temas Sociales*, 46. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S0040-29152020000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S0040-29152020000100006&script=sci_arttext)

- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Puce*, 105. Recuperado de: <http://revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/119/149>
- Braguinsky, J. (2008). *Obesidad: Saberes y conflictos. Un tratado de obesidad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES.
- Calderón García, A., Marrodán Serrano, M., Villarino Marín, A. y Martínez Álvarez, J. (2019). Valoración del estado nutricional y de hábitos y preferencias alimentarias en una población infanto-juvenil (7 a 16 años) de la Comunidad de Madrid. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 36 (2). Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112019000200394](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000200394)
- Castro Sánchez, M., Martínez Martínez, A., Zurita Ortega, F., Chacón Cuberos, R., Espejo Garcés, T. y Cabrera Fernández, A. (2015). Uso de videojuegos y su relación con las conductas sedentarias en una población escolar y universitaria. *Revista para educadores, docentes y formadores*, 6 (1). Recuperado de: [https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/39372/Vol6%281%29\\_003\\_jett\\_castro\\_mart%C3%ADnez\\_zurita\\_chac%C3%B3n\\_espejo\\_cabrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/39372/Vol6%281%29_003_jett_castro_mart%C3%ADnez_zurita_chac%C3%B3n_espejo_cabrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Chú-Lee, A.J., Cuenca-Buele, S. y López Bravo, M. (2015). *Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso*. Machala, Ecuador. Editorial UTMACH.
- Díaz Kuaik, I., De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Revista Summa Psicológica*, 16(1). Recuperado de: <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/issue/view/31>
- Díaz, T., Ficapa-Cusí, P. y Aguilar-Martínez, A. (2016). Hábitos de desayuno en estudiantes de primaria y secundaria: posibilidades para la educación nutricional en la escuela. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 33 (4). Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112016000400022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000400022)
- Dohle, S., Hartmann, C., Keller, C. (2014). La actividad física como moderador de la asociación entre la alimentación emocional y el IMC: evidencia del Swiss Food Panel. *Revista de Salud Psicológica*, 29(9). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24689843/>



- Espino Aguilar, R., Toledo Muñoz-Cobo, G., Cañete Vázquez, M.D. (2018). Repercusiones psicosociales de la obesidad infantil: Situación actual. *Vox Paediatrica*, 25. Recuperado de: [https://spaoyex.es/sites/default/files/vox\\_paediatrica\\_2018\\_25\\_2\\_07.pdf](https://spaoyex.es/sites/default/files/vox_paediatrica_2018_25_2_07.pdf)
- FAO, Equipo del Derecho a la Alimentación. (2007). ¿Qué es el derecho a la alimentación?. Recuperado de: <http://www.fao.org/right-to-food/resources/resources-detail/es/c/50447/>
- Fernández Lucas, L.M. (2018). *Influencia de las emociones en la conducta alimentaria* (Tesis de grado, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperado de: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez\\_lucas\\_lidia\\_%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez_lucas_lidia_%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- García, C., Heredia, C. (2018). Estrés crónico: ejemplo de interacción entre sistemas nervioso, inmune y endocrino. *Revista Con-ciencia*, 2(6). Recuperado de: [http://scielo.org.bo/pdf/rcfb/v6n2/v6n2\\_a10.pdf](http://scielo.org.bo/pdf/rcfb/v6n2/v6n2_a10.pdf)
- García-Rodríguez, K. (2018). Influencia de los factores psicológicos y familiares en el mantenimiento de la obesidad infantil. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(2). Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232018000200221&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232018000200221&script=sci_arttext)
- Godoy, F. (2015). Trastorno del comedor compulsivo: Incorporación del concepto en la salud pública chilena. *Revista chilena de nutrición*, 42(4). Recuperado de: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182015000400012](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000400012)
- Gordillo Gordillo, M.D., Sánchez Herrera, S., Bermejo García, M.L. (2019). La obesidad infantil: análisis de los hábitos alimentarios y actividad física. *Revista de psicología INFAD*, 1. Recuperado de: [https://dehesa.unex.es/flexpaper/template.html?path=https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/10943/1/0214-9877\\_2\\_1\\_331.pdf#page=1](https://dehesa.unex.es/flexpaper/template.html?path=https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/10943/1/0214-9877_2_1_331.pdf#page=1)
- Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. (2013). *Definición y características de una alimentación saludable*. Recuperado de: [http://fedn.es/docs/grep/docs/alimentacion\\_saludable.pdf](http://fedn.es/docs/grep/docs/alimentacion_saludable.pdf)
- Gutiérrez Frutos, A. (2017). *La relación entre la psicopatología y la obesidad infantil: aproximación a la comprobación empírica de un modelo etiológico* (Tesis de

- maestría, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperado de:  
<https://repositorio.uam.es/handle/10486/680170>
- Hernández Álvarez, G., Arellano Romero, M., Beltrán Mallarino, M., Jiménez Cruz, E. y Troncoso Vázquez, D. (2014). *Sobrepeso y Obesidad, hábitos alimenticios, actividad física y actividades de ocio en escolares de una Localidad de la ciudad Cartagena* (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena. Recuperado de:  
<http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2659/INFORME%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. (2018). Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades. *The Lancet*, 392(10159). Recuperado de:  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol392no10159/PIIS0140-6736\(18\)X0048-8](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol392no10159/PIIS0140-6736(18)X0048-8)
- Martínez Álvarez, M. , Rico Martín, S., Rodríguez Velasco, F., Gil Fernández, G., Santano Mogena, E. y Calderón García, J. (2017) Influencia de los hábitos de ocio sedentario en el estado nutricional en escolares extremeños. *Revista Nure de Investigación*, 14(87). Recuperado de:  
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1081>
- Mata-González, E. (2017). *Autoestima, ansiedad, depresión, IMC y circunferencia de cintura de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad* (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperado de:  
<http://eprints.uanl.mx/14322/>
- Ministerio de Educación, Gobierno de la Provincia de Córdoba. (2013). *Educación Alimentaria y Nutricional Saludable: Un enfoque integral de la alimentación*. Recuperado de:  
[https://www.igualdadycalidadcba.gov.ar/SIPEC-CBA/publicaciones/Educ\\_Ali\\_Nut\\_r\\_Escuela.pdf](https://www.igualdadycalidadcba.gov.ar/SIPEC-CBA/publicaciones/Educ_Ali_Nut_r_Escuela.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013) *Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud*. 1° ed. Buenos Aires. Recuperado de:  
[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/sobrepeso\\_y\\_obesidad\\_ninios.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/sobrepeso_y_obesidad_ninios.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Guías Alimentarias para la Población Argentina*. Recuperado de:  
[https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina\\_manual-de-aplicacion\\_0.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf)

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018). *Sobrepeso y Obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en Argentina*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/sobrepeso-y-obesidad>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019) *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2*. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001602cnt-2019-10\\_encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001602cnt-2019-10_encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf)
- Mora, F., Sanguinetti, A.M. (2004). *Diccionario de neurociencia*. Madrid, España. Editorial Alianza.
- Mühlig, Y., Antel, J., Föcker, M., Hebebrand, J. (2016). ¿Son evidentes las asociaciones bidireccionales de obesidad y depresión en la infancia y la adolescencia, según estudios de alta calidad? Una revisión sistemática. *Revista de Obesidad*, 17(3). Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/obr.12357>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1995). Evaluación de la calidad de vida. *Social Science and Medicine*, 41(10).
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf)
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49139>
- Organización Mundial de la Salud. (2020) *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortega Miranda, E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Herediana*, 29(2). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2018000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2018000200009&script=sci_arttext)

- Paz, M.J. (2015). *Nivel de estrés, nivel de ansiedad, estado nutricional y hábitos alimentarios en personal auxiliar de tres universidades* (Tesis de grado, Universidad FASTA). Recuperado de: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/861>
- Pérez-Padilla, E.A., Cervantes-Ramírez, V.M., Hijuelos-García, N.A. Pineda-Cortés, J.C., Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2). Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci_arttext)
- Quintero, J., Félix-Alcántara, M.P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco Soriano, R., Barbudo, E., Silveira, B. y Pérez-Templado, J. (2018). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Revista de Salud Mental*, 39(3). Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252016000300123](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000300123)
- Radilla Vázquez, C., Vega y León, S., Gutiérrez Tolentino, R., Barquera Cervera, S., Armando Barriguete Meléndez, J., Coronel Núñez, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21. Recuperado de [http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTR.%20COMUN.%201-2015%20\(INTERIORES\).pdf#page=19](http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTR.%20COMUN.%201-2015%20(INTERIORES).pdf#page=19)
- Reyes-Sepeda, J., García-Jiménez, E., Gutiérrez-Sereno, J.J., Galeana-Hernández, M.C. y Gutiérrez-Saucedo, M.E. (2016). Prevalencia de obesidad infantil relacionada con hábitos alimenticios y de actividad física. *Revista de Sanidad Militar México* 70(1):87-94. Recuperado de: <https://docplayer.es/79732370-Prevalencia-de-obesidad-infantil-relacionada-con-habitos-alimenticios-y-actividad-fisica.html>
- Rey, J.M., Bella-Awusah, T., Liu, J. (2017). Depresión en niños y adolescentes. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente*, IACAPAP. Recuperado de: <https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>
- Rodríguez Fernández, J., Gigirey Vilar, A., Ramos Vizcaíno, A. (2018). Análisis de los hábitos alimentarios y de actividad física en estudiantes gallegos de Educación Primaria. *Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity*, 4(3). Recuperado de: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/23195>

- Romero, J. (2018). Revisión crítica del sistema NOVA. Asociación Latinoamericana y del Caribe. XX Seminario Latinoamericano y del Caribe de Ciencia y Tecnología de Alimentos. Recuperado de: [http://alaccta.org/documentos/Jairo\\_Romero\\_ALACCTA\\_Revision\\_critica\\_del\\_Sistema\\_NOVA.pdf](http://alaccta.org/documentos/Jairo_Romero_ALACCTA_Revision_critica_del_Sistema_NOVA.pdf)
- Setton, D. y Fernández, A. (2014). Nutrición en pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos. Editorial Médica Panamericana.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2020). Uso de pantallas en tiempos del coronavirus. Recuperado de: [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_uso-pantallas-epoca-covid\\_1589324474.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_uso-pantallas-epoca-covid_1589324474.pdf)
- Solano Nortes, S. (2019). *Correlatos emocionales en sobrepeso y obesidad infantil: aportación etiológica e intervención multidisciplinar desde atención primaria*. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperado de: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687383/solano\\_nortes\\_santos.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687383/solano_nortes_santos.pdf?sequence=1)
- Soler Lanagrán, A. y Castañeda Vázquez, C. (2017). Estilo de vida sedentario y consecuencias en la salud de los niños. Una revisión sobre el estado de la cuestión. *Journal of Sport and Health Research*, 9 (2), 187-198. Recuperado de: [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/63685/Estilo\\_de\\_vida\\_sedentario\\_y\\_consecuencias\\_en\\_la\\_salud\\_de\\_los\\_ni%C3%B1os\\_Una\\_revisi%C3%B3n\\_sobre\\_el\\_estado\\_de\\_la\\_cuesti%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/63685/Estilo_de_vida_sedentario_y_consecuencias_en_la_salud_de_los_ni%C3%B1os_Una_revisi%C3%B3n_sobre_el_estado_de_la_cuesti%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Suárez-Carmona, W., Sánchez-Oliver, A., González-Jurado, J. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(3). Recuperado de: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182017000300226](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000300226)
- Suzuki, A., Sakurazawa, H., Fujita, T., Akamatsu, R. (2016). Comer en exceso a la hora de la cena entre los trabajadores japoneses: ¿Comer en exceso está relacionado con la respuesta al estrés y las horas de cena tardías?. *Revista Apetito*, 101(1). Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666316300733>
- UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para los Niños. (2019). *Estado Mundial de la Infancia: Niños, alimentos y nutrición*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>

- Vargas Martínez, G., Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillón, F., Moore Infante, C. y Ulloa Jiménez, V. (2015). Factores del vínculo temprano madre-hijo asociados a la obesidad infantil. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 32(5). Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n5/14originalobesidad01.pdf>
- Viteri Estrella, A. (2016). Rasgos de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en los Adolescentes Estudiantes del Bachillerato General Unificado de la Unidad Educativa Particular Bautista de la Ciudad de Ambato. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/19045/2/ANA%20VITERI.%202%20PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Walsh, J., Barnes, J., Cameron, J., Goldfield, G. (2018). Associations between 24 hour movement behaviours and global cognition in US children: a cross-sectional observational study. *Revista Lancet Child Adolescent Health*, 2 (11). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30268792/>
- Zamora Carreño, P. (2017). Trastorno de ansiedad relacionado con el sobrepeso y obesidad en niños entre 8 a 14 años de edad, que acuden al servicio de pediatría del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra durante el período marzo a junio del año 2017. (Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13736>

# Hábitos alimentarios, estilo de vida y percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en niños de 5 a 10 años con sobrepeso y obesidad que asisten a un CAPS de Mar del Plata, Argentina, en el año 2022.

Agostina Comelli - agosc99@gmail.com

Según la OPS (2014), en las últimas décadas las tasas de obesidad han aumentado casi cinco veces en niños y adolescentes. En Argentina, el 41% de los niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad. Esto se asocia a un aumento en la ingesta de energía y un desequilibrio en la calidad de la dieta, que incluye un creciente consumo de ultraprocesados, al mismo tiempo que disminuye la realización de actividad física, aumenta el tiempo de entretenimiento pasivo mediante el uso de las nuevas tecnologías, y la posible influencia de factores psicológicos.

**Objetivo general:** Analizar los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la percepción de los padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en niños de 5 a 10 años con sobrepeso y obesidad que asisten a un CAPS de Mar del Plata, Argentina, en el año 2022.

**Material y métodos:** La presente investigación es de tipo descriptiva transversal y posee un enfoque cuantitativo. La muestra es no probabilística por conveniencia y está conformada por 27 niños de 5 a 10 años, que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Los datos fueron recolectados por una encuesta online dirigida a los padres o tutores del niño.

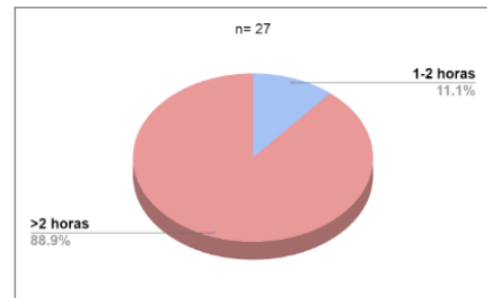
**Resultados:** El 29,6% y el 14,8% de los niños consumen a diario frutas y verduras de hoja y fruto, respectivamente. Todos los niños consumen a diario el grupo de vegetales almidonados, cereales, pan y legumbres, el 66,7% consume lácteos a diario, el 55,6% consume a diario el grupo de carne y huevo, el 29,6% consume a diario aceite, frutos secos o semillas, el 42,6% presenta un consumo alto-moderado, de 3-7 días por semana, de ultraprocesados. El 3,7% de los niños realiza actividad física a diario. Todos los niños utilizan al menos un dispositivo electrónico al día, y el 88,9% le dedica más de dos horas al día. El 70,4% de los niños presenta al menos un síntoma de depresión y el 81,5% de ansiedad.

Consumo global de ultraprocesados

Nivel de consumo	Snacks	Embutidos	Grasas	Galletitas	Pastelería	Golosinas	Dulce	Aderesos	Bebidas azucaradas
Alto	14,81 %	18,50%	7,40%	70,37%	3,70%	33,33%	3,70%	14,81%	37,03%
Moderado	22,22 %	33,33%	14,81 %	25,02%	11,11%	29,62%	18,51%	11,11%	14,81%
Bajo	44,44 %	40,74%	59,25 %	3,70%	59,24%	37,03%	88,68%	55,55%	40,73%
Nulo	18,51 %	7,40%	14,81 %	0%	11,11%	0%	11,11%	18,51%	7,40%

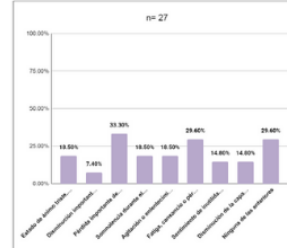
Fuente: Elaboración propia.

Tiempo de uso de pantallas por día



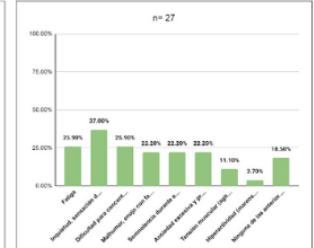
Fuente: Elaboración propia.

Síntomas indicadores de depresión



Fuente: Elaboración propia.

Síntomas indicadores de ansiedad



Fuente: Elaboración propia.

**Conclusiones:** La etiología, el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad infantil son influenciados por los hábitos alimentarios, el estilo de vida y los factores psicológicos. Resulta de vital importancia involucrar a todas las esferas de la población en su prevención y tratamiento en pos de conseguir un estilo de vida y una alimentación saludable desde la infancia en miras a una adultez con salud y calidad de vida.