

2021

Determinantes sociales de la salud en adolescentes



LEILA MICHELLE LEWINC

Tutor: Luciano Cajaravilla.

Asesoramiento metodológico: Lic.

Guillermina Riba – Dra. Mg. Vivian

Minnard.



UNIVERSIDAD
FASTA

Licenciatura en Nutrición

*“El secreto del cambio es enfocar toda
tu energía no en luchar contra lo viejo
si no en construir lo nuevo”.*

Sócrates

Dedicatoria

*A mi mama, Alicia Porto,
que es mi ejemplo y mi guía.*

Agradecimientos

A mi mamá Alicia, que desde el principio me apoyo para que elija lo que a mí me guste estudiar y durante todos estos años para que pudiera seguir estudiando. Me ayudo para que pudiera enfocarme en el estudio y me acompaño de todas las formas que existen.

A mi papá Mario que no puede estar presente pero permitió pueda iniciar esta carrera y se me hubiera alentado en este camino.

A mi hermano Alexis, que también me brindo su aliento para seguir adelante.

A mi sobrino Enzo que con su alegría también me acompaño estos años.

A mi novio Darío que me ayudo a no rendirme nunca y me escuchaba cuando lo necesitaba.

A mi amiga Emiliana por entender cuando no la podía ver porque tenía que estudiar y también brindarme su apoyo.

A mi tutora en las prácticas profesionales presenciales Veronica Orellano, hizo de las prácticas una experiencia hermosa que me convenció aún más de que elegí la carrera correcta.

A mi tutor Luciano Cajaravilla por aceptar dirigir mi tesis de grado y dedicar su tiempo a la corrección de mi trabajo. Agradezco su buena predisposición y su compromiso con la labor.

A los profesionales que atienden en el Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente, por darme el espacio para poder llevar a cabo esta investigación y su calidez conmigo.

A la Lic. Guillermina Riba y a la Dra. Mg. Vivian Minnaard por el asesoramiento metodológico para poder realizar este trabajo.

A la Universidad FASTA por darme la oportunidad de estudiar esta carrera en la ciudad donde vivo.

Resumen

La adolescencia es una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano por lo cual es importante conocer las circunstancias en la que transcurre. Esta edad suele ser decisiva en la formación de hábitos que perduraran en la vida adulta. Más de la mitad de la población Argentina presenta exceso de peso por hábitos poco saludables que suelen iniciar en la adolescencia.

Objetivos: Analizar los determinantes sociales de la salud, el nivel de actividad física y patrón alimentario de adolescentes que asisten al Programa de la Municipalidad de General Pueyrredón de Salud Integral del Adolescente durante julio del 2021.

Materiales y métodos: Investigación de tipo transversal y descriptivo. La muestra, de carácter no probabilística, por conveniencia, es de 25 adolescentes que concurren al Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente, de la ciudad de Mar del Plata. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta personal realizada al adolescente.

Resultados: El 96% de los jóvenes recibe educación, el 100% de ellos tiene hogar y agua potables y aquellos que trabajan lo hacen para cubrir gastos personales y ya finalizaron el secundario. El 68% buscan asistencia médica solo ante determinadas circunstancias o consultas puntuales. Más de la mitad de los jóvenes consume alcohol, el 32% consume marihuana y 64% son fumadores pasivos de tabaco. La mayoría de los jóvenes se sienten integrados a su entorno y comprendidos por sus familias. El 24% de los jóvenes percibe al barrio donde vive como "poco seguro" y la mitad indicaron hacer actividad física con una frecuencia saludable acompañados por sus pares. La alimentación es pobre en micronutrientes y macronutrientes, el consumo de frutas y verduras se reduce a dos porciones al día, no suelen consumir pescado ni legumbres pero si azúcar y mayonesa.

Conclusión: Los jóvenes deben tomar conciencia sobre la importancia del cuidado de su salud y ser responsables con el mismo. La educación nutricional en los adolescentes es esencial para corregir conductas alimentarias que perjudican el desarrollo de su máximo potencial y que llevan a enfermedades crónicas a futuro, el rol del Lic. en Nutrición es indispensable para lograrlo.

Palabras clave: adolescencia – determinantes sociales de la salud – actividad física – patrón alimentario – educación.

Abstract

Adolescence is one of the most important transitional stages in the life of a human being, so it is important to know the circumstances in which it takes place. This age is usually decisive in the formation of habits that will last into adulthood. More than half of the Argentine population is overweight due to unhealthy habits that usually start in adolescence.

Objectives: To analyze the social determinants of health, the level of physical activity and dietary pattern of adolescents attending the Integral Adolescent Health Program of the Municipality of General Pueyrredón during July 2021.

Materials and methods: Cross-sectional and descriptive research. The sample, non-probabilistic, by convenience, is of 25 adolescents attending the Municipal Program of Integral Adolescent Health, in the city of Mar del Plata. A personal survey of the adolescent was used for data collection.

Results: 96% of the young people receive an education, 100% of them have a home and drinking water and those who work do so to cover personal expenses and have already finished high school. Sixty-eight percent seek medical assistance only in certain circumstances or for specific consultations. More than half of the young people consume alcohol, 32% use marijuana, and 64% are passive tobacco smokers. Most of the young people feel integrated into their environment and understood by their families. Twenty-four percent of the young people perceive the neighborhood where they live as "not very safe" and half of them indicated that they do physical activity with a healthy frequency accompanied by their peers. The diet is poor in micronutrients and macronutrients, the consumption of fruits and vegetables is reduced to two portions per day, they do not usually eat fish or legumes but they do eat sugar and mayonnaise.

Conclusion: Young people should be aware of the importance of taking care of their health and be responsible with it. Nutrition education in adolescents is essential to correct eating behaviors that are detrimental to the development of their maximum potential and lead to chronic diseases in the future, the role of the nutritionist is essential to achieve this.

Key words: adolescence - social determinants of health - physical activity - dietary pattern - education.

| | |
|---------------------|----|
| Introducción | 1 |
| Capítulo I | 4 |
| Capítulo II | 16 |
| Diseño Metodológico | 31 |
| Análisis de datos | 47 |
| Conclusiones | 86 |
| Bibliografía | 90 |
| Anexo | 95 |



INTRODUCCION

La adolescencia es el período de la vida de los seres humanos que transcurre entre los 10 y 19 años de edad. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento, en la que acontecen cambios importantes, tanto a nivel físico, hormonal y sexual, como social y psicoemocional, condicionada por el estado nutricional y el contexto cultural y socioeconómico en el que se desarrolle el individuo, los cuales de ser óptimos propician un correcto proceso de maduración y desarrollo.

En Argentina los adolescentes presentan un perfil nutricional y de salud desfavorable para su crecimiento. Hay una elevada prevalencia de sobrepeso, así como también del nivel de sedentarismo. Esto se ve potenciado por el fácil acceso y alto consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas.

Se trata de una etapa de extrema sensibilidad. Muchos adolescentes manifiestan tener sentimientos de soledad, tristeza, preocupación y desesperanza por periodos prolongados. Incluso llegan a pensar en el suicidio, siendo esta junto con las lesiones no intencionales y los homicidios las principales causas de mortalidad en esta generación.

El ejercicio físico surge como factor protector de la salud para mantener una composición corporal adecuada¹. Pero con esta actividad interfieren el acceso a poder realizarla y la elevada exposición a pantallas. Los estudios de Andersen y Rizzo encontraron que cuanto más tiempo los jóvenes pasan viendo pantallas el riesgo de desarrollo de sobrepeso aumenta². Existe una relación socioeconómica con la probabilidad de hacer gimnasia, ya que los adolescentes con niveles altos de actividad física se asocian con padres que proveen más dinero para desarrollar este tipo de actividad, practicar deportes o recibir lecciones³.

¹ Estudio de 1732 escolares de 9 años y 15 años seleccionados al azar de Dinamarca, Estonia y Portugal, durante el año 2006. Evaluó las asociaciones de la actividad física medida objetivamente con la agrupación de factores de riesgo de la enfermedad en los niños.

Otro estudio de 613 adolescentes con una edad media (DE) de 15.5 0.5 años de Suecia y Estonia. Se midió PA total, baja, moderada y vigorosa por acelerometría. Se examinó la relación entre PA total e intensidad niveles con resistencia a la insulina bajo consideración especial de la cintura, circunferencia y espesor del pliegue cutáneo.

²Se examinó una muestra de 13,600 estudiantes estadounidenses de escuela secundaria que participaron en la Encuesta sobre el comportamiento de riesgo juvenil (YRBS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de 2001. Se examinó la influencia combinada de la actividad física (PA) y la televisión (TV) en el riesgo de sobrepeso en jóvenes estadounidenses de entre 14 y 18 años.

³ Los datos fueron recolectados de estudiantes estadounidenses de secundaria en el 2002. La investigación sugiere diferencias de salud significativas entre los jóvenes que viven en zonas rurales y sus contrapartes urbanas en relación con los factores de riesgo cardiovascular. Este estudio se realizó para determinar las relaciones entre la actividad física y los marcadores del síndrome metabólico, y para explorar los factores relacionados con la actividad física en una muestra diversa de jóvenes rurales.

En corriente con esto un estudio llevado a cabo en el Partido de Gral. Pueyrredón (PGP), durante el 2013 detectó en la población entre 6-14 años de edad un aumento en el exceso de peso. El riesgo de obesidad fue mayor en varones, la ingesta de fibras y calcio fue baja, elevada la de grasas y se presentó la dislipemia como problema común, lo que, en conjunto, refleja que la malnutrición por exceso es un problema de salud pública prevalente. Concurrir a la secundaria se asoció con menos riesgo de presentar exceso de peso⁴. La distribución geográfica de los niños con exceso de peso mostró homogeneidad en todo el PGP. Los cambios que tienen lugar en la adolescencia inciden en todas las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud; lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras. La adolescencia constituye un momento clave para la incorporación de hábitos que, a futuro, determinarán una adultez más sana. Por lo tanto, si se adoptaran medidas de salud pública de forma oportuna se evitaría una transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles.

Como en el resto de las etapas de la vida, los adolescentes también se ven alcanzados por los determinantes sociales de la salud. Lalonde (1974)⁵ los clasificó según: la biología humana, el medio ambiente físico y social, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria. Más tarde se definiría a estos factores como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; esto quiere decir el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer necesidades de salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente. Esas circunstancias impactan en la salud y son el resultado de la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas las cuales deben ajustarse a las particularidades de cada población para ser más efectivas.

⁴Estudio que se llevó a cabo sobre una muestra de 329 escolares de sexto curso de primaria (11-12 años) de la ciudad de Logroño (La Rioja, España) en el año 2014. Determinó las prevalencias de sobrepeso y obesidad de una ciudad del norte de España, e identificó los factores que influyen en la misma y la relación existente con la tensión arterial.

Otro estudio valoró la prevalencia de sobrepeso y obesidad, las tendencias en los hábitos alimentarios, de actividad física y el uso del tiempo libre, de los escolares de la ciudad de Corrientes, en Argentina. Fueron estudiados escolares de uno y otro sexo, de 10 a 15 años de edad, concurrentes a escuelas seleccionadas de forma aleatoria, no estratificada por sorteo, entre todas las escuelas del centro de la ciudad.

⁵ Abogado, Ministro canadiense de Salud durante 1972 a 1977 publicó "A new perspective on the health of Canadians", mejor conocido como "Lalonde report", un informe elaborado en 1974 que se convirtió en una referencia en las políticas de salud pública y promoción de la salud.

En el año 2005 se creó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud ⁶ e hizo un llamado a todos los gobiernos a tomar acción sobre estos factores, en busca de un modelo integrador que mitigara las inequidades sociales.

Bajo este contexto en el año 2007 se crea el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) del Ministerio de Salud de la Nación, despliega un abordaje específico, diferenciándolo de aquellos destinados a otras poblaciones. El PNSIA parte de un enfoque de la Salud Integral de los adolescentes y los determinantes sociales que influyen en ella. Desde esta perspectiva la salud no se considera sólo como un concepto médico sino social y cultural.

El Ministerio de Salud Nacional exhibe que en nuestro país hay 7 millones de adolescentes, que representan el 17% de la población total con variaciones jurisdiccionales. Según los datos del CENSO realizado por el INDEC en el 2010, el 87% se encuentra escolarizado, el 30% tiene sobrepeso, el 50% es sedentario y el 45% de estos adolescentes tienen cobertura de salud exclusiva del sub-sector público; en Mar del Plata un 15% de la población son adolescentes (93.794 adolescentes) en un total de 618.989 habitantes (Ministerio de Salud Nacional, 2016).

A partir del conocimiento de que la adolescencia puede ser la última instancia de preparación a los sujetos para una vida adulta más sana, es necesario identificar cuáles son los determinantes de la salud presentes en los adolescentes del Partido de General Pueyrredón, quienes ya representan una parte significativa del total de la población, para que las intervenciones adquieran mayor especificidad, promoviendo una mayor articulación intersectorial e interdisciplinaria.

A partir de lo presentado anteriormente se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud, el nivel de actividad física y patrón alimentario de adolescentes que asisten al Programa de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón de Salud Integral del Adolescente durante diciembre del 2020?

El objetivo general:

Analizar los determinantes sociales de la salud, el nivel de actividad física y patrón alimentario de adolescentes que asisten al Programa de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón de Salud Integral del Adolescente durante julio del 2021.

Los objetivos específicos son:

- Identificar los Determinantes Sociales de Salud que condicionan a la población.

⁶ Red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la OMS reunió en 2005 para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.

CAPITULO I

Determinantes sociales de la salud



En el año 1815, luego de la guerra, el médico militar Villermé(1815)⁷ en búsqueda de factores que alteren la mortalidad comenzó a recorrer los distritos de Paris; primero estudio las variables ambientales (altitud, viento y clima), al ver que no había correlación con la mortalidad analizo los ingresos y condiciones de la vivienda de los habitantes y encontró que en los distritos más pobres la mortalidad era mayor que en los más ricos. Aquí comienzan a aparecer lo que hoy conocemos como determinantes sociales de la salud.

Poco después, esta relación entre las enfermedades y las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres se hizo más clara con la revolución industrial en Europa y el desarrollo masivo de fábricas allí. Ante esta situación, estudiosos como Chadwick⁸, Virchow⁹ y Shattuck (1820)¹⁰ elaboraron informes recomendando a los gobiernos de Europa y América del norte que mejoraran la calidad de vida de las personas modificando los factores sociales y económicos que las atravesaban; así surge la Salud Publica como disciplina científica cuya finalidad era orientar las acciones de salud, para atender a la población.

Ya para el año 1974 el político Lalonde publica un informe basado en un estudio sobre la población canadiense.

Figura 1. Modelo de Lalonde sobre los determinantes de la salud.



Fuente: Adaptado Villar Aguirre, (2011)

Dicho informe identifica, por primera vez, cuatro grandes determinantes de la salud: el medio ambiente, estilo de vida, biología humana y atención sanitaria.

⁷ Médico y economista francés, conocido por sus estudios en epidemiología social.

⁸ Físico inglés, descubridor del neutrón.

⁹ Fue un reformista social inglés, cambio la atención médica y los a indigentes.

¹⁰ Fue un político, historiador, librero y editor de Boston.

En la misma línea cuatro años más tarde se realizó la declaración de Alma Ata¹¹ con el objetivo de que se prevenga y promocióne la salud, concepto que se reforzó con la Carta de Ottawa¹² en 1986, donde se definió la promoción de la salud como:

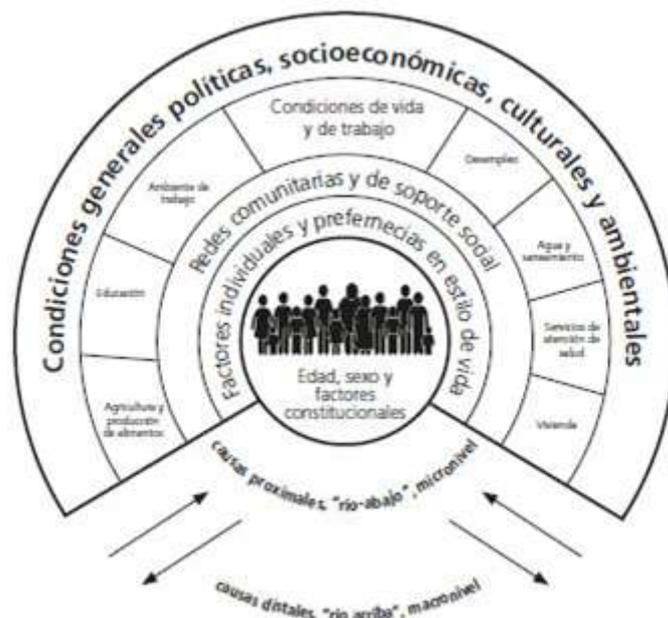
“el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Además, la carta de Ottawa afirmaba que para que haya salud en los individuos se les debe garantizar la paz, la vivienda, la educación la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad.

A partir de esto se crearon varios modelos más sobre los determinantes de salud para determinar el accionar de los mismos sobre los sujetos, de esta forma prevenir que los mismos se acerquen al sistema sanitario solo cuando hay una patología y/o sintomatología en curso; los modelos ayudan a la planificación de estrategias a nivel de políticas sanitarias. Luego del modelo de Lalonde surgieron otros:

De acuerdo con el modelo británico de Dahlgren¹³ y Whitehead¹⁴ (1991) hay cuatro capas de influencia.

Figura 2. Modelo Dahlgren y Whitehead sobre determinantes de la salud.



Fuente: DahlgrenWhitehead,1991)

Se excluyen de él los factores no modificables (sexo, edad, y factores constitucionales); la primera capa es el estilo de vida y preferencias sobre él, la segunda capa son las redes de apoyo, la tercera capa lo referido al trabajo, el saneamiento,

¹¹ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

¹² Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

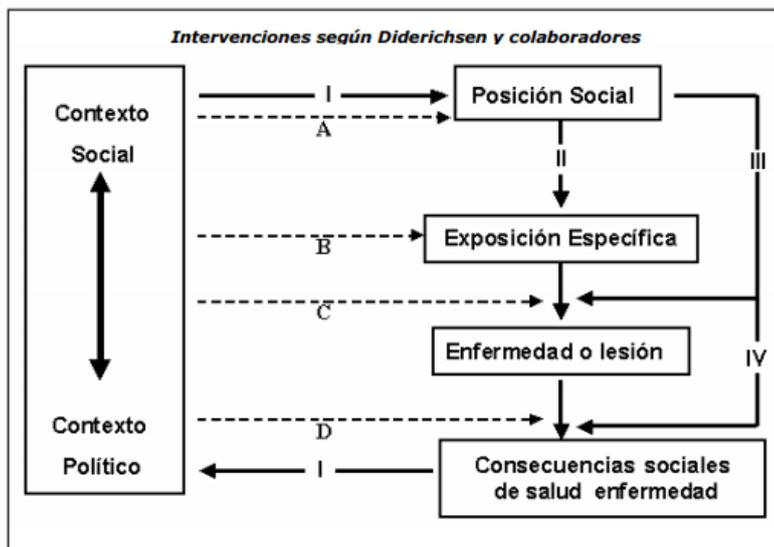
¹³ Profesor de la catedra de Salud Publica en la Universidad de Liverpool, en Reino Unido.

¹⁴ Líder del Centro Colaborador de Investigación Política sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud

educación, servicio de salud, abastecimiento de alimentos y vivienda, y la última capa son las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y ambientales. Los autores dividen estas capas en dos, las proximales (primer y segunda capa) y las distales (tercera y cuarta capa), remarcando cuales influyen de forma más directa y cuáles no. De esta forma los factores quedan separados en niveles y se puede ver como estos interactúan entre sí. También el modelo puede ayudar a mostrar como el sector salud debe trabajar junto con otros sectores y la importancia de las redes comunitarias para la creación de políticas sanitarias que mejoren la salud de una población. A partir de este modelo las políticas van a tender a: influenciar los estilos de vida y actitudes individuales, fortalecer el apoyo comunitario y social, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y generar cambios estructurales de largo plazo.

Continuaron publicándose modelos y en 2001 Diderichsen¹⁵ publicó el propio, donde remarca como los contextos sociales generan diferentes posiciones sociales, definiendo su posibilidad de poseer salud. Estas diferentes posiciones se van a generar por factores como el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas. Las diferencias sociales a su vez provocan más vulnerabilidad a unos individuos que a otros, mayor exposición a condiciones perjudiciales para la salud y por lo tanto consecuencias más graves para la salud de los individuos menos aventajados. El modelo también contempla que la enfermedad de las personas más vulnerables tiene consecuencias socio-económicas para estos y sus familias.

Figura 3. Modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead sobre determinantes de la salud.

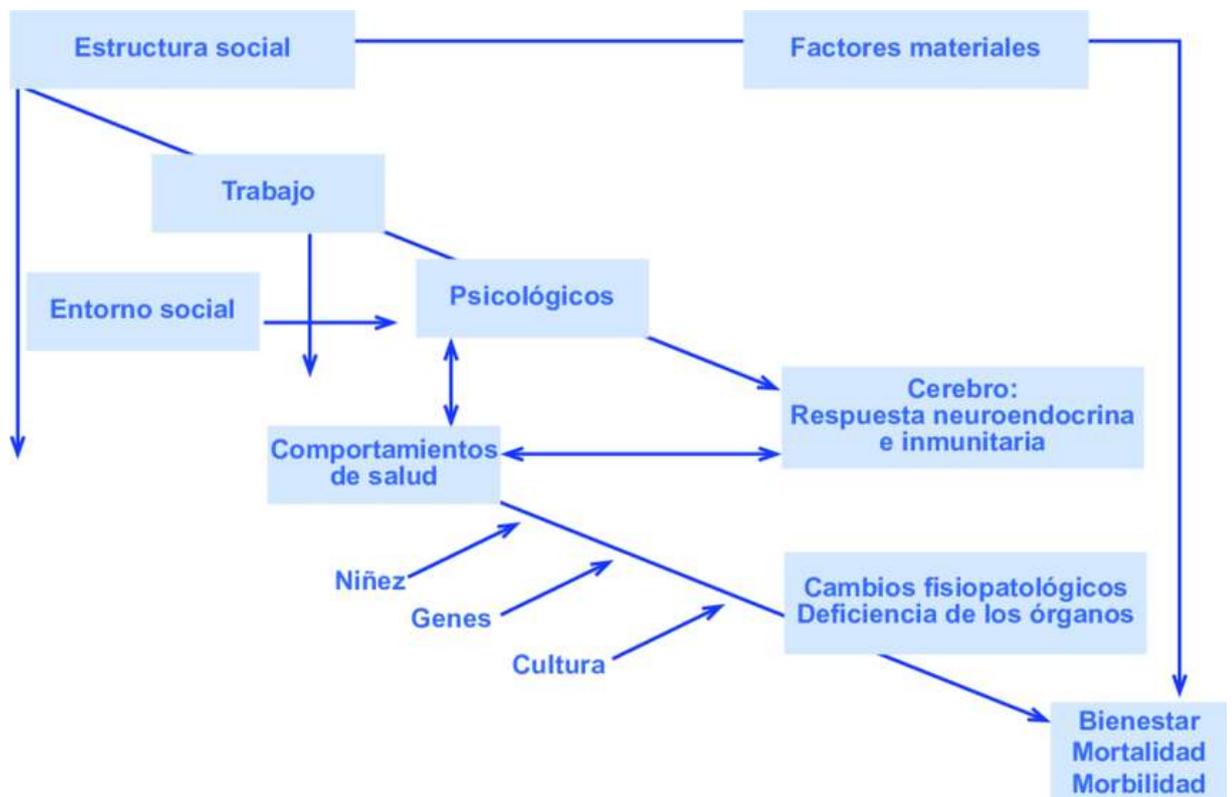


Fuente: Barragan, (2007)

¹⁵ Profesor de Prevención en Salud Pública de la Universidad Copenhague, en Dinamarca.

En ese mismo año, Brunner¹⁶, Marmot¹⁷ y Wilkinson¹⁸ crearon otro modelo en él se combinan los puntos de vista de la salud en la clínica y la salud en la atención primaria. Resalta como los factores socioeconómicos influyen en la exposición a riesgos (medioambientales, psicológicos) a lo largo de la vida de los individuos. Por lo tanto, este modelo relaciona el orden social con la salud y la enfermedad marcada por la distribución de los bienes materiales, las características psicosociales y las conductas. También tiene en cuenta la genética, la infancia temprana y la cultura como influenciadores en la salud de la población.

Figura 4. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson sobre los determinantes de la salud.



Fuente: Aguilar y colaboradores(2013)

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹ intenta recuperar su protagonismo en materia de salud, luego de haberse alejado por mucho tiempo de la propuesta de Atención primaria de la Salud formulada en Alma Ata, creando una Comisión de los Determinantes de la Salud con el objetivo de recabar datos para mejorar la salud y

¹⁶ Es profesor de epidemiología social y biológica y salud pública en el UniversityCollege London (UCL)

¹⁷ Director del Instituto de Equidad en Salud de la UCL.

¹⁸ Es un epidemiólogo social británico y profesor emérito de epidemiología social en la Universidad de Nottingham, Reino Unido.

¹⁹ 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.

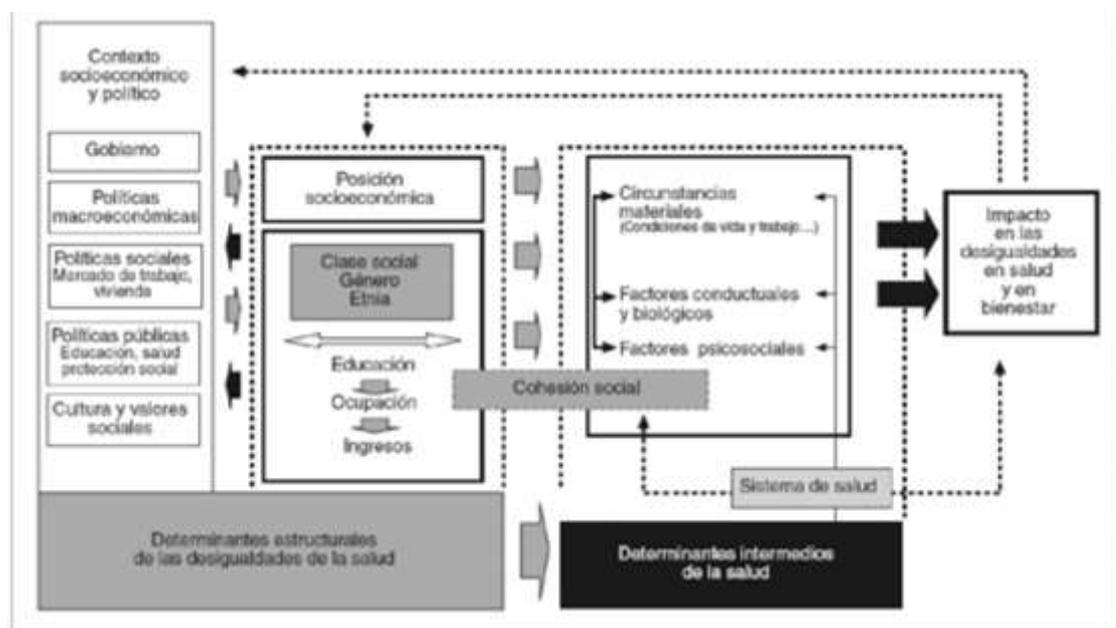
lograr que esté distribuida de forma más justa en todo el mundo, promoviendo un movimiento internacional que persiga esta finalidad.

El periodo de actividad de la comisión fue entre 2005 y 2008 y estaba dirigida por Marmot. El marco conceptual de la Comisión es construido a partir de la epidemiología social europea por autores como Whitehead, Dahlgren, Diderichsen y Evans²⁰. Definieron a los determinantes sociales de la salud como:

“las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos.”

Esta mirada propone un modelo que agrupa los determinantes sociales en dos grandes niveles: estructurales e intermediarios. Los determinantes estructurales incluyen la posición socioeconómica, el género y la etnia; de la posición socioeconómica dependen la educación, la ocupación y el ingreso; los determinantes intermediarios implican los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud y los sistemas de salud. De esta manera, los determinantes estructurales impactan la equidad en salud por medio de su interacción sobre los determinantes intermediarios.

Figura 5. Modelo de la Comisión de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Aguilar MA y colaboradores, (2013.)

Cuando se habla de equidad en salud hace referencia en la mejor situación todos deberían tener las mismas oportunidades de lograr su pleno potencial en salud y nadie debe estar en desventaja para conseguirlo. No se pueden eliminar todas las diferencias en salud, pero si reducir aquellas inevitables e injustas. Por lo tanto, la equidad consta de la

²⁰ Subdirector General de la OMS.

generación de oportunidades para la salud y la disminución de diferencias evitables; se debe ofrecer igual acceso a la atención sanitaria, así como calidad y servicio para la mayoría de los individuos (Acero et al, 2013).

Luego de recabar los datos necesarios la Comisión en su informe final "Subsanar las desigualdades en una generación", lanzo tres recomendaciones generales para mejorar la equidad en salud: mejorar las condiciones de vida desde la niñez, luchas contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Con esto se propone que el Estado sea encargado de implementar políticas que sigan estas recomendaciones.

La equidad debe existir desde el principio, desde la gestación. Es importante que las condiciones de vida sean optimas desde el nacimiento para un desarrollo pleno de la persona, ya que esto definirá las oportunidades que tendrá y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales (Marandi, 2008).

Para lograr la equidad sanitaria las comunidades deben tener acceso a los bienes básicos, viviendas asequibles, abastecimiento de agua y saneamiento, la electricidad y pavimentación de las calles, independientemente de su capacidad de pago.

El empleo y las condiciones de trabajo tienen una gran influencia en la equidad sanitaria. Chatterjee²¹ (2008) que cuando estas condiciones son de calidad aportan seguridad económica, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales. El empleo debe ser seguro, bien remunerado y accesible. Debe además protegerse a los individuos que por circunstancias inesperadas específicas no puedan trabajar, ya sea por enfermedad o invalidez.

El sistema de salud es en sí mismo es un determinante social de la salud y por lo tanto debe desarrollar su capacidad para actuar sobre los demás determinantes. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están estrechamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de los mismos y a la experiencia que se tiene como paciente. El personal de salud tiene la ardua tarea de ser un educador en todos los ámbitos de la sociedad, para que las políticas e intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria.

La administración pública y de la economía por parte de cada gobierno pueden incidir en la salud y en la equidad sanitaria, las finanzas, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte y los servicios de salud (Satcher, 2008). Para lograr mejorar la equidad

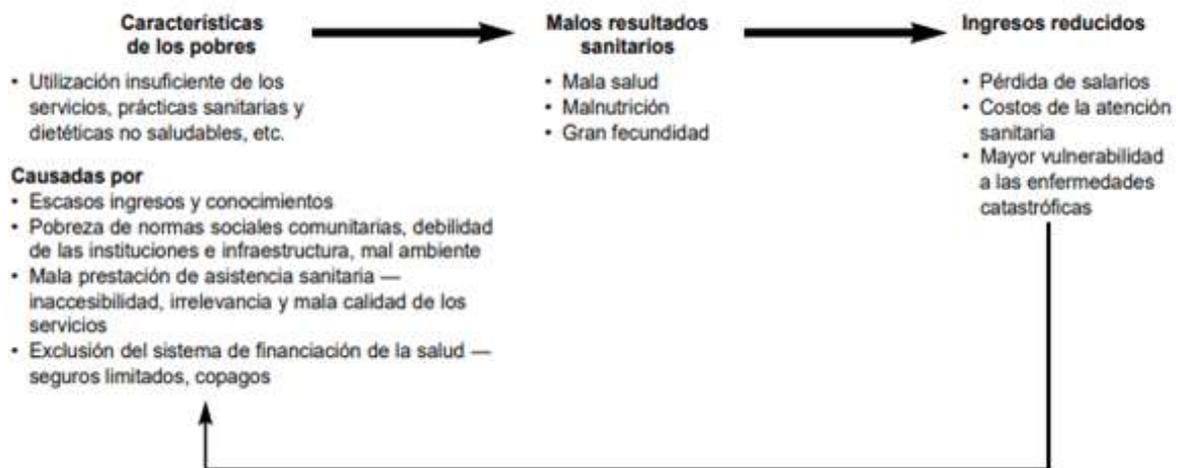
²¹ Es la coordinadora de Seguridad Social para la Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas (SEWA) de la India, un sindicato de más de 900 000 trabajadoras autónomas. Fue nombrada para el Consejo Asesor Nacional y la Comisión Nacional para el Sector No Organizado.

sanitaria es necesario que los mismos tomen esa responsabilidad, que haya coherencia entre los distintos departamentos que deben intervenir.

La actuación del gobierno en cada país es de suma importancia para que haya salud. Los países pobres presentan peores resultados sanitarios que los más pudientes, dentro de ellos las personas pobres tienen más problemas de salud que las más adineradas. La enfermedad o la alta fecundidad pueden hacer la diferencia en lo que respecta a los ingresos familiares, los hace más vulnerables a tener mala salud. Carecer de salud además de generar bajos ingresos para la persona y su familia, genera más costos en atención sanitaria. De este modo como afirma Wagstaff²² (2002):

“Las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza.”

Figura 6. Ciclo de la salud y la pobreza.



Fuente: Wagstaff,(2002)

La interpretación deWagstaff, sobre los distintos informes a nivel mundial, es que las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres; esta población tiene mayor predisposición a morir antes y a presentar mayores comorbilidades que quienes poseen ingresos económicos más elevados.

En los países desarrollados la concurrencia y utilización de los servicios de salud es mayor por parte de las familias pobres que de las más acaudaladas. Opuesto a esto en los países en desarrollo los servicios de salud son más demandados por las familias ricas. Se ha asociado que cuanto mayor sea el poder adquisitivo que tiene la familia, mejores serán sus prácticas alimentarias, higiene y educación. Además, la educación de las mujeres es primordial para que la familia tenga comportamientos y elecciones que propicien la buena salud. La posibilidad que las personas asistan con frecuencia a los centros de salud

²²Economista, editor asociado del Journal of HealthEconomics y gerente de investigación en el Grupo de Investigación para el Desarrollo (Desarrollo Humano).

depende en gran medida de la disponibilidad (personal de salud atendiendo) y la accesibilidad (la facilidad con que las personas pueden acceder a los servicios de salud). Otros factores a tener en cuenta son la distancia desde el domicilio del paciente hasta el centro de salud, el camino hacia allí (asfaltado o no, si es viable), el transporte que se ha de utilizar, dinero disponible para la atención y si se posee alguna cobertura médica (obra social, prepaga, etc.). Los pobres suelen vivir en barrios periféricos y alejados de los centros de salud, por lo tanto, estos factores han de tener un efecto determinante en la concurrencia a los servicios sanitarios.

En América Latina a partir de los ochenta comienza una transición en la política, en la que los Estados reducen su intervención en la economía, a favor del sector privado y reducen el gasto público. Estas políticas llevaron a una fragmentación y segmentación, tanto de la sociedad, el sistema financiero y de el de prestación. La segmentación del sistema de salud genera que existan subsistemas encargados de la atención a los distintos grupos poblacionales. Y la fragmentación es la falta de integración y coordinación de la atención entre los diferentes niveles asistenciales (Sáenz Madrigal, 2015)²³. Esto provoca mayor inequidad social. Durante las próximas décadas los países plantearon reformas intentando mejorar la situación, pero sin obtener resultados.

Ante esta situación en el año 2000 se firmó la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, donde los líderes mundiales se comprometen a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer. De esta forma se propusieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), eran ocho y el año para alcanzarlos era el 2015. En América Latina y el caribe se logró que en la última década mejorara la distribución del ingreso, se observó que los factores que ayudaron esto fueron: el incremento del empleo, la disminución en la tasa de dependencia, reducción diferencial salarial entre trabajadores calificados y no calificados y aumento del componente monetario del gasto social; a pesar de estos esfuerzos continúa siendo la región más desigual del planeta. Con respecto al empleo, se ven los indicadores más favorables de los últimos 20 años, pero el 10% de las personas empleadas vivían en situación de indigencia en el 2013. En la región se redujo en un 50% las personas que padecen hambre. Un 93% de los niños terminan la primaria, pero la matriculación en el nivel secundario es solo del 73% (CEPAL, 2013). Pese a los esfuerzos realizados aun quedan aspectos a mejorar para que aumente la calidad de vida de la mayoría de las personas.

²³Análisis hecho para el Programa “EURO social”, perteneciente a la Unión Europea para la cohesión social en Latinoamérica, cuyo objetivo es contribuir en políticas públicas que mejoren la cohesión social a través del aprendizaje entre pares y el intercambio de experiencias entre instituciones homólogas de ambas regiones.

Para reforzar los objetivos ya planteados, en el año 2011 la OMS convoca a los representantes de los países latinoamericanos a una reunión con el objetivo de lograr una equidad social y sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud con un enfoque intersectorial integral. De esta conferencia se desprende que:

"Una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud."

Se entiende que una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas logra más eficiencia cubriendo la salud de la población. A partir de esta reunión los países convocados se comprometieron a tener entre sus prioridades la equidad en salud.

En la actualidad en Argentina, los hogares con menores ingresos destinan una mayor proporción del gasto a la adquisición de alimentos y bebidas no alcohólicas, un 34,5%. En cambio, en los hogares con mayores ingresos disminuye el porcentaje en dicha categoría a un 15,7%. Por otro lado, a medida que aumenta el nivel de ingresos, decrece el uso de efectivo y se incrementan la tarjeta de crédito y otros medios de pago. El 86% del gasto de consumo de los hogares más humildes se realiza en efectivo, mientras que este número desciende al 55,2% para los hogares mejor acomodados; la diferencia en las formas de pago revela que las personas de menores ingresos tienden a usar efectivo por tener trabajos en el sector informal. La región es un condicionante a la hora de hablar de salarios, ya que, en la Patagonia, GBA y la región Pampeana los salarios son superiores al del resto de las regiones del país como el NEA, el NOA y Cuyo. Los trabajadores no calificados ganan un 76% menos que los profesionales; esto demuestra lo importante que es la educación y la capacitación para mejorar los ingresos de la familia. A todo esto, se suma que la desocupación actual en Argentina es de un 11,7% (INDEC,2020).

El trabajo es esencial para la salud. El trabajo es, además un indicador de cómo se distribuye la riqueza y el poder y como se integra o excluye a ciertas poblaciones, llevando a una distribución de bienes y acceso a recursos que puede ser más o menos justa; es el origen de la estratificación socioeconómica que involucra no solo los patrones de consumo sino también los estilos de vida y comportamiento. De esta forma se define la clase social. La OMS revelo en un estudio a nivel mundial que muchas de las afecciones que sufren las personas son debidas a su trabajo, por estar expuestos a carcinógenos, partículas aéreas, riesgos de lesiones, estresores ergonómicos y ruidos relacionados a su ocupación. Las razones del deterioro de la salud de los trabajadores son complejas e involucra determinantes macroeconómicos, políticos y sociales, que aumentan los riesgos tanto biológicos, químicos y físicos en los lugares de trabajo. Como afirma Santana (2012) los

trabajos precarios son un determinante importante de pobreza debido a los bajos salarios y la falta o disminución de las contribuciones salariales indirectas, como la atención médica o los seguros de salud. En situaciones precarias de trabajo es menos probable que los trabajadores informen sus lesiones o enfermedades, tengan conocimiento de los riesgos de su trabajo y reciban capacitación y supervisión, lo que puede llevar a mayor probabilidad de lesiones, enfermedades y a aumentar el deterioro del medio ambiente. El también existe la discriminación social en el trabajo y para acceder a él; es más probable que estén en trabajos informales las minorías étnicas, los migrantes, las mujeres y las personas jóvenes. Por todos estos motivos es importante para la salud de las personas que las políticas sean efectivas y tengan en cuenta las inequidades en el acceso al trabajo digno, oportunidades de crecimiento en el mismo y tener un ambiente que propicie la salud

Entre los determinantes sociales de la salud a los factores ambientales se les atribuye una gran responsabilidad en el aumento de la mortalidad; estudios internacionales ubican estos factores con contribución de la mortalidad total de un país cercana al 20%²⁴. Este tipo de condicionantes pueden ser clasificados como químicos orgánicos e inorgánicos, metales pesados plaguicidas, fertilizantes, bifenilos policlorados, dioxinas y furanos, biológicos, bacterias, virus, protozoarios, toxinas, hongos, alérgenos, físicos no mecánicos, ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes y no ionizantes, calor iluminación, microclima, o mecánicos, lesiones intencionales, no intencionales y autoinfligidas, y psicosociales, estrés, tabaquismo, alcoholismo, conductas sexuales riesgosas, drogadicción y violencia. Siendo entre los jóvenes los más comunes los mecánicos y los psicosociales (Romero Placeres et al., 2007)²⁵. En Argentina en un año mueren 3440 adolescentes, lo que representa el 1% de la mortalidad registrada en el país, cuanto mayor edad más número de defunciones y son más los hombres (67%) que las mujeres (33%); un 55% de las muertes en adolescentes son por causas externas, es su mayoría accidentes (45%), también suicidios (20%), agresiones (15%) y por último eventos no intencionales (20%), esta información es relevante para conocer los problemas de salud de la población, orientar programas y prevenir (SAP, 2016). La interrelación dinámica de los factores ambientales con el individuo los cuales pueden influir de forma negativa favoreciendo las condiciones para la aparición de enfermedades infecciosas cuando están combinados con agentes biológicos, o de enfermedades no infecciosas, cuando se relacionan con agentes químicos o físicos, todos bajo condiciones, sociales, económicas y conductuales determinadas. Algunos ejemplos de factores ambientales naturales son las temperaturas extremas, humedad elevada, velocidad del

²⁴ En el Informe Lalonde (1974) se le atribuyó una determinación del 19 %, Alan Dever en 1980 le atribuyó una contribución del 21,7 %, y Mc Ginnins en el 2002 le atribuyó 20 %.

²⁵ Artículo acerca de las investigaciones sobre los factores ambientales y su impacto en la salud humana, en particular trata sobre aquellas realizadas en Cuba que apuntan a al cuidado del medio ambiente como determinante de la salud en la población.

viento, el relieve del terreno y la presión barométrica, que tienen efectos probados sobre la salud respiratoria y cardiovascular de los individuos. Sustancias químicas, físicas o biológicas como contaminantes del suelo, aire o agua también están presentes de forma natural, como el arsénico²⁶ en el agua, el cual en el Partido de General Pueyrredón está en cantidades superiores a las aceptables, y causa daños a la salud, en ambientes laborales o escolares, la vivienda y el entorno (Litter et al, 2018)²⁷.

Durante la adolescencia las interacciones entre los pares son una necesidad de pertenencia y correspondencia lo que lleva a que se formen redes sociales. El grupo de pares abrirá camino a la sociabilización en un ambiente donde los valores son marcados por los otros de su misma edad y serán su apoyo, despegándose de su familia para preferir estar con el nuevo grupo. Por este motivo es importante para ellos que dentro de su grupo se sientan aceptados. Esta red de pares atrae a los jóvenes y se influyen entre sí, de la confianza, el compromiso y solidaridad del grupo dependerá la fuerza de unión del mismo. Al pertenecer a un grupo los adolescentes sienten seguridad y pertenencia a una colectividad. Sin embargo, la influencia que el grupo puede ejercer en los valores, actitudes y motivaciones de sus miembros puede ser negativa ya que puede tener el visto bueno el fumar, drogarse, comer comida chatarra, entre otras actitudes que ponen en riesgo la salud. Por lo tanto, las redes sociales pueden ser promotoras de la salud o fomentar prácticas de riesgo para la misma. La OMS reconoce la importancia de la salud y bienestar durante la adolescencia y señala la necesidad de darle prioridad a los programas dirigidos a los mismos, para prevenir las enfermedades y conductas de riesgo que los afectan, ya que son la futura población adulta responsable de la producción social y la reproducción humana (Blanco Pereira, et. al., 2011)²⁸.

La educación es primordial para avanzar en los derechos económicos, sociales y culturales y aumenta las opciones para acceder al trabajo, al cuidado de la salud y la nutrición, asegurando los ingresos suficientes para garantizar el bienestar de las personas, y las capacita para que puedan ejercer libremente sus derechos humanos. Entonces la educación mejora la calidad de vida, el estado de bienestar, ayuda al desarrollo de competencias y de estilos de vida saludables y al desarrollo de la persona. Tiene una influencia directa en el desarrollo de la inteligencia, de las habilidades cognitivas y aporta mayores conocimientos, hábitos y aptitudes para solucionar problemas (Ramos y Choque,

²⁶ Entre el 2011 y 2016 se registraron valores entre 0.1 y 0,54 mg/l de arsénico en el agua de Mar del plata, cuando la OMS establece como nivel de guía aceptable 0,05 mg/l.

²⁷ Informe del CONICET sobre la presencia de arsénico en las aguas subterráneas, que concluye la región chaco-pampeana es la más afectada por este elemento.

²⁸ Trabajo de revisión cuyo objetivo de sistematizar los referentes teóricos que sustentan la importancia de la educación para salud integral del adolescente a través de promotores pares.

2007)²⁹. Además, genera seguridad en materia de trabajo y de ingresos para el aprovechamiento de los recursos para construir un entorno adecuado. La educación es la clave para que la sociedad sea productiva y así haya equidad social. Por estos motivos la educación es un factor determinante de la salud y debe ser de fácil acceso para todas las personas desde la niñez si se quiere lograr la equidad en salud.

²⁹Cuadernos de promoción de la salud del Ministerio de Salud de Perú, se usa como herramienta de consulta y acción que brinda información acerca del vínculo entre la educación y la salud.



CAPITULO II

Patrón alimentario

En el desarrollo de la persona la adolescencia es una etapa muy importante. Se considera como el periodo vital entre los 12 y los 21 años de edad. La gradualidad con la que crecía el niño cambia radicalmente para pasar a ser un crecimiento y desarrollo rápidos, que afecta distintos aspectos de la salud, como los físicos y psicosociales. Este conjunto de cambios prepara a la persona para lograr su independencia en el futuro a medida que madura. Estos cambios son disparados por la producción de hormonas reproductivas como progesterona, testosterona y estrógenos, que lleva a la aparición externa de las características sexuales secundarias. A partir de este momento las necesidades de micronutrientes en las chicas, desde la menarca, aumentan, por lo cual es interesante realizar una evaluación nutricional para evitar deficiencias. Los adolescentes adquieren el 20% de su estatura adulta durante la pubertad, teniendo picos de crecimiento, a los 12 años para las niñas y a los 14 años para los niños (Mahan y Raymond, 2018)³⁰.

Con respecto al peso en esta etapa los adolescentes ganan entre el 40%-50% del peso corporal adulto, en el caso de los chicos ganan el doble de tejido magro que las chicas, lo que genera diferencias en el porcentaje de grasa corporal y de masa corporal magra (Nicklas y Hayes, .2008); los niveles de grasa corporal aumentan más para las mujeres que para los varones. Las diferencias en la masa corporal magra y la grasa afectan las necesidades de energía y nutrientes, siendo estas diferentes para cada sexo.

Las necesidades energéticas y de nutrientes varían de un adolescente a otro según su composición corporal, grado de maduración física y ejercicio diario. La ingesta energética se debe adecuar al individuo, apoyándose en el peso y el IMC del mismo. Si se evalúa el IMC y este es superior al normal, se deduce que la ingesta de energía es superior a sus necesidades, mientras que si el IMC es inferior al normal sugiere que el consumo energético es insuficiente para sostener las necesidades corporales. En este grupo de adolescentes que presentan riesgo de una ingesta energética insuficiente están aquellos que se someten a una dieta de adelgazamiento, los que viven en hogares con inseguridad alimentaria, en lugares de tránsito o en la calle, los que consumen con frecuencia alcohol o drogas, reduciendo así el apetito o sustituyendo su ingesta, los adolescentes con enfermedades crónicas como la enfermedad de Crohn, fibrosis quística o distrofia muscular. Por el otro lado es mayor la cantidad de casos de sobrepeso y obesidad, llegando a ser una epidemia en la mayoría de los países, ya que los jóvenes suelen tener una ingesta centrada en grasas y azúcares que representan un 34% de la dieta (Slining y Popkin, 2013)³¹. En esta edad la ingesta proteica se puede ver afectada por las mismas cuestiones que la ingesta energética.

³⁰Artículo de la Academia Americana de Pediatría sobre los micronutrientes críticos a partir de la menarca.

³¹Artículo donde se examinan las tendencias en la ingesta y las fuentes de grasas sólidas y azúcares agregados entre los estadounidenses de 2 a 18 años de edad desde 1994 hasta 2010.

Un factor que se suma es la dieta vegetariana que, si no es supervisada por un profesional, pone en riesgo la adecuada ingesta de proteínas. Es importante que la ingesta de hidratos de carbono se adapte a cada adolescente, ya que aquellos más activos tendrán requerimientos mayores a los que tienen hábitos sedentarios. En la dieta de los adolescentes predominan los carbohidratos simples, siendo la ingesta de fibra insuficiente, debido al escaso consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales integrales. Con respecto a las grasas en la dieta de los jóvenes predominan las saturadas y trans sobre las monoinsaturadas y poliinsaturadas. La elección del tipo de hidratos y grasas que se ingieren son determinantes en la salud del individuo, ya que de predominar en la dieta elecciones poco saludables se propicia el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso, obesidad, dislipemia, cáncer, divertículos, entre otras.

Para lograr un correcto desarrollo y crecimiento los adolescentes tienen necesidades de micronutrientes elevadas. La ingesta de micronutrientes a menudo es inadecuada, sobretodo entre las mujeres, los micronutrientes críticos son el calcio, magnesio, potasio y vitaminas D y E (Moore et al., 2012)³².

La adolescencia en comparación con otras etapas de la vida tiene hábitos alimentarios que se caracterizan por ser inadecuados, especialmente teniendo en cuenta que los requerimientos de nutrientes están aumentados para el desarrollo; entre los hábitos que poseen están el de alimentarse en lugares de comida rápida, el consumo irregular de las comidas, el exceso de alimentos como snacks, dietas restrictivas para adelgazar y saltarse las comidas. Varios son los factores que contribuyen a estos comportamientos, como la creciente influencia de sus pares en detrimento de la influencia de la familia, el ser el blanco de los medios de comunicación, trabajar fuera del hogar, los gastos innecesarios y el comenzar a tener más responsabilidades lo que dificulta que los adolescentes compartan las comidas con sus familias.

Gran parte de los adolescentes es consciente de que la nutrición y la dieta son importantes para mantener una buena salud, pero hay barreras que obstaculizan llevar esto a cabo; los jóvenes eligen los alimentos por sus sabores, tiempo de elaboración, costo y la accesibilidad a los diferentes alimentos y el apoyo social por parte de la familia y los amigos son los factores clave que afectan sus elecciones de alimentos y bebidas (Berge et al., 2012; Gellar et al., 2012)³³. La familia puede influir en los hábitos desde la infancia de estos

³²Este estudio explora la ingesta de grupos de alimentos a la adecuación de micronutrientes entre 2379 niñas en el Estudio Nacional de Crecimiento y Salud durante tres períodos de edad (9-13, 14-18 y 19-20 años). Los datos sobre la ingesta de alimentos y nutrientes de los registros de dietas de 3 días durante 10 años se utilizaron para estimar las ingestas medias y el porcentaje que cumplía con las recomendaciones de las Guías Alimentarias (DGA) para la ingesta de alimentos y las recomendaciones del Instituto de Medicina sobre vitaminas y minerales.

³³Estudio cuyo objetivo es explorar las percepciones de varios miembros de la familia sobre los factores de riesgo y de protección para una alimentación saludable y la actividad física en el hogar.

jóvenes, siendo la guía que van a formar los hábitos alimentarios de ellos, van a hacer la diferencia para que elijan alimentos saludables sobre los que no lo son estableciendo límites para el consumo de estos últimos. Los amigos se influyen entre sí a través de la actuación como modelos y de las actividades comunes, como las comidas en lugares de comida rápida y compra de snacks en los quioscos cercanos al colegio.

Al igual que sucede con muchos adultos, los adolescentes no suelen poder asociar sus hábitos alimentarios actuales con el riesgo de padecer futuras enfermedades. Los jóvenes pretenden encajar con sus compañeros. En la búsqueda de autonomía y sentirse más adultos toman conductas como, beber alcohol, fumar y mantener relaciones sexuales. Por lo tanto, al momento de educar sobre los beneficios de una buena alimentación, en este grupo es necesario enfocarse en los cambios a corto plazo, como tener un mejor rendimiento escolar, mejorar el aspecto y sentirse con más energía. De esta forma dar información concreta, como la importancia de beber agua y dejar de lado las bebidas azucaradas, evitar los snacks y consumir más frutas y verduras.

Uno de los factores que tienen gran influencia en el patrón alimentario es si existe o no seguridad alimentaria y nutricional; este concepto abarca toda la población y haciendo referencia a que esta tenga permanentemente acceso económico, físico y social a los alimentos que necesitan, siendo estos de calidad y suficientes para su utilización biológica y posterior desarrollo óptimo de cada individuo. Si no existe la seguridad alimentaria se corre riesgo de caer en una vulnerabilidad alimentaria, aumentando la probabilidad de que el acceso a alimentos o su consumo se vean disminuidos y no cubran requerimientos mínimos para gozar de buena salud. Esta inseguridad alimentaria puede estar dada por: problemas ambientales que interfieren con la correcta producción de alimentos como pueden ser las inundaciones, sequías, heladas u otros fenómenos; el estado de salud y nutricional como epidemias y desnutrición tanto humanas como agropecuarias; el mercado de alimentos, la oferta y el precio de los mismos (Martínez y Fernández, 2006). Para paliar la inseguridad alimentaria son fundamentales el entorno social y familiar y, por otro lado, el estado. Es importante destacar que la vulnerabilidad alimentaria no solo tiene como consecuencia solo la desnutrición sino también el sobrepeso y la obesidad. El estado de pobreza o indigencia lleva a elegir alimentos de menor costo y en general de menor calidad, seleccionados para saciar el hambre y no por tener un buen aporte nutricional, a lo que se suma un estilo de vida sedentario.

Los patrones alimentarios han cambiado a lo largo de la historia. Las características de la población definen los requerimientos energéticos y nutricionales de la misma. América Latina en las últimas décadas atravesó varios cambios poblacionales, económicos y epidemiológicos, que han determinado un nuevo perfil alimentario nutricional. La transición

nutricional en esta región fue similar en todos los países, estos cambios en el perfil nutricional de las poblaciones son drásticos de la primera etapa a la última, iniciando en una pre transición con desnutrición a una post transición con obesidad. Esta transición es el resultado de una serie de modificaciones económicas, ambientales, culturales, demográficas y de actividad física que ocurren en la sociedad. Entre estas modificaciones y cambios en el estilo de vida de la población se encuentran asociadas al crecimiento del nivel de urbanización, influenciando así en la dieta, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, estrés y problemas de salud mental (Albala et al.,2004). De esta forma ocurre el incremento de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, como la obesidad e hiperlipidemias y, enfermedades derivadas por la carencia de micronutrientes.

Figura 7. Etapas de la transición nutricional.

| Característica | Etapas de la transición nutricional | | |
|--------------------|---|--|---|
| | Pre transición | Transición | Post transición |
| Dieta (prevalente) | Cereales Tubérculos Vegetales Frutas | Aumento del consumo de azúcar, grasas y alimentos procesados | Contenido alto de grasa y azúcar Contenido bajo de fibra |
| Estado Nutricional | Predominan las deficiencias nutricionales y la desnutrición | Coexisten las deficiencias nutricionales y la obesidad | Predominio de obesidad e hiperlipidemias |

Fuente: Albala , Olivares , Salinas y Vio, (2004).

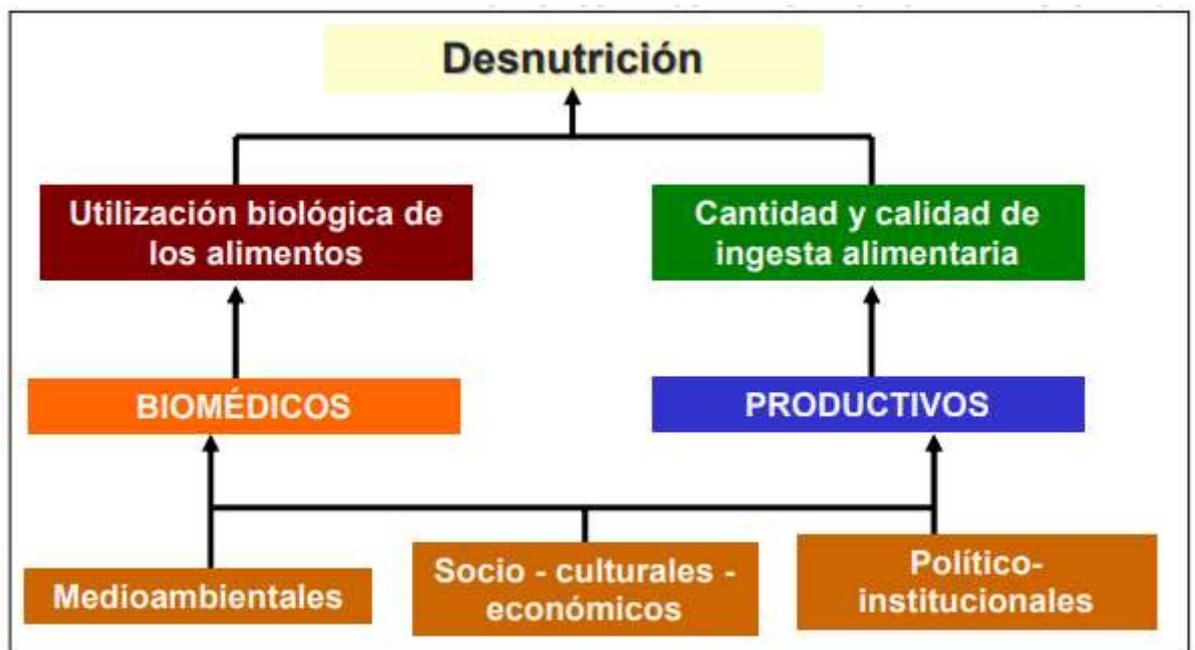
Desde el preescolar los niños comienzan a compartir prácticamente la misma dieta que su familia. Durante la adolescencia, periodo de rebelión y cierta irracionalidad, además de haber un desarrollo biológico también ocurren el desarrollo social y emocional. En esta etapa los jóvenes usan la comida como medio para ejercer su autonomía; es muy común que por ejemplo opten por dietas vegetarianas para diferenciarse de sus padres carnívoros, para expresar sus preocupaciones morales y éticas sobre el bienestar del medio ambiente y los animales (Carrasco y Palma, 2006).

Los adolescentes tienden a actuar con impulsividad. En esta época se expande la capacidad para crear ideas originales o plantear situaciones que ayuden a resolver posibles escenarios, con propensión a fundamentar las decisiones en contextos emocionales en lugar de racionales (Blakemore y Mills, 2013). El desarrollo psicosocial afecta a la salud y estado nutricional; suele haber preocupación por la imagen corporal (autopercepción) llevando a comportamientos dietéticos inadecuados, menor confianza y respeto por los padres como figuras de autoridad, al igual que por los médicos y Lic. en nutrición, importando más la influencia y opinión de los compañeros. Ocurre una independencia social,

emocional y financiera de la familia, llevando a elecciones independientes en lo que respecta a alimentos y bebidas. Cómo se desenvuelven en esta etapa los jóvenes guarda una estrecha relación con los alimentos y bebidas que eligen. El patrón alimentario suele estar marcado por el comportamiento de sus compañeros, el sabor de los alimentos y su costo, obedeciendo la preferencia innata del adolescente de recompensa inmediata, y no teniendo en cuenta los beneficios para la salud al elegir los alimentos. Con respecto a la salud y nutrición los adolescentes se encuentran interesados en lo pertinente a la estética, es decir, en mejorar por ejemplo el aspecto de la piel (es común el acné), el cabello, la figura corporal, entre otros, a través de la alimentación (Burris, Rietkerk y Woolf, 2013). Estos aspectos a mejorar desde lo nutricional son de interés por tener una carga emocional para el joven.

La desnutrición puede ser causada por varios factores que juntos aumentan la vulnerabilidad alimentaria, generando un problema de Salud Pública. Estos factores son medioambientales (por fenómenos naturales), sociales, culturales y económicos (referente a la pobreza e inequidad) y, político-institucionales, los cuales aumentan o disminuyen las vulnerabilidades bio-médicas y productivas que condicionan la cantidad, calidad y capacidad de absorción de la ingesta alimentaria que determinan la desnutrición. La relación y el peso de cada factor son variables y van a determinar el estado de salud de las personas.

Figura 8. Impacto social y económico de la malnutrición.



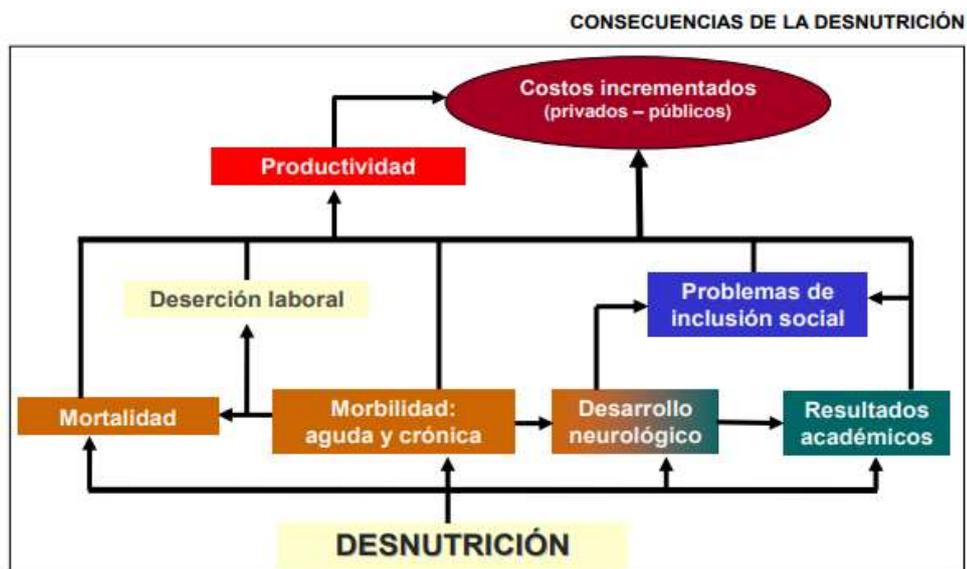
Fuente: Fernandez y Matinez, (2006)

Los factores medioambientales como los riesgos dados por el ambiente natural y sus ciclos como por los producidos por el humano y la falta de agua potable y cloacas en los

hogares llevan a riesgos para la salud, generando desnutrición y facilidad para el desarrollo enfermedades. Así mismo la desnutrición se asocia directamente con la pobreza, generada en gran parte por la falta de políticas que aumenten la escolaridad, el nivel de empleo, los salarios, la seguridad social y la cobertura de los programas asistenciales. Las pautas culturales alimentarias tendientes a fomentar dietas bajas en nutrientes, como el cambio de dietas tradicionales baratas y nutritivas por dietas ricas en grasas saturadas y de mayor costo (Romero Placeres et al., 2007). El acceso a los alimentos por parte de la población va a depender de la producción (que está afectada por el medioambiente), el poder de compra del consumidor (relacionado con el salario) y de los precios de los alimentos; el que se tenga acceso a los alimentos de todos modos no va a asegurar que se puedan aprovechar biológicamente, ya que, si la nutrición de la persona no es balanceada, la carencia de ciertos nutrientes va a impedir la absorción o el aprovechamiento de otros.

Las consecuencias de la desnutrición tienen un impacto en la salud, la educación y la economía de las personas, como así en su inserción en la sociedad y el estado de pobreza, profundizándolos aún más. La desnutrición en periodos críticos del desarrollo como lo es la adolescencia aumenta significativamente el riesgo de que en la edad adulta se desarrollen enfermedades crónicas transmisibles, como tuberculosis, y no transmisibles como enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes tipo II, entre otras (Fernandez y Martinez, 2006). La carencia de nutrientes conlleva a un menor desempeño escolar y limitaciones en la capacidad de aprendizaje con un menor desarrollo cognitivo. Estos problemas educativos llevan a futuras pérdidas económicas, además la falta de salud lleva a mayores gastos en tratamientos para recuperarla y a menor productividad, generando en conjunto pérdidas económicas.

Figura 9. Impacto social y económico de la malnutrición.



Fuente: Fernandez y Martinez, (2006)

Cuando por el contrario ocurre una malnutrición, pero por sobrepeso u obesidad, el balance energético es positivo acumulándose esa energía en forma de grasa. En muchos casos este exceso está vinculado a un bajo peso al nacer, lo que en la adultez puede llevar a enfermedades crónicas asociadas a la malnutrición como enfermedad coronaria, hipertensión y diabetes (Slimel et al., 2010). Entre las causas económicas y socio-culturales de la epidemia de sobrepeso y obesidad, están la globalización, urbanización y envejecimiento poblacional. Estos cambios en los sistemas y tecnologías de producción de alimentos, los mercados de alimentos, la estructura y rol de las familias, las tecnologías utilizadas en el sector laboral y la recreación mayormente basada en actividades sedentarias, así como la facilidad que dan los avances en comunicación y los cambios en las características de la pobreza y marginalización.

Si bien estos avances han mejorado las condiciones de vida, han traído como consecuencia un aumento en la prevalencia de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Los cambios a nivel mundial tuvieron un impacto en el acceso a alimentos, los cuales se caracterizan por tener una elevada densidad energética, al igual que las bebidas; por el otro lado la disponibilidad de verduras, frutas y agua disminuyó, en gran parte por no ser alimentos previamente procesados, por lo tanto, requieren de mayor elaboración y tiempo, esto se suma a un entorno que propicia el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco, y además dificulta la soberanía alimentaria. La pobreza y marginalización potencian las posibilidades de que las personas afectadas por ellas lleven dietas de baja calidad nutricional y tengan escasas oportunidades de acceso a ambientes donde desempeñar actividad física, en general debido a la inseguridad social. Como se mostró anteriormente la transición nutricional llevó a la población hacia dietas poco saludables, caracterizada por productos, no alimentos frescos, densos en energía y bajos en nutrientes, al consumo de bebidas azucaradas y una calidad dietética pobre (baja ingesta de vegetales, cereales integrales, fibras frutas, grasas poliinsaturadas, y una alta ingesta de grasas saturadas y trans) (Berta et al., 2015). Esta transición se dio principalmente por un cambio en la oferta de alimentos producidos. Este patrón se vio más pronunciado en la población expuesta a la pobreza, es decir a menor ingreso mayor inclinación a productos alimenticios ultra procesados y a precios más económicos.

Una de las principales comorbilidades para las personas con sobrepeso son las enfermedades cardiovasculares, siendo la principal causa de muerte en esta población. Las probabilidades de contraer otras enfermedades como cáncer, diabetes, hipertensión, resistencia a la insulina y dislipemia, aumentan. Con respecto a los efectos psicológicos del exceso de peso, se relacionan con esta patología la baja autoestima junto con una percepción negativa del cuerpo, profundizados por la discriminación en todos los ámbitos de

la vida diaria, aumentando de esta forma el ausentismo a las actividades, por ejemplo, escolares. El estudio de Geier et al (2007) demostró que los niños con peso adecuado para su edad se ausentaban menos días a la escuela comparado con los niños excedidos de peso corporal. Otros estudios señalaron que en el caso de las niñas adolescentes con sobrepeso se observó que estas poseían un menor nivel educativo e ingresos laborales con respecto a aquellas sin sobrepeso, también se evidenció una variación en el rendimiento académico del 10% entre jóvenes obesos y no obesos y que los adolescentes con un IMC >90 tienen más probabilidades de deserción escolar. Estas ausencias se trasladan también a la vida adulta, al plano laboral, es decir que los adultos obesos tienden a poseer un mayor ausentismo que los no obesos³⁴.

La mayor epidemia a nivel mundial es la obesidad, para evitarla es imprescindible inculcar buenos hábitos alimentarios desde la niñez y adolescencia. En esas etapas aún es modificable el estilo de vida, ya en la edad adulta resulta más difícil corregirlos lo cual lleva a graves repercusiones para la salud.

Argentina no es la excepción, el principal problema de malnutrición que se presenta es por sobrepeso y obesidad. En la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)³⁵ realizada en el año 2019 se evidencia que la mayor parte de la población tiene patrones alimentarios inadecuados; arrojó que el 41% de los niños y adolescentes entre 5 y 17 años tiene sobrepeso y obesidad, siendo de estos la mitad obesos y la otra mitad con sobrepeso, viéndose más afectados los grupos de menores ingresos. Por el contrario, el bajo peso solo fue de un 1,4% y la baja talla de un 3,7%, con mayor prevalencia en la población más pobre. En esta encuesta a través de la frecuencia de consumo de alimentos se denota que los argentinos no siguen las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina, y por el contrario la ingesta de alimentos y bebidas ultra procesados, de baja calidad nutricional y altos en sodio, grasas y azúcar, es elevada (Begue, 2019). La información recolectada sobre el consumo de alimentos también indica que el patrón alimentario menos saludable lo llevan los adolescentes. Los jóvenes consumen un 40% más de bebidas azucaradas, el doble de productos de copetín y pastelería y el triple de golosinas respecto de los adultos. Asimismo, los grupos sociales más pobres muestran un patrón alimentario menos saludable con respecto a las personas más acomodadas, consumiendo menos lácteos y el doble de bebidas azucaradas y productos de copetín. Los entornos

³⁴ Revisión de Parsons, 1999 sobre las influencias nutricionales de otro tipo en la infancia como predictores de la obesidad en adultos. Otro estudio realizado por Gortmaker sobre las consecuencias sociales y económicas del sobrepeso en la adolescencia y la edad adulta joven, en 10.039 jóvenes seleccionados al azar que tenían entre 16 y 24 años en 1981.

³⁵ La ENNyS es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes

escolares favorecen este tipo de alimentación, siendo un entorno obesogénico, ofreciendo pocos lácteos y frutas, más bebidas azucaradas, golosinas y productos de panaderías. Es influyente también la publicidad, sobre todo en los niños a la hora de elegir los alimentos y la mayoría no comprende la información nutricional del envase de los productos alimentarios. Los datos reafirman de nuevo que el consumo de alimentos saludables es mucho menor en los grupos de niveles educativos bajos y de menores ingresos, predominando los alimentos ultraprocesados y de valor nutricional inferior. A pesar de ser alarmantes estas características alimentarias no sorprenden teniendo en cuenta que, como el resto de América Latina, Argentina cursa la post transición nutricional.

Otra encuesta que arrojó resultados similares y más específicos sobre la población adolescente es la Encuesta Mundial Salud Escolar (EMSE)³⁶ realizada por tercera vez en el 2018. Se observó que el consumo de alcohol en los adolescentes es elevado, más de la mitad de los adolescentes lo bebió en grandes cantidades al menos una vez o más en el último mes. En consonancia con las ENNyS 2019 se observó un aumento progresivo y sostenido del sobrepeso y la obesidad. Los resultados con respecto a alimentarse en lugares donde sirven comida rápida, el uso de drogas, tabaco, la violencia y los intentos de suicidio continúan siendo preocupantes. Así como también se demostró que solo el 16,5% de los estudiantes entre 13 y 17 años fueron físicamente activos y que el 55,3% pasa al menos tres horas sentadas fuera del horario escolar, siendo más sedentarias las mujeres que los varones. En conjunto estos factores resultan determinantes en el patrón alimentario y hábitos de los adolescentes, el consumo de alcohol y comida rápida afectan de forma directa en el estado nutricional, pero también lo hacen el consumo de marihuana (lleva a atracones post consumo), la depresión (el desganado lleva al descuido físico), el consumo de cigarrillo que puede generar saltar comidas y la violencia que genera marginalidad e inseguridad como por miedo de ir a la escuela o encuentros con sus pares, por lo tanto sedentarismo.

En el Partido de General Pueyrredón, un estudio a nivel local sobre los niños escolarizados entre seis y catorce años de edad durante el ciclo lectivo del año 2013 permitió evaluar su estado nutricional antropométrico, bioquímico e ingesta alimentaria y la relación de estos con los factores socioeconómicos y geográficos. En el estudio el 43,7% de los niños entre nueve y catorce años tiene sobrepeso y obesidad, como se vio también las última ENNyS. Con respecto a los hábitos alimentarios solo el 76% realizó las cuatro comidas diarias y se relacionó el desayuno y la concurrencia al colegio con menor riesgo de exceso de peso; por otro lado, el sexo masculino también se vio asociado con mayor riesgo

³⁶ La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) es el estándar mundial para monitorear la prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud y factores de protección más importantes entre los adolescentes.

de obesidad. En general los estudios bioquímicos presentaron valores normales, solo 4% cursaron con anemia y el 19,6% con colesterol alto y el 21% con triglicéridos elevados siendo estos últimos dos más prevalentes en niños obesos. Al analizar la ingesta se encontró que el porcentaje de lípidos respecto del VCT fue mayor que la recomendación (35%), como así también la ingesta de grasas saturadas, a su vez el colesterol y la fibra tuvieron una ingesta menor a la recomendada, y las grasas trans representaron el 2,69% de las grasas totales superando la recomendación del 1%. Estos resultados son el reflejo del patrón alimentario de los niños, demostrando una vez más que el principal problema de salud es el sobrepeso y la obesidad.

Figura 10. Resultados del estudio.

TABLA 1. Descripción de la población, n= 1296

| Variable | Frecuencia (%) | Porcentaje de sobrepeso | p | Porcentaje de obesidad | p | Porcentaje de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) | p |
|-----------------------------|----------------|-------------------------|------|------------------------|--------|---|--------|
| Grupo de edad | | | | | | | |
| De 6 a 8 años | 387 (29,8) | 23 | 0,4 | 18,4 | 0,9 | 41,3 | 0,4 |
| De 9 a 14 años | 909 (70,1) | 25,2 | | 18,5 | | 43,7 | |
| Tipo de escuela | | | | | | | |
| Pública | 818 (63,1) | 23,6 | 0,3 | 19,9 | 0,07 | 43,5 | 0,6 |
| Privada | 478 (35) | 26,2 | | 15,9 | | 42,1 | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 627 (48,4) | 23 | 0,2 | 22,3 | 0,0004 | 45,3 | 0,1 |
| Femenino | 669 (51,6) | 26 | | 14,8 | | 40,8 | |
| Nivel de escolaridad | | | | | | | |
| Primaria | 998 (77) | 25,9 | 0,03 | 19,6 | 0,04 | 45,6 | 0,0005 |
| Secundaria | 298 (23) | 19,8 | | 14,3 | | 34,2 | |
| Convivencia con < 5 años | | | | | | | |
| No | 1219 (95,5) | 24,9 | 0,2 | 18,3 | 0,3 | 43,2 | 0,8 |
| Sí | 58 (4,5) | 17,2 | | 24,1 | | 41,4 | |
| Escolaridad de la madre | | | | | | | |
| Hasta secundario incompleto | 635 (49) | 25 | 0,6 | 19,4 | 0,4 | 44,4 | 0,3 |
| Secundario completo o más | 661 (51) | 24,1 | | 17,6 | | 41,6 | |
| Cobertura médica | | | | | | | |
| O. social/ prepaga | 780 (60,8) | 24,9 | 0,2 | 18,5 | 0,9 | 43,3 | 0,5 |
| Sector público | 501 (39,1) | 24 | | 19 | | 42,9 | |
| Desayuno | | | | | | | |
| Sí | 1044 (81,6) | 24 | 0,5 | 17,7 | 0,06 | 41,8 | 0,03 |
| No | 235 (18,4) | 26,4 | | 23 | | 49,4 | |

Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría (SAP),(2018)

Es común que en la adolescencia los jóvenes se vuelvan más sedentarios ya que sus intereses cambian, En la infancia los niños quieren jugar y en la mayoría de los casos estos juegos requieren movimiento por su parte. Ya en la adolescencia en vez de jugar buscan otras alternativas para pasar el tiempo libre, incluso si les gusta el deporte puede suceder que se vuelvan sedentarios ya que pueden plantearse metas poco realistas que lleven a la frustración. El tiempo de ocio suele ser usado para actividades sedentarias y poco saludables como beber alcohol, fumar, estar expuestos en exceso a pantallas y trasnochar (Lopez, 2001). A esto se le suma que los padres no suelen inscribir a sus hijos en actividades físicas y deportivas extraescolares para que dediquen más tiempo al estudio, y muchas veces no demuestran interés en la actividad física que realizan sus hijos ya que

los consideran mayores como para involucrarse a lo que ellos realizan en su tiempo libre; existe falta de conciencia social de que la actividad física es sana e importante.

En un estudio realizado por la Universidad Nacional de la Plata, sobre 162 estudiantes de una escuela secundaria de la misma localidad en el año 2010, se describió las actividades que realizan los estudiantes en su tiempo libre, en donde se destacan el uso de la tecnología y relacionarse con sus pares. El 59,9% de los alumnos dedica su tiempo libre a oír música y ver televisión, marcando un consumo intensivo de estos medios los cuales están enfocados al público de su edad; con respecto a dedicar el tiempo libre a estar con amigos 67,9% refirieron hacerlo. El 71,6 % de los adolescentes dedican su tiempo libre a actividades como ir al cine, conciertos, teatro, paseos o ver tiendas (Puente Gonzalez et al., 2010).

La actividad física además de prevenir numerosas enfermedades físicas y psicológicas, promover el correcto funcionamiento del organismo y mejorar la aptitud física, entre otros beneficios, están en el caso de los adolescentes en el ámbito escolar el de mejorar el desempeño académico y la relación con los padres y profesores, reducir el ausentismo, disminuir el riesgo de trastornos del comportamiento, prevenir la delincuencia juvenil, el alcoholismo y el abuso de sustancias, fomentar la responsabilidad y favorecer la cooperación y el trabajo en equipo. En cuanto a los beneficios que el movimiento ofrece para el correcto crecimiento de los adolescentes están el de contribuir al desarrollo integral de la persona, control de peso y de conductas alimentarias (evitar anorexia y bulimia), mayor mineralización de los huesos (por lo tanto, prevenir osteoporosis en la edad adulta) y mejor maduración del sistema nervioso motor y de sus destrezas (Martínez Navarro, 1998)³⁷. Como parte de ejercer su autonomía los adolescentes suelen saltarse comidas, como el desayuno, y destinan el tiempo a dormir hasta tarde o lo hacen para tratar de perder peso a través de la restricción calórica (Henríquez Sánchez, 2008.)³⁸. Como se comentaba anteriormente el desayuno cumple un papel protector de la salud, regulando la ingesta durante el resto del día, evitando el "picoteo" entre comidas; desayunar se relaciona con un IMC normal, mejor concentración y rendimiento escolar. Por el contrario, los adolescentes que no desayunan tienden a una ingesta mayor de azúcares y un déficit en la ingesta de fibras y micronutrientes cuyos requerimientos son elevados en esta etapa como el calcio y la vitamina A. Al saltarse el desayuno a media mañana suelen comprar en los quioscos de las escuelas, eligiendo alimentos hipercalóricos, aumentando la ingesta calórica total en base a calorías vacías. Las bebidas azucaradas o edulcoradas que consumen vienen acompañadas de cafeína, entre estas bebidas están las energéticas que cada vez son más

³⁷ En su obra se hace una reflexión sobre las políticas de salud pública y su globalización.

³⁸ El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios y evaluar su posible asociación con el tipo de desayuno o el patrón de actividad física.

consumidas por los jóvenes ya sea solas o acompañadas con otras bebidas como las alcohólicas; estas bebidas están reguladas por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología)³⁹ en la cantidad de cafeína que pueden poseer (100 mg./100 ml., hasta 250 mg./lata), en estas se indica que está contraindicado en personas con enfermedades y que no debe combinarse con alcohol. La cantidad de cafeína es elevada que junto con sus otros ingredientes no nutritivos como taurina e inositol, llevan a que los jóvenes sean más propensos al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, representando un problema implícito para la salud para muchos adolescentes (Terry-McElrath et al., 2014).⁴⁰

Según la ENNyS el 82% de los colegios tienen un quiosco o buffet en los cuales el 24,5% de los estudiantes compran golosinas, productos de pastelería, facturas, bebidas azucaradas, galletitas dulces y/o cereales con azúcar y productos de copetín. Debido a que los adolescentes pasan una buena parte de su tiempo en el colegio y alrededores, los alimentos ofrecidos en esos lugares influyen en sus hábitos alimenticios. Los alimentos ofrecidos suelen ser pobres en micronutrientes y fibra, pero ricos en calorías, grasas, edulcorantes y sodio; los motivos para elegir estos alimentos son la comodidad, el bajo costo y el sabor de los mismos. Por este motivo es de suma importancia mejorar estos entornos y ofrecer alimentos saludables, educar para que los adolescentes los elijan.

Son múltiples los factores que afectan el patrón alimentario de los adolescentes, el cual puede perdurar en la vida adulta: la sociedad y las percepciones de imagen corporal, la publicidad, la necesidad de pertenencia (prácticas alimentarias de sus pares), las actitudes y comportamientos familiares en relación con el peso, los hábitos alimentarios de los padres y el vínculo familiar; los jóvenes se encuentran expuestos a constantes estímulos desde las pantallas, tanto de la televisión como el celular, lo que cual genera a través de estas publicidades dadas en los medios de comunicación y redes sociales condicionan la imagen corporal que el adolescente está formando en su pensamiento, mostrando como ideal determinado aspecto el cual si es aceptado y deseado (Eaton et al., 2012)⁴¹. De este modo los jóvenes llegan a practicar dietas inadecuadas y generar trastornos alimentarios para lograr asemejarse a su concepto de cuerpo ideal.

El interés por la alimentación familiar cobra importancia al considerar que la familia es el primer grupo donde el sujeto aprende a comer, representado la primer y principal

³⁹ La ANMAT es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional de la República Argentina creado en 1992 y dependiente del Ministerio de Salud.

⁴⁰ El objetivo de su trabajo fue examinar la energía de las bebidas regulares y de dieta usada entre los adolescentes estadounidenses en el colegio y su asociación con el uso de otras sustancias.

⁴¹ Estudio que plantea como problema que las conductas que contribuyen a las principales causas de morbilidad y mortalidad entre jóvenes y adultos, a menudo se establecen durante la niñez y la adolescencia, y están interrelacionadas y prevenibles.

influencia en la conducta que él tendrá durante este acto; influencia tanto por parte de la persona que prepara los alimentos, como de sus preferencias, usos y costumbres, y disponibilidad de alimentos. Las comidas familiares pueden ser importantes para la detección temprana y el tratamiento de los trastornos alimentarios. La comensalidad familiar practicada de forma regular es una oportunidad de modelar los patrones alimentarios y generar una interacción saludable con los alimentos; para que esta práctica sea favorable el entorno debe ser positivo y estructurado, es decir debe ser de forma rutinaria, prestando atención al acto de alimentarse sin distracciones como la televisión, juegos, celulares y otros, proporcionando alimentos saludables y en un ambiente agradable, evitando discusiones durante la comida. Se ha demostrado que realizar las comidas como desayuno, almuerzo, merienda y cena, en familia reduce las posibilidades de desórdenes de la conducta alimentaria en los adolescentes, por lo cual resulta tener un papel protector llevándose a cabo diariamente y en la mayoría de las comidas (Neumark-sztainer, 2004)⁴².

En la búsqueda de aceptación propia y de los demás sobre su imagen corporal muchos adolescentes se presionan para tener una apariencia similar a la de sus expectativas y las de la sociedad. En la mayoría de los casos se presenta una distorsión en la percepción de su imagen corporal, y, por ejemplo, si tienen un peso normal se exigen de todas formas verse más delgados (Eaton et al., 2012).⁴³ Para lograr estos objetivos como bajar de peso los adolescentes suelen recurrir a dietas muy restrictivas, tanto en la cantidad de alimento como de ingestas (menor número de comidas), así como ayunos prolongados, también a pastillas para perder peso, ejercicio excesivo o métodos purgativos, inducción de vómitos, uso de laxantes o diuréticos. Estas prácticas llevan con facilidad a un déficit nutricional tanto de micronutrientes como macronutrientes, generando además trastornos de la alimentación. Aunque estos comportamientos no cumplan con la regularidad suficiente para ser diagnosticados como trastornos de la alimentación, pueden comprometer la salud del adolescente. En estos casos son comunes los síntomas como dolor abdominal recurrente, amenorrea o pérdida de peso sin motivo. Para poder detectar este tipo de trastornos es necesario un cribado que contemple varios aspectos, como insatisfacción corporal, exigencias externas (de padres y/o entrenadores por practicar algún deporte o actividad que exija un determinado peso corporal), el miedo al aumento de peso y/o a determinados alimentos (alimentos ricos en grasas y azúcares), la frecuencia de comidas y el ayuno, el consumo de laxantes, diuréticos y pastillas, la inducción de vómitos, atracones y

⁴² Estudio sobre los Factores de riesgo y protección compartidos para el sobrepeso y los trastornos alimentarios en adolescentes. La muestra fueron adolescentes del "Poyecto CEA" (Comiendo entre adolescentes)

⁴³ Estudio que plantea como problema que las conductas que contribuyen a las principales causas de morbilidad y mortalidad entre jóvenes y adultos, a menudo se establecen durante la niñez y la adolescencia, y están interrelacionadas y prevenibles.

el ejercicio compensatorio. Dentro de estos trastornos alimentarios podemos encontrar la anorexia nerviosa en la que el peso es muy bajo, hay una preocupación por la delgadez extrema y una restricción dietética; por el otro lado la bulimia, que también es un trastorno alimentario se presenta por lo general con un peso normal del joven, con atracones, sobrealimentación, y posterior purga. Los adolescentes son vulnerables a las complicaciones de los trastornos alimentarios por la etapa en la que se encuentran, donde la necesidad de nutrientes es muy elevada y estas conductas pueden afectar su desarrollo y crecimiento de forma irreversible (Setton y Fernandez, 2014).⁴⁴

Otros adolescentes en cambio, debido a cuestiones morales y éticas y/o como opción para perder peso, deciden llevar dietas vegetarianas, en su intento de proteger el bienestar animal, el medio ambiente o la salud personal. Estas dietas supervisadas por un Licenciado en Nutrición pueden ser llevadas de una forma saludable y se una buena posibilidad para incorporar alimentos como legumbres, cereales integrales y frutos secos en la dieta del adolescente; en caso contrario la dieta vegetariana sin supervisión puede representar un problema para la salud del joven, siendo deficiente en nutrientes críticos para su desarrollo y correcta función biológica. Los progenitores deberán tener especial cuidado de que este hábito alimentario no sea una forma de ocultar una restricción de alimentos o lleven a un control de peso excesivo. El perfil bioquímico de los individuos que mantienen una dieta vegetariana adecuada suele reflejar una elevada ingesta de hierro, vitamina A y fibra, ya que estos nutrientes suelen ser suplementados y/o incorporados en alimentos fortificados, y por otro lado menor ingesta de colesterol. Dentro de estas dietas las que mejor se adaptan a los requerimientos diarios de todos los nutrientes son las ovolactovegetarianas, por lo tanto, debería ser la opción más recomendada por los especialistas sanitarios, ya que de ser estrictamente vegetarianas se corre el riesgo de tener un déficit de nutrientes como vitamina D y B12, riboflavina, proteínas, calcio, hierro, cinc, entre otros (Mahan. y Raymond , 2018).⁴⁵

En Argentina, y por lo tanto en Mar del Plata también, la obesidad y el sobrepeso son una epidemia. Estos resultados son característicos de la etapa post transición nutricional que atraviesa el país y la región. Los adolescentes no escapan a esta tendencia de malnutrición, la configuración de su patrón alimentario está marcada por la historia de ellos, su familia y entorno social. Por estos motivos es de suma importancia que los padres de los jóvenes tengan correctos hábitos alimentarios para transmitirlos a sus hijos, para lo cual es necesario que se haga promoción de salud desde todos los ámbitos. Una buena oportunidad

⁴⁴Tomado del libro "Nutrición en pediatría" de las Dras. Setton y Fernandez, primera edición, del año 2014.

⁴⁵Artículo de la Academia Americana de Pediatría sobre los micronutrientes críticos a partir de la menarca.

para hacer educación es en las consultas de salud anual, en las cuales el profesional sanitario deberá abordar temas como el crecimiento y desarrollo físico, el rendimiento académico, las relaciones sociales, el estado emocional, como disminuir el riesgo a padecer ciertas enfermedades transmisibles y no transmisibles, la prevención de lesiones por violencia, entre otros. Entre estas evaluaciones anuales debe haber una evaluación nutricional donde se analice el estado nutricional del paciente y se contemplen sus hábitos alimentarios. En las consultas con el Lic. en nutrición los adolescentes pueden recibir educación nutricional y se intentará crear una imagen corporal positiva. Estas acciones deben ejercerse para intentar brindar la contención necesaria para estos jóvenes que están en plena formación física y personal, y deben ser guiados para lograr hábitos saludables que puedan perdurar en la adultez.

DISEÑO METODOLOGICO



El presente trabajo de investigación es de tipo transversal, ya que se toman los datos por única vez. Al mismo tiempo, se desarrolla en forma descriptiva para los determinantes sociales de la salud, el nivel de actividad física y el patrón alimentario de la población adolescente. Es una investigación de tipo mixta, cualitativa y cuantitativa

Universo: La población está compuesta por adolescentes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 11 y 19 años que asisten al Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente, en la Ciudad de Mar del Plata.

Muestra: No probabilística por conveniencia sobre 25 pacientes que concurren al Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente, de la Ciudad de Mar del Plata.

Unidad de análisis: Es cada uno de los de los adolescentes que concurren a un Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente.

Variables:

- Edad
- Sexo
- Acceso a agua potable
- Tipo de vivienda
- Percepción de seguridad en su barrio
- Funcionamiento sistémico familiar
- Presencia de grupo de pares
- Exposición al tabaco
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Acceso al sistema de salud
- Acceso a la educación
- Nivel de educación alcanzado
- Situación laboral de los cuidadores
- Situación laboral del adolescente
- Frecuencia de consumo de alimentos
- Práctica de actividad física del adolescente
- Frecuencia de la práctica de actividad física.

EDAD

Definición conceptual: años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información.

Definición operacional: años cumplidos que tienen los adolescentes que concurren a un Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información. El dato se obtiene por una encuesta on line

SEXO

Definición conceptual: condición orgánica que distingue al sexo femenino y masculino de las personas

Definición operacional: condición orgánica que distingue al sexo femenino y masculino de los adolescentes que concurren a un Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente. El dato se obtiene por encuesta on line

ACCESO A AGUA

Definición conceptual: posibilidad de consumir agua limpia y que sea saludable para el ser humano.

Definición operacional: posibilidad para el adolescente de consumir agua limpia y que sea saludable para los adolescentes que concurren a un Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente. El dato se obtiene por encuesta on line.

TIPO DE VIVIENDA

- Definición conceptual: Variedad del espacio independiente y separado con áreas de uso exclusivo, habitado o destinado a ser habitado por una o más personas
- Definición operacional: Variedad del espacio independiente y separado donde el adolescente habita. Se indaga sobre el tipo de vivienda en la que habita, siendo categorías de respuesta: Casa, Departamento, Vivienda compartida con familiares o tutores. El dato se obtiene por encuesta on line.

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE SU BARRIO

- Definición conceptual: sensación del ciudadano frente a condiciones de seguridad o inseguridad en su entorno de vida.
- Definición operacional: sensación del adolescente frente a condiciones de seguridad o inseguridad del barrio donde el adolescente habita. Se consultará sobre la

percepción que este tiene de la seguridad en su barrio, las opciones serán: Muy seguro, Seguro, Poco Seguro, Nada Seguro. El dato se obtiene por formulario on line.

FUNCIONAMIENTO SISTÉMICO FAMILIAR

- Definición conceptual: personas que normalmente viven juntas, en caso de vivir solo, la familia está formada por aquellas personas con quienes se tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.
- Definición operacional: persona (s) que normalmente vive con el adolescente, en caso de vivir solo, la familia está formada por aquellas personas con quienes se tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas. El dato se obtiene por formulario on line. y se indaga calidad de tiempo con la familia, el valor que creen les dan y la contención que perciben. Se evalúa la funcionalidad del sistema familiar mediante el test de APGAR, donde una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción

CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

| | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA |
|--|---------------------|--------------------------|-------------------|
| Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa. | | | |
| Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas. | | | |
| Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección. | | | |
| Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor. | | | |
| Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos. | | | |

Fuente: Suarez Cuba y Alcalá Espinoza (2014).

PRESENCIA DEL GRUPO DE PARES

- Definición conceptual: grupo de personas que comparten características en común como la edad, actividades, entre otras.
- Definición operacional: grupo de adolescentes que comparten características en común como la edad, actividades, entre otras. El dato se obtiene por formulario on line. Se considera sentimiento de integración, discriminación y actividades que comparten. El dato se obtiene por encuesta on line.

EXPOSICIÓN AL TABACO

- Definición conceptual: inhalación de humo de tabaco de forma activa o pasiva.
- Definición operacional: inhalación de humo de tabaco de forma activa o pasiva por el adolescente. El dato se obtiene por formulario on line y se indaga si fuma tabaco y con qué frecuencia, cuántos cigarrillos diarios, con qué frecuencia fuma dentro del hogar y si se ha visto expuesto a humo de tabaco en su hogar o trabajo en los últimos treinta días. El dato se obtiene por encuesta on line.

CONSUMO DE ALCOHOL

- Definición conceptual: ingesta de bebidas con graduación alcohólica, ya sea solas o acompañadas de otras bebidas, como gaseosas o jugos, generalmente azucaradas.
- Definición operacional: ingesta de bebidas con graduación alcohólica, ya sea solas o acompañadas de otras bebidas generalmente azucaradas por el adolescente. El dato se obtiene por el formulario on line y se consulta si consume alcohol y con qué frecuencia. El dato se obtiene por encuesta on line.

CONSUMO DE DROGAS

- Definición conceptual: uso de sustancias o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.
- Definición operacional: uso de sustancias o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. El dato se obtiene por encuesta on line. Se indaga: si consume drogas ilegales y con qué frecuencia

ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

- Definición conceptual: Acceso de las personas a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud, ya sean sanatorios, hospitales, clínicas y centros de salud. El dato se obtiene por encuesta on line.
- Definición operacional: Acceso que tiene el adolescente a las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. La accesibilidad al sistema de salud se evaluará a través de las consultas realizadas a profesionales de la salud en los últimos 30 días. En aquellas personas que no consultaron, habiendo referido problemas de salud, se indaga sobre las razones, siendo opciones de respuesta: no considerarlo importante, no tener tiempo, no tener dinero, dificultad para conseguir turno, le queda muy lejos, falta de profesionales, pedir turno y no ser atendido y otras razones. Se considera como problema de acceso no haber podido concurrir todas las opciones excepto las opciones: no lo consideró importante y no tuvo tiempo. También se consulta sobre si el adolescente cuenta con algún tipo de cobertura de salud. El dato se obtiene por encuesta on line.

ACCESO A LA EDUCACIÓN

- Definición conceptual: Acceso de las personas a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en brindar educación y escolarizar.
- Definición operacional: Acceso de los adolescentes a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en brindar educación y escolarizar. Se indaga: si concurre o no a un establecimiento educativo, sino el motivo de porque no: distancia, no quiere, trabajo, o no tienen medio de transporte para ir. También se verá: distancia del colegio a su hogar, si tiene o hay un medio de transporte que lo deje cerca, cómo considera estado edilicio de la institución y con qué frecuencia se pierden clases por falta de profesores. El dato se obtiene por encuesta on line.

NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO

- Definición conceptual: máximo nivel de estudio de la población, ya sea que lo haya completado o no.
- Definición operacional: máximo nivel educativo concluido del adolescente. Los niveles son: Sin instrucción / Nunca asistió: son las personas que nunca concurren a un

establecimiento de enseñanza formal. Primario incompleto, Secundario incompleto. Se consultará nivel alcanzado, año alcanzado de ese nivel y si continúa cursando sus estudios. Se evaluará si es acorde a su edad. El dato se obtiene por encuesta on line.

SITUACIÓN LABORAL DE LOS CUIDADORES

- Definición conceptual: Conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir bienes y servicios para atender las necesidades humanas, usualmente remuneradas.
- Definición operacional: Conjunto de actividades que son realizadas por el jefe del hogar, con el objetivo de atender las necesidades de su familia, mediante una remuneración. Se indaga si: uno o ambos padres trabajan, cuantas horas y si es de forma permanente o con intermitencias. El dato se obtiene por encuesta on line.

SITUACIÓN LABORAL ADOLESCENTE

- Definición conceptual: Conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas, usualmente remuneradas.
- Definición operacional: Conjunto de actividades que son realizadas por el adolescente, con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir bienes y servicios para atender las necesidades del mismo y/o su familia, mediante una remuneración. Se indaga por encuesta on line si está empleado o no, y de ser así motivo de trabajo: ayudar a la familia, por elección para cubrir gastos personales en bienes no necesarios, no quiso estudiar, finalizó educación secundaria.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

- Definición conceptual: método directo de estimación de la ingesta alimentaria al que se le presenta un formato estructurado que contiene una lista de alimentos y se le pregunta por la frecuencia habitual de ingestas de dichos alimentos durante un periodo de tiempo determinado, así la persona encuestada responde el número de veces que como promedio ha ingerido un alimento durante un período de tiempo en el pasado.
- Definición operacional: método directo de estimación de la ingesta alimentaria al que se le presenta un formato estructurado que contiene una lista de alimentos y se le pregunta por la frecuencia habitual de ingestas de dichos alimentos durante una semana, así el adolescente encuestado responde el número de veces que como promedio ha ingerido un alimento durante ese periodo. Se pregunta a cada voluntario

por el patrón de consumo de 19 grupos de alimentos básicos de la dieta: lácteos enteros, lácteos semidesnatados y desnatados, huevos, carnes magras y fiambres, carnes grasas y embutidos, pescado blanco y mariscos, pescado azul, verduras y hortalizas, frutas, frutos secos, legumbres, aceite de oliva, otras grasas, cereales refinados, cereales integrales, repostería industrial, azúcares, alcohol y agua. El dato se obtiene por encuesta on line. Se empleará la siguiente planilla:

| Grupo de alimentos | CONSUMO MEDIO DURANTE EL AÑO PASADO | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nunca o casi nunca | Al mes | | | A la semana | | | | | | Al día | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ≥6 |
| Lácteos enteros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lácteos semi/desnatados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Huevos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carnes magras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carnes grasas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pescado blanco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pescado azul | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verduras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frutas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frutos secos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legumbres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aceite de oliva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras grasas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cereales refinados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cereales integrales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Repostería industrial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Azúcares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Figura 1. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Grupos de Alimentos (CFCGA) empleado.

Se compara con las recomendaciones dadas en la guía alimentaria para la población argentina.

PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADOLESCENTE

- Definición conceptual: Actividad destinada a desarrollar, fortalecer y mantener en buen estado físico el cuerpo por medio de una serie de ejercicios y movimientos reglados.
- Definición operacional: Actividad destinada a desarrollar, fortalecer y mantener en buen estado físico el cuerpo por medio de una serie de ejercicios y movimientos reglados que realiza el adolescente. El dato se obtiene por encuesta on line y se considera si desarrolla alguna actividad o no lo hace.

FRECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA

- Definición conceptual: Número de veces que realiza actividad física durante una semana.
- Definición operacional: Número de veces que realiza actividad física durante una semana. Se considera: Nada 1 – 2 veces como bajo nivel de actividad física, 3 – 4 veces nivel moderado de actividad física, 5 – 6 veces nivel elevado de actividad física y 7 veces nivel muy elevado de actividad física. El dato se obtiene por encuesta on line.

Se diseñó una encuesta a través de un formulario de Google, con su respectivo consentimiento. A continuación se muestran los mismos.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La siguiente encuesta pertenece al trabajo de investigación correspondiente a la tesis de grado de la carrera Lic. en Nutrición de la alumna Leila Lewinc de la Universidad F.A.S.T.A., cuyo objetivo es analizar los determinantes sociales de la salud, el estado nutricional y la actividad física de los adolescentes que concurren al programa municipal de Salud Integral del Adolescente durante el mes de julio del año 2021.

La misma solo se lleva a cabo con fines académicos, garantizándose el secreto y la confidencialidad de la información brindada por los encuestados, exigidos por Ley. Los resultados que se obtengan serán manejados en forma anónima.

Por esta razón se le solicita su autorización para participar en este estudio, que consisten en el registro de algunos datos personales y la respuesta a las preguntas del cuestionario que encuentra a continuación. La decisión de participar es voluntaria y puede abandonar su participación en el momento que así lo desee.

¿Cuántos años tenes?

Texto de respuesta breve

Sexo

Femenino

Masculino

Vivís en...

Casa

Departamento

Otra...

¿Tenes agua potable en tu vivienda?

Sí

No

¿Cómo percibís tu barrio?

| | | | | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Muy seguro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nada seguro |

| En relación a tu familia | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Siempre | Casi siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
| Estoy contento ... | <input type="radio"/> |
| Estoy satisfech... | <input type="radio"/> |
| Me agrada pen... | <input type="radio"/> |
| Me sastisface ... | <input type="radio"/> |
| Me satisface la... | <input type="radio"/> |

Te sentís integrado en los entornos donde hay jóvenes de tu misma edad?

Sí

No

¿Qué actividades compartís con los jóvenes de tu edad?

Texto de respuesta breve

¿Fumas tabaco?

- Diariamente
- Algunos días
- No fumas

Si fumas tabaco, consideras que es en exceso

- Sí
- No

⋮

¿Compartís espacios con fumadores en ambientes cerrados?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Pocas veces
- Nunca
- Otra...

☰

¿Consumis alcohol?

- Diariamente
- Algunos días
- No consumis

Si tomas alcohol, cuando lo haces ¿Llegas al estado de ebriedad?

- SI
- No

☰

¿Consumis alguna de las siguientes sustancias?

- Marihuana
- Extasis
- Cocaína
- Paco
- LSD
- Otras
- No consumo

Si consumis drogas, lo haces...

- Diariamente
- Algunas veces
- Una vez por mes
- Menos de una vez por mes



¿Cuándo tienes un problema de salud que no es urgente acudís a un profesional de la salud?

- Sí
- No

Si no acudís a hacerte los controles médicos u atenderos cuando es necesario ¿Por qué motivo es?

- No lo consideras importante
- No tienes tiempo para ir a la consulta
- No tienes dinero para ser atendido por un profesional sanitario
- Por dificultades para conseguir turno
- Te queda lejos el centro de atención
- No encuentras un profesional que te atienda tu condición
- Otra...

¿Vas al colegio?

- Sí
- No

¿En qué año escolar estás?

Texto de respuesta breve

Si no vas al colegio ¿Por que es?

- Esta lejos de tu domicilio y no tenes medio transporte para ir
- Trabajas
- No queres
- Ya finalizaste el secundario
- El estado del edificio no es adecuado
- Otra...

Durante la pandemia tuviste acceso a las clases virtuales?

- Sí
- No

...

Con respecto a tus cuidadores ¿Ellos trabajan de forma estable?

- Sí
- No

¿Vos trabajas?

- Sí
- No

Si trabajas ¿Por que motivo es?

- Ayudar a la familia
- Por elección para cubrir gastos personales en bienes no necesarios
- No quisiste estudiar
- Terminaste el nivel secundario escolar

Frecuencia de consumo de alimentos: cada cuanto comes estos alimentos y en que cantidad *

| | Nunca | 1 vez po... | 2 veces ... | 1-2 vece... | 3-4 vece... | 4-5 vece... | 5-7 vece... | 1-2 vece... | 3-4 vece... |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Leche, y... | <input type="radio"/> |
| Huevos ... | <input type="radio"/> |
| Carne r... | <input type="radio"/> |
| Pollo (1... | <input type="radio"/> |
| Pescad... | <input type="radio"/> |
| Vegetal... | <input type="radio"/> |
| Frutas (...) | <input type="radio"/> |
| Arroz (1... | <input type="radio"/> |
| Pan (1 ...) | <input type="radio"/> |
| Lenteja... | <input type="radio"/> |
| Azucar (...) | <input type="radio"/> |
| Aceite (...) | <input type="radio"/> |
| Mayone... | <input type="radio"/> |
| Gaseos... | <input type="radio"/> |

Frecuencia con la que realizas actividad física

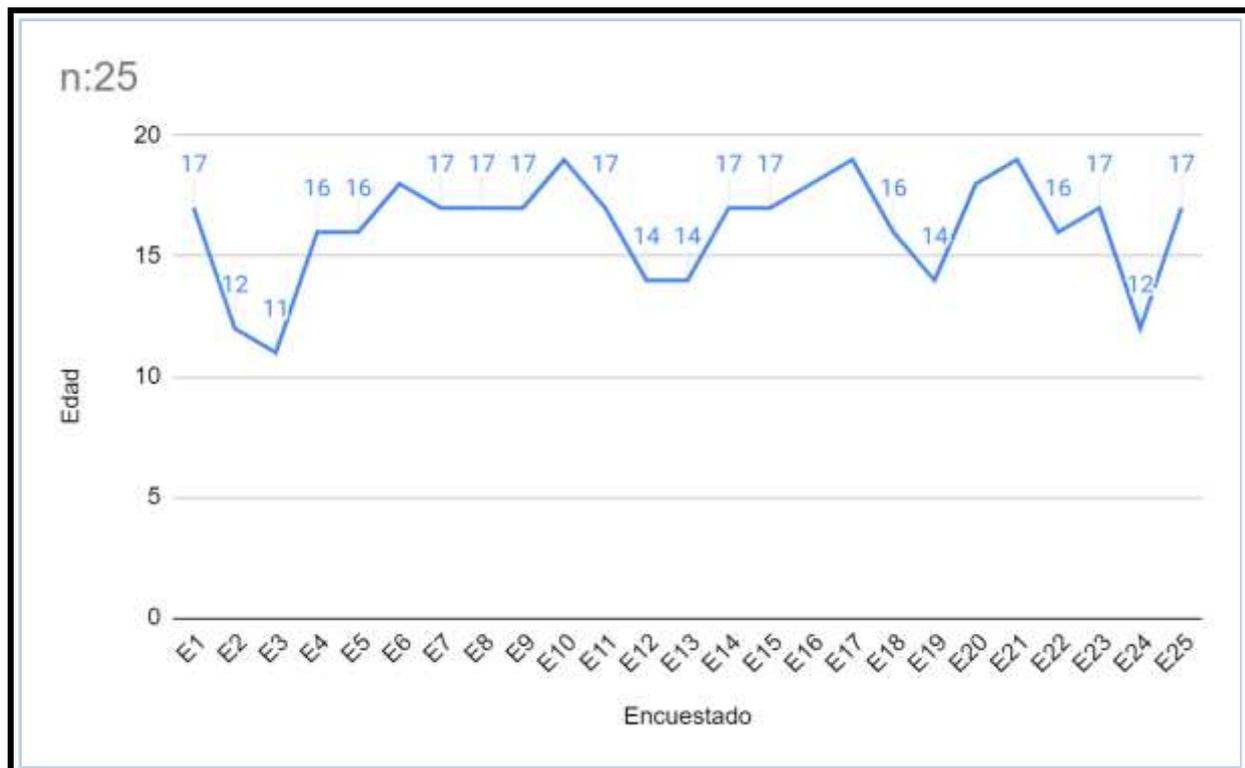
- Nada
- 1-2 veces por semana
- 3-4 por semana
- 5-6 por semana
- 7 veces por semana



ANALISIS DE DATOS

La presente investigación requirió de la recolección de datos mediante una encuesta, así obtener la información necesaria acerca de la población analizada en relación a los determinantes sociales de la salud y el consumo de alimentos, de una muestra total de 25 adolescentes de ambos sexos, cuya franja etaria va desde los 11 a los 19 años de edad, y concurren al Programa de Salud Integral del Adolescente en la ciudad de Mar del plata durante el año 2021. Cabe destacar que se llevó a cabo en el contexto particular de la Pandemia por COVID-19, cuando aún estaba en proceso la transición hacia la "nueva normalidad", por lo cual las actividades escolares y sociales están afectadas; donde convive el dictado de clases tanto virtual como presencial y ciertas actividades sociales son bajo protocolos sanitarios. En este marco toda la población y los jóvenes incluidos se vieron condicionados por el Aislamiento Social Preventivo, lo cual tiene repercusiones psicosociales y también a nivel educativo. La participación de los encuestados fue totalmente voluntaria, luego de haber sido informados sobre qué trata la investigación.

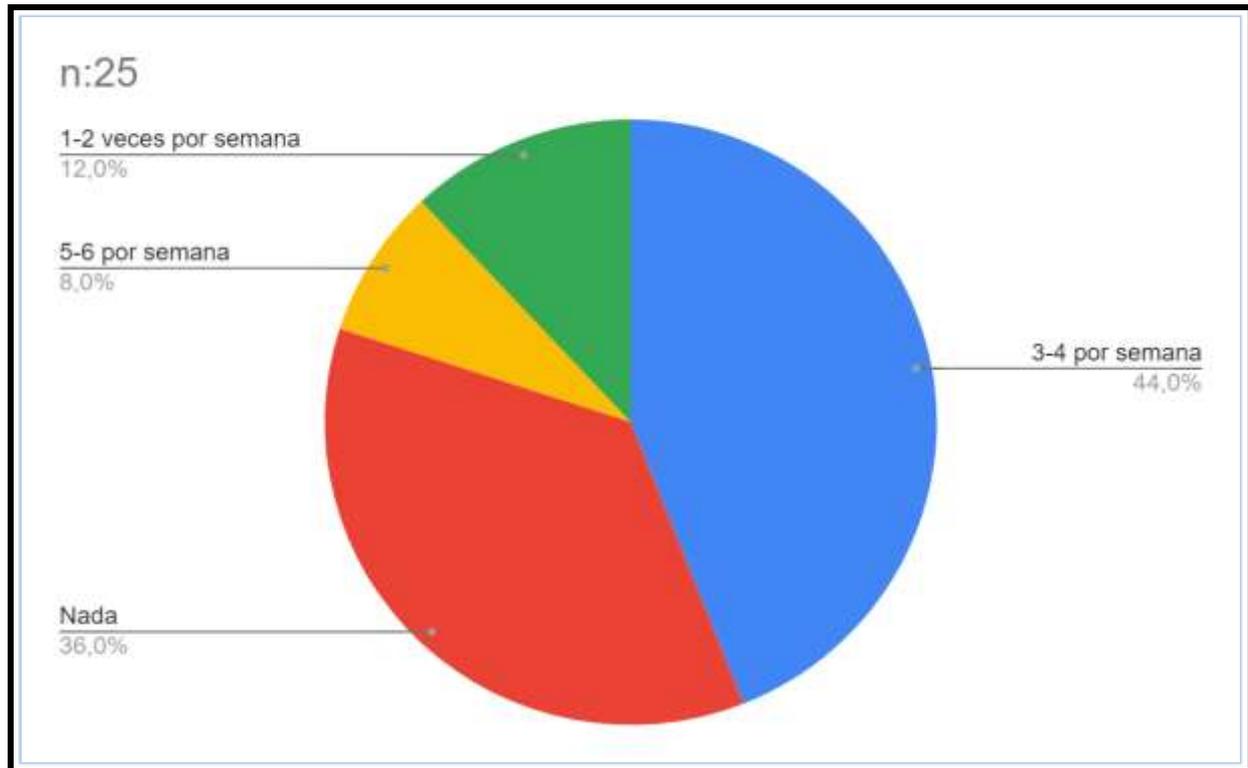
Gráfico 1: Edad



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En el programa integral de salud del adolescente concurren jóvenes entre 11 y 19 años de edad. Se tomó una muestra de 25 adolescentes, el promedio de edad fue de 16 años, siendo los 17 años la moda, los jóvenes de esta edad concurren en su mayoría solos al control médico. La edad mínima fue de 11 años y la máxima de 19 años.

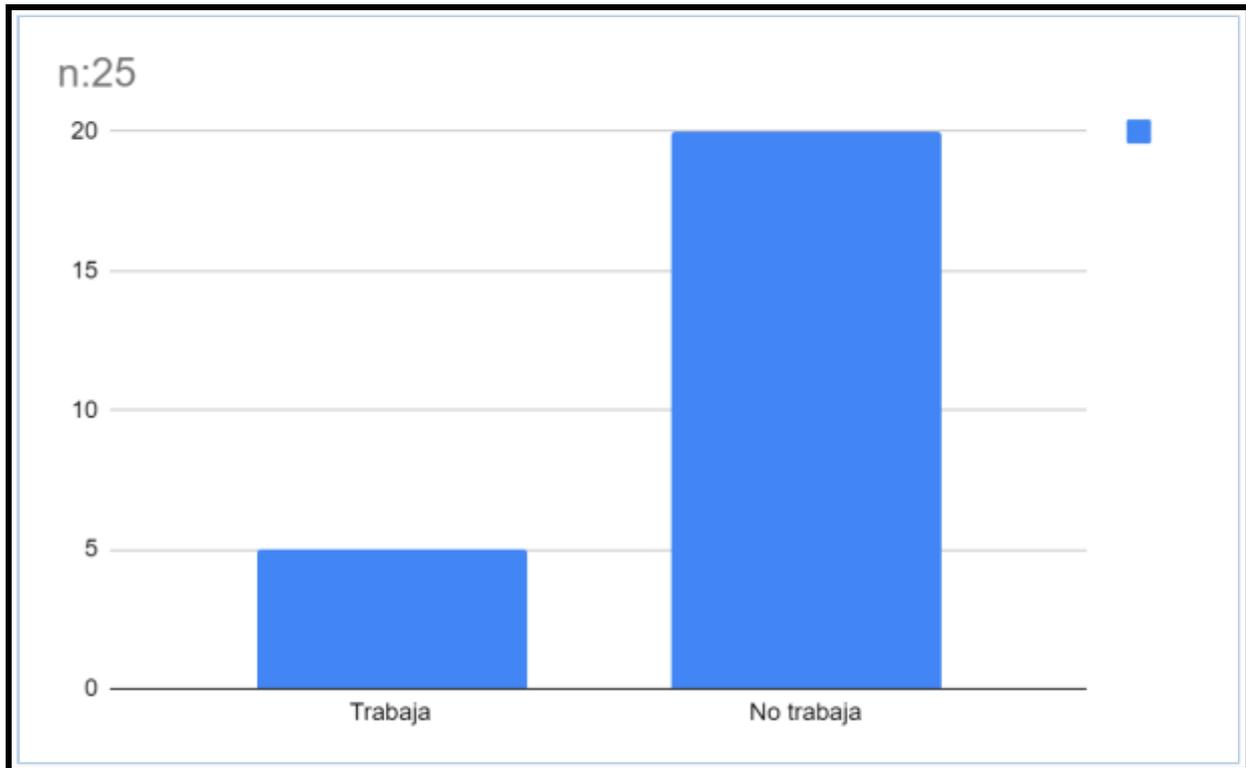
Gráfico 2: Frecuencia de realización de actividad Física



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Al consultar por la frecuencia con la que realizan actividad física un 52% de los adolescentes indicó una frecuencia entre 3 y 6 veces por semana, si bien es la mayor parte de la población encuestada, es preocupante que un 12% practique este tipo de actividad 1 a 2 veces por semana y el 36% de los jóvenes refirió directamente no realizar actividad física durante la semana. La OMS recomienda un mínimo de 3 veces por semana de actividad física de moderada a intensa en periodos de una hora. Además la organización informa que la actividad física regular ayuda a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y varios tipos de cáncer así como también prevenir la hipertensión, mantener un peso corporal saludable y mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar.

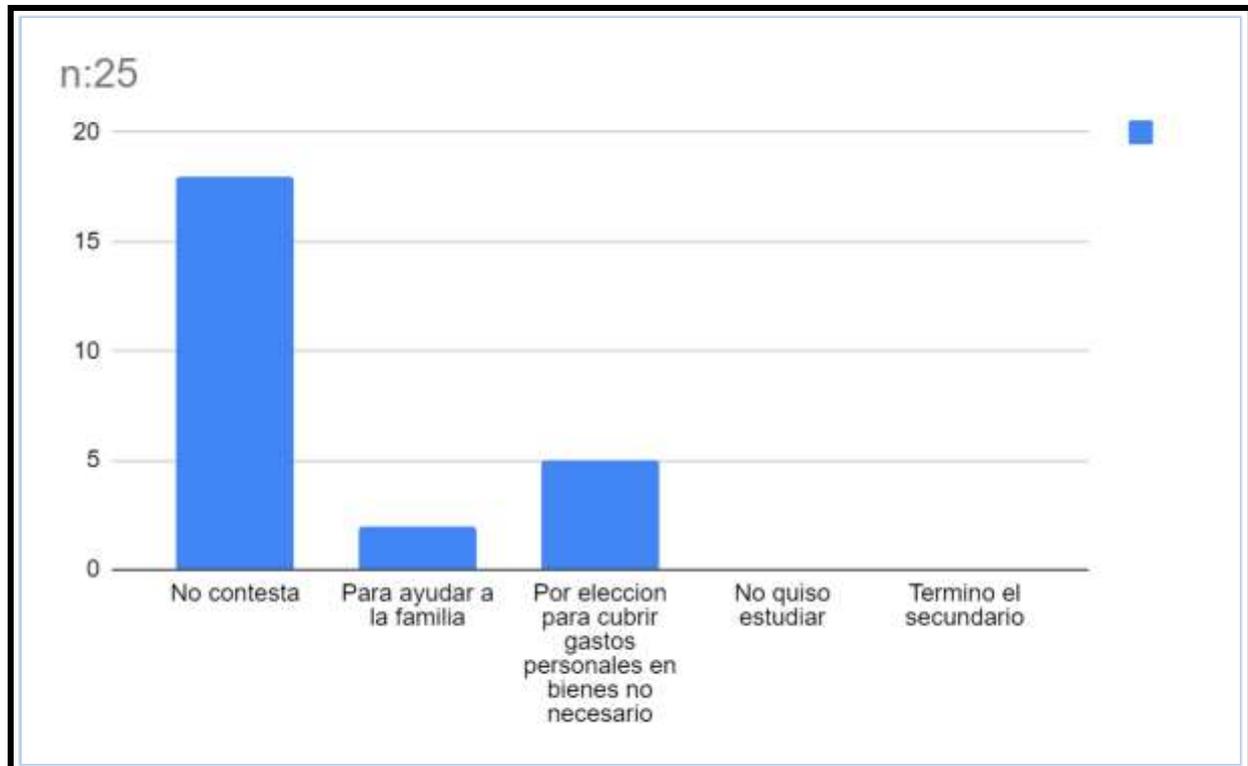
Gráfico 3 Desarrolla actividad laboral.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Solo cinco adolescentes de los 25 encuestados indicaron trabajar. La edad de estos adolescentes es de 17 y 19 años y representa el 20% de la población encuestada, un valor considerable.

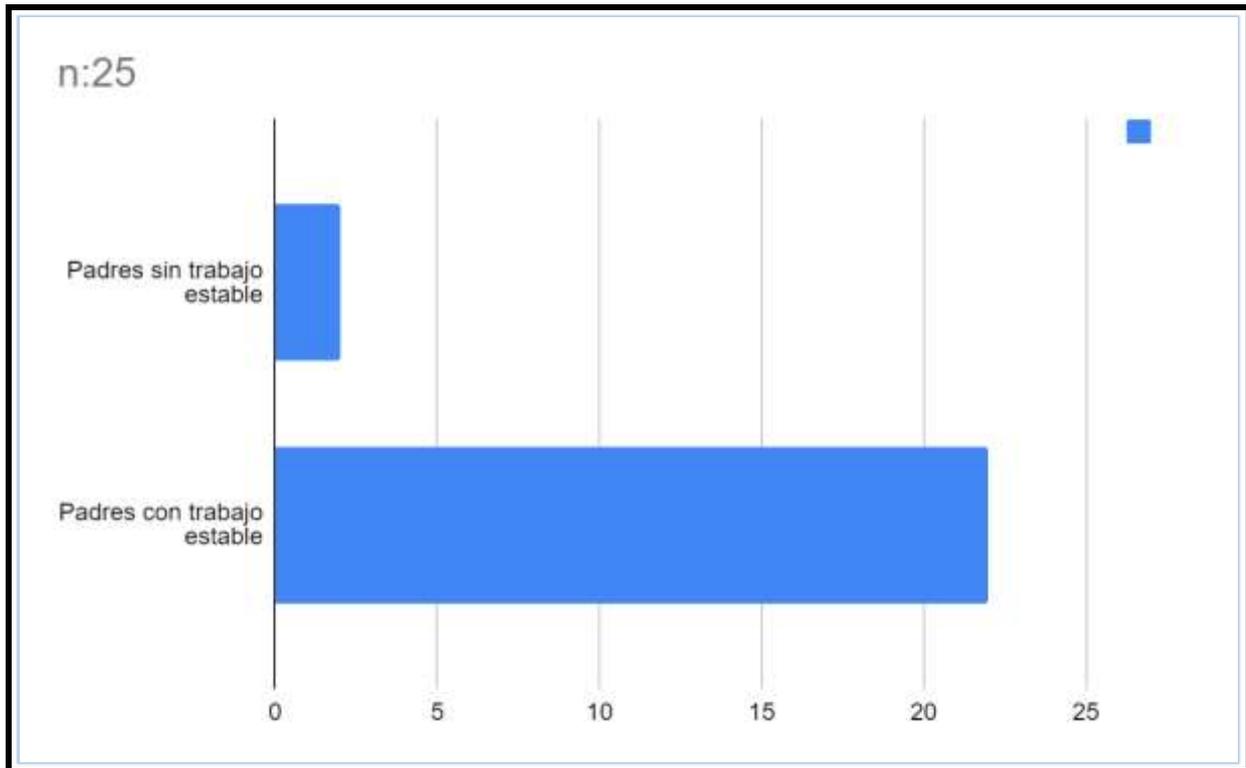
Gráfico 4 Motivo por el que trabaja



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

La mayoría de los encuestados indicó no trabajar, entre los que indicaron que trabajan sólo uno lo hacen para ayudar a su familia y al igual que los otros cuatro también lo hace para cubrir gastos personales en bienes no necesarios lo que demuestra que la mayoría no deben cubrir sus necesidades básicas como de alimento y vivienda por su cuenta. Que trabajen por elección muestra el deseo de independenciamiento de sus cuidadores que comienza a surgir sobre todo en los adolescentes mayores.

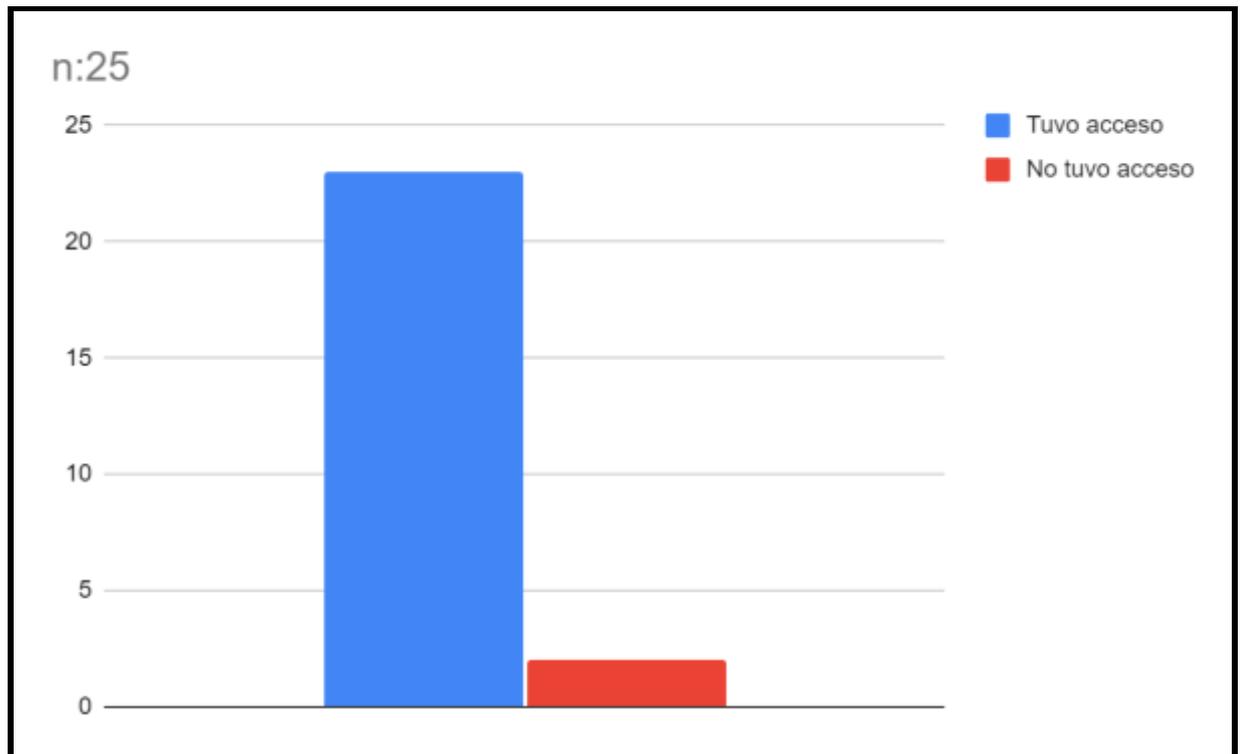
Gráfico 5 Estabilidad laboral de los padres.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Solo dos adolescentes respondieron que sus padres no poseen un trabajo estable, lo que corresponde a un 8% siendo un porcentaje significativo.

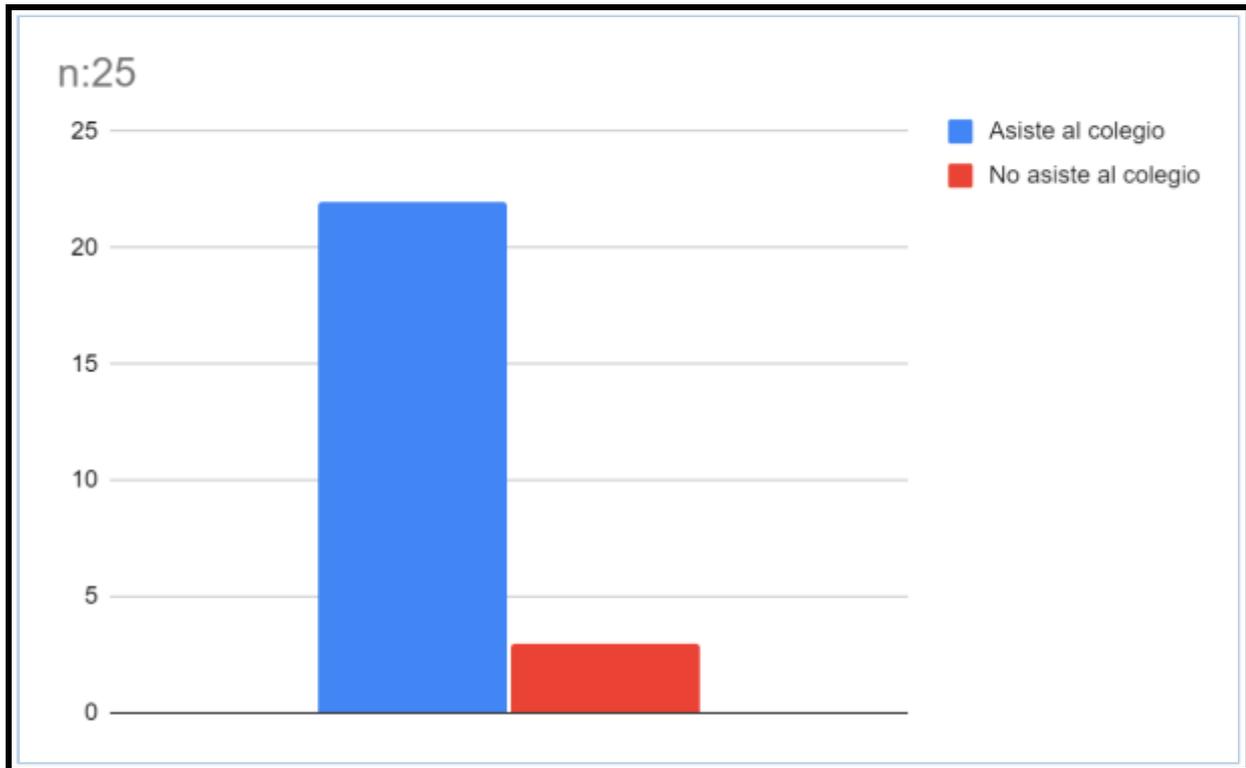
Gráfico 6 Accesibilidad a clases virtuales



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Todos los encuestados que están cursando el secundario pudieron acceder a las clases virtuales, aunque hubo 2 adolescentes que contestaron que no tenían acceso y esa respuesta es incorrecta porque ellos ya habían terminado el secundario.

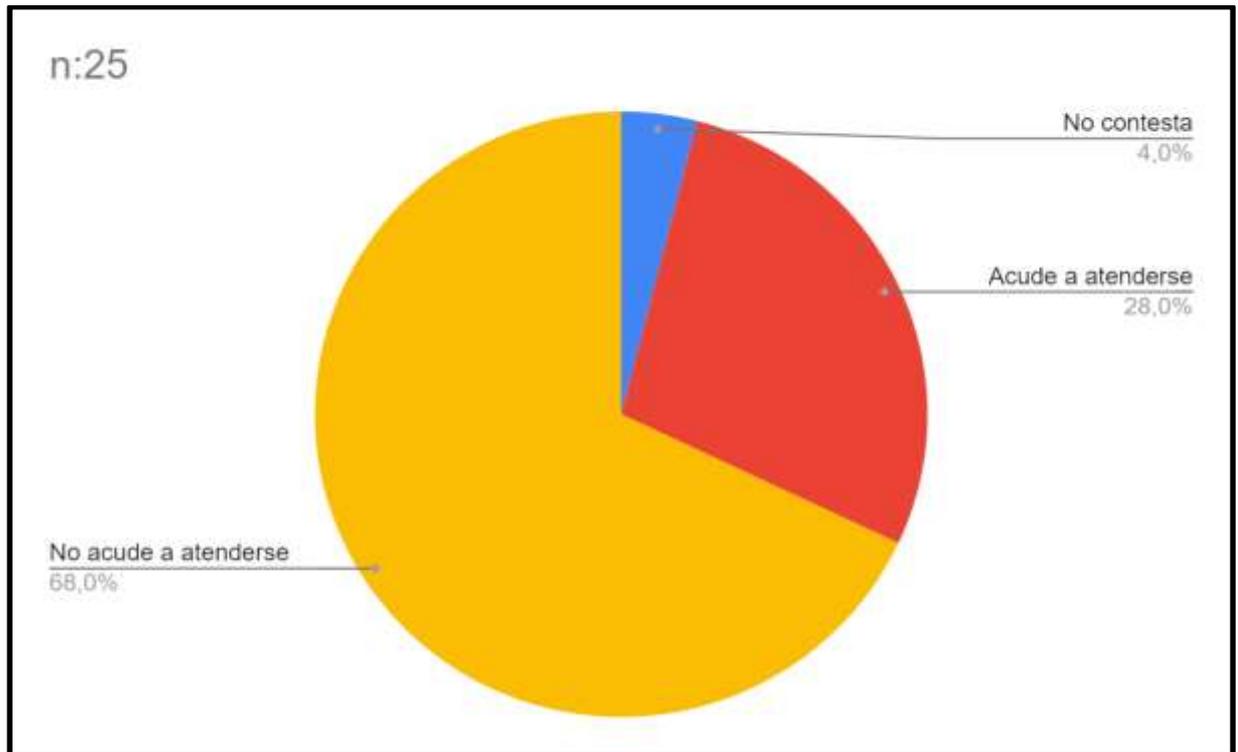
Gráfico 7 Asistencia al colegio



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Entre los encuestados hay 2 que no concurren al colegio porque ya finalizaron la educación secundaria, y solo un joven debería concurrir pero no lo hace. Esto refleja que hay adherencia a la educación. Al indagar el motivo de la no asistencia un alumno indica que no quería asistir a clases.

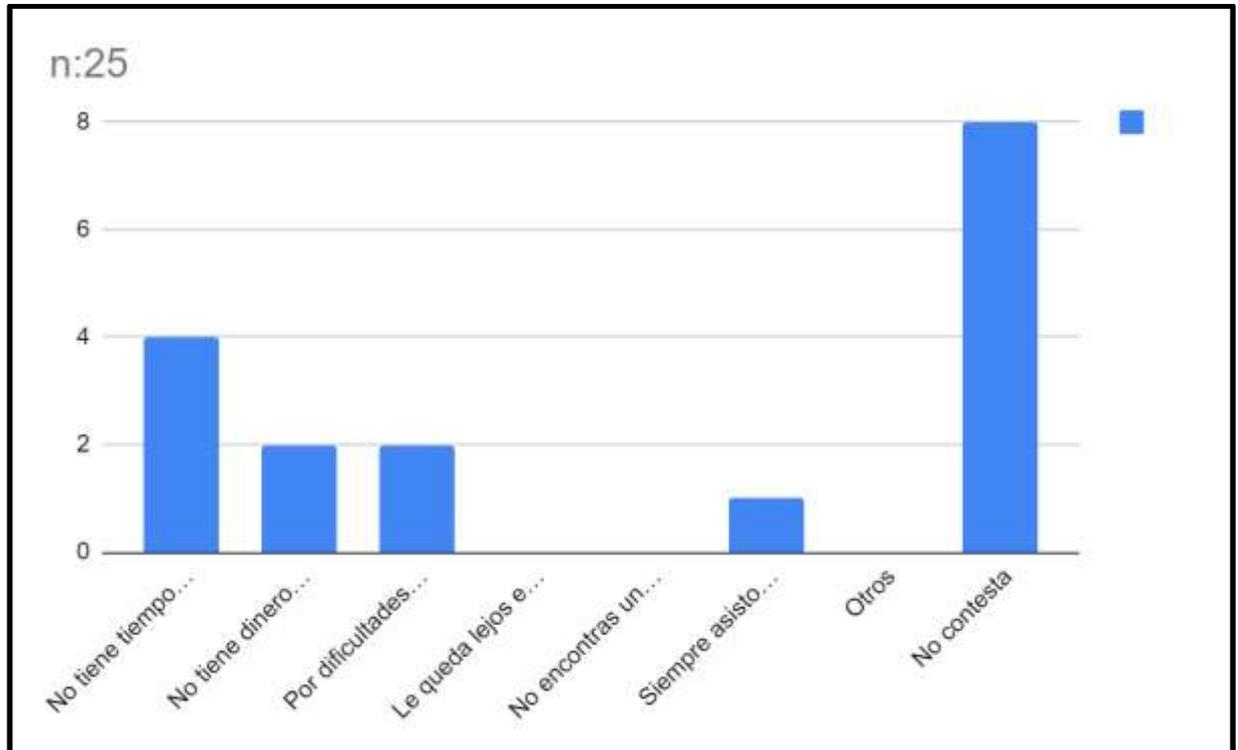
Gráfico 8 Asistencia a un centro de salud



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

La mayor parte de los encuestados, 68% no concurre a un centro de salud solo por un control médico, es decir que acuden cuando es necesario por la presencia de uno o más signos clínicos o alguna consulta puntual.

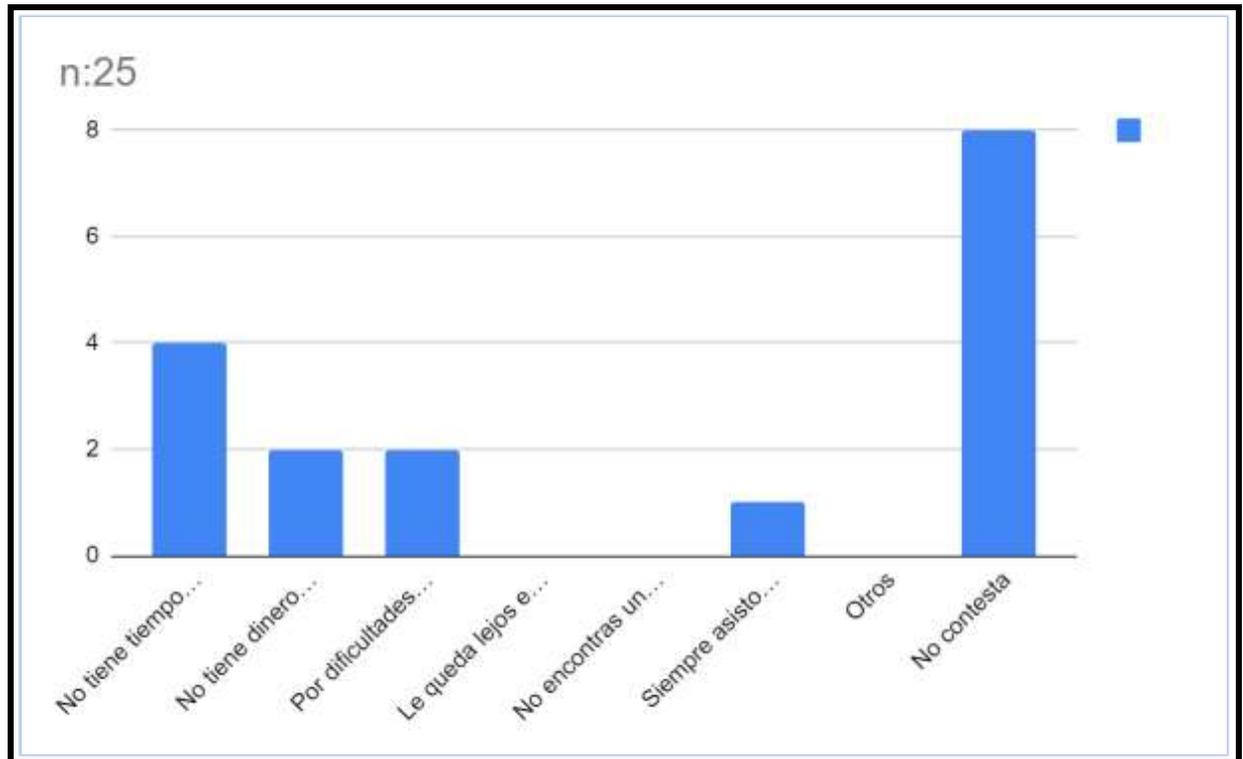
Gráfico 9 Motivos por los que no se hacen controles frecuentemente.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Entre los principales motivos por los cuales no acuden a los controles médicos los adolescentes refirieron que la falta de tiempo es el más común, a esto le siguen la falta de dinero y la dificultad para conseguir turno. Acerca de este resultado se pueden deducir varias cuestiones, como la falta de conciencia sobre la salud por falta de educación, así como desconocimiento de todas las opciones de atención sanitaria y la existencia de fallas en el sistema de salud.

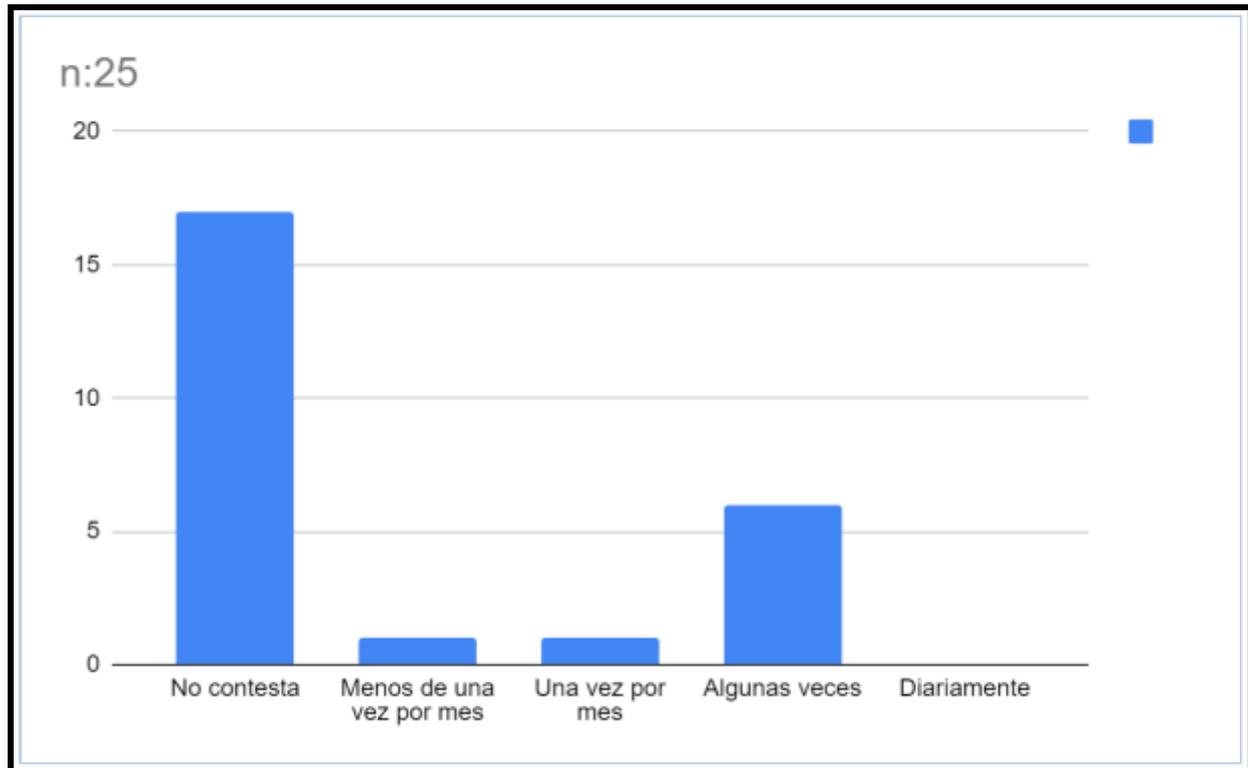
Gráfico 10 Consumo de drogas.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Se consultó a los adolescentes que concurren al programa integral de salud del adolescente sobre el consumo de drogas y cuáles eran las que consumían, 17 (68%) de los consultados refirió no consumir drogas, y 8 indicaron consumir marihuana, representando al 32%. El consumo de marihuana ha demostrado generar adicción y dependencia, además de las mismas enfermedades en el aparato respiratorio que el cigarrillo (bronquitis crónicas, enfisema y cáncer de pulmón); esta droga produce déficit cognitivo a nivel de la memoria, atención y capacidad de aprendizaje. Otras consecuencias de la adicción a la marihuana son la depresión, psicosis paranoides, trastornos conductuales, abuso de otras sustancias adictivas, tendencia a una forma de actuar irracional y descontrolada. "Las limitaciones cognitivas y de la iniciativa determina que el consumidor tenga un rendimiento escolar y laboral inferior a quienes no la usan, el uso de la marihuana antes de los 18 años reduce hasta en 10 unidades el coeficiente intelectual y eso es irreversible" (Rosales Casavielles et al, 2017).

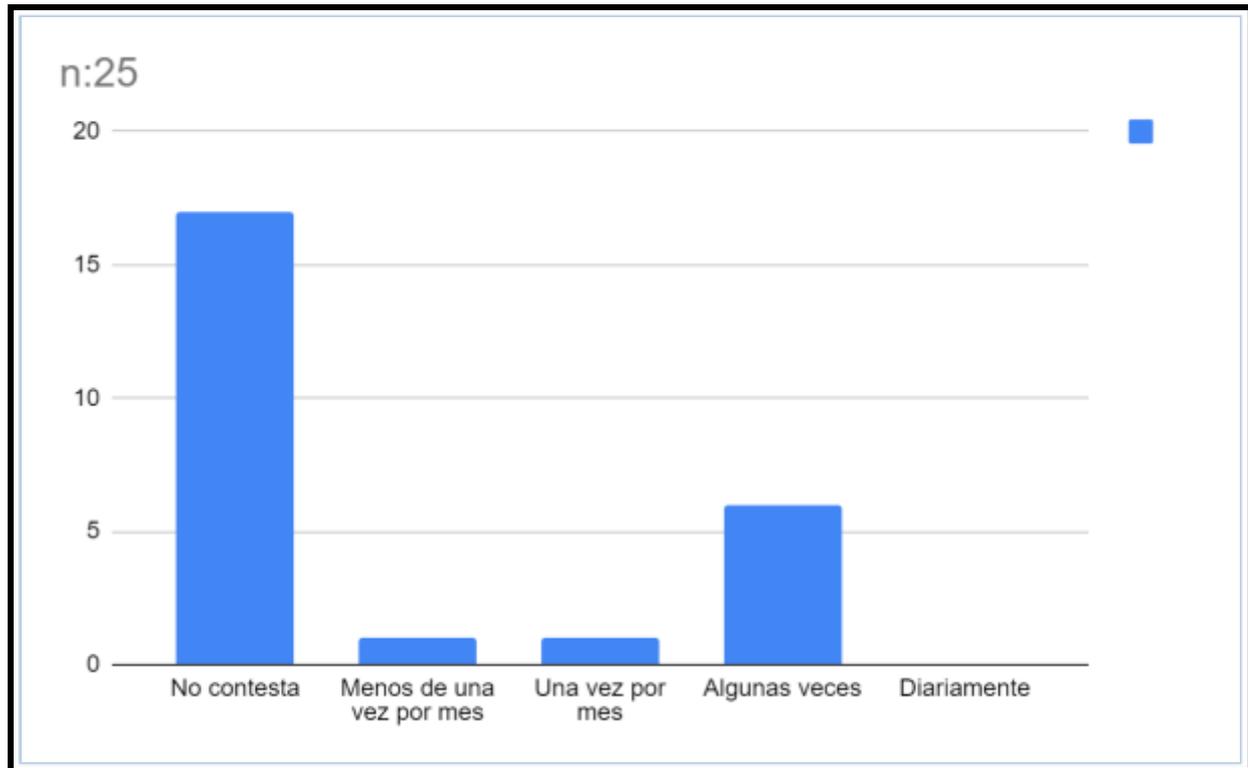
Gráfico 11 Frecuencia consumo de drogas.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Entre los participantes de la encuesta que respondieron afirmativamente al consumo de drogas, específicamente la marihuana, la frecuencia de consumo de esta sustancia que primó es “algunas veces” lo cual indica que es varias veces al mes. Solo 1 de los 8 consumidores de marihuana refirió estar bajos sus efectos 1 vez al mes y otro de ellos menos de una vez por mes. Este resultado indica que el consumo de la sustancia es regular para el 75% de los encuestados que refirió consumir, un número alarmante teniendo en cuenta las consecuencias que genera la exposición a la misma. Aquellos que afirman no consumir drogas son los mismos que no contestaron esta pregunta.

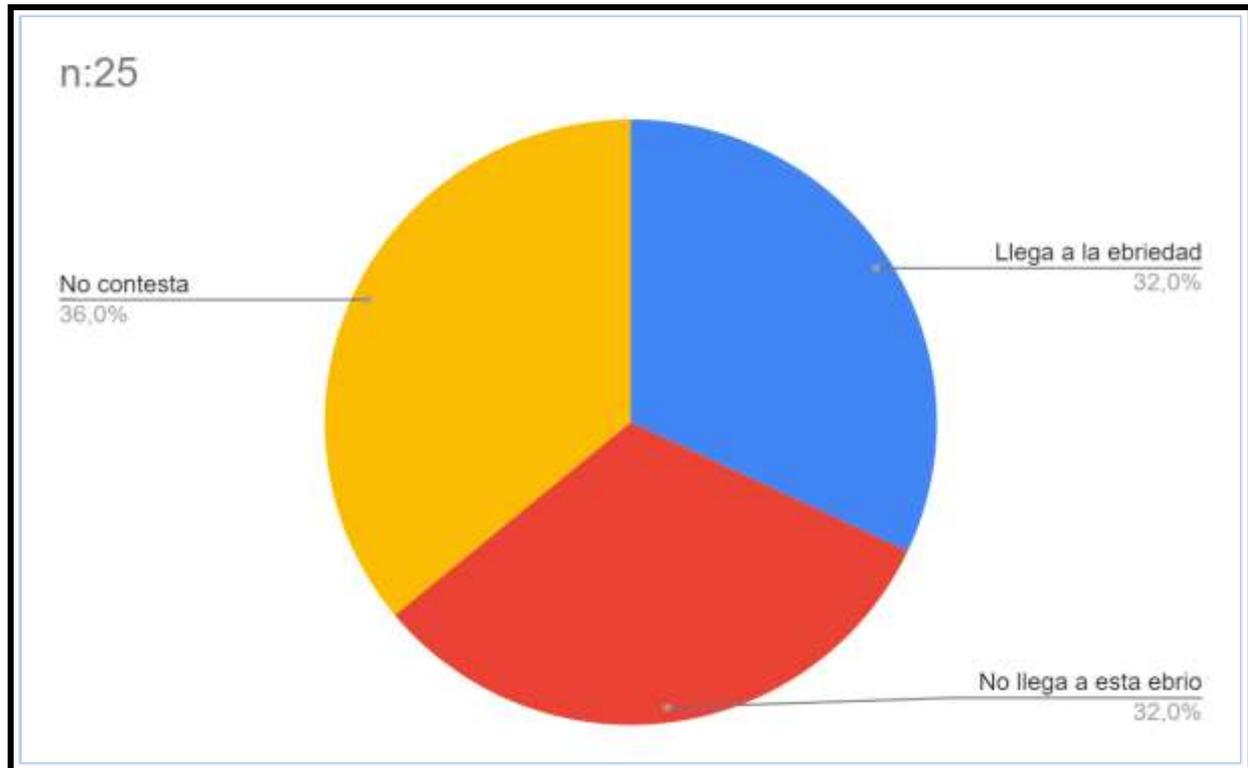
Gráfico 12 Consumo de alcohol.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

La mayor parte de la población encuestada, un 52%, indicó consumir “algunos días” alcohol. Es preocupante este resultado ya que durante la adolescencia existe la tendencia a la adopción de comportamientos dañinos, como el consumo de alcohol, que podrían durar toda la vida y convertirse en hábitos. Como afirma la Dra. Alejandra Coarasa "El alcohol es una sustancia psicoactiva que tiene efectos eufóricos, intoxicantes y relajantes y puede ser adictivo. El uso nocivo de alcohol está asociado con varios trastornos sociales, mentales y del comportamiento, y aumenta el riesgo de una amplia gama de enfermedades y de mortalidad".

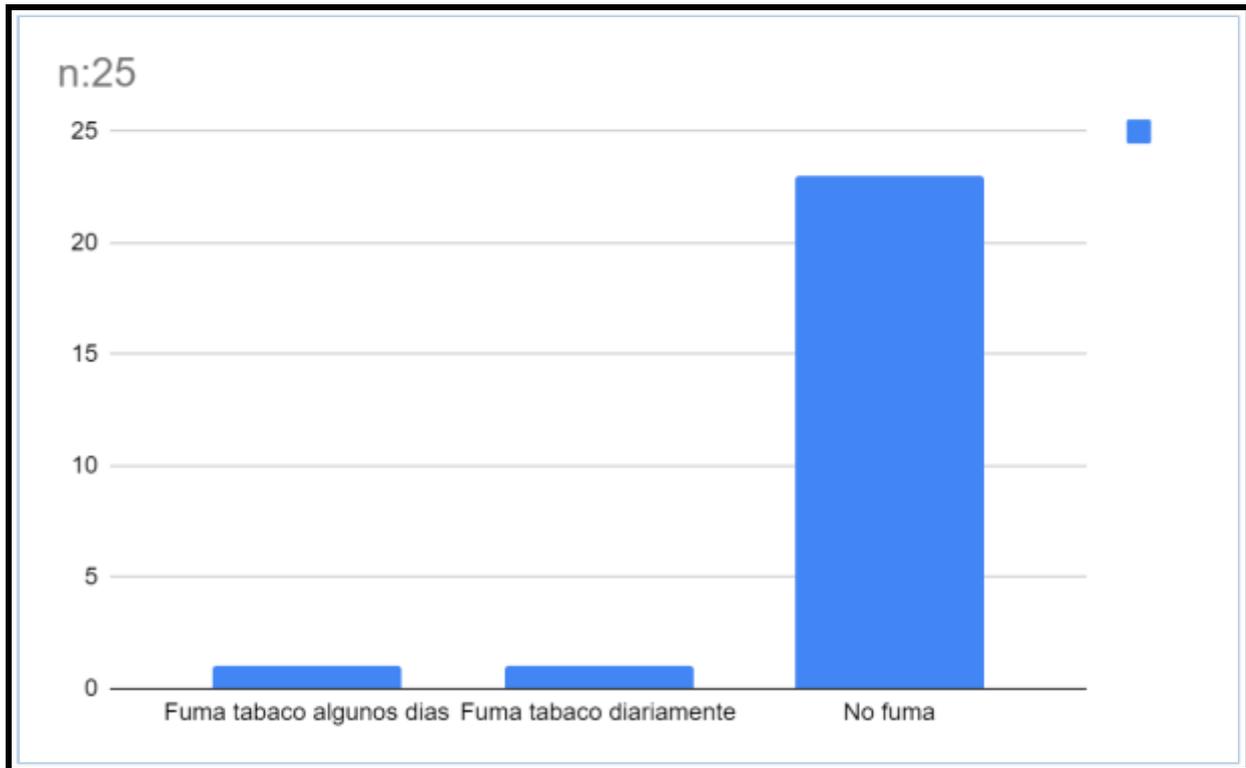
Gráfico 13 Llegan al estado de ebriedad.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Del total de encuestados 13 jóvenes informaron consumir alcohol, de los cuales el 61% es decir 8 adolescentes llegan al estado de ebriedad cuando consumen esta bebida. Se refleja la falta de control sobre sí mismos y la necesidad de encontrarse bajo los efectos del alcohol para poder divertirse.

Gráfico 14 Fuma tabaco.

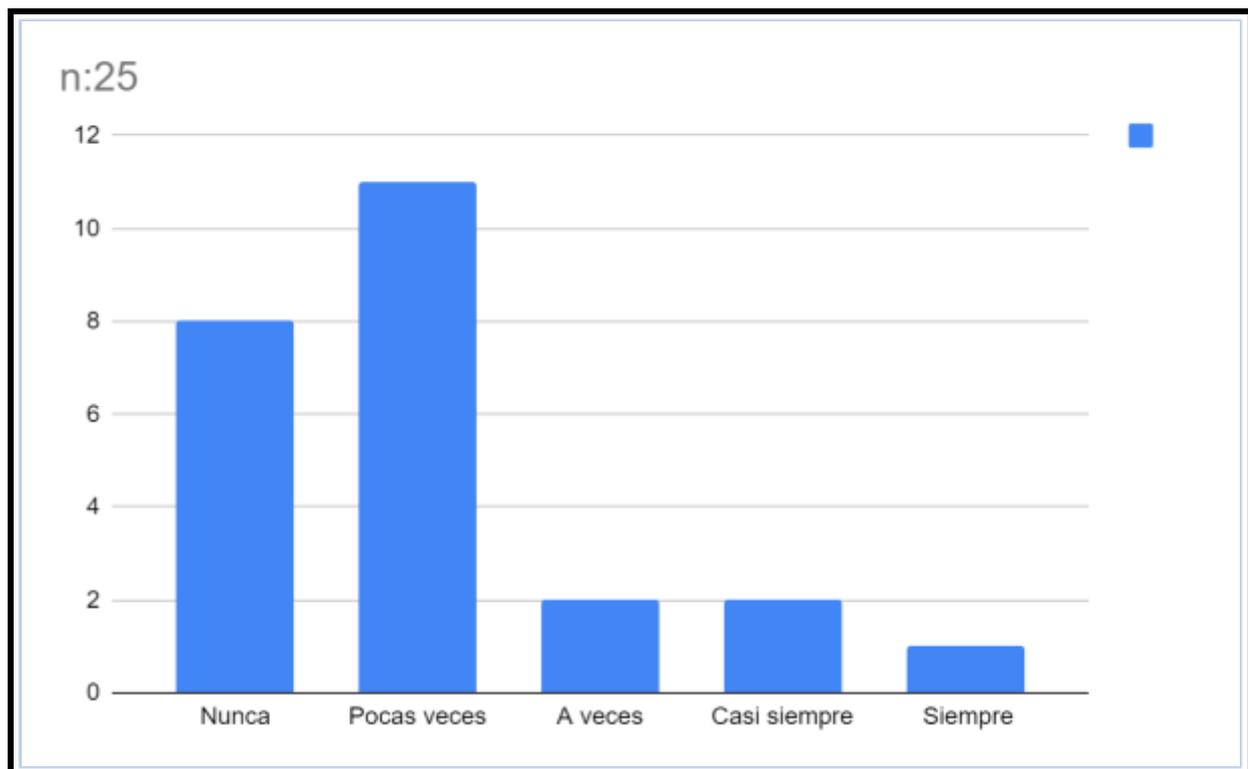


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

De un total de 25 encuestados solo dos refirieron fumar tabaco, de los cuales 1 indicó una frecuencia de “algunos días” y solo uno lo hace “diariamente”. Esto significa que de la muestra el 8% fuma tabaco y el 92% restante no lo hace.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

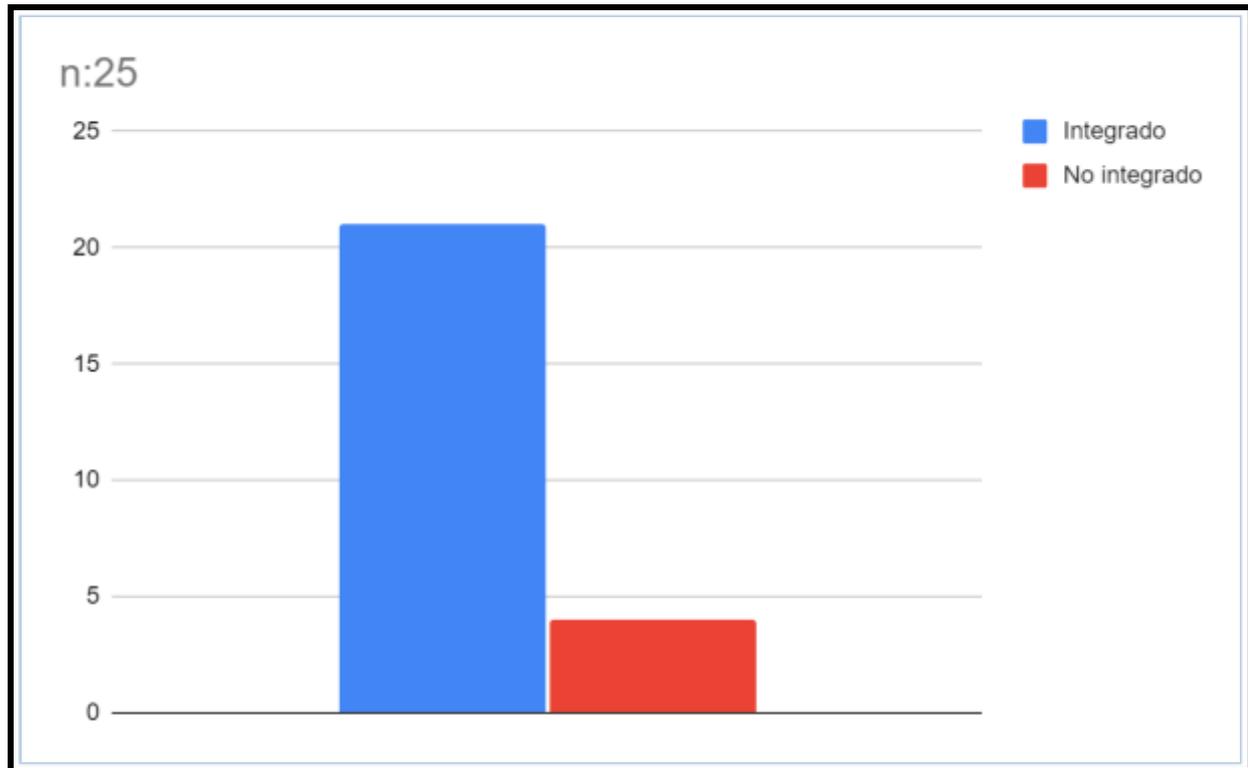
Gráfico 15 Comparten espacio con fumadores.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Si bien sólo dos de los encuestados indicaron fumar tabaco, el 64% se presentan como fumadores pasivos al estar expuestos al humo de tabaco, el 44% refiere estar en exposición “pocas veces”, 8% “a veces”, otro 8% “casi siempre” y solo un encuestado refirió que “siempre” está expuesto al humo de tabaco. El ser fumador pasivo trae consecuencias para la salud al igual que ser fumador, existe el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y respiratorias, como cáncer de pulmón y cardiopatía coronaria. Todos los encuestados que refirieron consumir (8 jóvenes) indicaron estar expuestos a humo de tabaco aunque con distinta frecuencias de exposición.

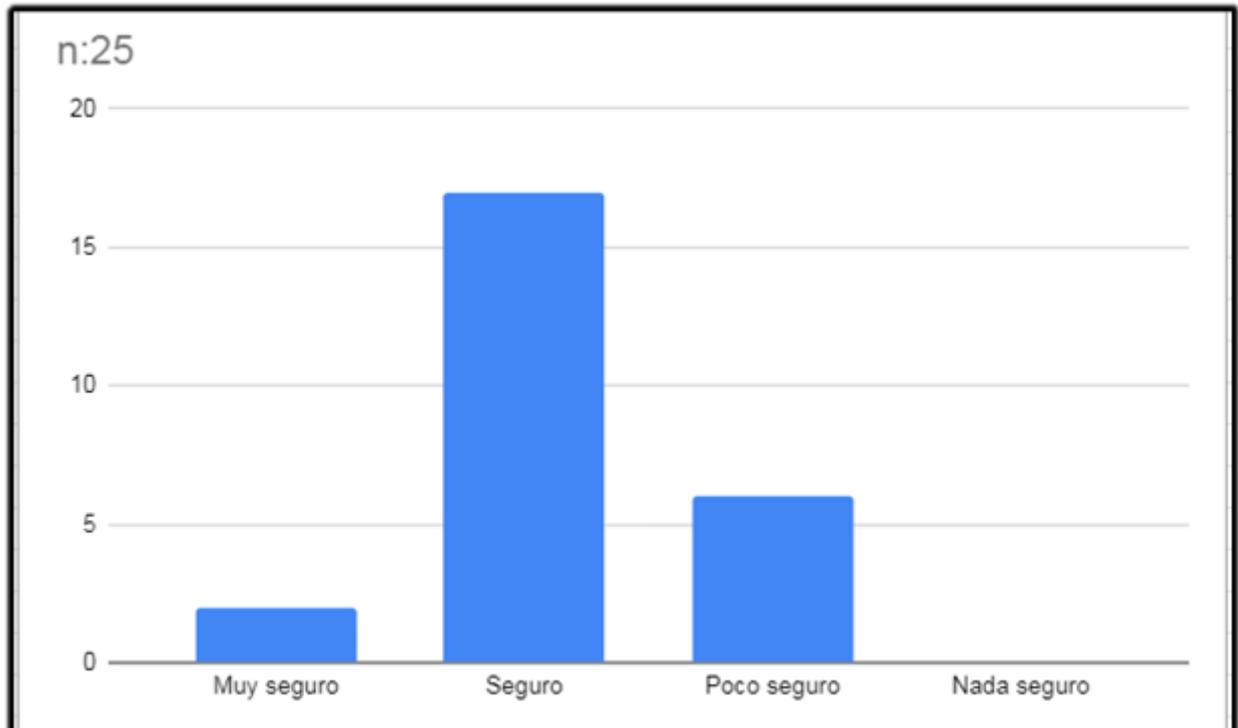
Gráfico 16 Integración con sus pares.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 16% de los adolescentes, es decir 4 de ellos indicó no sentirse integrado por sus pares, mientras el 84% restante refirió si estar integrado. Es importante que el adolescente que está formando su personalidad tenga amigos con los cuales pueda identificarse y sentirse comprendido, para un desarrollo saludable en lo que refiere al aspecto psicosocial. Es probable que estos jóvenes que indicaron no sentirse integrados, se sientan solos o incomprendidos.

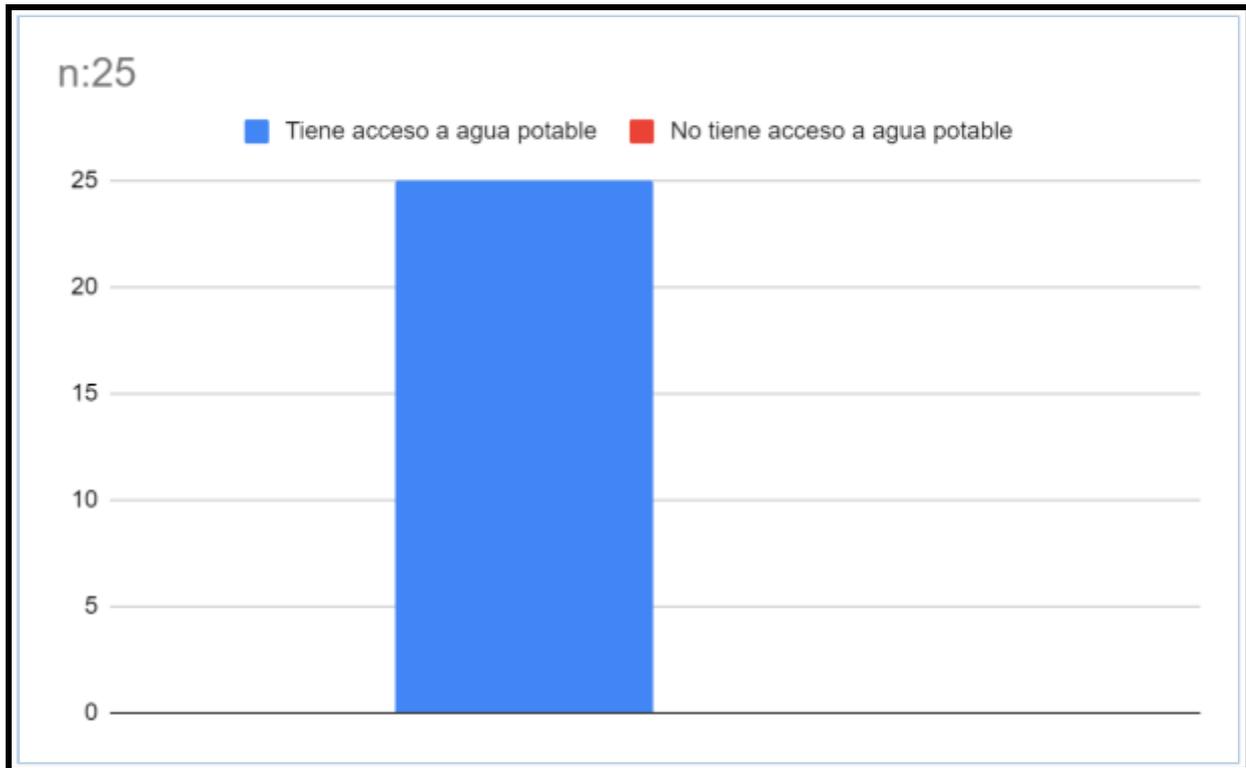
Gráfico 17 Percepción de seguridad en su barrio.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

De la muestra obtenida 19 encuestados indican que su barrio es “seguro” y “muy seguro” desde su percepción, esto representa el 76% un número significativo, y el 24% lo calificó como “poco seguro”, mientras nadie consideró el barrio en el vive como “poco seguro”. Es importante para el desarrollo de actividades al aire libre, como reunirse con sus amigos, hacer ejercicio o hasta colaborar con las compras para el hogar, que el joven se sienta seguro de salir de su casa; el tener esa tranquilidad los ayuda en su proceso de desarrollo, para que este sea saludable.

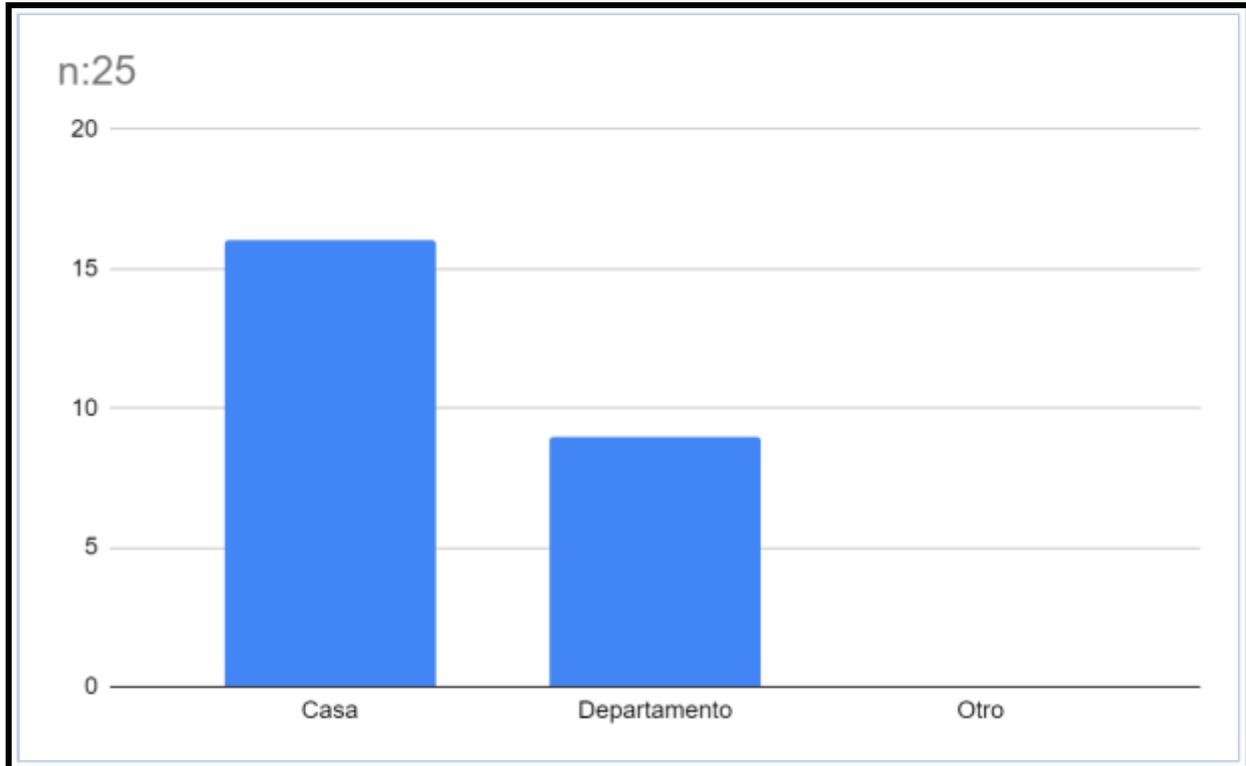
Gráfico 18 Acceso a agua potable



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 100% de los encuestados refirió tener acceso a agua potable. Según datos del Ministerio de Obra Pública de la República Argentina se calcula que el 80% de la población argentina tiene acceso a agua potable y un 56% a saneamiento. Es fundamental para mantener la salud el acceso a agua potable y el correcto estado de saneamiento.

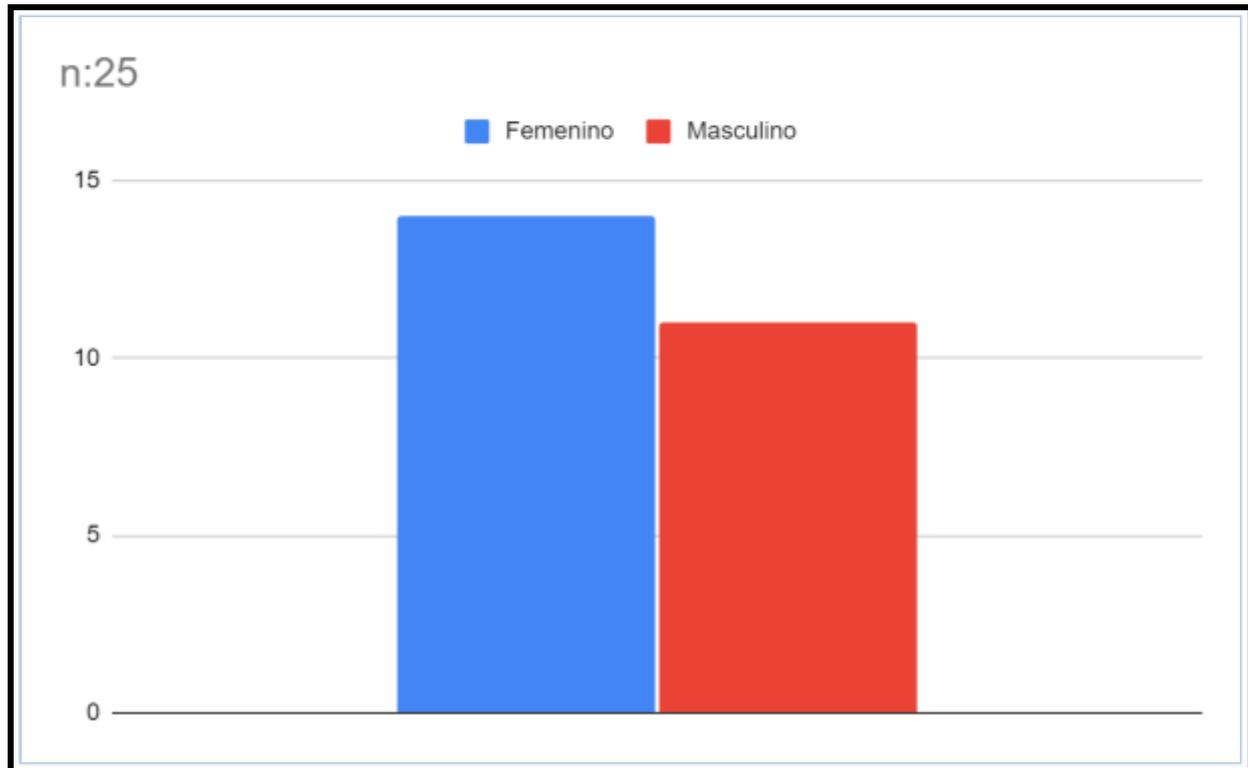
Gráfico 19 Tipo de vivienda.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Entre los encuestados 16 refirieron vivir en una casa y 9 de ellos en un departamento. Por lo tanto todos ellos cuentan con un hogar y no se encuentran en instituciones o lugares de tránsito.

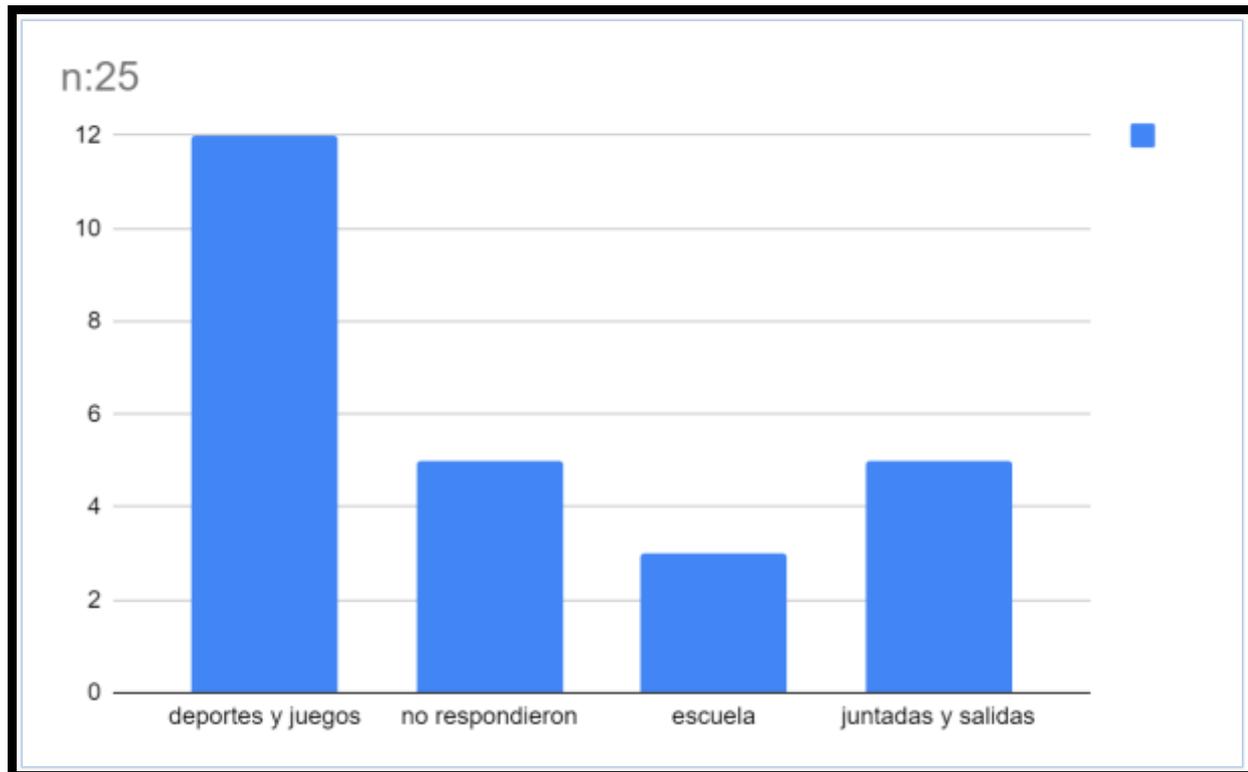
Grafico 20 Sexo



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

En la muestra la mayor parte de la población es del sexo femenino, siendo el 56% de este género y el 44% restante del sexo masculino.

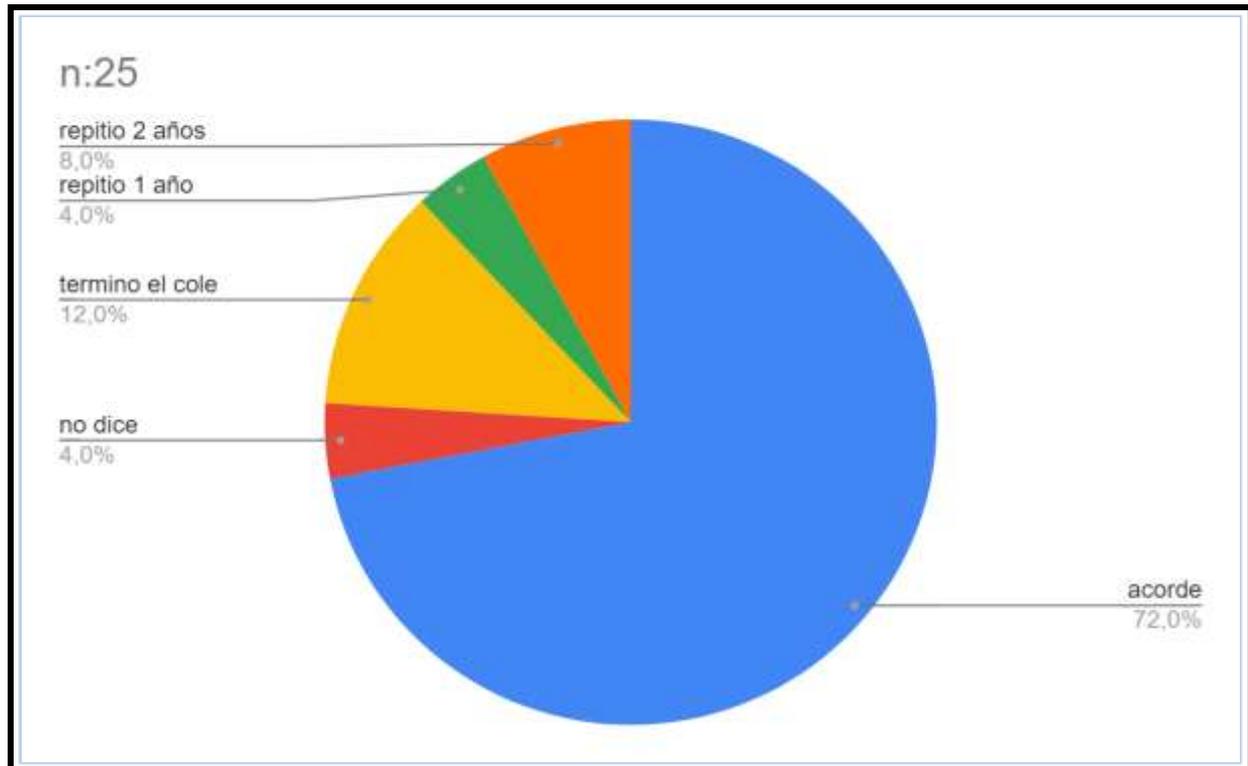
Gráfico 21 Actividades con sus pares.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Un 48% de los encuestados refirió realizar actividades que impliquen la realización de actividad física, lo cual es alentador ya que ayuda a su desarrollo físico y psicológico. Entre los encuestados 5 no respondieron esta pregunta, 3 indicaron que la escuela es la actividad que comparten con sus pares y otros 5 jóvenes manifiestan que las actividades que comparten con sus pares son “juntas y salidas” las cuales no implican actividad física pero contribuye la formación de su personalidad y social.

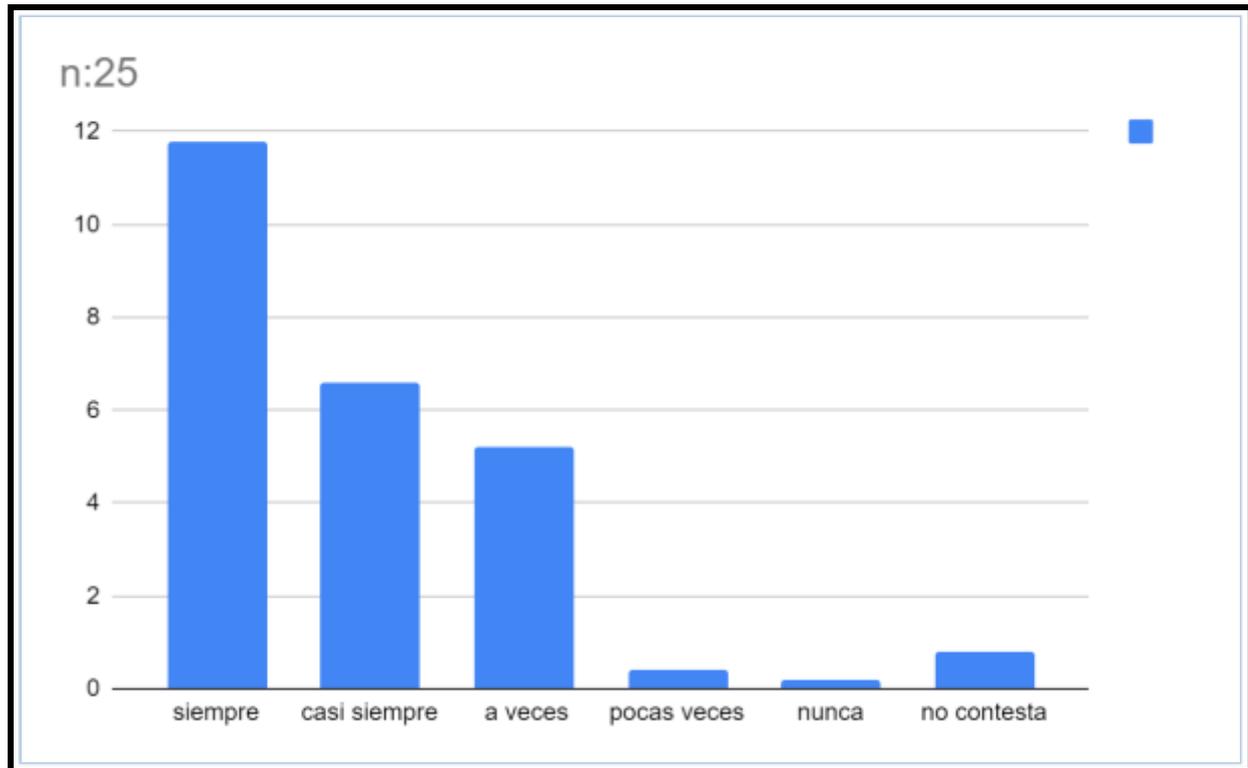
Gráfico 22 Situación académica



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

La mayoría de los encuestados, el 72% cursa el año escolar acorde a su edad, un 12% repitió de año, otro 12% finalizó el secundario y solo 1 encuestado no contestó. La educación es un derecho, por lo cual debe ser accesible para la población; la educación ayuda al desarrollo de habilidades, da oportunidades de crecer laboralmente e insertarse en la sociedad. Entre aquellos que repitieron de año escolar, no hay un motivo por el cual no asistieron clase y tienen acceso a las clases virtuales, por lo que se deduce no condicionante social que les dificulte poder recibir educación.

Gráfico 23 Comprensión por parte de la familia y conformidad con su relación

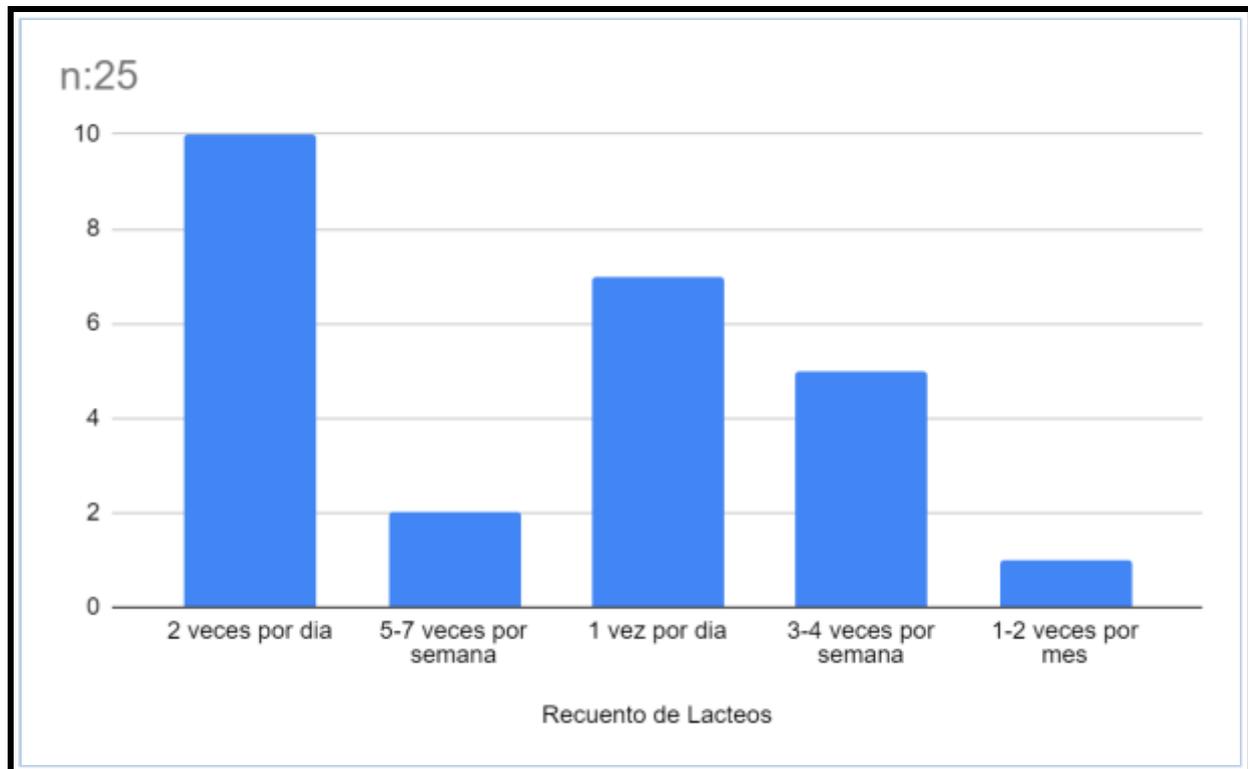


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 48% de los adolescentes refirió sentirse “siempre” comprendido y contento respecto a la relación con su familia, el 28% “casi siempre” estar conforme con su relación familiar, mientras el 27% no contestaron o pocas veces están de acuerdo con su familia. Es importante que el adolescente encuentre en su familia apoyo y comprensión, es una etapa en la que lidian con cambios y conflictos internos por lo que una buena relación con su familia genera un ámbito propicio para la formación de su personalidad. Un porcentaje considerable de los jóvenes tienen la percepción de no ser comprendidos por su familia, lo que sugiere que la comunicación con la familia puede estar afectada.

Frecuencia de consumo por grupos de alimentos.

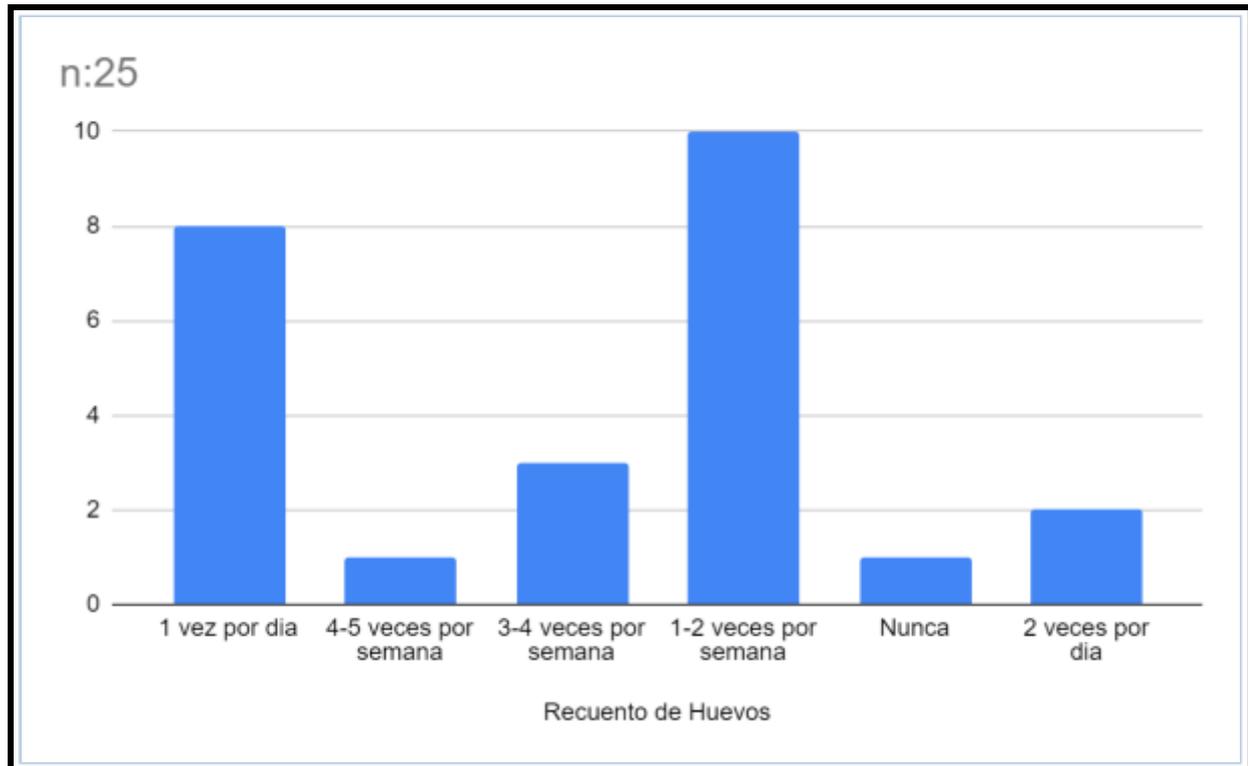
Gráfico 24 Consumo de lácteos.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 40% de los adolescentes refirió consumir dos porciones de lácteos por día, el 28% una vez al día y los demás, 28% indicaron una frecuencia semanal y en un caso el consumo es mensual. El aporte de nutrientes como el calcio en esta etapa es fundamental, y las fuentes alimentarias de calcio con mayor biodisponibilidad han demostrado ser los lácteos, son alimentos fuente de este mineral con gran aceptación cultural. La ingesta dietética recomendada por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (2001) de calcio en la adolescencia es de 1300 mg/día. Por eso es preocupante que el 60% consuma menos de dos 2 porciones por día de lácteos, ya que para cubrir los requerimientos de calcio el consumo debe ser alto si es que no se tiene otro alimento fuente de este nutriente en la alimentación.

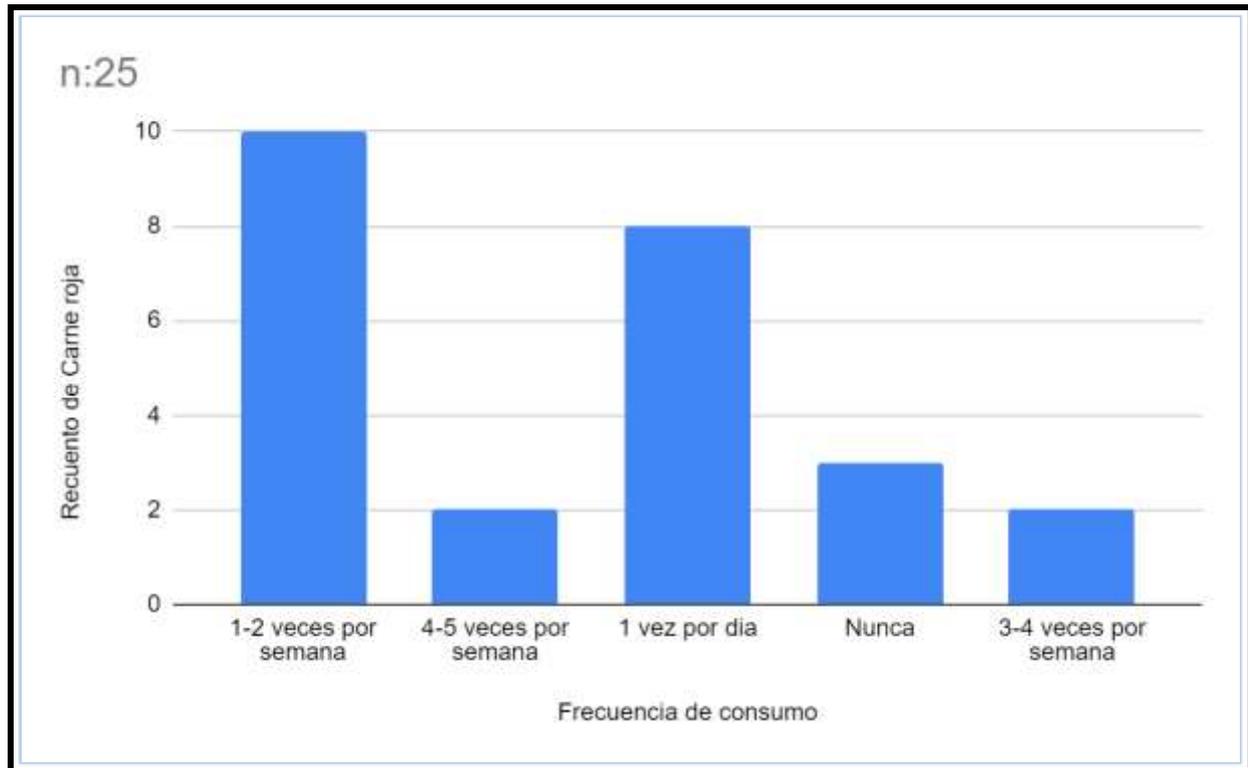
Gráfico 25 Consumo de huevos.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

La recomendación según las guías alimentarias de huevo son 25 gr/día o entre 3 o 4 unidades por semana. Este alimento es fuente de proteínas, grasas, vitaminas como la A y minerales como el hierro. Solo el 40% de los encuestados refirió consumir diariamente huevo mientras otro 40% indicó un consumo de tan solo 1 a 2 veces por semana y un adolescente no consume huevo. Si bien el consumo de proteínas de alto valor biológico puede compensarse con otros alimentos como las carnes, el huevo posee un perfil de micronutrientes aún más interesante. Que el consumo de huevo se limite a 1 o 2 por semana en el 40% de los jóvenes puede llevar a no cubrir los requerimientos de algunos nutrientes y micronutrientes.

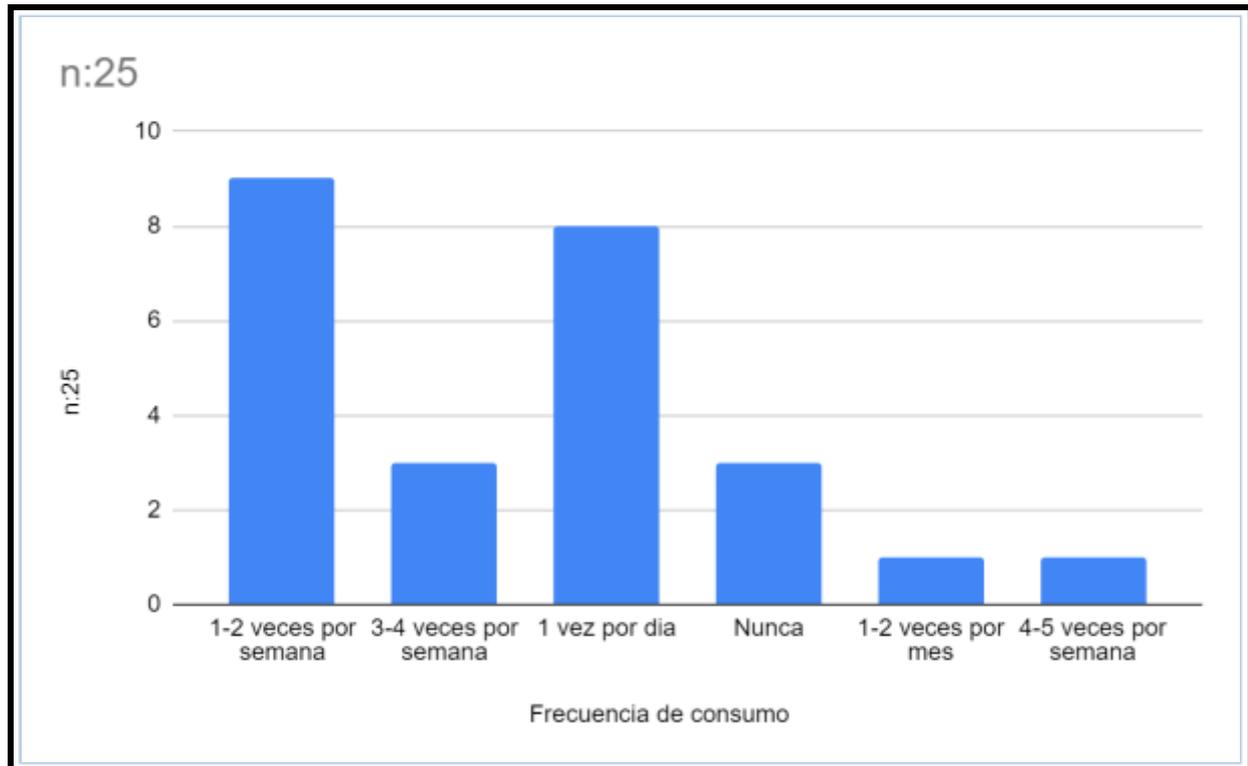
Gráfico 26 Consumo de carne roja.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

De la población encuestada el 32% refirió consumir una porción de carne por día mientras el 40% solo 1 a 2 veces por semana, 3 encuestados no consumen carne roja. Es un buen indicador que la mayoría consumen carne roja 1 a 2 veces por semana ya que es importante incorporar variedad de carnes y elegir las de menor tenor graso, este dato podría sugerir que consumen otras carnes.

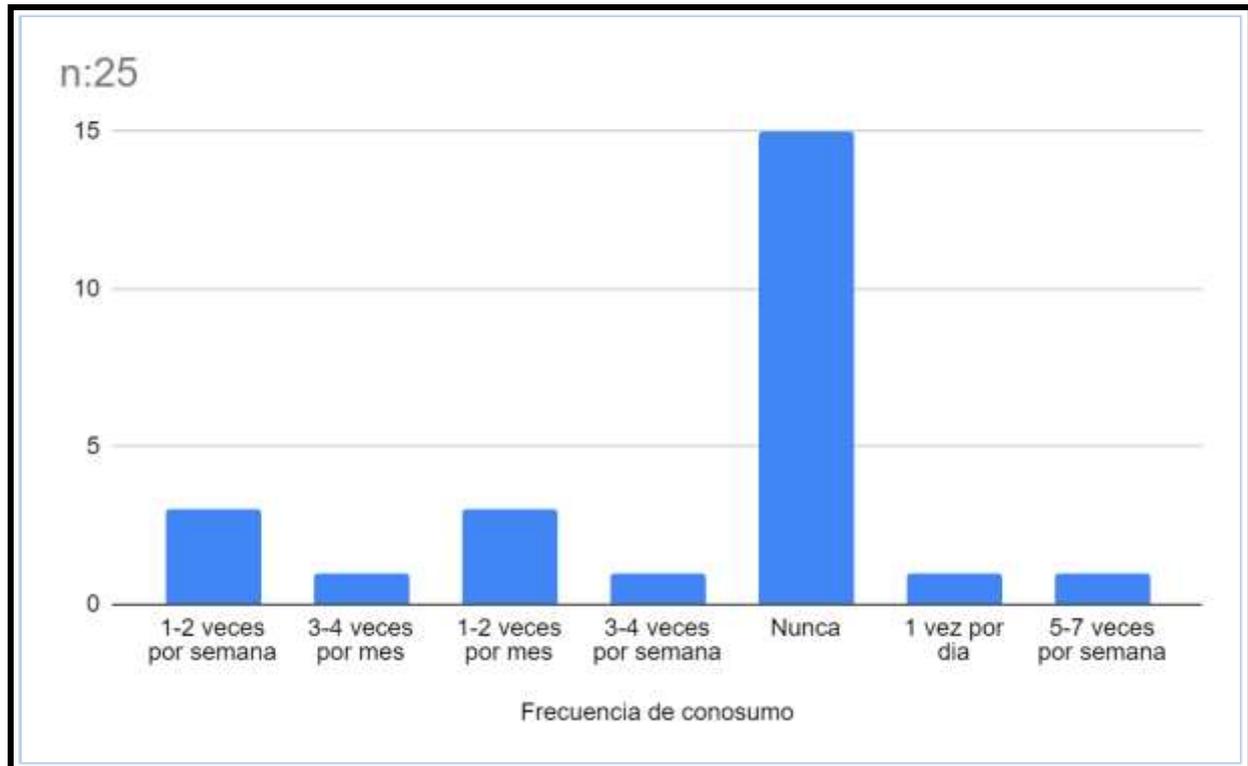
Gráfico 27 Consumo de pollo.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Las frecuencias de consumo de pollo más populares son “1 a 2 veces por semana y “1 vez por día”, la primera con un 36% de los encuestados y la segunda con 32% de los mismos. Solo 3 encuestados indicaron no consumir pollo y 1 indicó una frecuencia mensual. El pollo posee un tenor graso menor al de la carne vacuna por este motivo es importante incluirlo como fuente de proteínas.

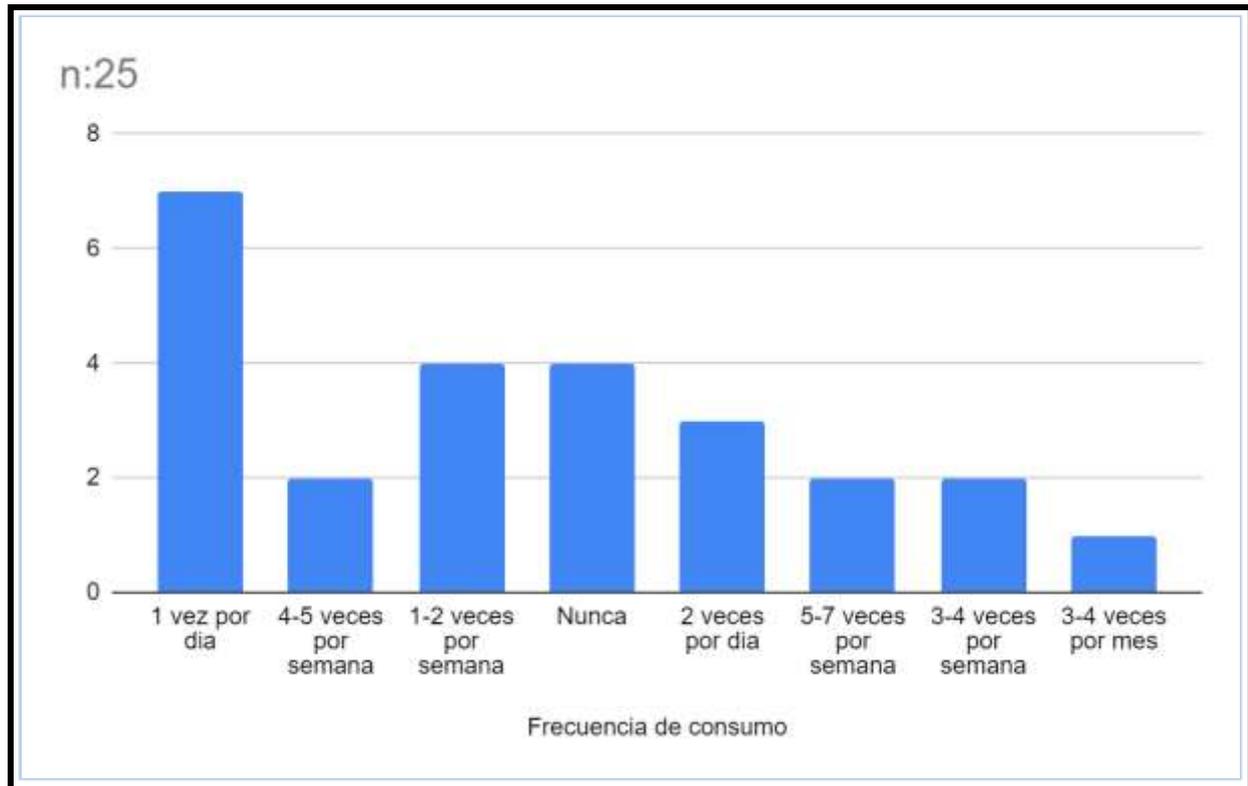
Gráfico 28 Consumo de pescado.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

En el caso del consumo de pescado es alarmante que el 60% de los encuestados refiere no consumir pescado en su dieta. El 20% de los encuestados, es decir 5 jóvenes indicaron una frecuencia de consumo de pescado semanal, solo 1 joven indicó consumir todos los días pescado, los otros 4 adolescentes indicaron una frecuencia mensual. El pescado es un alimento fuente de omega 3 biodisponible, el cual es un ácido graso esencial que permite un correcto funcionamiento del organismo.

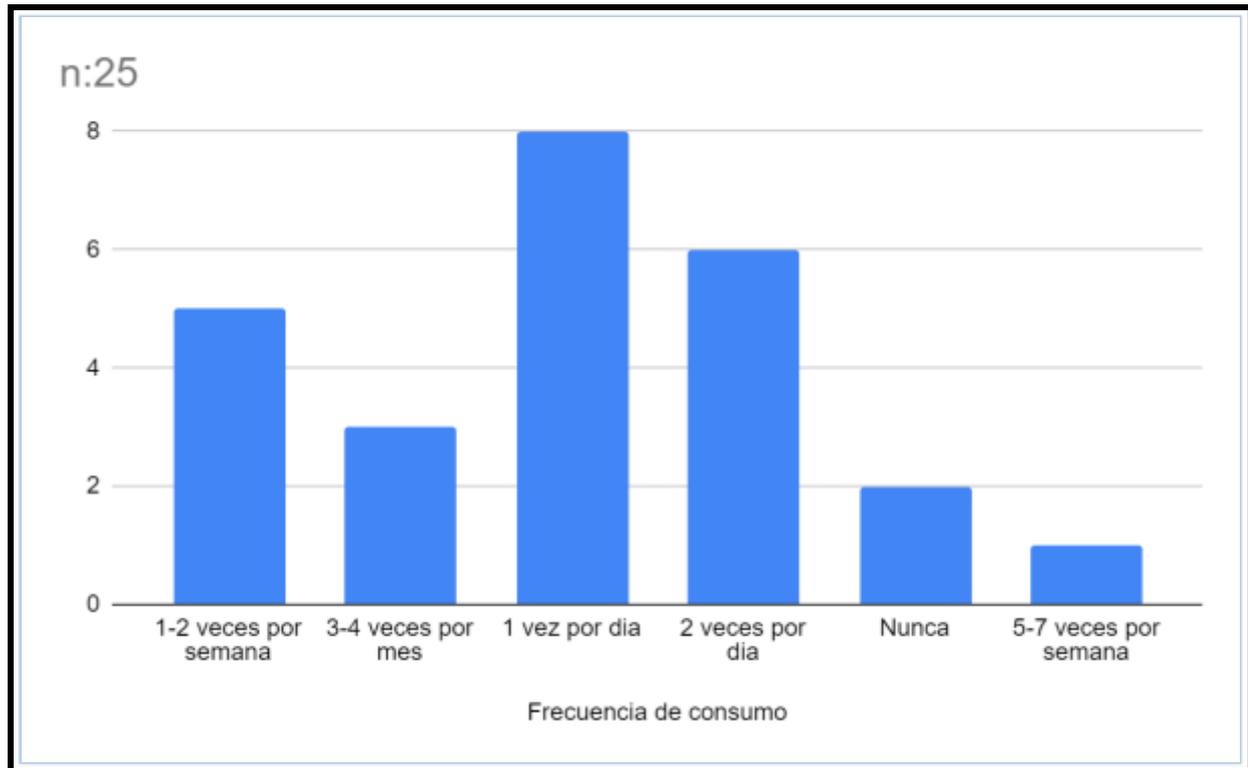
Gráficos 29 Consumo de vegetales.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 40% de los jóvenes refirió un consumo diario de vegetales, el 16% no consume vegetales, un 40% indicó una frecuencia semanal de consumo y 1 joven indicó una frecuencia mensual. Las guías alimentarias para la población argentina recomiendan un consumo diario de vegetales, específicamente de dos porciones, cada porción representa medio plato, por lo cual es preocupante que el 60% de los encuestados no tenga un consumo diario de los mismos.

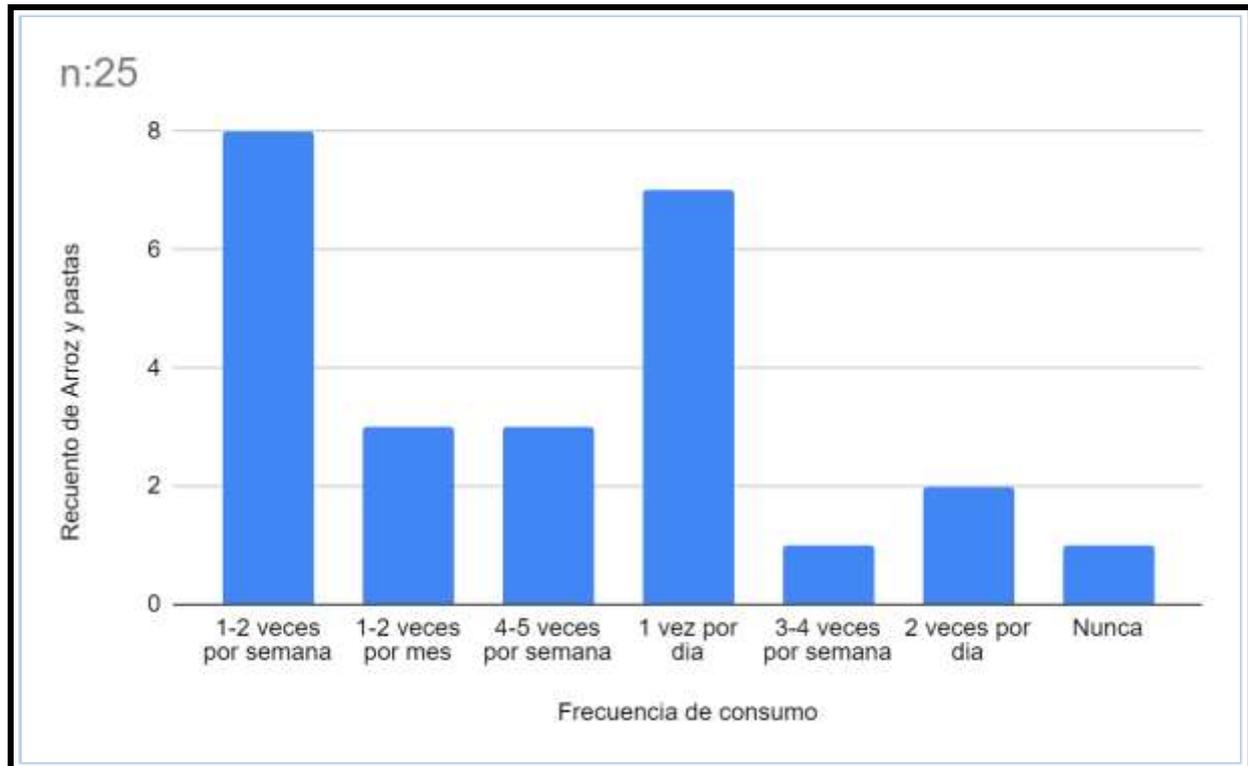
Gráfico 30 Consumo de frutas.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 56% de los adolescentes consume diariamente fruta, el 36% una frecuencia semanal y 2 jóvenes nunca consumen fruta. La ingesta diaria de frutas recomendada por las guías alimentarias para la población argentina es de dos o tres frutas por día, para cubrir los requerimientos de vitaminas diarios, por lo tanto un consumo semanal es insuficiente.

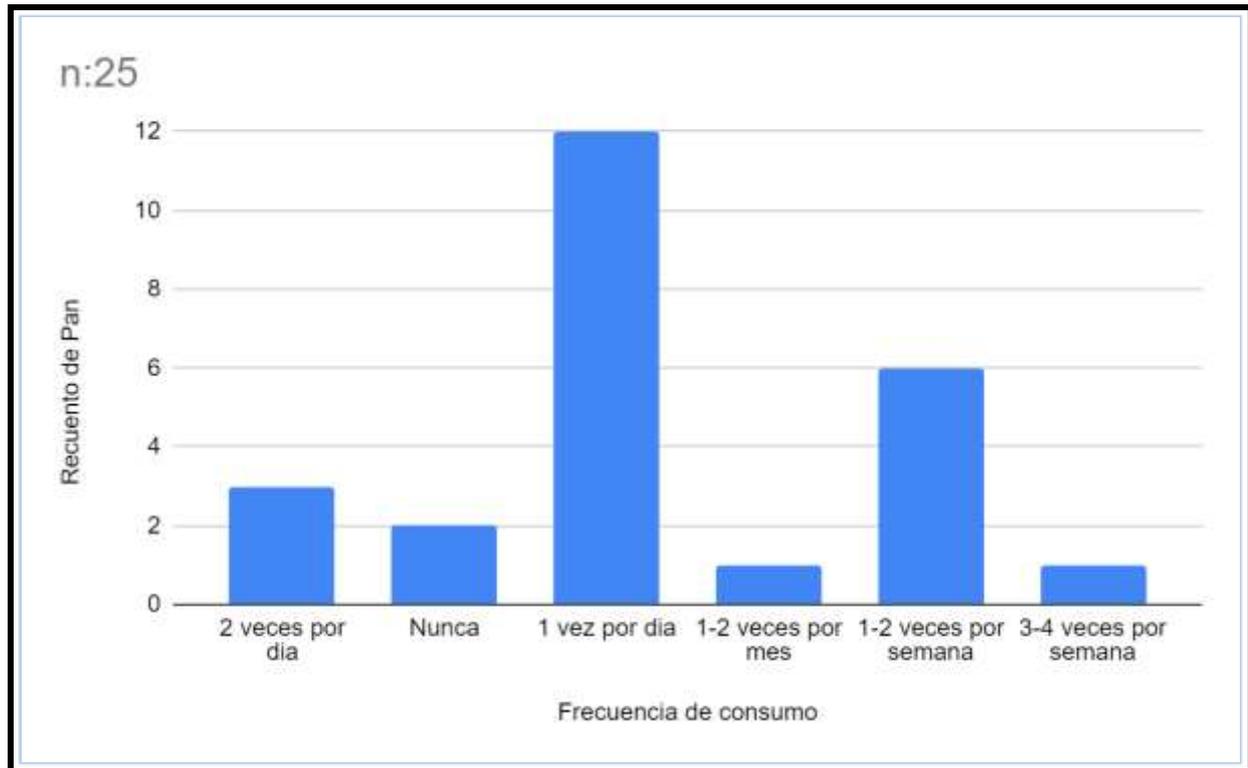
Gráfico 31 Consumo de arroz y pastas.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 36% indicó un consumo diario de féculentos cocidos, el 48% consume fruta semanalmente, preponderando la frecuencia de 1 a 2 veces por semana. Solo 1 adolescente consume este grupo de alimentos y 3 refirieron un consumo mensual. Con respecto a esta fuente de carbohidratos se sugiere un consumo diario de hasta 250 gr. en cocido de estos. Los carbohidratos representan la mitad del VCT en una dieta normal por lo tanto es importante que haya fuentes de este nutriente en la dieta, idealmente acompañados de su fibra.

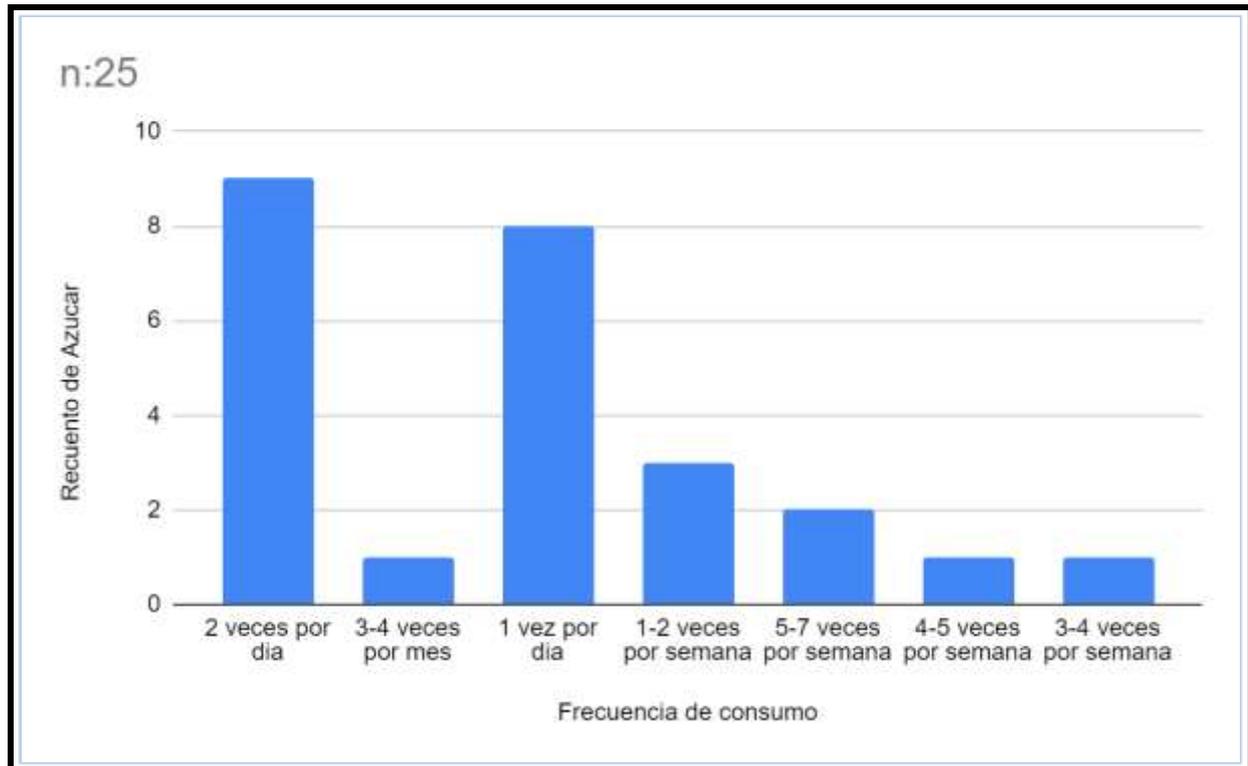
Gráfico 32 Consumo de pan.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 48% de los jóvenes encuestados consumen 1 vez por día pan, el 24% 1 a 2 veces por semana, 4 adolescentes consumen poco de este alimento o no lo consumen. El pan es otra fuente de carbohidratos en la dieta, y es preferible su consumo al consumo de galletitas u otros ultraprocesados.

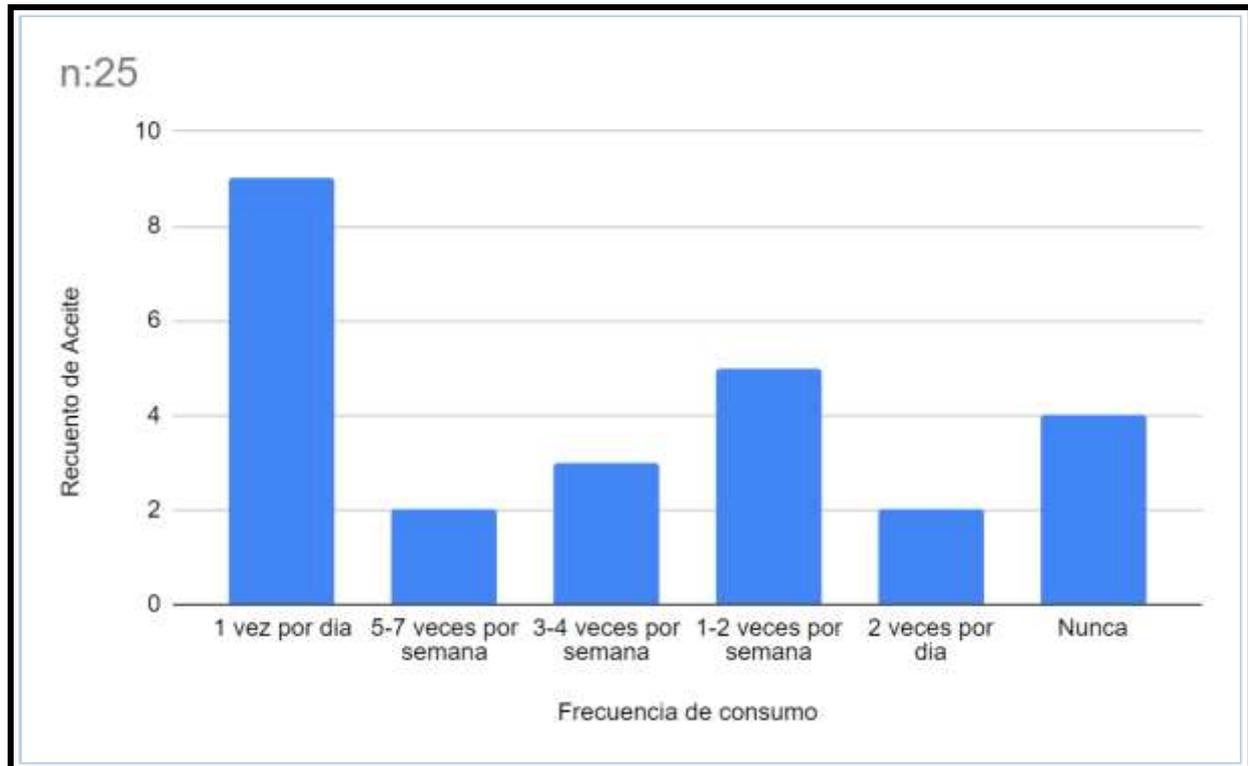
Gráfico 33 Consumo de azúcar.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Entre los jóvenes encuestados el 68% indicaron consumir diariamente azúcar, número alarmante teniendo en cuenta que su consumo debería ser esporádico y en menor cantidad. El porcentaje restante, 32%, presenta un consumo semanal. Este alimento solo aporta calorías “vacías” ya que solo aporta carbohidratos simples a la dieta sin estar acompañado de otros nutrientes, estimulando el apetito, generando picos de glucemia y favoreciendo la formación de caries en los dientes.

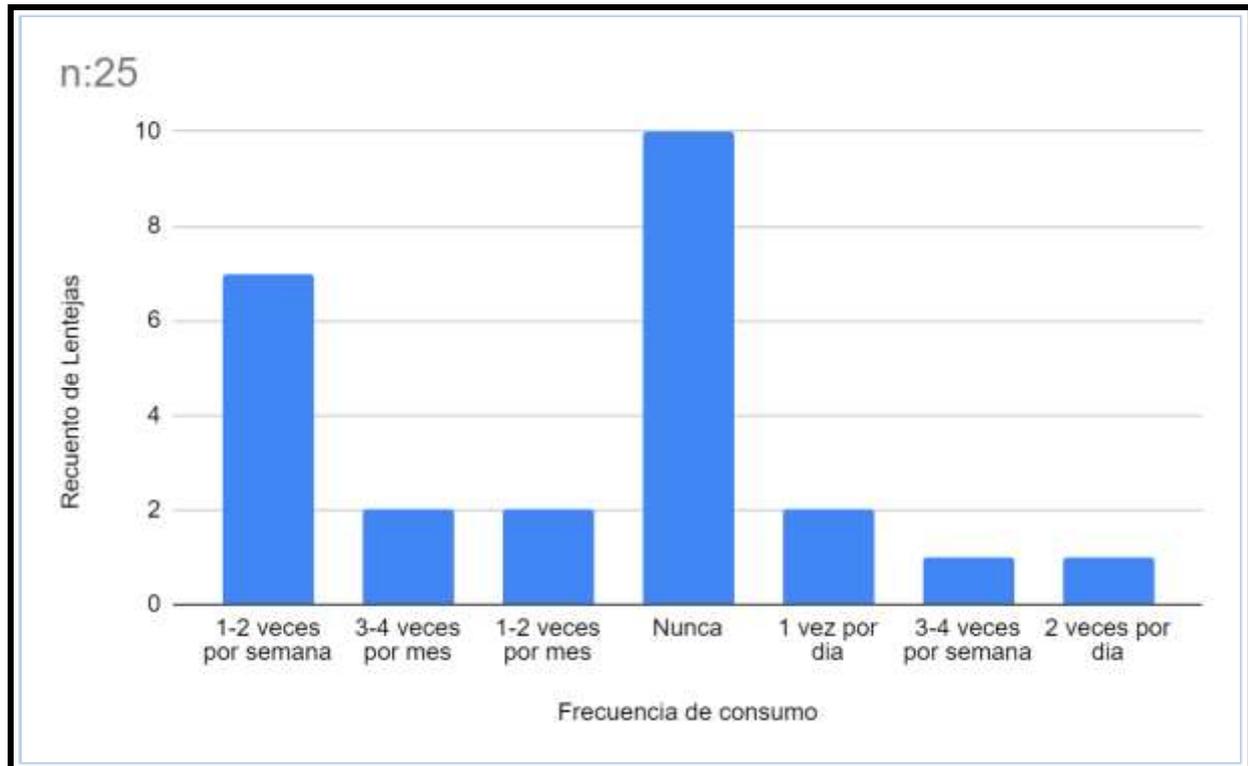
Gráfico 34 Consumo de aceite.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Las grasas en una dieta saludable deberían representar el 25% del VCT, los aceites son fuente de grasas y su forma más saludable de consumo es en crudo. El 44% de los jóvenes refirió un consumo diario de este alimento, el 20% de los jóvenes indicó un consumo semanal y el 16% refirió no consumir aceite. Se puede deducir que los jóvenes consumen otras fuentes de grasas o existe un subregistro con respecto a este alimento, ya que suele estar presente en todas las comidas sobre todo en las principales.

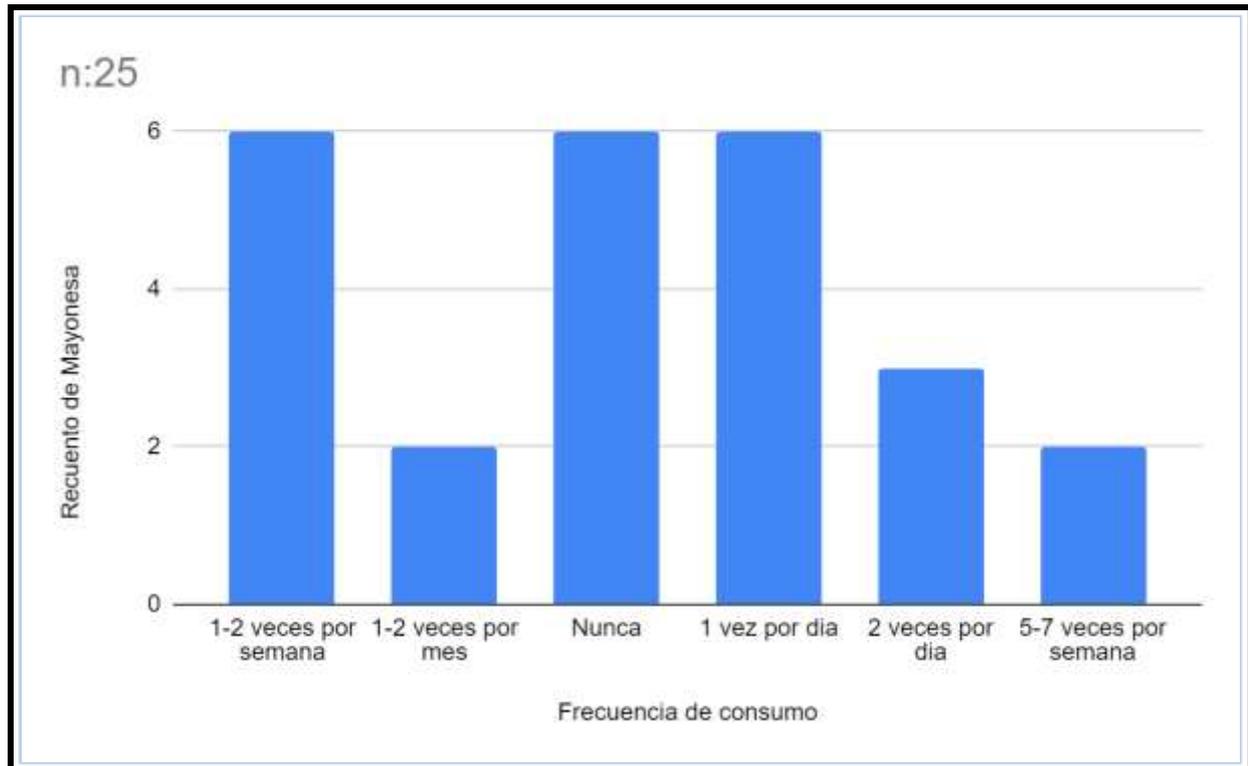
Gráfico 35 Consumo de lentejas.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

La mayor parte de los jóvenes, el 40% de ellos no consumen legumbres, el 32% tienen un consumo semanal, el 16% consumo mensual y solo el 12% consumen legumbres diariamente. Las legumbres son excelente fuente de hidratos de carbono, proteína y fibra, además de otros micronutrientes. En nuestra cultura no es común el consumo de legumbres por lo que no se ha establecido una recomendación diaria para la población de nuestro país aunque por sus propiedades nutricionales sea bueno incorporar en la dieta.

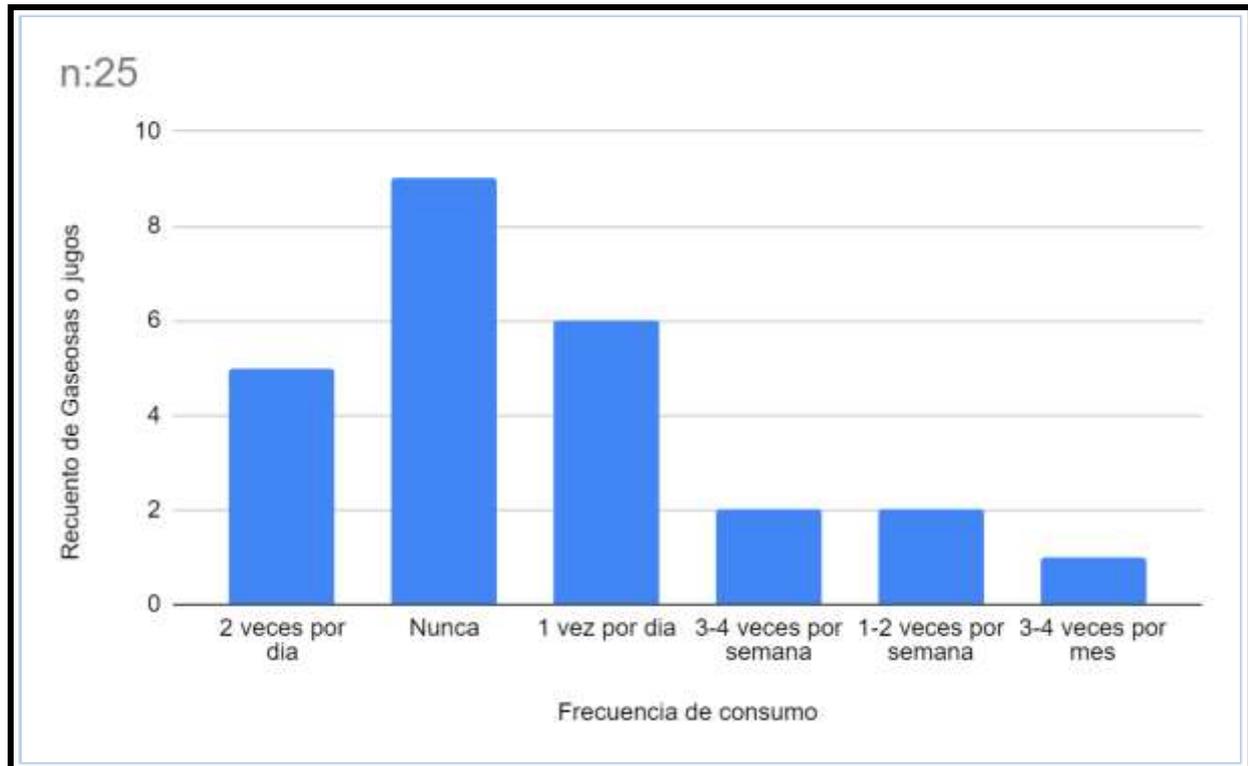
Gráfico 36 Consumo de mayonesa.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Es común el consumo de mayonesa en los adolescentes, el 32% indicó consumirla diariamente, el otro 24% no consume este alimento, otro 32% consume semanalmente mayonesa y solo dos adolescentes consumen mensualmente este alimento. La mayonesa es un alimento ultra procesado rico en grasas poco saludables, no se recomienda su ingesta o esta debería ser esporádica.

Gráfico 37 Consumo de gaseosas y jugos.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

La mayor parte de los adolescentes, el 44%, consumen diariamente gaseosas o jugos, el 36% no consumen gaseosas y el 20% consumen estas bebidas semanalmente. Se desaconseja el consumo de estas bebidas azucaradas o con edulcorantes artificiales, ya que no son saludables. La cantidad de adolescentes con un consumo diario de esta bebida es elevada.

Tabla 1: Respuestas de la encuesta destacadas sobre los determinantes sociales de la salud

| | Edad | Sexo | Integración con su entorno | ¿Qué actividades compartís con los jóvenes de tu edad? | Fuma | Consumo de alcohol |
|-----|------|-----------|----------------------------|--|-------------|--------------------|
| A1 | 17 | Masculino | Sí | Futbol, mate, cartas, etc. | No fumas | Algunos días |
| A5 | 16 | Masculino | Sí | Futbol. Cine.charlas. salidas | No fumas | Algunos días |
| A6 | 18 | Masculino | Sí | Deportes y salidas. | No fumas | Algunos días |
| A7 | 17 | Masculino | No | juntadas y videojuegos | No fumas | Algunos días |
| A8 | 17 | Masculino | Sí | Fiestas, reuniones, juntadas | No fumas | Algunos días |
| A9 | 17 | Masculino | Sí | | No fumas | Algunos días |
| A15 | 17 | Femenino | Sí | Juntadas | No fumas | Algunos días |
| A16 | 18 | Femenino | No | Juntarme a pasar un buen rato | Diariamente | Algunos días |

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Análisis De los encuestados se seleccionaron ocho de ellos para ser analizados. Estos jóvenes tienen edades similares, seis son varones y sólo dos mujeres. Como en el

total de la muestra la mayoría refieren sentirse integrados con su entorno, en este caso dos refieren no sentirse así. Las actividades que comparten con sus amigos son solo tres refieren actividades que involucren movimiento físico y solo uno videojuegos. Solo uno de los encuestados indicó fumar tabaco diariamente mientras los demás no practican este hábito, sin embargo todos ellos consumen marihuana y con frecuencia de varias veces al mes en su mayoría. Con respecto al consumo de alcohol y llegar al estado de ebriedad, todos consumen esta bebida y solo dos lo hacen con cierta moderación.

Tabla 2 Titulo Respuestas de la encuesta destacadas sobre los determinantes sociales de la salud

| Llega estado de ebriedad | Consumo de Marihuana | Consumo de drogas |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| SI | Marihuana | Algunas veces |
| SI | Marihuana | Menos de una vez por mes |
| SI | Marihuana | Algunas veces |
| SI | Marihuana | Algunas veces |
| SI | Marihuana | Algunas veces |
| No | Marihuana | Una vez por mes |
| No | Marihuana | Algunas veces |
| SI | Marihuana | Algunas veces |

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Es preocupante que hábitos tan poco saludables como el consumo de marihuana y alcohol de forma desmesurada está tan extendido entre los jóvenes. En esta edad se recomienda un nivel de actividad física mayor en comparación con otras etapas de la vida, el tiempo compartido con amigos que suelen ser muchas horas diarias debería ser aprovechado para juegos que requieran ejercicio físico y participación de todos, ayuda al desarrollo del joven tanto físico como psicológico, fortalece los lazos entre ellos y mejora su estado de ánimo.

Los datos obtenidos a partir de la frecuencia de consumo de alimentos reflejan carencia de macronutrientes y micronutrientes en la dieta de los jóvenes encuestados. El consumo de ciertos alimentos es pobre o nulo, como el pescado y las lentejas. Un adolescente promedio consume diariamente 400 gr. de lácteos, 57 gr. de carne roja y pescado, 200 gr. de frutas y vegetales, 20 gr. de feculentos, 40 gr. de pan, 10 gr. de azúcar, 15 gr. de aceite y 5 gr. de mayonesa. Los resultados de la encuesta muestran que los adolescentes se encuentran malnutridos.

CONCLUSIONES



Para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación se debieron recolectar datos a partir de una muestra compuesta por 25 jóvenes que concurrieron al Programa de Salud integral del Adolescente en la localidad de Mar del Plata durante el mes de Julio del año 2021. Los resultados de la encuesta están condicionados por el contexto sanitario en el que se realizó la misma, la pandemia por COVID-19 llevó al cumplimiento del Aislamiento Social Preventivo exigiendo determinados protocolos sanitarios. De este estudio se desprenden una serie de conclusiones: el 56% de la muestra lo compone el sexo femenino mientras el 44% restante corresponde al sexo masculino, la edad promedio entre ellos es 16 años y la moda 17 años, por tal motivo la mayoría de estos jóvenes concurrieron sin sus padres a la consulta.

El 20% de los jóvenes encuestados tiene trabajo, en su mayoría por elección para cubrir gastos personales en bienes no necesarios, solo uno de ellos indicó como motivo ayudar a su familia económicamente. Se debe destacar que este adolescente que ayuda a su familia y otros 2 de los encuestados informaron que sus padres carecen de estabilidad laboral sin embargo ellos no trabajan regularmente y concurren al colegio. Entre los adolescentes que trabajan 2 de ellos finalizaron el secundario y los 3 restantes continúan cursando, de estos últimos 2 repitieron de año escolar. Del total de encuestados el 12% son repitientes.

Todos los encuestados en edad escolar a excepción de 1 de ellos concurren al colegio y tuvieron acceso a las clases virtuales durante la pandemia, aquel que refirió no concurrir no fue por motivos externos sino simplemente porque elige no hacerlo.

El 84% afirman sentirse integrados en sus entornos, el 16% restante no comparte la misma percepción, dentro de esta minoría las actividades con sus pares incluyen concurrir al colegio o jugar videojuegos. Entre las actividades que realizan con sus pares la mayoría de los jóvenes, el 48% prefiere actividades como deportes y juegos, los mismos indicaron sentirse integrados con su entorno, estas actividades refuerzan sus lazos y ayudan a su desarrollo psicosocial.

Poco más de la mitad de los jóvenes indicó practicar actividad física con una frecuencia saludable de entre 3 y 6 veces por semana, mientras el 48% restante solo hace actividad física entre 1 a 2 veces por semana o no la practican para nada, por lo que son sedentarios. La mayoría de los encuestados refirieron que sus barrios son seguros, lo que favorece la actividad física al aire libre, solo el 24% perciben su barrio como poco seguro sin embargo no se observa esté asociado a la falta de actividad física ya que de estos 6 jóvenes solo dos indicaron no realizar actividad física para nada.

La totalidad de la muestra confirma tener hogar y agua potable en su residencia, lo cual es un buen factor para la salud. Con respecto a la asistencia a centros de salud el 68%

refirió concurrir solo cuando tiene un malestar o consulta puntual sobre una situación y el 28% acuden a los controles médicos; el principal motivo por el cual no concurren a los controles de salud es porque no lo consideran importante y en menor medida por dificultades económicas o para conseguir un turno con el profesional sanitario.

Hábitos que afectan a la salud como el consumo de drogas, alcohol y tabaco se vieron presentes. El alcohol es consumido por más de la mitad de los encuestados, el 52%, de ellos el 32% llega al estado de ebriedad, mientras los demás encuestados alegan no consumir este tipo de bebidas. Con respecto a las drogas, 8 de los encuestados refirieron consumir marihuana "algunas veces", mientras el fumar tabaco se dio en dos adolescentes, siendo solo uno de ellos fumador en exceso, sin embargo un porcentaje elevado, el 68% de ellos, son fumadores pasivos.

Los datos obtenidos a partir de la frecuencia de consumo de alimentos reflejan carencia de macronutrientes y micronutrientes en la dieta de los jóvenes encuestados. El consumo de ciertos alimentos es pobre o nulo, como el pescado y las lentejas. Un adolescente promedio consume diariamente 400 gr. de lácteos, 57 gr. de carne roja y pescado, 200 gr. de frutas y vegetales, 20 gr. de feculentos, 40 gr. de pan, 10 gr. de azúcar, 15 gr. de aceite y 5 gr. de mayonesa. Los resultados de la encuesta muestran que los adolescentes se encuentran malnutridos.

Siendo la adolescencia una etapa crítica en el desarrollo de la persona adulta, la nutrición cumple un papel fundamental en que ésta sea adecuada para que el individuo pueda llegar a su máximo potencial. Se pretende describir las condiciones en que los jóvenes que concurren al programa nacen, viven y crecen ya que esto es un condicionante para la salud que debe ser tenido en cuenta al momento de decidir un plan y una estrategia para abordar a los pacientes, y sobre todo para la prevención en salud.

Se puede concluir sobre la población estudiada que concurren al colegio, tienen hogar y se sienten en general comprendidos por sus familias que, junto con sus amigos, son su red de apoyo; la mayoría se sienten integrados a su entorno y no deben trabajar para mantener a sus familias. Viven en barrios seguros que les permiten hacer actividades fuera del hogar, y si bien la mayoría practican actividad física y no consumen alcohol o drogas el porcentaje de adolescentes sedentarios y que consumen estas sustancias es elevado. Se debe tener en cuenta también que a pesar de que hay políticas públicas que desalientan el consumo de tabaco en lugares cerrados el 68% de los adolescentes son fumadores pasivos. Un gran porcentaje de los encuestados no toma consciencia de la importancia del cuidado de la salud y eso también se refleja en su alimentación la cual no es saludable en la totalidad de los encuestados.

La malnutrición es una problemática mundial, que debe ser atendida con urgencia. La intervención del Lic. en Nutrición es indispensable para el cuidado de la salud, tanto desde la prevención como el tratamiento y rehabilitación de las personas sanas y enfermas. La adolescencia es un momento ideal en la vida de la persona para inculcar hábitos saludables, se deberían redoblar los esfuerzos para lograr que los jóvenes tomen conciencia sobre la importancia de una alimentación correcta para un buen estado de salud. Una educación nutricional efectiva en la pubertad podría lograr adultos más sanos.

Para ampliar la presente investigación sería interesante estudiar los hábitos alimentarios de las familias y evaluar los cambios en los mismos luego de la intervención de un Lic. en Nutrición. Investigar la eficacia de la educación nutricional que reciben los jóvenes y cómo cambiaría sus elecciones alimentarias si tuvieran opciones saludables a su alcance.



BIBLIOGRAFIA

- Acero M., Caro M., Henao K., Ruiz L. y Sanchez G. (2012), "*Determinantes sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas*", pag. 104-105. Recuperado en 19 de febrero de 2021 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>
- Andersen LB, Harro M, Sardinha LB, et al. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: cross-sectional study (the European youth heart study). *Lancet* 2006;368:299-304.
- Arriscado Alsina D, Muros Molina JJ, Zabala Díaz M, et al. Influencia del sexo y el tipo de escuela sobre los índices de sobrepeso y obesidad. *RevPediatr Aten Primaria* 2014;16(64):e139-46.
- Barragan H. (2007), "*Fundamentos de Salud Publica*", pag. 161-191. Recuperado en 19 de febrero de 2021 de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4.
- Blanco Pereira, María Elena, Jordán Padrón, Marena, Pachón González, Liliam, Sánchez Hernández, Tania Bárbara, & Medina Robainas, Rolando Ernesto. (2011). Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Revista Médica Electrónica*, 33(3), 349-359. Recuperado en 19 de febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300012&lng=es&tlng=es.
- Berta E, Fugas V, Walz F, et al. Estado nutricional de escolares y su relación con el hábito y calidad del desayuno. *RevChilNutr* 2015;42(1):45-52. 24.
- Burris J, Rietkerk W, Woolf K. Acne: the role of medical nutrition therapy. *J Acad NutrDiet*. 2013;113:416.
- Ceriani Cernadas, J. M., "Boletín Informativo", año 40, n° 1 , agosto, 2013, Sociedad Argentina de Pediatría.
- Choque R. y Ramos M., "La educación como determinante social de la salud", *Cuadernos de promoción de la salud* n.º22, Ministerio de Salud Organización Panamericana de la Salud, P. 21-23.
- Comisión de determinantes sociales de Salud de la OMS (2005), Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud, En: http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf
- Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS (2008), "Resumen analítico del informe final". Recuperado en 19 de febrero de 2021 de

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=6EA457AB50036AFC1A4BF4F43AF25374?sequence=1
- Giovanni, Berlinguer. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1) Recuperado en 19 de febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&tlng=es.
 - Escobar Juan C., Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) Información para la acción, Programa Nacional de Salud Integral en la adolescencia Ministerio de Salud de Nación, 2017.
 - Henríquez Sánchez P, Doreste Alonso J, Laínez Sevillano P, et al. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios: relación con el desayuno y la actividad física. *MedClin* 2008;130(16):606-10.
 - Lázaro Cuesta, Lorena, Rearte, Analía, Rodríguez, Sergio, Niglia, Melina, Scipioni, Horacio, Rodríguez, Diego, Salinas, Rosalía, Sosa, Claudia, & Rasse, Stella. (2018). Estado nutricional antropométrico, bioquímico e ingesta alimentaria en niños escolares de 6 a 14 años, General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(1), e34-e46. <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e34>
 - Linetzky Bruno, Morello Paola, Virgolini Mario y Ferrante Daniel. (2011). Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Salud Escolar: Argentina, 2007. *Archivos argentinos de pediatría*, 109(2), 111-116. Recuperado en 07 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000200004&lng=es&tlng=es.
 - López, Mario. Hacia una nueva cultura de la actividad física y el deporte. En *Revista de Ciencias Aplicadas a la Actividad Física*. Buenos Aires : Editorial Stadium, 2001, Año 30, N° 178.
 - Lucconi Grisolia, M. V. y Dra. Simón Dematteis D. L., "Situación de Salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la República Argentina", agosto 2015, p.58
 - Qca. Litter et al, "Arsenico en agua" Informe final, Red de Seguridad Alimentaria, CONICET, 2018. Pag. 26 y 36.
 - Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behaviors surveillance—United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2012;61(4):1.
 - Eisenmann JC, Bartee RT, Smith DT, et al. Combined influence of physical activity and television viewing on the risk of overweight in US youth. *Int J Obes (Lond)* 2008;32:613-8.

- MARTÍNEZ NAVARRO, F. et al., Salud Pública. Madrid : Mc Graw-Hill – Interamericana de España, S.A.U., 1998.
- Mujica O. (2015), "Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud", Revista Panamericana de salud Publica. Recuperado en 19 de febrero de 2021 de <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/433-441/es/#ModalArticles>
- Ministerio de Salud de la Nación, "Boletín Virtual, salud en la adolescencia" ,Año 3, Número 10 , Septiembre 2016, p.1.
- Nicklas TA, Hayes D. American Dietetic Association: Position of the American Dietetic Association: nutrition guidance for healthy children ages 2 to 11 years. J Am DietAssoc. 2008;108:1038: 1046.
- Pérez-López, IJ, Tercedor Sánchez, P, Delgado-Fernández, M. Efectos de los programas escolares de promoción de actividad física y alimentación en adolescentes españoles: revisión sistemática. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2015;32(2):534-44. Acceso: 03/01/2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309243317009>
- Poletti HO, Barrios L. Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes (Argentina). Rev Cubana Pediatr 2007;79(1).
- Puente González Mayra, Minerva Liliana Sandoval Jalomo, Rossana Tamara Medina Valencia, Citlalli Argelina Estrada, Juárez. "Uso del tiempo libre en alumnos de secundaria", 2010. Recuperado de: <http://www.argenmex.fahce.unlp.edu.ar/pdf/EFArgenmex%20posicion%2012%20Punte.pdf>
- Qca. Litter et al, "Arsenico en agua" Informe final, Red de Seguridad Alimentaria, CONICET, 2018. Pag. 26 y 36.
- Romero Placeres, Manuel, Álvarez Toste, Mireya, & Álvarez Pérez, Adolfo. (2007). Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología (2007), 45(2) Recuperado en 19 de febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200001&lng=es&tlng=es.
- Rizzo NS, Ruiz JR, Oja L, et al. Associations between physical activity, body fat, and insulin resistance (homeostasis model assessment) in adolescents: the European youth heart study. Am J Clin Nutr 2008;87:586-92.
- Saenz Madrigal M.(2015), "Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina", pag.24-28. Recuperado en 19 de febrero de 2021

de <http://sia.eurosociaili.eu/files/docs/1445409020Equidad%20y%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf>

- Slimel, M. R., Coppolillo, F. E., Masi, J. D., Mendoza, S. M., & Tannuri, J. (2010). Epidemiología de la diabetes en Argentina. *Avances En Diabetología*, 26(2), 101–106. doi:10.1016/s1134-3230(10)62006-6
- Sociedad Argentina de Pediatría, “Boletín Informativo”, año 40, n° 1 , agosto, 2013.
- Sousa V., "Empleo, 2012, “Condiciones de trabajo y salud”. Recuperado en 19 de febrero de 2021 de <https://www.scielosp.org/article/scol/2012.v8n2/101-106/#ModalArticles>
Equidad%20y%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf
- Tuesca-Molina, R., & Centeno Romero, H., & de la Ossa Salgado, M., & García Delgado, N., & Lobo López, J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 24 (1), 53-63.
- Villar Aguirre M. (2011), "Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención", pag. 237-239. Recuperado en 19 de febrero de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- Wagstaff A.(2002), "Pobreza y desigualdades en el sector de la salud", pág. 316-321. Recuperado en 19 de febrero de 2021 de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8706/10717.pdf?sequence=1>

Sitios Web consultados:

- www.cepal.org/argentina
- www.indec.mec
- www.who.int/es

ANEXO



Lewinc, Leila Michelle

La adolescencia es una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano por lo cual es importante conocer las circunstancias en la que transcurre. Esta edad suele ser decisiva en la formación de hábitos que perduran en la vida adulta. Más de la mitad de la población Argentina presenta exceso de peso por hábitos poco saludables que suelen iniciar en la adolescencia.

Objetivo:

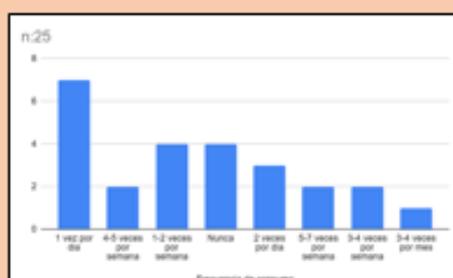
Analizar los determinantes sociales de la salud, el nivel de actividad física y patrón alimentario de adolescentes que asisten al Programa de la Municipalidad de General Pueyrredón de Salud Integral del Adolescente durante Julio del 2021.

Materiales y métodos:

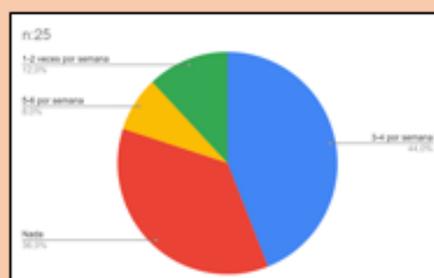
Investigación de tipo transversal y descriptivo. La muestra, de carácter no probabilística, por conveniencia, es de 25 adolescentes que concurren al Programa Municipal de Salud Integral del Adolescente, de la ciudad de Mar del Plata. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta personal realizada al adolescente.

Resultados:

Frecuencia de consumo de vegetales



Frecuencia de realización de actividad física



Integración con su entorno



Conclusión:

Los jóvenes deben tomar conciencia sobre la importancia del cuidado de su salud y ser responsables con el mismo. La educación nutricional en los adolescentes es esencial para corregir conductas alimentarias que perjudican el desarrollo de su máximo potencial y que llevan a enfermedades crónicas a futuro, el rol del Lic. en Nutrición es indispensable para lograrlo.