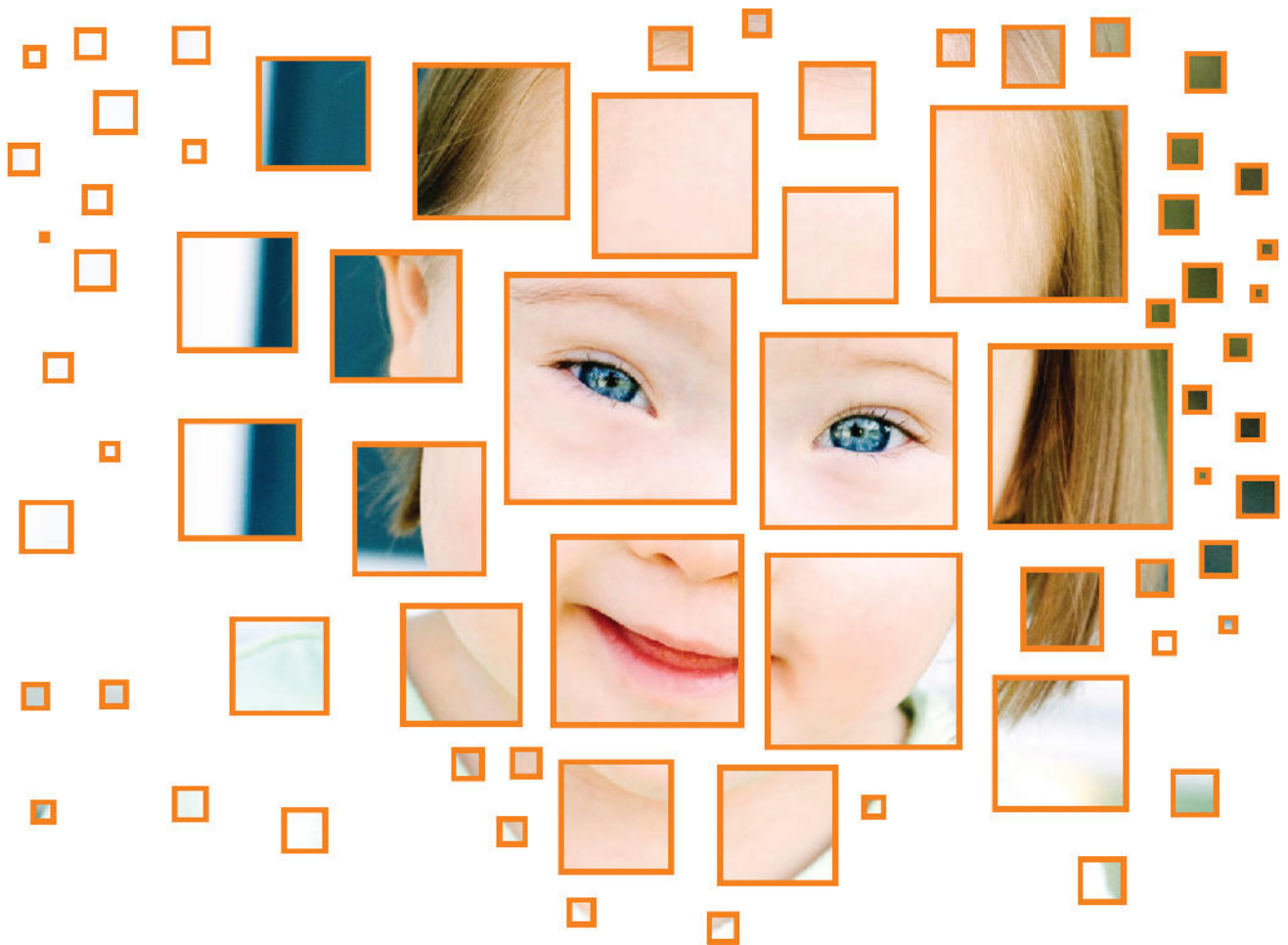


Representaciones Sociales de la ALIMENTACIÓN EN EL SÍNDROME DE DOWN



DEPARTAMENTO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Alumna: Lucia Montiel

Tutoría: Lic. Victoria Garbarini

Fecha:



DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
UFASTA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO DESCARGADO DE:

THIS DOCUMENT WAS DOWNLOADED FROM:

CE DOCUMENT A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉ À PARTIR DE:



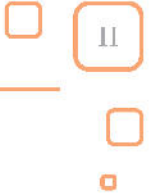
REPOSITORIO DIGITAL
UFASTA

ACCESO: <http://redi.ufasta.edu.ar>

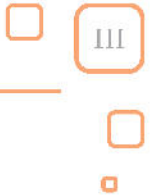
CONTACTO: redi@ufasta.edu.ar

No te rindas, por favor no cedas
aunque el frío queme
aunque el miedo muerda
aunque el sol se ponga, y se calle el viento
aún hay fuego en tu alma
aún hay vida en tus sueños
porque cada día es un comienzo nuevo
porque esta es la hora y el mejor momento.

Mario Benedetti (1920 -2009)



*Dedico este trabajo a mis padres y hermanos.
Son lo más valioso que tengo, eternos pilares.
¡LOS AMO!*



A mis padres, porque gracias a ellos soy la mujer que soy y hoy puedo cumplir este sueño. Gracias por el apoyo constante, por creer siempre en mí, alentarme y quererme como lo hacen. Estoy orgullosa y eternamente agradecida de tenerlos en mi vida. ¡Los amo infinitamente!

A mis hermanos, ¡Gracias! por bancarme siempre, en mis días buenos y malos, en mis risas y en mis llantos. Gracias por los abrazos y por hacerme reír con sus ocurrencias. ¡Los amo!

A mi gran familia, los que tengo cerca, los que están lejos, los que se fueron: Abuelas, tías, tíos, primos: ¡Gracias! por el apoyo incondicional, por compartir mis alegrías, y por significar tanto para mí.

A mi abuelo, que me cuida desde el cielo y sé que hoy está orgulloso de mí. ¡Te amo!

A mis amigos de siempre y para siempre: La rubia, Coti, Kari, Nico. No importa el lugar, la distancia, el momento... Siempre están, ¡Gracias por eso! Cada uno sabe el lugar importante que ocupa en mi vida y en mi corazón... ¡Los quieroooo!

A todas las personas que conocí gracias a la facultad, pero en especial a Yam, Euge, Meli, Cin. ¡Gracias! Esta etapa fue muuucho más linda con la compañía de ustedes. Estoy segura y feliz, sé que esta amistad que forjamos es para siempre. ¡Las quiero con el corazón!

Al departamento de metodología, en especial a Vivan y Natalia, sin su ayuda esta investigación no se podría haber llevado a cabo. ¡Gracias!

Al departamento de Estadística, especialmente a Mónica, gracias por la buena onda, la ayuda y las ideas aportadas.

A toda la gente de ASDEMAR, gracias por permitir que desarrolle mi trabajo en su hermosa institución.

A Nacho y Daniel, de la ONG DOWN MDQ. ¡Gracias por la buena onda y por su ayuda!

A Franco por el diseño hermoso que elaboró para este trabajo.

A todo aquel que de alguna forma me ayudó a que hoy cumpla este sueño...

¡GRACIAS TOTALES!

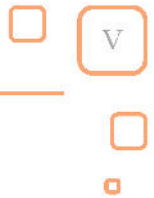
Objetivo: Determinar las representaciones sociales de los padres acerca de la alimentación de sus hijos de 6 a 10 años con Síndrome de Down que asisten a un centro de la ciudad de Mar del Plata, su estado nutricional, patrón de consumo alimentario y patrón de actividad física.

Materiales y métodos: Investigación de tipo cuanti - cualitativa, descriptiva, de corte transversal. Un total de 25 niños con Síndrome de Down, de ambos sexos, de 6 a 10 años fueron pesados, medidos y sus padres encuestados a través de preguntas relacionadas con el patrón de consumo alimentario del menor, patrón de actividad física, grado de instrucción del adulto y una pregunta relacionada con las representaciones sociales. Además, 10 papás fueron entrevistados, realizándose un total de 10 preguntas grabadas a cada uno, con el objetivo de indagar sobre la variable de representaciones sociales.

Resultados: El estado nutricional de los niños según IMC es inadecuado en el 60% de los casos, presentando sobrepeso y obesidad, un solo caso riesgo de bajo peso, y el 36% presentó estado nutricional normal. Un 24% de la muestra tiene un consumo adecuado con respecto a lo recomendado por la OMS en el grupo de los lácteos; en el grupo de las carnes este número desciende a 12%. Ningún niño logra cubrir las recomendaciones en el consumo de vegetales y frutas, lo mismo sucede con el grupo de los cereales, cuyo consumo quedó desplazado por el de pizzas, tartas y empanadas. El 64% tienen un consumo excedido de aceites y la mayoría no llega a cubrir las recomendaciones de los azúcares. Además, el 42% de la muestra presentó un consumo excedido a lo permitido de calorías dispensables. Se observa también, un reemplazo en el consumo de agua corriente por gaseosas y jugos azucarados. Asimismo, un 40% de los papás afirman tener poca información vinculada a la alimentación y la fuente más nombrada es el pediatra. Sin embargo, la mayoría tiene una opinión positiva sobre la alimentación ofrecida, afirmando que es correcta, saludable, suficiente. Afortunadamente, la mayoría se ocupa de las preparaciones culinarias y la compra de materia prima, y en este accionar relacionado a la alimentación, prefieren seguir los consejos brindados por los profesionales.

Conclusiones: Es de vital importancia brindar educación nutricional a los padres, ya que como se demuestra, el sobrepeso y la obesidad se desarrollan en porcentajes elevados. Resulta indispensable detectar ciertas fallas en los conocimientos y en las prácticas de los adultos para que los mismos sean capaces de inculcarle al menor hábitos saludables. Por lo tanto, es importante que tanto la familia como el sistema educativo en general, brinden más y mejor información desde una temprana edad.

Palabras clave: síndrome de Down, representaciones sociales, estado nutricional, patrón de consumo alimentario, patrón de actividad física



Objective: To determine the social representations of parents about feeding their children with Down syndrome, aged 6 to 10 years attending a specialized center in Mar del Plata, Buenos Aires province, their nutritional status, and patterns food consumption and physical activity;

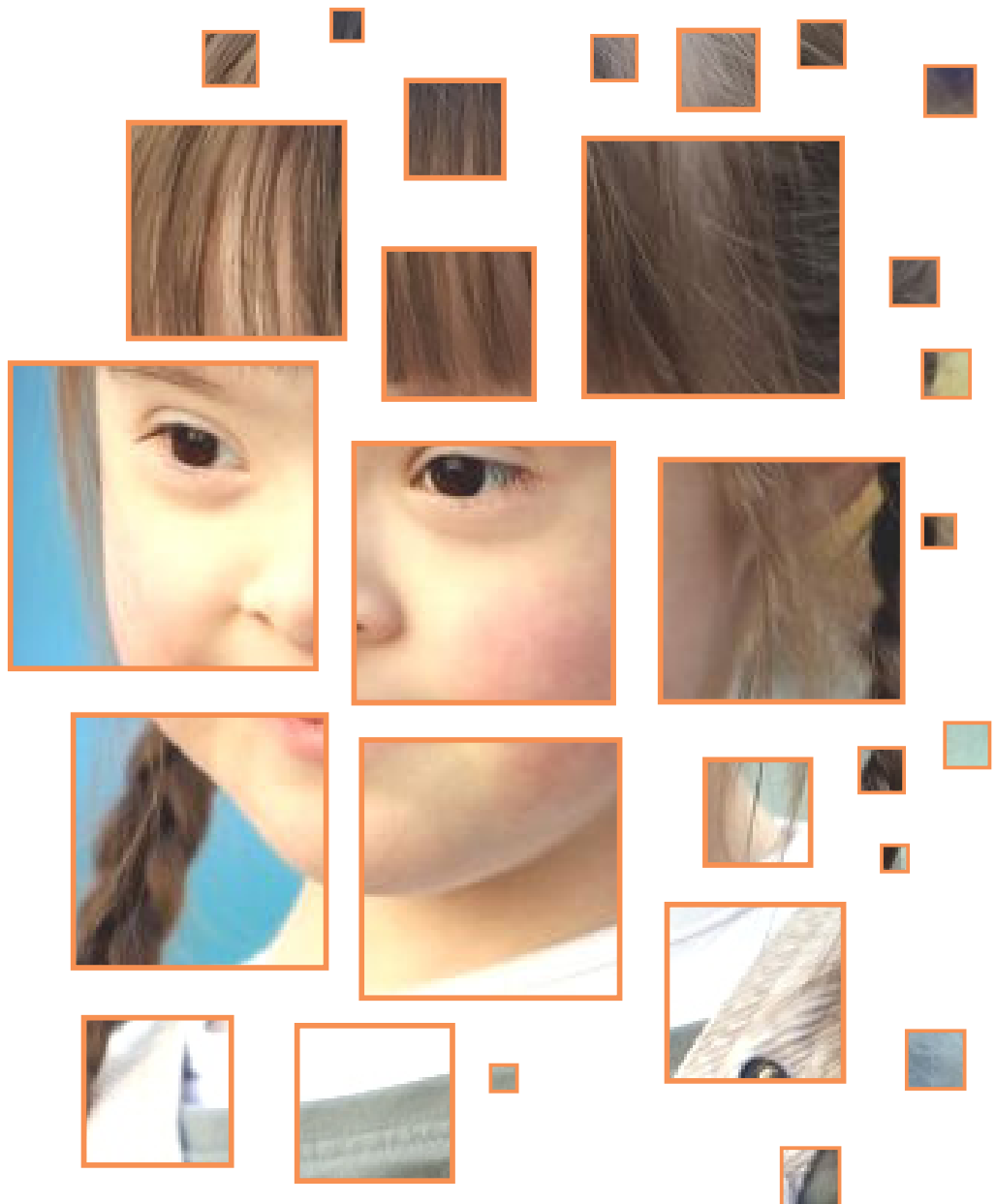
Materials and methods: This was a qualitative-quantitative, descriptive, cross-sectional research. A total of 25 children with Down syndrome of both sexes, 6 to 10 years were weighed and measured. Parents were surveyed through a set of questions related to their children food consumption pattern and physical activity. Questions were also related to adult educational attainment and a question related to social representations was included. In addition, ten parents were interviewed with 10 questions; answers were recorded in order to investigate the variable of social representations.

Results: The nutritional status of children according to BMI was inadequate in 60% of cases, presenting overweight and obesity. There was only one case showing risk of underweight, and 36% of cases presented a normal nutritional status. As regards WHO recommendations for the milk group, 24% of the sample showed adequate intake; for the meat group, this number drops to 12% and no child covered recommendations in the consumption of vegetables and fruits. This fact was repeated for the group of cereals in which consumption was displaced by that of pizzas, cakes and pies; 64% of children exceeded the consumption of oils and the majority failed to meet recommendations for sugars. In addition, 42% of the sample exceeded the permitted consumption of dispensable calories. We observed the replacement of tap water by sugary juices and sodas; 40% of parents stated they had little information related to food and the pediatrician appeared as their main source of information. However, most parents had a positive opinion as regards the food offered to their children, stating it was correct and healthy enough. Fortunately, most families took care of culinary preparations, they purchased their own products for preparations, and they preferred to follow the advice of professionals.

Conclusions: It is vital to provide nutrition education to parents, since as demonstrated, overweight and obesity develop in high percentages. It is essential to detect certain mistakes in the knowledge and practices of adults so that they may be able to encourage healthy habits in their children. It is important that both the family and the educational system in general, provide more and better information from an early age.

Keywords: Down syndrome, social representations, nutritional status, food consumption pattern, pattern of physical activity

Introducción



El síndrome de Down, descrito como una anomalía cromosómica en el año 1958, se considera a nivel mundial la primera causa de retraso mental, y su incidencia en nuestro país es de 1 por cada 670 nacidos vivos.¹

Las personas que padecen este síndrome genético presentan un amplio abanico de condiciones médicas asociadas tales como cardiopatías, defectos visuales, pérdida auditiva, otitis media, anomalías en la tiroides, alteraciones gastrointestinales, incluyendo estenosis o atresia duodenal, ano imperforado y megacolon.² Pueden presentar también alteraciones en el metabolismo de los lípidos, Celiacía, reflujo, colon irritable, y, ocasionalmente, Diabetes tipo 2.

El sobrepeso y la obesidad es un problema frecuente dentro de esta población, entre los agentes causales más importantes se destacan la mayor incidencia de Hipotiroidismo, la disminución en el gasto metabólico basal, y el hecho de que suelen realizar menos actividad física, por lo que tienden a un estilo de vida mayormente sedentario. También se reconocen factores causales genéticos y ambientales, entre los últimos sobresalen el nivel de sociabilidad y los factores socioeconómicos.

Un estudio realizado en España (2005) cuyo objetivo principal fue relacionar los distintos índices antropométricos con el perfil lipídico de cada participante, arrojó resultados que resaltan la prevalencia de obesidad en esta población y la incidencia de alteraciones en los niveles lipídicos séricos. Afirman que los resultados obtenidos en adolescentes, fueron similares a los presentados por adultos con el mismo síndrome, lo que justificaría la necesidad de intervención temprana mediante programas de actividad física, sobretudo aeróbicos, los cuales afectan favorablemente la capacidad cardiorrespiratoria y el porcentaje de masa grasa, disminuyéndolo.³

Es importante resaltar que durante el siglo XX, la actividad física ha disminuido tanto en niños como en adultos, lo que se observa ya sea en las actividades de tiempo libre, como en el tiempo destinado a actividades formales. Los individuos sedentarios tienen mayor tendencia a una ingesta excesiva de alimentos por sobre sus necesidades de energía, produciendo un balance energético positivo y un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.

¹ En el 2º Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría, la Dra. Kaminker, P. amplía la información acerca de la incidencia de dicho síndrome, asegurando que ocurre con una frecuencia de 1 en 150 concepciones, con una estimada relación varón/mujer, de 1,5.

² Castro I. afirma también, que estos individuos presentan un aumento en el riesgo de padecer Leucemia, y por todo ello, destaca a los pacientes con Síndrome de Down, como una población importante para todos los profesionales de la salud.

³ Ordoñez, F., Rocety-Plaza, M., Rosety-Rodríguez, J. & Rosety-Rodríguez M. realizaron esta investigación para facilitar el seguimiento clínico de pacientes con Síndrome de Down, afirmando que si bien se ha logrado aumentar la esperanza de vida de los mismos, es necesario proponer como objetivo primordial la prevención de la Obesidad, por todas las comorbilidades asociadas a la misma, así como también, por los costos que supone para el Sistema Sanitario.

Una investigación llevada a cabo en Costa Rica (2009), tuvo como objetivo valorar el estado nutricional de niños padecientes de este síndrome durante el año 2007, mediante la evaluación de distintos indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos, de estilo de vida y socioeconómicos. Los resultados muestran que la mitad de los participantes presenta exceso de peso, el 80% Hipertrigliceridemia y el 73% valores bajos de Colesterol HDL. Además se reportó un bajo nivel de actividad física.⁴

Teniendo en cuenta lo anteriormente desarrollado, se destaca la importancia de una alimentación saludable y adaptada a la enfermedad base que es el Síndrome de Down, y también a todas aquellas patologías asociadas.

Será clave, entonces, abordar el proceso de la alimentación desde una perspectiva que rescate la presencia del sujeto social, donde las Representaciones Sociales que los padres tengan de la alimentación de sus hijos, será importante para identificar cuáles son sus conocimientos al respecto, las fuentes de información que utilizan, y la relevancia que le atribuyen a este proceso tan importante para mantener una vida saludable, teniendo en cuenta que este síndrome genético se asocia a múltiples patologías relacionadas a la Nutrición.

El concepto de Representaciones Sociales se entiende como una modalidad especial de conocimiento, cuyas funciones principales son la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. En el libro “El psicoanálisis, su imagen y su público”, Serge Moscovici (1979), afirma:

Si partimos de que una Representación Social es una “preparación para la acción”, no lo es sólo en la medida que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar un sentido al comportamiento, a integrarlo en una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen eficaces y estables a estas relaciones.⁵

Las Representaciones Sociales constituyen, en definitiva, sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores, y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa.

Se puede citar una investigación realizada en Colombia (2010), donde se estudian las Representaciones Sociales de madres y un padre en torno a la alteración genética del hijo, a través de un enfoque cualitativo que implementó relatos o testimonios de vida para

⁴ González, A., Madrigal, A. realizaron el estudio en donde también destacan un bajo consumo de vegetales, una elevada ingesta de harinas refinadas, grasas saturadas, Colesterol y también alimentos fuente de Hidratos simples, como bebidas azucaradas y postres.

⁵ Moscovici, S. afirma en su libro que las Representaciones Sociales, también se entienden como un corpus organizado de conocimientos, y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, integrándose en un grupo, o en una relación cotidiana de intercambios.

abordar el objeto de estudio. En el mismo, se afirma que dichas representaciones fueron determinantes en la percepción que los padres construyeron sobre la enfermedad y en las estrategias de afrontamiento que desarrollaron; dándole la importancia que merecen a estas formas de pensamiento social que se conforman de información, prácticas, experiencias y creencias.⁶

Con respecto a lo expuesto anteriormente, surge el siguiente problema de investigación:

- ¿ Cuáles son las representaciones sociales de los padres acerca de la alimentación de sus hijos con Síndrome de Down, de 6 a 10 años, y su estado nutricional, patrones de consumo y patrón de actividad física que asisten a un centro de la ciudad de Mar del Plata?

El objetivo general es:

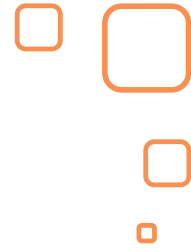
- Determinar las representaciones sociales de los padres acerca de la alimentación de sus hijos con Síndrome de Down, de 6 a 10 años, y su estado nutricional, patrón de de consumo alimentario y patrón de actividad física; que asisten a un centro de la ciudad de Mar del Plata.

Los objetivos específicos son:

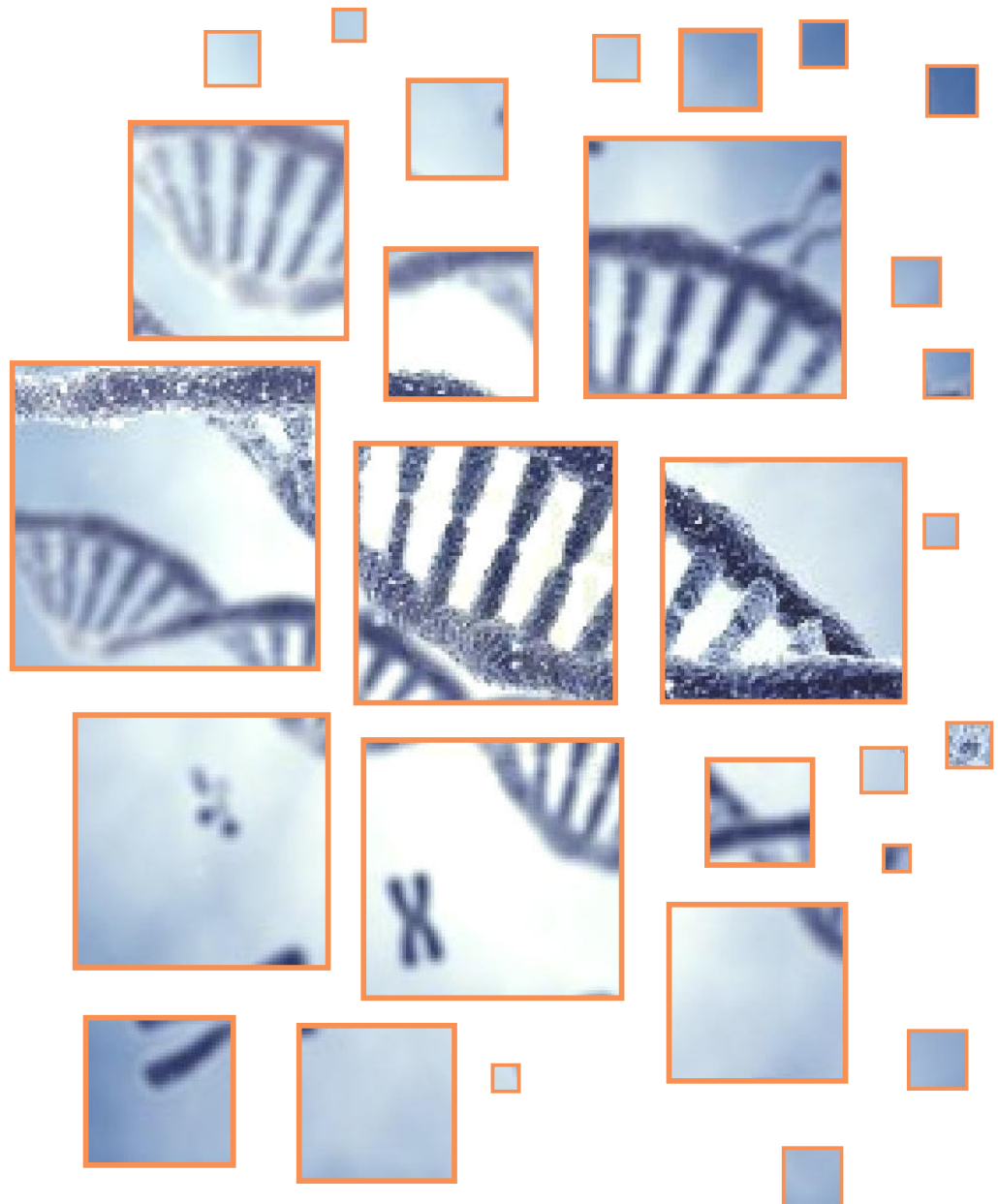
- Indagar sobre el nivel de educación de madre/padre ó tutor.
- Identificar el estado nutricional de los individuos con Síndrome de Down según la edad, el peso y la talla.
- Examinar la presencia de comorbilidades.
- Analizar los patrones de consumo, según los grupos de alimentos consumidos y la frecuencia durante la semana.
- Identificar los patrones actividad física, según el tipo de actividad física, la frecuencia durante la semana y la duración de la misma.
- Averiguar las representaciones sociales que los padres tienen acerca de la alimentación de sus hijos portadores de dicho síndrome genético.

⁶ Mosquera, S., Alfonso, H. luego de realizar la investigación, aseguran que la incorporación de atención psicológica en el manejo de la familia y los pacientes, es fundamental para que estos profesionales de la salud ayuden al desarrollo de estrategias de afrontamiento y generen una disminución en el impacto de la adversidad, logrando pacientes mas resilientes, en igualdad de condiciones con sus pares y con la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

Capítulo I



El síndrome de Down: Historia y principales características



La llegada de un niño, genera por sí misma, alteraciones dentro de la dinámica familiar. El período post parto, normalmente se describe como un momento de felicidad, sin embargo, las madres pueden entrar en depresión. Esto puede suceder porque durante la gestación, la madre se prepara para afrontar el nuevo desafío, pudiendo haber grandes discrepancias entre las expectativas con respecto al bebé, y la realidad.¹

El nacimiento de un hijo con Síndrome de Down, conlleva una movilización psicoafectiva por parte de sus padres, sentimientos encontrados, búsqueda de culpables, y una nueva visión con respecto a la vida.

Ante situaciones inesperadas, como la deficiencia de un hijo, los individuos atraviesan distintas etapas emocionales. Kübler Ross (2006) autora del libro “Sobre el Duelo y el Dolor”, fue quien desarrolló un modelo explicando cinco etapas descritas inicialmente, para procesos de duelo relativos a la inminencia de la propia muerte. Dichas etapas, no pueden trasladarse directamente a procesos de cambios personales o profesionales, pero conforman una buena manera para comprender nuestras propias reacciones ante distintos momentos de cambios no deseados.

*Podemos concluir que nos encontramos con estas cinco etapas cada vez que sucede un gran proceso de transformación y cambio de las condiciones iniciales, siempre y cuando este proceso no sea deseado o solicitado por nosotros mismos.*²

Estas fases pueden mantenerse durante un tiempo, presentarse o no de manera simultánea; pero en todas ellas, prevalecen ideas ilusorias con respecto a dicha discapacidad, manifestándose en creencias sobre la salud del niño, como la creación de nuevas técnicas terapéuticas o medicación que generarán un milagro.

La primer fase que describe se denomina negación, e incluye la esperanza de los padres con respecto a la existencia de algún tipo de error al momento del diagnóstico, considerándose esta fase, un método de defensa temporal. Luego puede aparecer la agresión, generada quizás por la impotencia y frustración que sienten los padres, en general, el enojo se desplaza hacia el médico, la religión o la vida. En la mayoría de los casos esta fase culmina con sentimientos de culpabilidad y vergüenza. Más tarde es posible que aparezca la negociación, ya que aun no se acepta completamente el diagnóstico del niño; de todas maneras en esta instancia los padres pueden mostrarse más accesibles al diálogo con los profesionales de salud. Luego sobreviene la depresión, con todas sus manifestaciones clínicas como: aumento de las horas de sueño, falta de apetito, apatía,

¹ Eulalia, M., Torres, L. demuestran en su estudio, que la comunicación del diagnóstico resulta un factor clave en la percepción de la enfermedad por parte de las madres de pacientes con Síndrome de Down.

² Cuadrado, D. aclara en su artículo, que si bien estas etapas no constituyen paradas obligatorias en un proceso de cambio lineal, al conocerlas proporcionan un modelo o guía de referencia sobre la cual construir ideas y soluciones. De esta manera, forman parte de un marco en el cual se puede aprender a aceptar el cambio.

agotamiento físico y mental, que sucede cuando los padres toman verdadera conciencia de la situación del hijo, dentro del contexto familiar y también social. Por último, aparece la aceptación que puede ser parcial o total. Vale aclarar que en épocas de crisis, pueden volver a manifestarse las fases anteriores.³

A lo largo de la historia, no se ha podido identificar con exactitud la aparición del Síndrome de Down, puesto que no se sabe si desde el inicio de la civilización los humanos podemos ser portadores del síndrome, o bien, si surgió en épocas posteriores. Según referencias de Pueschel (1981),⁴ el dato antropológico más antiguo que data la existencia de este síndrome, fue el hallazgo de un cráneo sajón durante el siglo VII D.C. En él se observaban características en la estructura ósea idénticas a las que presentan los individuos con Síndrome de Down.

No hay datos sobre publicaciones bien documentadas acerca de esta entidad, hasta antes del siglo XIX. Esto probablemente se deba a la escasa existencia de publicaciones médicas, además por aquellos tiempos eran pocas las investigaciones centradas en niños con discapacidades intelectuales o problemas genéticos, y había una alta prevalencia de desnutrición e infecciones que opacaban a otras enfermedades.

Era muy elevada la mortalidad que predominaba a mediados del siglo XIX, ya que sólo sobrevivía el 58% de las madres que habían alcanzado los 35 años, así como también, era frecuente la mortalidad de muchos niños que verdaderamente habían nacido con Síndrome de Down los cuales probablemente fallecían durante los primeros meses de vida.⁵

Recién en 1866 se describe, por primera vez, el Síndrome de Down como una entidad nosológica y esto se le atribuye a Langdon Hayden Down, director de un asilo para retrasados en Inglaterra. El mismo, estudió minuciosamente a todos los internados, midiendo los diámetros de sus cabezas, tomando fotografías, y analizando todos los datos. Así, publica un artículo en el London Hospital Reports, donde presenta un informe acerca de un grupo de internados con discapacidades intelectuales semejantes, y que además, mostraban características físicas similares: ciertas particularidades faciales, la anormal coordinación neuromuscular, las dificultades con el lenguaje oral, así como su sentido del humor.

³ De la Teja, C. asegura que la depresión producida en los padres al momento del diagnóstico del hijo, son variables en intensidad, formas de reacción y tiempos de recuperación, dependiendo de factores como: grado de incapacidad, desarrollo de la personalidad, adaptación vital de la familia antes de la llegada del hijo, grado de éxito profesional y social, nivel intelectual, status socio-económico, creencias religiosas, entre otras.

⁴ Morales, P., Pérez, R., Valdespino, P., Vidrio, G., & Yanéz, A. señalan que en el pasado existieron posibles representaciones esculturales de este síndrome, como es el caso de colosales cabezas realizadas en piedra, ó figuras de barro, que datan de aproximadamente 3.000 años atrás.

⁵ Morales, P., Pérez, R., Valdespino, P., Vidrio, G., & Yanéz, son quienes afirman en su artículo que la primera descripción de un niño que presumiblemente padecía este síndrome fue en 1898, en una conferencia en donde se describió a un paciente con rasgos sugestivos del mismo.

Al igual que otros investigadores de mitad de siglo XIX, el Dr. Down se vio influenciado por el libro de Charles Darwin: "El origen de las especies"; por lo tanto, el creyó que lo que hoy conocemos como Síndrome de Down, era un retroceso de la especie hacia un tipo racial más primitivo. Por otra parte, también le llamó la atención el aspecto almendrado de los ojos de sus pacientes, creyendo que parecían mongoles, es decir, habitantes de la región central del reino de Mongolia, individuos nómades, considerados una raza primitiva y poco evolucionada.

Fue así, que durante casi un siglo, se considero dicho síndrome como un retroceso de la especie humana, o como la interrupción del desarrollo en alguna etapa de la evolución. En 1958, luego de la descripción original, fue Lejeune (1958), genetista francés, quien descubre que el Síndrome de Down responde en realidad, a una anomalía cromosómica. Esta enfermedad fue, entonces, el primer síndrome de origen cromosómico descrito y es la causa mas frecuente de retraso mental identificable de origen genético, siendo la cromosomopatía más habitual y mejor estudiada⁶

Recién en la segunda mitad del siglo XX se han logrado grandes avances científicos, como fue la identificación de distintas variantes citogenéticas responsables del cuadro, que permitieron una mayor precisión en el lineamiento clínico; y a su vez, crearon un marco más apropiado para la atención medica de estos pacientes, teniendo en cuenta también, el asesoramiento a sus familiares.

La calidad y la esperanza de vida, mejoraron substancialmente en las dos últimas décadas, lográndose un mejor estado de salud, y también un mayor grado de autonomía personal e integración a nivel social. Dada la gran complejidad del síndrome, se requiere un abordaje multidisciplinario.⁷

En cuanto a la etiología; el 95% de los casos es consecuencia de una trisomía en el cromosoma 21; esto en general se debe a la falta de disyunción meiótica en el óvulo, es decir, el par cromosómico 21 del óvulo o del espermatozoide no se separa como debiera y alguno de los dos gametos contiene 24 cromosomas en lugar de 23. Cuando uno de estos gametos con un cromosoma extra se combina con otro del sexo opuesto, se obtiene como resultado una célula cigoto con 47 cromosomas; éste al reproducirse por mitosis para ir formando el feto, da como resultado células también con 47 cromosomas, produciéndose de esta manera el nacimiento de un niño con Síndrome de Down.

⁶ Armando, R., Kaminker, P. aseguran en su investigación, que en los años anteriores a la aparición de Lejeune, las hendiduras palpebrales hacia arriba y el rostro aplanado en estos pacientes llevaron al Dr. Down a utilizar el término "Mongolismo", el cual debió dejarse de lado, ya que individuos de cualquier grupo étnico pueden presentar Síndrome de Down.

⁷ Armando, R., Kaminker, P. Resaltan la importancia del médico pediatra, ya que generalmente es quien, en un inicio, recibe al niño y su familia dentro del Sistema Sanitario, ejerciendo un rol protagónico e integrador en cuanto al seguimiento del individuo.

Un 4% de los casos se genera por Translocación cromosómica, esto sucede cuando durante el proceso de meiosis, un cromosoma 21 se rompe y alguno de esos fragmentos ó el cromosoma completo, se une de manera anómala a otra pareja cromosómica, generalmente al 14. Entonces, además del par cromosómico 21, la pareja 14 tiene una carga genética extra: un cromosoma 21, o un cromosoma suyo roto durante el proceso de meiosis.

Los nuevos cromosomas reordenados se denominan “Cromosomas de Translocación”, de ahí su nombre. No es necesario que el cromosoma 21 este completamente triplicado para que estas personas presentes las características típicas del síndrome, pero las mismas dependerán del fragmento genético translocado.

Por ultimo, el Mosaicismo o Trisomía en mosaico, es el responsable en un 1% de la generación de dicho síndrome. Se genera cuando, durante el proceso de división mitótica, el material genético no se separa correctamente, y esto puede generar que una de las células hija tenga en su par 21, tres cromosomas y la otra sólo uno. En este caso, el resultado será un porcentaje de células con tres cromosomas y el resto con su carga genética normal. Esta estructura genética se denomina “Mosaico Cromosómico”, ya que el cuerpo del individuo afectado, mezcla células de tipos cromosómicos diferentes. Los rasgos físicos y su potencial desarrollo van a depender del porcentaje de células trisomáticas que presente su organismo, aunque por lo general, presentan menos grado de discapacidad intelectual.

Al igual que otras anomalías cromosómicas, las concepciones con Trisomía 21 son altamente inviábiles y alrededor del 80% abortan espontáneamente. De acuerdo con los datos del National Down Syndrome Cytogenetic Register entre las 12 semanas de gesta y el término se estima una pérdida espontánea de alrededor del 43% de estos embarazos. El 12% son mortinatos o fallecen durante el período neonatal.⁸

En cuanto a la Epidemiología de este síndrome, es de suma importancia resaltar que el riesgo varía con respecto a la edad materna, es por esto que se recomiendan técnicas de diagnóstico prenatal en mujeres con

Tabla N°1: Riesgo de Síndrome de Down con respecto a la edad materna

Edad materna (años)	Incidencia
25	1 / 1250
30	1 / 1000
35	1 / 400
40	1 / 100
45	1 / 30

Fuente: Elaboración propia.

una edad superior a 35 años. El riesgo de tener un hijo con Síndrome de Down es mayor para aquellos que ya han tenido uno. Además, la probabilidad de engendrar otro hijo con

⁸ Armando, R., Kaminker, P. afirman que, a semejanza de lo que ocurre con las anomalías cromosómicas en general, el nacimiento de un niño con Síndrome de Down es un hecho esporádico dentro de una familia, puesto que sólo una minoría de los casos es de origen familiar.

este síndrome en cada embarazo subsiguiente es de 1 por cada 100 nacidos vivos, si bien esto también hay que ponderarlo en relación a la edad materna. Las mujeres que padecen este síndrome tienen un 50% de probabilidad de tener hijos que también lo padezcan.

A nivel mundial la prevalencia del Síndrome de Down es de 10 por cada 10.000 nacimientos vivos, habiendo marcadas diferencias entre países.

Dichas diferencias dependen en la mayoría de los casos, de variables socioculturales. En países en donde el aborto es ilegal, como es el caso de Irlanda o en los Emiratos Árabes Unidos, la prevalencia de la enfermedad es mayor: entre 17 y 31 por 10.000 nacimientos vivos.

Sin embargo en Francia, la prevalencia desciende a 7,5 por 10.000, y esto quizás se deba a la alta tasa de abortos provocados en fetos con dicho síndrome, que alcanza una cifra de 77%.

Se reportan cifras que van desde 15 por 10.000 nacidos en Suramérica, hasta 4 por 10.000 en Japón. En Cuba, la incidencia es de 9,8 casos por cada 10.000 nacimientos.⁹

En Argentina la incidencia es de 1 por cada 670 nacidos vivos.

Los individuos que padecen este síndrome genético, tienen una esperanza de vida que se fija entre los 50 a 60 años de edad. De todas maneras hay una amplia variación interindividual que se genera por la presencia de malformaciones cardíacas o la aparición de Leucemia, ambas causas de muerte prematura.

Como rasgos comunes entre estos individuos, se pueden nombrar la fisonomía particular, una hipotonía muscular generalizada, debido a una falta de tono muscular adecuado que dificulta el aprendizaje motriz, un retardo en el crecimiento y un grado variable de retraso mental, ya que tienen un coeficiente intelectual más bajo que la media, que en ocasiones pueden llegar a incrementarse gracias a clases de educación especial. Este síndrome representa el 25% de todos los casos de retraso mental.

En cuanto a las características del fenotipo, se han descrito al menos 100 rasgos particulares asociados al Síndrome de Down. En un individuo se pueden presentar un número variable de ellas, y la evaluación conjunta de aquellos que están presentes suelen ser suficientes para el diagnóstico. Dentro de estas características fenotípicas se encuentran la estatura baja, a veces la ausencia del lóbulo auricular, un cráneo ancho, redondeado y aplanado por detrás, la lengua sobresaliente de la boca, el cuello corto, nariz pequeña y chata, palma de la mano con un único pliegue transversal, cabellos lisos y finos, orejas pequeñas y dedos cortos.

⁹ Banderas, R., Labori, R., Silva, G. realizaron un estudio descriptivo y transversal, con el objetivo de caracterizar distintas variables clínico-genéticas y epidemiológicas del Síndrome de Down en Manabí, República del Ecuador, en donde la tasa de prevalencia de éste fue de 8,5 por cada 10.000 habitantes.

Algo a destacar es el hecho de que no hay relación alguna entre los rasgos externos y el desarrollo intelectual del paciente.

Estos pacientes presentan, además, un riesgo superior al de la población general para desarrollar patologías como Leucemia, Diabetes, Miopía, e Hipotiroidismo. Dentro de las patologías asociadas más frecuentes, podemos nombrar las Cardiopatías, las alteraciones gastrointestinales, los trastornos endócrinos, de visión, audición y aquellos relacionados a la Odontología.

Tabla N°2: Características fenotípicas y frecuencia de presentación.

Característica	% de aparición
Hendidura palpebral	75%
Extremidades cortas	70%
Paladar ojival	69%
Oreja redonda de implantación baja	60%
Puente nasal deprimido	60%
Cuello corto	50%
Manos cortas	50%
Pliegue palmar transversal	45%

Fuente: Basile, H.

En torno a las cardiopatías, es importante destacar que son la primera causa de muerte en esta población. Algunas necesitan sólo vigilancia para controlar su evolución, mientras que otras, necesitan de un tratamiento quirúrgico urgente.

Es frecuente que el examen clínico del recién nacido no ofrezca datos de sospecha, por lo que pueden quedar sin diagnosticar en la etapa neonatal hasta un 50% de los recién nacidos con cardiopatía congénita. Por este motivo se recomienda la realización de una ecografía del corazón a todo recién nacido con Síndrome de Down.¹⁰

Aproximadamente el 50% de ellas, se relaciona con el cierre más o menos completo de la pared que separa aurículas y ventrículos. Un 30% se corresponde con el cierre incompleto de la pared que separa los ventrículos entre sí. Con menos frecuencia, se generan patologías como Ductus arterioso persistente o Tetralogía de Fallot. En el caso de la primera, se genera un paso inapropiado de sangre de la cavidad izquierda del corazón hacia la derecha, provocando un aumento de la circulación pulmonar. En el caso de la Tetralogía, se genera un cortocircuito inverso, provocándose una disminución del flujo sanguíneo pulmonar, que conlleva a la Cianosis, coloración azulada de las mucosas por faltas de oxígeno en sangre, apareciendo sobretodo en crisis de llanto o esfuerzos. Esta es una de las patologías más graves que requiere cirugía habitualmente dentro del primer año de vida.

Sin embargo, en el paciente adulto, se presenta un menor riesgo de arterioesclerosis, ya que los valores de Tensión Arterial son inferiores, incluso, a los de la población general.

¹⁰ Bacile, H. es quien asegura que lo que suele fallar en las edades correspondientes a la adolescencia y la adultez joven, son las válvulas cardíacas, ocurriendo con mayor frecuencia el Prolapso de la válvula Mitral.

De esta manera, se consideran un grupo poblacional protegido frente a la enfermedad coronaria (Angina de pecho, Infarto de Miocardio).

Tabla N° 3: Principales trastornos clínicos asociados al Síndrome de Down.

Problema	Prevalencia
Cardiopatía congénita	40 -62%
Hipotonía	100%
Retraso en el crecimiento	100%
Retraso mental	100%
Alteraciones en la audición	50%
Problemas oculares:	
- Errores de refracción	50%
- Estrabismo	44%
- Cataratas	5%
Anormalidad vertebral cervical	10%
Alteraciones tiroides	45%
Sobrepeso	Común
Desórdenes convulsivos	5-10%
Enfermedad periodontal, caries, mal posición	60%
Enfermedad celíaca	3-7%
Apnea obstructiva de sueño	45%

Fuente: Kaminker, P.

En cuanto a las alteraciones gastrointestinales como malformaciones o anomalías digestivas, cabe destacar que en esta población su frecuencia de aparición es del 10% aproximadamente. Dentro de estas alteraciones, las que presentan más incidencia son: la atresia esofágica, la atresia o estenosis duodenal, las malformaciones anorrectales, la enfermedad de Hirschsprung (caracterizada por megacolon agangliónico) y la Celiaquía.

Con respecto a la atresia esofágica, es importante enfatizar que los niños con Síndrome de Down tienen una probabilidad 30 veces mayor de padecerla que la población general. Dicha atresia requiere de un tratamiento quirúrgico temprano, para impedir de esta manera la aspiración de saliva o alimento a la vía respiratoria, que provocaría aun más complicaciones. Una vez realizada la cirugía los alimentos ingeridos siguen su vía habitual hacia el estómago.

En el caso de la atresia duodenal, se conoce que aparece hasta en un 8% de los recién nacidos que padecen este síndrome genético.

Dentro de las malformaciones anorrectales, el ano imperforado es la más frecuente, su incidencia es de 2 a 3%, en comparación con la población general, que se da en un paciente cada 5.000. Su tratamiento es quirúrgico.

Por otro lado, casi la mitad de estos pacientes padecen en algún momento de su vida, cierto trastorno tiroideo. En general se trata de Hipotiroidismo leve adquirido o autoinmune. El diagnóstico no es sencillo, puesto que los síntomas como: retraso en el crecimiento y madurativo, hipotonía, macroglosia, piel seca ó estreñimiento, quedan enmascarados por la misma clínica de la enfermedad. Si bien suele aparecer en la adolescencia, se recomienda la realización de estudios cada seis meses a los más pequeños y anualmente a los mayores.¹¹

En cuanto a las alteraciones a nivel visual, el 60% aproximadamente presenta algún trastorno relacionado, susceptible de tratamiento, en algún momento de su vida. Es por ello que se recomiendan tratamientos en forma temprana para corregir a tiempo cualquier déficit en este plano.

Dentro del nivel auditivo, se recalca que gracias a la misma disposición anatómica de la cara de estos pacientes, se determina la aparición frecuente de hipoacusias de transmisión, déficit auditivo generado por una mala transmisión de la onda sonora hasta los receptores cerebrales. Otras causas que generan lo dicho anteriormente, es la frecuente presencia de otitis serosas, estenosis del conducto auditivo, que ocasionan una disminución de la agudeza auditiva hasta en un 80% de los casos.

Por último, dentro del campo odontológico, se resalta la importancia de las revisiones odontológicas, la primera alrededor de los dos años, y luego de manera bianual, para evitar trastornos en la masticación o en la fonación. Estos pacientes presentan dientes pequeños, deformados, con una disposición irregular, pudiendo presentarse retraso en la erupción dentaria. También pueden presentar agenesia, es decir, la ausencia de formación de alguna pieza dentaria.

Al hablar del diagnóstico, es importante distinguir la existencia de dos: aquel que es de tipo clínico, y aquel que es de tipo cromosómico.

No suelen presentarse dudas para el diagnóstico clínico, basado en la presencia de los rasgos mas característicos nombrados anteriormente; como el retraso mental, el desarrollo anómalo del cráneo, la hipotonía muscular, la presencia de hernia umbilical, entre otras. Aunque no son exclusivas del Síndrome, la presencia de una cardiopatía congénita, también inclina hacia el diagnóstico de Síndrome de Down, si además, están asociados otros factores como la edad materna avanzada y la presencia de antecedentes.

Por otro lado, el diagnóstico prenatal se lleva a cabo en embarazadas con un riesgo elevado de tener un hijo con el nombrado síndrome. El riesgo incluye: madres que tienen antecedentes familiares de enfermedad cromosómica, aquellas que tienen una edad

¹¹ López, M. afirma que hasta un 30% de estos pacientes desarrollarán Hipotiroidismo a lo largo de su vida.

superior a los 35 años, las que son portadoras de una translocación balanceada, y por último, aquellas que ya son madres de un niño con Síndrome de Down.

La Amniocentesis es un procedimiento que se realiza entre las semanas número 14 y 16 del desarrollo embrionario, y consiste en extraer líquido amniótico de la cavidad uterina de la madre, donde se encuentra el feto en desarrollo. En dicho líquido se encuentran células que se desprenden del bebé, y que se analizan posteriormente, cultivándolas y analizándolas para descubrir alteraciones cromosómicas, entre ellas, el Síndrome de Down. Este procedimiento no está exento de riesgos, ya que se puede dañar al feto y provocar un aborto espontáneo. Es por ello, que se limita a mujeres mayores de 35 años o que presentan algún riesgo de tener bebés con trisomía, como en el caso de las madres que son portadoras de Translocaciones.

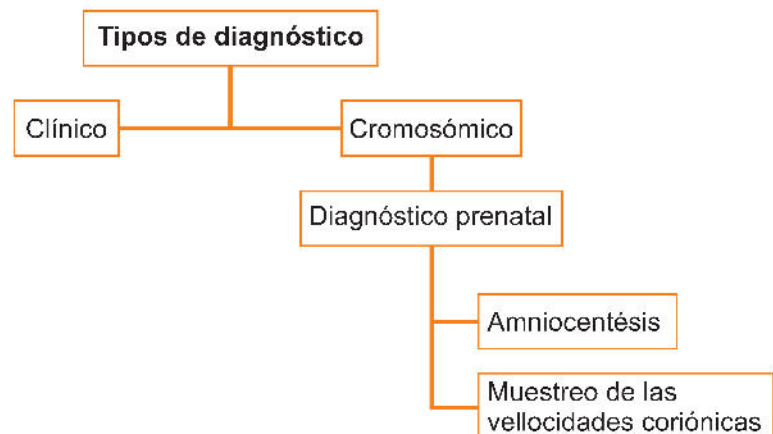
Con una muestra de sangre de la madre, se obtiene evidencia que señala la necesidad de una Amniocentesis. En la sangre se pueden obtener niveles bajos de Alfa-feto-proteína (AFP), lo cual indica que el producto del embarazo es un niño con Síndrome de Down. Sin embargo, los bajos niveles de AFP, se encuentran también en madres que tienen hijos normales.¹²

El Muestreo o biopsia de las vellosidades coriónicas, es un procedimiento que se comenzó a utilizar a mediados de los 80` y se basa en obtener un fragmento de material placentario, vía vaginal o abdominal, normalmente entre la semana 8 y 11 de embarazo. Dicha técnica se puede llevar a cabo antes de que exista la cantidad suficiente de líquido amniótico para llevar a

cabo el estudio anterior, por lo que convierte a la Biopsia en un estudio más rápido, porque no se necesita el cultivo celular para obtener una muestra suficientemente grande. De todas maneras presenta un riesgo para la mamá y el bebé similar al

presente en la Amniocentesis.

Diagrama N°1: Diagnóstico del Síndrome de Down



Fuente: Elaboración propia

Lo último en el campo del diagnóstico, es un test basado en identificar el ADN del feto en la sangre materna, y de esta manera reconocer las variaciones genéticas que determinan el síndrome. Se considera un procedimiento bastante complejo porque la concentración del ADN fetal en la circulación materna es sólo del 3%.

¹² Acevedo, M., Barreira, R. aclaran en su artículo que ante la presencia de una translocación materna, una edad de 35 años o más, y bajos niveles de AFP, se indica entonces la Amniocentesis para asegurar el diagnóstico de Síndrome de Down.

En los países en los cuales está autorizado, una vez que alguna de las pruebas diagnósticas da como resultado positivo, los padres tienen el derecho de pedir lo que se denomina aborto terapéutico. Lo importante es que muchos otros padres, una vez que conocen el diagnóstico prenatal, aprenden a amar al bebé como ser humano y como hijo, fuente posterior de muchas satisfacciones y recompensas considerables, sin importar entonces, los problemas y riesgos que afrontarán.

El Síndrome de Down se asocia con distintas patologías susceptibles de tratamiento que incluyen, necesariamente, el campo de la Nutrición.

Una de las enfermedades con más alta prevalencia dentro de esta población, es la Obesidad. Sin embargo, Argentina no cuenta con estadísticas al respecto.

España es uno de los países que se destaca en la realización de diversas investigaciones relacionadas al Síndrome de Down en general, por lo que gran parte de la información disponible se corresponde a dicho país.

Una investigación llevada a cabo en Granada, tuvo como objetivo determinar el nivel de Obesidad en una población de individuos con discapacidad mental, entre ellas, el Síndrome de Down. Se estudiaron variables clínicas, antropométricas y demográficas. Los resultados arrojaron una prevalencia de Obesidad del 27,2%.¹

La misma, se caracteriza por ser una patología multicausal, crónica, de etiología compleja, que afecta a individuos de todas las edades, siendo el trastorno metabólico más frecuente en la clínica humana, en donde se genera un aumento de la grasa corporal acompañada de un aumento de peso, cuya magnitud y distribución, condicionan la salud del individuo. Se considera uno de los problemas más relevantes a los que se enfrenta la sociedad actual, y su importancia radica en que constituye el factor de riesgo de mayor valor para el desarrollo de enfermedades de tipo crónicas, como es el caso de la Diabetes tipo 2, Artritis y patologías de base cardíacas. Así mismo, contribuyen a empeorar otros problemas de salud, como la Hipertensión Arterial, el Asma, y la Hipercolesterolemia.

A pesar de que la Obesidad afecta sobre todo a los países desarrollados, no hay que olvidar que el crecimiento económico en otras zonas en vías de desarrollo conlleva muchas veces un incremento de su prevalencia. Los datos epidemiológicos de los que disponemos indican un aumento de la prevalencia de la Obesidad en la mayor parte de países del mundo, hecho que comporta un aumento de la morbimortalidad asociada. Esto ha provocado que la Obesidad sea considerada la "Epidemia del siglo XXI".²

Es Medlen (2002) quien demuestra que durante los primeros tres años de vida, la Obesidad no suele considerarse un problema importante en esta población, y en el caso que existiera, tampoco es descripto como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad en etapas posteriores.

Se considera, en cambio, que es a partir de los seis años, cuando la Obesidad infantil se asocia de manera directa a la persistencia de la misma en edades adultas. Es así

¹ Ali, O., Fernández, M., Fernández, R., Martínez, R., Zurtia, F. incluyen en los resultados de su investigación información que afirma que el IMC fue mayor en el sexo femenino, y que el nivel de Obesidad se incrementa con el aumento de la edad de los participantes.

² Soler, A. es el autor de la tesis en la cual expone la relación directa entre las enfermedades genéticas con retraso mental y la Obesidad, citando varios estudios que demuestran cómo la prevalencia de Obesidad es mayor en poblaciones con discapacidad intelectual, en comparación con la población general.

que cobra verdadera importancia los programas de intervención en Nutrición en la etapa mencionada.

En ocasiones surgen problemas de alimentación durante el primer año, por lo que puede ocurrir que el niño no gane tanto peso durante la primera infancia como los demás. En especial, los niños con malformaciones congénitas como las cardiopatías o los trastornos gastrointestinales, aumentan de peso lentamente. Durante el segundo o tercer año de vida, muchos niños comienzan a ganar peso de forma gradual; a partir de entonces y sobre todo durante la adolescencia, el sobrepeso e incluso la obesidad se pueden convertir en un problema ³

Dentro de la compleja etiología de la Obesidad, se pueden reconocer factores genéticos y ambientales. Dentro de los primeros, imposibles de modificar, se destacan niveles significativamente más altos de Leptina, hormona secretada por el organismo que suprime el apetito y a la vez regula el peso corporal; esta situación genera una resistencia a la hormona, produciendo un efecto contrario. Dentro de este grupo de factores también incide la mayor prevalencia de Hipotiroidismo y la disminución del gasto metabólico en reposo, esto quiere decir, que tienen una menor capacidad de quemar o gastar el material energético que es aportado por la alimentación.

Los factores ambientales, por su parte, condicionan en mayor medida su desarrollo. Sin embargo, cobran verdadera importancia ya que se puede incidir en ellos, mediante distintas estrategias de intervención que fomenten hábitos de vida saludables. Dentro de este grupo se destacan una alimentación inadecuada, vinculada a la adquisición de hábitos alimentarios desfavorables, la sobreprotección por parte de la familia y la presencia de sedentarismo, en relación directa con el estilo de vida y la creencia general de que estos

Tabla N°4: Beneficios de la Actividad Física en el SD.

En lo biológico	Previene la Obesidad Fortalece la musculatura y ligamentos Mejora la coordinación Estimula la memoria y concentración. Previene la Osteoporosis
En la vida social y afectiva	Promueve la interacción social Favorece el desarrollo de habilidades sociales y adaptativas Se aprende a trabajar en equipo, controlar los impulsos y resolver problemas

Fuente: Goddard. P.

individuos no están capacitados para el deporte. No hay que perder de vista ciertas características físicas que influyen directamente en la posibilidad de realizar ejercicio, como

³ Esquivel, D. afirma en su tesina que el sobrepeso u obesidad, son alteraciones comunes que presentan los niños con Síndrome de Down, constituyendo un problema de salud por su prevalencia y los trastornos de salud asociados, resaltando que la evolución del peso a lo largo de la infancia y la adolescencia requieren de atención especial.

son la presencia de una locomoción deficitaria, resistencia cardiovascular inferior a la media, torpeza motriz y escaso equilibrio.

Los programas de actividad física y deportiva deben ser pensados teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada individuo, con respecto a la edad, a las patologías asociadas y también al estado físico actual, integrándolo en la toma de decisiones y ofreciendo alternativas. Es importante llevar a cabo actividades integradas con otros jóvenes con discapacidad.

Tabla N°5: Más beneficios de la Actividad Física en el SD.

En el desarrollo personal	Se crea un sentido de pertenencia -Se desarrollan valores - Se fortalece la confianza en sus habilidades - Se consolida la identidad
En la autonomía	- Practica habilidades para la vida autónoma - Aprende a manejarse en distintos ambientes - Ofrece alternativa de proyectos, incluso laborales.

Fuente: Goddard, P.

Las consecuencias de la Obesidad en la población con Síndrome de Down, son las mismas que para la población en general, con el agregado de que dicha enfermedad, genera consecuencias negativas en la autonomía de estos pacientes, en su integración a nivel social, su estado emocional, favoreciendo el desarrollo de individuos mayoritariamente sedentarios y que tienden a una alimentación inadecuada, formándose de esta manera, un círculo vicioso que acrecienta la problemática.

Se debe tener en cuenta que la familia es el elemento más importante en la educación, y el compromiso de los padres en la prevención de la Obesidad, es imprescindible. Mientras mayor es el conocimiento que tengan los padres, mejor será la intervención en la alimentación de sus hijos, porque una vez instaurada la obesidad su tratamiento es más difícil y tiene una tasa de éxito relativamente baja. Por lo tanto, las estrategias deben ir encaminadas a prevenir que aparezca la obesidad durante la infancia, especialmente a partir de los 6 años. La prevención primaria es la medida más eficaz para conseguir disminuir la incidencia de la enfermedad.⁴

De esta manera, el equipo de salud lleva a cabo un trabajo interdisciplinario para la prevención de la Obesidad. La misma se basa, primeramente, en la identificación de aquellos pacientes en riesgo de desarrollarla; promoviendo, protegiendo y sosteniendo siempre que sea posible la Lactancia Materna, alentando el desarrollo de patrones de alimentación saludables y la realización de ejercicios físicos acordes a cada individuo. También se tienen en cuenta aquellos períodos en donde el paciente se vuelve vulnerable para desarrollar la enfermedad, como son el último trimestre de gestación, el primer año de

⁴ Gutiérrez, E., Pineda, E., realizaron una investigación basada en explorar el conocimiento que los padres tenían acerca del sobrepeso y Obesidad sufrida por sus hijos portadores del síndrome genético, y su vez, estudiar su respuesta ante distintas estrategias educativas utilizadas, como la creación de talleres educativos.

vida, la Adolescencia y por último edades comprendidas entre los 5-7 años debido al rebote adipositario que se genera.

La alimentación, entonces, cobra verdadera importancia desde el primer momento, y es así, que surge la necesidad de proteger y estimular la Lactancia Materna, ya que es la forma natural e ideal de alimentar a los bebés durante los primeros años de vida. La misma, aporta una serie de ventajas, como la mayor protección inmunológica, un menor riesgo de sensibilización alérgica, menor probabilidad de mortalidad y morbilidad infantil, y la prevención de enfermedades posteriores, como es el caso de la Obesidad. Además los movimientos de succión, ayudarán a fortalecer la musculatura facial, lo que posteriormente repercutirá de manera favorable en la masticación y el habla.⁵

Tabla N°6: Complicaciones asociadas al sobrepeso y la Obesidad.

Alteraciones músculo esqueléticas	- Pie plano - Pronación del talón - Deslizamiento de las epífisis superior del fémur
Cardiovasculares	- HTA - Dislipemia
Endócrinas	- DBT tipo 2 - Pubertad precoz - Síndrome Ovario Poliquístico
Gastrointestinales	- Esteatosis - Esteatohepatitis - Litiasis vesicular
Pulmonares	- Intolerancia al ejercicio - Apneas de sueño - Asma bronquial
Psicológicas	- Depresión - Trastornos de la conducta alimentaria.

Fuente: Adaptado de: Torresani, M.

⁵ Tejerina, A. agrega en su publicación, los beneficios de la Lactancia Materna que tiene n que ver con la generación del vínculo madre-hijo, afirmando que el pecho de la madre es una fuente continua de estimulación de todos los sentidos, imposible de sustituir.

Ciertos problemas pueden aparecer al iniciar la Lactancia Materna y, a partir de los 6 meses, la Alimentación Complementaria, algunos generados por falta de conocimientos por parte de los padres, y otros, como consecuencias del conjunto de rasgos anatómicos y fisiológicos que pueden afectar, tarde o temprano, la ingesta de alimentos. Dentro de estos caracteres, se destaca la cavidad oral de un tamaño menor al normal, la presencia de Macroglosia y flaccidez de la lengua con menor movilidad y salida de la cavidad bucal, la presencia de salivación excesiva, labios anchos con irregularidades morfológicas, anomalías en el paladar, el maxilar inferior de un tamaño menor y por último, la presencia de dientes mal implantados y defectuosos.⁶

Tabla N°7: Principales dificultades al momento de la alimentación del bebé y el niño con SD.

Desconocimiento de padres en cuanto a técnicas de alimentación ó posiciones de amamantamiento adecuadas
Succión débil
Hipotonía de la musculatura orofacial
Dificultad en el paso del biberón a la alimentación complementaria
Falta de autonomía al momento de la alimentación
Dificultad en la acción de beber
Reflejo de morder excesivamente fuerte
Dificultad para llevar el alimento a la parte posterior de la boca
Falta de movilidad de la lengua

Fuente: Adaptado de Tejerina, A.

Otra patología de relevancia con respecto al Síndrome de Down y a la importancia del tratamiento y el seguimiento nutricional, es la Enfermedad Celíaca. La misma, consiste en una intolerancia permanente a las proteínas del gluten: Gliadinas, Secalinas, Hordeinas y Aveninas, en individuos predispuestos genéticamente, caracterizada por una reacción inflamatoria de base inmune que altera la mucosa intestinal, generando atrofia severa de la misma y como consecuencia de ello, se establece un defecto en la utilización de nutrientes a nivel del tracto digestivo. Algo a destacar, es que el Síndrome de Down es la cromosomopatía más frecuente dentro del grupo de individuos con mayor riesgo de padecer la Enfermedad Celíaca, y esto tiene una relación directa con el hecho de que los individuos padeciente del Síndrome de Down tienen mayor probabilidad de sufrir procesos autoinmunes.

La asociación entre dicho síndrome y la Enfermedad Celíaca se describió hace ya más de 30 años. Fue Rumbo et al. (2001) quien realizó un estudio en la Argentina para determinar la prevalencia de esta enfermedad en un colectivo con Síndrome de Down, La misma fue de 3,6%. El dato, resulta menor al compararlo con estudios de prevalencia

⁶ Arnaiz, P., Martínez, R. afirman en su artículo que todos los defectos presentes al momento de la masticación, o durante el acto de beber, que alteren la movilidad de la lengua, de los labios, o de la boca, pueden influir también, de manera negativa en la producción del lenguaje.

realizados en otros países, como es el caso de Suecia, que muestra el mayor valor con una prevalencia de Enfermedad Celíaca en pacientes con Síndrome de Down, de 16,9%.

Una investigación realizada por Rodríguez A. et al (2010), demuestra que la Lactancia materna en estos pacientes se inicia con menos frecuencia y que la introducción de gluten se realiza de forma significativamente más tardía, relacionando estas peculiaridades con la aparición de nuevos factores de riesgos que aceleren la aparición del Síndrome de Down.⁷

Esta entidad puede manifestarse de distintas formas, con una sintomatología clásica, de una forma silente, latente, potencial ó atípica.

Tabla N°8: La Enfermedad Celíaca y sus formas de presentación.

Forma no clásica	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestaciones digestivas ausentes. - Se da generalmente en niños mayores - Presencia de estreñimiento, asociado o no a dolor abdominal, aparición brusca de edemas, retraso de la talla ó pubertad - Forma de presentación aislada: Anemia ferropénica.
Formas silente	<ul style="list-style-type: none"> - Puede cursar muchos años de manera asintomática - Por ello es necesario un seguimiento atento a familiares de 1º grado, incluyendo marcadores serológicos e incluso biopsia intestinal si fuera necesario
Forma latente	<ul style="list-style-type: none"> - Aquellos que consumen gluten, con o sin síntomas, y tienen una biopsia yeyunal normal. - En la evolución presentan atrofia de vellosidades intestinales con normalización tras retirada de gluten y reaparición de lesión con la reintroducción. - Suelen ser familiares de 1º grado de paciente celíacos.
Forma potencial	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con marcadores genéticos, ambiente para desarrollar la enfermedad, y así mismo, no la padecen.

Fuente: Adaptado de Torresani, M.

Aun en ausencia de síntomas sugestivos, se recomienda la revisión sistemática a través de la determinación de marcadores serológicos luego de que el niño cumple los 3 años de edad, manteniendo una alimentación con contenido de gluten al menos durante un año. La determinación inicial, es la de Anticuerpos Anti-transglutaminasa. Un resultado que

⁷ Rodríguez, A. et al. realizaron una investigación que confirma la alta prevalencia de Enfermedad Celíaca en la población con Síndrome de Down, además afirman que la Lactancia Materna podría ejercer un efecto protector frente a la intolerancia.

inicialmente es negativo, no supone que la enfermedad no se pueda desarrollar a lo largo de la vida. Se debe repetir periódicamente la determinación de dicho anticuerpo cada 2-3 años, o cuando se presente una clínica compatible con la Enfermedad Celíaca.

No hay tratamiento farmacológico para tratar la Enfermedad Celíaca, la única terapia es la dieta estricta y permanente libre de gluten de TACC, es decir, Trigo, Avena, Cebada y Centeno. Tras la exclusión del gluten, la recuperación histológica completa se produce en dos años o más de tratamiento en los adultos, y en un año en los niños. El incumplimiento conlleva un riesgo de enfermedades neoplásicas del tracto digestivo, como Cáncer esofágicos y faríngeos.

Por otro lado, los pacientes con Síndrome de Down sufren en un 10 a 12% de los casos, malformaciones y alteraciones en el aparato gastrointestinal. Se destaca el alto grado de asociación entre las anomalías congénitas del aparato digestivo y las cardíacas, es así que el 70% de los niños con Síndrome de Down que nacen con anomalías digestivas presentan también cardiopatía congénita, no ocurriendo lo mismo de manera inversa.

Estas alteraciones necesitan, en su mayoría, abordaje quirúrgico, siendo también fundamental el apoyo nutricional. Las alteraciones más frecuentes son la atresia esofágica, la duodenal, presencia de estenosis en el Píloro, la imperforación del ano, el reflujo gastroesofágico y la enfermedad de Hirschsprung.

La atresia del Esófago, se caracteriza por la presencia de estrechez en el mismo, que impide deglutir tanto saliva como alimentos provocando, de esta manera, un babeo continuo y atragantamientos constantes. De igual manera, la estenosis del Píloro se describe como un estrechamiento del mismo, lo que puede ocasionar vómitos inmediatos frente a la ingesta de alimentos, generando deshidratación si los mismos son persistentes y provocando también, pérdida de peso.

La imperforación del ano se detecta durante la exploración física del niño y la misma impide la expulsión de la materia fecal.

El reflujo gastroesofágico, por su parte, aparece cuando existe un pasaje del contenido estomacal, hacia el esófago y posteriormente hacia la garganta. En la etiología se involucra la incompetencia o el fracaso del Esfínter Esofágico inferior. Dentro de los síntomas predominantes, se destacan los vómitos, que a su vez, pueden alterar la mucosa del Esófago, provocando Esofagitis. Otro síntoma es la Anemia, generada por pequeñas pérdidas de sangre. Las manifestaciones son diversas e incluyen también pérdida de peso, tos crónica, procesos respiratorios y neumonías a repetición, debido al pasaje del contenido gástrico a garganta y luego a traquea y pulmones.

Entre el 20 – 30% de los niños que nacen con Atresia duodenal, son portadores del síndrome genético.⁸ Se puede presentar tanto estenosis como atresia del Duodeno, generándose una interrupción total o parcial de la luz del órgano, tanto por una membrana como por el diafragma. Los síntomas principales son los vómitos, el estreñimiento y distensión abdominal.

La enfermedad de Hirschsprung también conocida como Megacolon, se caracteriza por presentar una falta de terminaciones nerviosas en alguna parte de la musculatura del Intestino Grueso, consecuentemente no se producen las ondas peristálticas. Esta enfermedad, comparte los síntomas con la Atresia duodenal.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se puede determinar que el estreñimiento es muy común en esta población, presentándose al menos, en el 30% de los casos. Sus causas son varias, y se destacan la hipotonía muscular, los trastornos de la motilidad, y el tipo de alimentación, con poca presencia de fibra. Otras causas pueden ser la falta de actividad física, no poder establecer un ritmo diario de defecación y el Hipotiroidismo. Ante la aparición de este síntoma, se debe descartar la presencia de alguna patología no diagnosticada anteriormente, como puede ser la enfermedad Celíaca, la intolerancia a las proteínas vacunas o alergias alimentarias. Si el estreñimiento es pertinaz y no responde a tratamiento dietético ni a laxantes, es ahí cuando se debe sospechar de enfermedad de Hirschsprung.⁹

El Hipotiroidismo, patología a la que se ha hecho referencia en varias ocasiones, tiene una prevalencia en esta particular población, que se estima entre el 30-40%. La ausencia de manifestaciones clínicas, complica su detección, a salvo que se realicen pruebas específicas para su detección. En las etapas de crecimiento del individuo, la falta de la hormona tiroidea puede conducir a un daño irreparable, ya que puede generar un aumento en la discapacidad intelectual y producir un retraso tanto en el crecimiento como en el desarrollo psicomotor. Los signos y síntomas característicos del Hipotiroidismo son: cansancio, intolerancia al frío, piel seca, áspera o fría, estreñimiento, apatía, torpeza motora, mayor lentitud en reflejos y movimientos, fragilidad en uñas y cabellos, aumento de peso, retroceso en habilidades previamente adquiridas, asilamiento, tristeza, y tendencia a la

⁸ Armando, R., Kaminker, P. afirman en su artículo que en el caso de presencia de vómitos durante las primeras 24 hrs. de vida ó la ausencia de deposiciones, se precisa descartar malformaciones obstructivas. Además reconocen otras patologías gastrointestinales asociadas al síndrome genético, como el ano imperforado, la estenosis pilórica y el páncreas anular.

⁹ López, M. confirma que según estudios recientes, los niños con Síndrome de Down tienen mayor riesgo de desarrollar Enfermedad Celíaca, por lo que recomienda que ante cualquier signo de malabsorción, se realice un estudio de los anticuerpos Antiendomisio en suero.

depresión. Cabe destacar que algunas de estos signos y síntomas, son característicos en esta población, independientemente de las alteraciones tiroideas.

La elevada frecuencia de alteraciones tiroideas, muchas de ellas poco manifiestas, en el Síndrome de Down aconseja efectuar un seguimiento estrecho de esta patología. Las recomendaciones actuales emitidas por la Academia Americana de Pediatría son realizar el screening de función tiroidea en niños con Síndrome de Down cada 2 meses durante los primeros 6 meses de vida, luego cada 3 meses hasta los 18 meses y posteriormente a partir de los 2 años de forma anual.¹⁰

En el Hipotiroidismo se consideran dos categorías, aquel denominado subclínico; que se relaciona con el estadio inicial de la enfermedad, con frecuencia dentro de los tres primeros años de vida, que se caracteriza por una elevación de la TSH con valores normales de T3 y T4, no presentando síntomas de hipofunción tiroidea. Por otro lado, existe el Hipotiroidismo clínico, estadio avanzado de la enfermedad, con elevación de TSH y descenso de T3 y T4, presentando síntomas y signos de hipofunción tiroidea.

Por otro lado, la asociación entre el Síndrome de Down y la Diabetes se conoce ya desde 1968, cuando Milunsky y Neurath (1968) describieron una mayor prevalencia de la enfermedad, sin especificar el tipo de Diabetes que padecían. Los resultados del Segundo Estudio Nacional sobre la incidencia de Diabetes tipo 1 en Alemania arrojó información acerca de que la Diabetes tiene una incidencia de 50 por cada 100.000 individuos al año, en población padeciente del síndrome genético.

Es importante comparar este dato con la incidencia en la población general, que es de 12,4 por cada 100.000 individuos por año. En la población española, se recabó información similar, demostrando que el 0,54% de los niños con Síndrome de Down, padece Diabetes. En Dinamarca, en cambio, comenzaron la investigación partiendo de los pacientes con Diabetes, para encontrar luego individuos con el síndrome, de esta manera encontraron una prevalencia de 0,38%, frente al resto de niños y adolescentes, que únicamente presentarían Diabetes con una prevalencia de 0,09%. Todos estos datos sugieren un riesgo diabético 3 a 4,2 veces superior en el Síndrome de Down, que en el resto de la población.¹¹

Son pocas las líneas de investigación encaminadas a encontrar la relación ó explicación entre ambas patologías, de tomas maneras, se mantiene la hipótesis de que es el aumento de genes en el cromosoma 21, lo que aumentaría el riesgo de desarrollar Diabetes.

La clínica de la Diabetes tipo 1, no difiere de manera significativa en esta población, presentándose con predominio síntomas como: poliuria, polidipsia, adelgazamiento, cambios

¹⁰ Alpera, R., López, M., Morata, J. aseguran que el Hipotiroidismo puede aparecer en cualquier momento de la vida de estos pacientes, por lo que resulta imprescindible que el médico lo tenga presente siempre que atienda a un niño, adolescente, adulto ó anciano con Síndrome de Down.

¹¹ Alpera, R., López, M., Morata, J. informan en su artículo que, en cuanto a la autoinmunidad de la Diabetes, se comprobó que en los niños con Síndrome de Down hay un exceso de ligazón de la Diabetes con el genotipo de tipo HLA clase II y, sin embargo, son menos propensos a ser portadores del genotipo DR4-DQ8/DR-DQ2.

de carácter y polifagia o anorexia. La presentación clínica suele ser más precoz en esta población, lo que se puede percibir como una ventaja, ya que, si los síntomas diabéticos no se detectan a tiempo, aumenta el riesgo de complicación hiperosmolar.

En los niños y adultos con Síndrome de Down, los primeros signos detectables pueden ser cambios en la conducta, como por ejemplo la regresión, la agresión, aumento de la tozudez, falta de motivación, y quizá un aumento en la aparición de catarros.¹²

Por otro lado, en la Diabetes tipo 2 el síndrome genético suele hacer su aparición pasada la pubertad, y asociada directamente al mayor riesgo que padecen con respecto al sobrepeso y a la obesidad. Además se ha descrito que presentan una distribución de la grasa corporal con un patrón tipo androide, independientemente del valor del IMC.

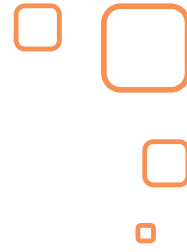
En cuanto al tratamiento de la Diabetes tipo 1 en esta población, no difiere del resto de los individuos. El mismo se basa en cuatro pilares fundamentales: insulino terapia, alimentación, educación y actividad física. En cuanto a la alimentación, debe ser equilibrada y adecuada en nutrientes esenciales, que junto a la administración de insulina, evite fluctuaciones glucémicas. Es preciso conseguir un crecimiento y desarrollo óptimo y prevenir o retrasar el desarrollo de complicaciones crónicas.

Se ha demostrado, incluso, que algunos de estos pacientes no requieren tanto tratamiento intensificado de insulina, y esto se ha querido relacionar con un estilo de vida más estable. Sin embargo, se destaca la dificultad en cuanto al seguimiento de una alimentación correcta y ejercicio regular.

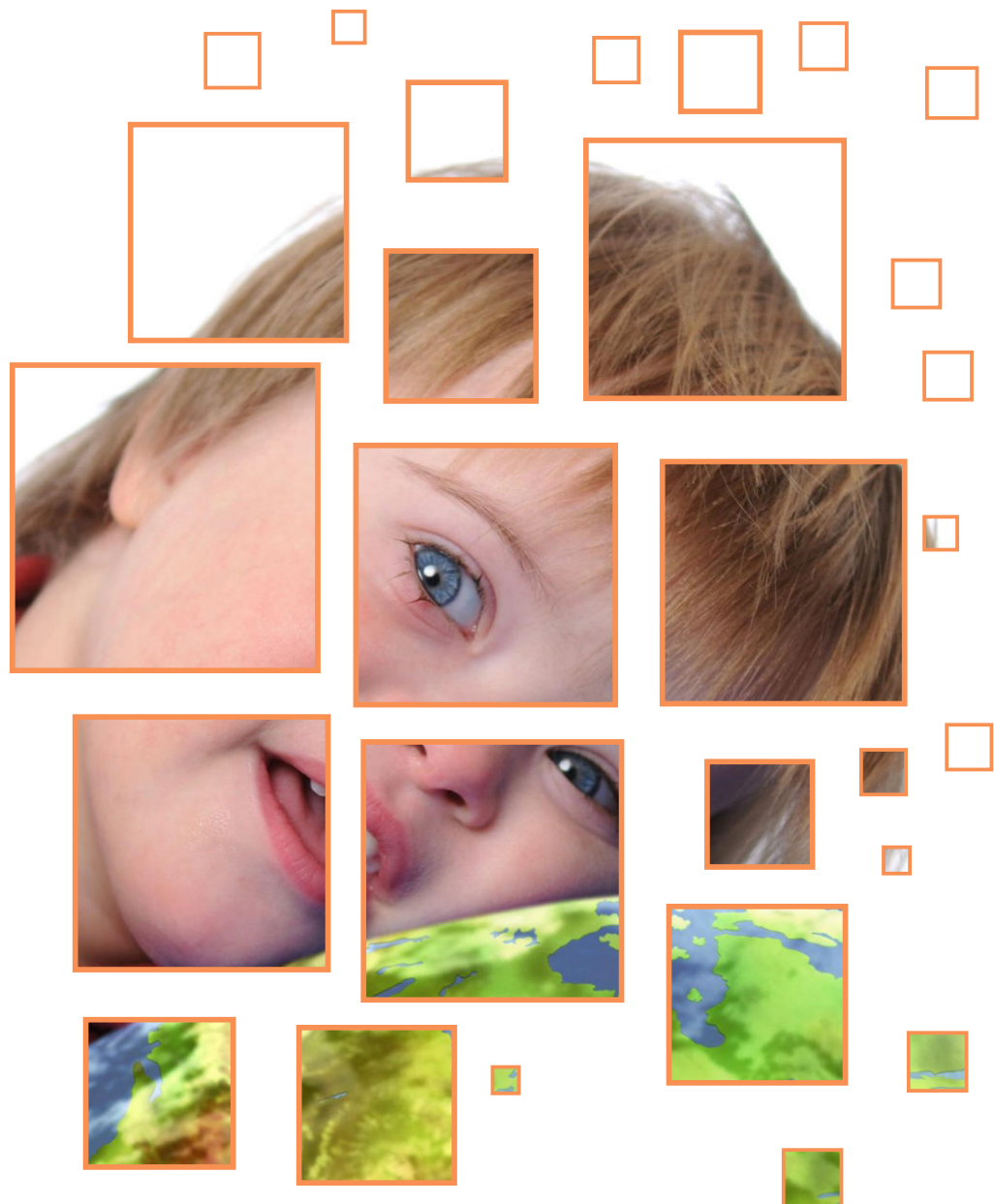
Considerando lo anteriormente expuesto, se puede plantear la alimentación como un pilar de gran valor para lograr una adecuada calidad de vida, ya que ésta va a repercutir en el estado nutricional que tenga el individuo, y va a ayudar a evitar o minimizar los trastornos asociados.

¹² Esquivel, D. aporta más datos en su tesina, afirmando que entre el 3 – 10% de la población con Síndrome de Down, padece Diabetes Mellitus.

Capítulo III



**Representaciones sociales: Conceptos, funciones,
constitución y procesos de formación.**



Durkheim, E. (1886) fue el pionero en la construcción del concepto de Representación, quien la llamó, de manera genérica, Representación Colectiva. Más tarde, Moscovici, S. (1979) es quien retoma el concepto y lo reconstruye, bajo la denominación de Representación social (RS), argumentando que la noción de Durkheim tenía un carácter más socio antropológico que psico sociológico. Además el concepto de representación en Durkheim implica una reproducción de la idea social y en Moscovici implica una producción, una elaboración de carácter social sin que sea expuesta externamente a las conciencias individuales, como proponía el primero. No obstante, es innegable la influencia de Durkheim en el pensamiento de Moscovici con respecto a las Representaciones Sociales.

Según Ibáñez, T. (1988) el concepto de las mismas es complejo, polifacético, difícil de definir con una expresión y la ayuda de pocas palabras. Esto se debe a dos cuestiones fundamentales, por un lado, el término resulta de la congruencia de dos disciplinas bien diferenciadas, la Psicología y la Sociología, es por ello que confluyen elementos sociológicos tales como cultura e ideología, y nociones de procedencia psicológica, como es el caso de la imagen y el pensamiento. De esta manera, la representación social se reconoce como un concepto denominado psicosociológico. En segundo lugar, esta dificultad para precisar la noción tiene que ver con su composición social polimorfa, puesto que recoge e integra una serie de conceptos de distinta naturaleza como son los procesos cognitivos, las inserciones sociales, los sistemas de valores, creencias y actitudes, que lo convierten en un marco que apunta hacia un conjunto de fenómenos y procesos más que hacia objetos claramente diferenciados.

En su libro *El psicoanálisis, su imagen y su público* (1979), Moscovici las define como el conocimiento del sentido común, que tiene como objetivos principales, comunicar, estar al día, y también sentirse dentro del ambiente social. En definitiva, se considera una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce, se coloca dentro de lo que conoce.

Las representaciones sociales son entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas. Sabemos que corresponden, por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y, por otra, a la práctica que produce dicha sustancia, así como la ciencia o los mitos corresponden a una práctica científica y mítica.¹

1 Moscovici, S. asegura en el primer capítulo de su libro "El psicoanálisis, su imagen y su público", que si bien la realidad de las representaciones sociales es fácil de captar, el concepto no lo es. Y que esto se debe a varias razones, en gran parte históricas; es por eso que se le debe dar el lugar correspondiente a los historiadores para que las descubran. Por otro lado, afirma que las razones que nada tienen que ver con la historia, se reducen a una sola: su posición mixta, en tanto integran conceptos sociológicos y psicológicos.

El mismo autor considera que, dentro del campo de las representaciones sociales, no hay un corte dado entre el universo exterior y el universo del individuo o del grupo, y que en definitiva, el sujeto y el objeto no son heterogéneos en su campo, puesto que el objeto está inmerso en un contexto cambiante, y esto se debe a que fue concebido por la persona o la colectividad como una prolongación de su comportamiento, existiendo en función de los medios o métodos que permiten conocerlo. Un ejemplo claro de lo anterior es que la definición del psicoanálisis o del papel del psicoanalista depende de la actitud frente a los mismos y de la experiencia inherente al autor de la definición. De esta manera, cuando se expresa la opinión de un objeto, se puede suponer que ya se ha representado algo del mismo y que el estímulo y la respuesta, se forman de manera conjunta.

Las representaciones sociales, conjuntos dinámicos, se caracterizan principalmente por la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, en un acción que termina modificando a ambos. Es por ello que no se considera una reproducción de estos comportamientos o relaciones ni una reacción a un estímulo exterior dado. Son sistemas que tienen, por lo tanto, una lógica, un lenguaje y un discurso que le son propios, siendo estructuras que hace referencia tanto a valores, como a conceptos; reconocidas como teorías de las ciencias colectivas destinadas a interpretar y construir lo real.

Las mismas poseen dos significados, por un lado, designando una actividad, es decir un proceso, y a la vez un producto, en el contenido que resulta de esa misma actividad. Se consideran productos, ya que son el contenido del pensamiento de los sujetos, originado a la vez por el pensamiento social del grupo de pertenencia. Sin embargo, cuando forma parte de cambios e innovaciones, modificándolas y siendo modificadas por ellas, actúan como un mecanismo que está en construcción, es decir, como un proceso. De esta manera la representación social se consideran proceso y producto de manera simultánea, siendo el foco de atención de aquel que investiga, lo que le otorga en cierto momento uno u otro significado.

Farr, R. (1983) estudioso de la teoría de Moscovici, también aportó su definición:

*Sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente opiniones acerca de "imágenes de", o "actitudes hacia" sino "teorías o ramas del conocimiento" con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material, social, y dominarlo. Segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y otro para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia tanto individual, como grupal.*²

² Mora, M. agrega en su publicación que las representaciones sociales tienen una doble función, hacer que lo extraño resulte familiar, y lo invisible perceptible, esto se debe a que lo desconocido o insólito son amenazantes cuando no se tienen una categoría para clasificarlas.

Señaló, además, que las representaciones sociales aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo ó cuando surge el eco de distintos acontecimientos dignos de interés, por aquellos que tienen el control de los medios de comunicación.

Banchs, M. (1984) es otra investigadora que trabajó en la misma temática, añadiendo su propia definición, en la cual remarca el doble carácter de estas como contenido y como proceso. Afirma que las representaciones sociales son una forma de reconstrucción mental de la realidad, generada en el intercambio de informaciones entre sujetos. Agrega que son una forma de conocimiento del sentido común, que caracteriza a las sociedades modernas hostigadas constantemente por la información que divulgan los medios de comunicación, siguiendo, por lo tanto, una lógica propia que es diferente, pero no inferior a la lógica científica y que encuentra su forma de expresión en un lenguaje cotidiano, propio y característico de cada grupo social.

Para Ayesterán, de Rosa y Paez (1987), la Representación Social es una estructura cognitiva – afectiva construida y también compartida por la comunidad, a la vez que se fusiona lo conocido con lo percibido, a partir del conocimiento previo, generando así, una nueva forma de pensamiento, que tiene como función, procesar y organizar información, permitiendo de esta manera la comunicación, la asunción de conductas y la interacción.

Tabla N°9: Principales funciones de las RS según Páez, D.

Privilegiar, seleccionar y retener algunos hechos relevantes del discurso ideológico concernientes a la relación sujeto en interacción, es decir, descontextualizar algunos rasgos del discurso.
Descomponer este conjunto de rasgos en categorías simples naturalizando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo.
Construir una teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto.
El proceso reconstruye y reproduce la realidad otorgándole un sentido y procura una guía operacional para la vida social y la resolución de problemas y conflictos.

Fuente: Adaptado de Osnaya, F.

La definición más aceptada es la propuesta por Jodelet, D. (2000), para quien las representaciones sociales conciernen al conocimiento del sentido común, que se pone a disposición en la experiencia diaria, sirviendo de esta manera, como guía para la acción

e instrumento de lectura de la realidad. Agrega a esta definición que este conocimiento es socialmente elaborado y compartido, y además, que intenta bajo sus múltiples aspectos, dominar el entorno, comprender y explicar los hechos o ideas que se desarrollan en el ambiente cotidiano, o que surgen en él. La misma autora describe cuatro principales características de las representaciones sociales, resumiendo de esta manera, su concepto.

La noción de representaciones sociales antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida cotidiana, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras, al conocimiento espontáneo, ingenuo, que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina sentido común, o bien pensamiento natural por oposición al conocimiento científico. Este conocimiento se construye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamientos que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.³

Por una parte se definen por un contenido: informaciones, imágenes, opiniones, actitudes; y este contenido, se relaciona a la vez con el objeto, es decir, el trabajo que hay que realizar, el acontecimiento, o personaje social. En cuanto a la otra parte, es la representación social de un sujeto: individuo, familia, clase, grupo, en relación con otro sujeto.

Tabla N°10: Características de las RS según Jodelet, D.

Son siempre representación de un objeto
Tienen un carácter de imagen y la propiedad de ser intercambiable lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
Tienen un carácter simbólico, significativo, constructivo, autónomo y creativo.
Las categorías que la estructuran son categorías de lenguaje.

Fuente: Adaptado de Osnaya, F.

En cuanto a la constitución de las representaciones, en la primera corriente, Moscovici describe tres elementos: la actitud, la información y el campo de representación, a partir de los cuales las representaciones son analizadas. Con respecto a la actitud, las mismas son consideradas en tanto las personas pueden hacer juicios evaluativos favorables o desfavorables hacia un objeto o expresarse positiva o negativamente frente a personas,

³ Osnaya, F. cita a Jodelet, D. en su trabajo, asegurando que enfatiza el carácter dinámico y constructivo de las representaciones sociales, así como su función simbólica. También reconoce y aprecia la aparición del concepto de sentido común, como un elemento que lo distingue de otro tipo de conocimiento.

grupos sociales o temas diversos de la vida diaria. La actitud se encuentra presente siempre, aunque los otros elementos de las representaciones estén presentes de forma parcial. Por ejemplo, puede existir una actitud positiva o negativa hacia la discapacidad aunque no se tenga mayor conocimiento acerca del tema.

Por otro lado el campo de la información se refiere a la calidad y cantidad de conocimientos sobre un objeto social y su organización, los cuales dependen de factores, como puede ser el nivel educativo. La información tiene una importante influencia en los discursos que manejan las personas, ya que comprende explicaciones que soportan la estructura de la representación.

El último campo, se relaciona con el manifestar la idea o contenido de una representación y su organización implicando una jerarquía entre sus elementos. En este, se traen a colación los aspectos figurativos de la representación, que corresponden a una "imagen" o un esquema orientador. Por otro lado, posee aspectos centrales que se constituyen en el núcleo de la misma y otros periféricos que varían de sujeto a sujeto o, incluso, dentro de un mismo grupo.

Las representaciones cuentan con un proceso de formación a través del cual se responden dos cuestiones centrales: ¿De qué forma lo social transforma un conocimiento en representación? y ¿De qué forma esta representación transforma lo social? Moscovici es quien responde a estas preguntas proponiendo dos procesos: Objetivación y Anclaje.

La objetivación consiste en la intervención de lo social en la representación, permitiendo que un conocimiento abstracto se torne concreto y posibilite el paso de la teoría a la imagen. Esto hace que los conocimientos relacionados con un objeto social lleguen a un nivel manejable para el pensamiento de las personas y sean separados del contexto particular. Como ejemplo, Ruiz (2000) explica que, así como la política se concretiza en el parlamento, la justicia en el Tribunal Internacional de la Haya, la religión o Dios lo hacen en el Papa. De esta manera, se habla con propiedad de cualquier tema aunque no se tenga un alto nivel educativo ni relación directa con este, seleccionando la información que la persona considere más relevante.

La misma se compone a su vez de tres fases que se complementan entre sí, se comienza con la construcción selectiva, basada en la elección de la información que circula sobre el objeto de representación. La persona escoge la información que le llama la atención a partir de los intereses personales y en función de criterios culturales, y sobretodo, de criterios normativos. La segunda fase, formación del núcleo o esquema figurativo, es la construcción gráfica de la información seleccionada; reteniendo lo esencial del aspecto en proceso de objetivización. La última fase, naturalización, tiene que ver con la construcción

gráfica que se establece en el núcleo o esquema figurativo, pasando a ser un elemento de la realidad y comenzando a ser manejada de forma cotidiana y común en el grupo social.

El segundo proceso por el cual Moscovici describe la forma en que la representación actúa sobre el plano social, es el anclaje, complemento de la objetivación. El proceso de anclaje según Viveros (1993) se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. En esta etapa, la misma se integra al pensamiento grupal ya existente y da inicio a la orientación de la conducta, dándole sentido y explicación.

Por otro lado, es Frieden (1996), quien asegura que las creencias y los valores como productos culturales, pueden variar ya sea dentro de una misma cultura, como de una cultura a otra y llevan frecuentemente, a adoptar actitudes determinadas. Las manifestaciones sociales hacia ciertos grupos o individuos, como en el caso de las personas con discapacidad, expresan una orientación positiva o negativa que se basa, a su vez, en creencias socialmente compartidas.

No existe en la bibliografía investigaciones que estudien esta forma de conocimiento social con respecto a la alimentación en individuos con discapacidad. Sin embargo, se puede citar un estudio realizado en Colombia⁴ que trata de determinar las representaciones sociales que los padres tienen de la enfermedad congénita que presenta el hijo, entre ellas, el Síndrome de Down. Las mismas, por lo tanto, se consideraron determinantes en la percepción construida y las estrategias de afrontamiento desarrolladas. Además se buscó comprenderlas para con ello, profundizar en las diferentes formas de pensamiento que enmarcan los comportamientos, y de allí el afrontamiento a situaciones adversas.

Los resultados de dicha investigación, arrojaron datos que afirman que las representaciones sociales están determinadas, a su vez, por la percepción subjetiva que elaboraron los progenitores en torno a la alteración congénita de sus hijos. Es así, que el significado personal que se le confiere a la condición del paciente, influye directamente en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. De esta manera, puede percibirse como un acontecimiento altamente estresante, una amenaza, castigo divino o una pérdida. En función de esto, se adoptará un rol de padre determinante en el futuro del paciente y las interacciones inmediatas que se establezcan con su entorno más próximo.

Un objeto de representación, entonces, puede tratar acerca de grupos sociales, individuos o hechos sociales relevantes. El vínculo del sujeto con el objeto es expuesto en la representación, que consiste en el proceso por medio del que se establece la relación entre

⁴ Mosquera, S., Ostos, H. recomiendan, al final de su investigación, que en torno a las alteraciones congénitas es indispensable la existencia de un "diálogo de saberes", que permita la intervención entre todas las variables que determinan la salud, puesto que las distintas disciplinas no son excluyentes entre sí, y se deben complementar para lograr el objetivo común: la salud integral del ser humano.

ambos. Esta relación planteada, influye en la actividad social y en tanto se modifica, altera patrones de comportamiento ya establecidos.

Es relevante destacar que se deben dar ciertas condiciones para que se genere una representación social sobre un tema, fenómeno o ente determinado, con respecto al objeto. Su carácter debe ser social y esto depende de la relación que se establezca entre el mismo y las personas.

Es significativo recordar que las funciones sitúan a los individuos en relación con sus acciones, y además, teniendo presente el contenido normativo, ayudan a distinguir lo que es correcto o incorrecto, lo que es normal o anormal a partir de sus sistemas de creencias, estableciendo clasificaciones bajo pautas determinadas, de esta manera, Quiroz (2004) sugiere que la representación es una especie de metalenguaje, que contiene un metaconocimiento. En estos términos, el autor engloba pensamientos, sentimientos y acciones que asimilan las personas y que guardan independencia en relación con las ideologías particulares de individuos y grupos.

Funcionalmente, las representaciones clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir de las creencias de sentido común, siendo este conocimiento espontáneo e intuitivo, el elemento base de la interacción. Por este medio los grupos o los individuos estiman poder, comprenden la realidad y dominan una gama amplia de problemas que se les presentan.⁵

Tabla N°11: Funciones asignadas a las RS.

Función de saber: permiten entender y explicar la realidad.

Función identitaria: definen la identidad y permiten salvaguardarla.

Función de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas

Función justificadora: permite evidenciar las posturas y los comportamientos.

Fuente: Adaptado de Morán, L. y Ortega, J.

En cuanto a la función del saber, es importante resaltar que aquellos conocimientos que adquieren las personas, son integrados, y así, se define un marco de

⁵ Morán, L. y Ortega, J. agregan, que para que una persona pueda hablar de temas tan variados como política, cuestión de género, o discapacidad, no tienen que dominarlos, tampoco haberlos estudiado previamente, sino que su discurso puede partir de elementos básicos que hayan recopilado de su entorno y de las experiencias de su cotidianidad.

referencia común, necesario para la explicación de las vivencias y también para la comunicación social.

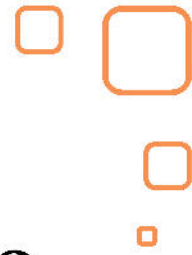
A diferencia de los mitos, las representaciones sociales no tienen la posibilidad de asentarse y solidificarse para convertirse en tradiciones, puesto que los medios de información exigen, deliberadamente, un cambio continuo de conocimientos y la existencia de un receptor típico del mundo contemporáneo: "sabio aficionado ó amateur", que es el consumidor de ideas científicas ya formuladas y convierte en sentido común, cuanta información recibe. Además de distinguirse de la ciencia, el conocimiento del sentido común, tiene rasgos que lo diferencian de la ideología, esto se debe a que la primera, se preocupa por controlar la naturaleza, mientras que la ideología se esfuerza más por justificar los actos de un grupo humano.

Significa entonces que las representaciones sociales contribuyen exclusivamente al proceso de formación de conductas y a la orientación de las comunicaciones. Resolver problemas, dar forma a las interacciones sociales, proporcionar un patrón de conductas son motivos para constituir una representación y separarse de lo que es la ciencia, y lo que es la ideología.

En resumen, son la reproducción de una imagen generalizada, que orienta las acciones de personas y grupos, su análisis permite establecer los diferentes contenidos asociados a la conducta social de las personas. Al determinar los contenidos, se puede establecer qué percepciones orientan acciones y conductas favorables o desfavorables de un grupo o grupos hacia el objeto de representación.

Darle al sujeto social, el valor que corresponde será, entonces, fundamental para determinar las representaciones sociales que los padres tienen de la alimentación de sus hijos afectados por Síndrome de Down, para identificar, de esta manera, cuáles son sus conocimientos, creencias, fuentes de información, y cuál es la relevancia que le atribuyen a este proceso vital para lograr y mantener un estado nutricional saludable.

Diseño metodológico



El diseño de investigación es transversal, puesto que los datos se recolectarán en un solo periodo de tiempo, con el propósito de describir variables y analizar su relación en un momento determinado. Es descriptivo, ya que pretende, únicamente, medir y recoger información de manera independiente sobre las variables a las que hace referencia. El estudio es no experimental, porque los fenómenos se observan en su contexto habitual, para luego proceder a analizarlos. Por último, el enfoque es cuali-cuantitativo.

La población constará de madres, padres ó tutores que tienen a su cargo, por lo menos, un individuo de sexo femenino ó masculino, con Síndrome de Down, de entre 6 a 10 años, que viven en la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina; y que estén dispuestos a participar de la investigación. La población también incluye los citados pacientes, con edades dentro del rango de 6 a 10 años, portadores del Síndrome de Down, que viven en la ciudad de Mar del Plata, y que asistan a centros de la misma ciudad.

La muestra es no probabilística, ya que la elección de la misma depende de causas relacionadas a las características de la investigación, no teniendo relación alguna con la probabilidad.

Las variables sujetas a estudio son:

- ▣ Edad
- ▣ Sexo
- ▣ Grado de instrucción de los padres
- ▣ Patrón de consumo alimentario
- ▣ Estado nutricional
- ▣ Presencia de comorbilidades en el Síndrome de Down
- ▣ Representaciones sociales que los padres tienen de la alimentación de sus hijos
- ▣ Patrón de actividad física

- ▣ *Grado de instrucción de los padres*

Definición teórica: Estudios completos ó incompletos realizados por madre/padre ó tutor.

Definición operacional: Estudios completos ó incompletos realizados por madre/padre ó tutor.

Se obtendrá dicha información a través de un cuestionario que se le realizará a los mismos.

Categorización

Nivel de instrucción	Completo	Incompleto
Primario		
Secundario		
Terciario		
Universitario		

▣ Patrón de consumo alimentario

Definición teórica: Conjunto de productos alimentarios – alimentos, bebidas o comidas – que un individuo o una población consumen de manera habitual, sea varias veces por día, por semana o por mes, dependiendo del tipo de alimento.¹

Definición operacional: Conjunto de productos alimentarios – alimentos, bebidas o comidas – que un individuo o una población consumen de manera habitual, sea varias veces por día, por semana o por mes, dependiendo del tipo de alimento. Se tendrá conocimiento del mismo por medio de la realización de un cuestionario de frecuencia de consumo (indicador alimentario de tipo semi-cuantitativo) que se entregará a los padres, el mismo constará de una lista de alimentos de consumo habitual y la descripción de la frecuencia de consumo dividida en columnas, para indicar la periodicidad de ingesta a investigar. Posteriormente se comparará dicho consumo con el requerimiento energético diario propuesto por la OMS (2001). Además se realizará la siguiente pregunta:

1. Con respecto a las comidas principales y colaciones, marque con X la opción que más se asemeje al consumo de su hijo:
 - a) Desayuno - Almuerzo - Merienda - Cena
 - b) Desayuno - Almuerzo - Colación - Merienda - Cena
 - c) Desayuno - Colación - Almuerzo - Colación - Merienda - Cena
 - d) Desayuno - Almuerzo - Cena
 - e) Almuerzo - Cena

▣ Estado nutricional

Definición teórica: Situación en la que se encuentra un individuo con respecto al peso y la talla al momento de ser evaluado. El peso es una determinación precisa y confiable que expresa la masa corporal total, pero no define compartimentos e incluye fluidos, y la talla determina el largo de los huesos.²

Definición operacional: Situación en la que se encuentra un individuo con respecto al peso y la talla al momento de ser evaluado.

Imagen: Balanza digital.



¹ Andreatta, M. (2010). *Patrón alimentario y desarrollo de tumores de vía urinarias en Córdoba*. Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba.

² De Girolami, D. & González, C. (2004). *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Editorial: El Ateneo.

La talla se obtiene en centímetros y se utiliza un tallímetro para adquirir la medición. Los individuos se miden de pie, descalzos, con el cuerpo erguido en su máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente, en posición de Francfort. Se lo ubica de espaldas al tallímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas. El peso se obtiene por medio del uso de una balanza, el individuo se coloca de pie, parado en el centro de la balanza, con prendas livianas y descalzo.

Imagen: Tallímetro

Fuente: www.medicalexpo.es

Categorización

Posteriormente, se determinarán indicadores antropométricos: peso/edad, talla/edad e IMC.

El peso para la edad refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por el peso relativo y la estatura. La talla para la edad refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo. Para la evaluación de los mismos se utilizarán las tablas propuestas por la Sociedad Argentina de Pediatría en la publicación de la Guía para la evaluación del crecimiento físico (2013). Las mismas son específicas para esta población.³ A partir de la relación de los parámetros antropométricos y los percentiles establecidos en los gráficos de referencia, se considerará como:

Exceso: Cuando la medición se encuentre por encima del percentil 95

Normal: Cuando la medición se encuentre entre los percentiles 5 y 95

Déficit: Cuando la medición se encuentre por debajo del percentil 5

El IMC es un indicador muy utilizado especialmente para determinar sobrepeso y obesidad. Para disminuir la influencia de la talla sobre la corpulencia corporal, se calcula relacionando el peso y la talla elevada al cuadrado. Debido a la falta de gráficos para evaluar el IMC en esta población en particular, se compararán la información obtenida con los gráficos elaborados con datos del patrón de crecimiento 2007 OMS/NCHS⁴, donde los gráficos relacionan el IMC con la edad. En este caso, a partir de la medición se considerará obesidad la medición que está por encima del percentil 97, sobrepeso aquella entre los percentiles 85 y 97, normal entre los percentiles 10 y 85, riesgo de bajo peso entre los percentiles 3 y 10 y por último bajo peso, a los datos por debajo del percentil 3.

³ Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo (2013). *Guía para la evaluación del crecimiento físico* Recuperado de: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf

⁴ Onis, M. et al (2007). Development of a WHO growth reference for school-age children and adolescents. *Bull World Health Organ*. Recuperado de http://www.who.int/%20%20growthref/growthref_who_bull/index.html.

▣ *Presencia de comorbilidades en el Síndrome de Down*

Definición teórica: Cualquier entidad clínica adicional distinta de la enfermedad actual, que coexiste o puede aparecer durante el curso clínico de otra patología en estudio.⁵

Definición operacional: Cualquier entidad clínica adicional distinta de la enfermedad actual, que coexiste o puede aparecer durante el curso clínico de otra patología en estudio. Se obtendrá dicha información a partir de un cuestionario que se le realizará al padre, madre o tutor.

Pueden categorizarse en: Cardiopatías, malformaciones del tracto gastrointestinal, Diabetes, Hipotiroidismo, Celiaquía.

▣ *Representaciones sociales que los padres tienen de la alimentación de sus hijos*

Definición teórica: Modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivo comunicar y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social.⁶

Definición operacional: Modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivo comunicar y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social.

Se obtendrá información acerca de las mismas, a través de una entrevista grabada de diez preguntas, las cuales indagan sobre la información que los padres tienen acerca de la alimentación de sus hijos, lo que dicha información les aporta, cuál es su opinión acerca de la alimentación brindada, cómo creen que influye el Síndrome de Down en la alimentación del niño, cuáles consideran que serán los beneficios del niño recibiendo la alimentación ofrecida, qué es lo que, efectivamente, hacen por la alimentación de su hijo, y si para ello prefieren seguir su experiencia personal o guiarse por consejos profesionales. Además se pide que describan el contexto en el cual se desarrollan los momentos de comidas en el hogar, así también como la dinámica familiar. Por último se pide que nombren los métodos de cocción más utilizados, justificando la repuesta.

Además de la entrevista, se le pedirá al progenitor que conteste lo siguiente:

1. Enumere, en orden de importancia, los 5 alimentos más saludables que consume su hijo.

⁵ Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease, *Journal of Chronic Disease*, 23,455–68.

⁶ Mora, M. (2002). La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 7.

▣ Patrón de actividad física

Definición teórica: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de la rutina diaria.⁷

Definición operacional: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de la rutina diaria. Esta variable se estudiará según el tipo de actividad física realizado, la frecuencia según las veces por semana y el tiempo destinado cada vez, por la cantidad de minutos a la semana. Se obtendrá la información a través de un cuestionario, donde se les preguntará a los padres cuál es el tipo de actividad física que sus hijos realizan, la frecuencia semanal, y la cantidad de minutos por semana.

Frecuencia de Actividad Física

Definición teórica: Cantidad de veces por semana que se realiza cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, generando un gasto energético por encima de la tasa del metabolismo basal. Suele expresarse en sesiones por semana.⁸

Definición operacional: Cantidad de veces por semana que se realiza cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, generando un gasto energético por encima de la tasa del metabolismo basal. La información se obtendrá a partir de un cuestionario que se le realizará al padre/madre o tutor.

Categorización

Baja: 1 - 2 veces por semana.

Media: 3 - 4 veces por semana.

Alta: 5 - 6 veces por semana.

Muy alta: 7 veces por semana.

⁷ Aguinaga, L., García, L., Ospina, J., Russi, L. Aproximación conceptual de la actividad física adaptada. (2009). *Facultad de rehabilitación y desarrollo humano*, 41.4-21.

⁸ Incarbone, O. et al (2012). Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina. *Plan Nacional Argentina Saludable – Dirección de promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación.*

Duración de Actividad Física

Definición teórica: Cantidad de minutos por sesión que se realiza cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, generando un gasto energético por encima de la tasa del metabolismo basal.⁹

Definición operacional: Cantidad de minutos por sesión que se realiza cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, generando un gasto energético por encima de la tasa del metabolismo basal. La información se obtendrá a partir de un cuestionario que se le realizará al padre/madre o tutor.

Categorización

Baja: 30 minutos por sesión.

Media: Entre 45 - 60 minutos por sesión.

Alta: Más de 60 minutos por sesión.

Tipo de actividad física

Definición teórica: Modo de realizar cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, generando un gasto energético por encima de la tasa del metabolismo basal.¹⁰

Definición operacional: Modo de realizar cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, generando un gasto energético por encima de la tasa del metabolismo basal. La información se obtendrá a partir de un cuestionario que se le realizará al padre/madre o tutor.

Categorización

Tipo de actividad física	Ejemplos
De resistencia cardiovascular	Correr, andar en bicicleta, nadar, patinar, tenis, basquet, fútbol, danza de cualquier tipo.
De fuerza	Clases donde predominen: abdominales, fuerza de brazos, lanzar o transportar objetos.
De flexibilidad o equilibrio	Estiramientos musculares en general, Karate, Tai Chi.

Fuente: Adaptado de Manual Director de actividad física y salud de la República Argentina.¹¹

⁹ Idem.

¹⁰ Op. cit. página 41

¹¹ Idem.

A continuación se presenta el consentimiento informado y la encuesta realizada a los padres.

Mi nombre es Lucia Victoria Montiel alumna de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA y estoy realizando un trabajo de investigación que se implementa como Trabajo de Tesis junto con el Departamento de Metodología de la Investigación de dicha Universidad.

El objetivo de este estudio es conocer las representaciones sociales que el padre/madre ó tutor tienen de la alimentación de su hijo/a, en torno al estado nutricional, patrón de consumo alimentario y patrón de actividad física de los mismos.

Para ello es necesario tomar el peso y talla, para lo cual serán medidos con ropa liviana y sin calzado. Se agregará una encuesta para realizarles a los tutores, con datos afines al estudio. Por último se realizará una entrevista grabada de diez preguntas sencillas. La información recolectada en todos los casos, será utilizada en forma anónima y confidencial.

Autorizo a mi hijo/a.....a ser pesado y medido a fin de proporcionar los datos necesarios para llevar a cabo el estudio.

Conforme con la información brindada, la cual ha sido leída y comprendida perfectamente, acepto participar de este estudio.
Muchas Gracias por su colaboración.

Firma y aclaración

Nº Encuesta: _____

Fecha: _____

1. Grado de instrucción padre/madre ó tutor

Nivel de instrucción	Completo	Incompleto
Primario		
Secundario		
Terciario		
Universitario		

2. Datos personales del menor

- a) Sexo: _____
- b) Edad: _____
- c) Fecha de nacimiento: _____

1. Datos de la valoración nutricional

- a) Peso (Kgs): _____
- b) Talla (Mts): _____
- c) Indicador P/E: _____
- d) Indicador T/E: _____
- e) IMC: _____

3. Datos generales:

¿Su hijo tiene diagnóstico de alguna de las siguientes patologías? Marque con una X

- a) Cardiopatías
- b) Malformación/es del tracto gastrointestinal
- c) Diabetes
- d) Hipotiroidismo
- e) Celiaquía
- f) Ninguna

En el caso que no sea ninguna de las anteriores, especifique cuál:

4. Representaciones Sociales

Enumere, en orden de importancia, los 5 alimentos más saludables que consume su hijo:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Entrevista

Las preguntas serán las siguientes:

1. ¿Qué información tiene Ud. Acerca de la alimentación de su hijo?
2. ¿Qué le aporta la información recibida?
3. ¿Qué opina acerca de la alimentación que le brinda a su hijo?
4. ¿Cómo cree que influye el Síndrome de Down en la alimentación del mismo?
5. ¿Cuáles son los beneficios que considera obtendrá su hijo recibiendo la alimentación que Ud. le ofrece?
6. ¿Qué hace Ud. por la alimentación de su hijo?
7. ¿Suele basarse en su experiencia personal ó prefiere seguir los consejos que le otorgan los profesionales? ¿Por qué?
8. ¿Cómo describiría el contexto en el cual se desarrollan los momentos de comida en el hogar?
9. ¿Cuál es la dinámica familiar al compartir la mesa durante el momento de la alimentación?
10. ¿Cuáles son los métodos de cocción más utilizados en su hogar? ¿Por qué?

6. Datos Actividad Física

- a) ¿Su hijo realiza algún tipo de actividad física?
- b) En el caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿Cual es el tipo de actividad física?

Tipo de actividad física	Ejemplos
De resistencia cardiovascular	Correr, andar en bicicleta, nadar, patinar, tenis, basquet, fútbol, danza de cualquier tipo.
De fuerza	Clases donde predominen: abdominales, fuerza de brazos, lanzar o transportar objetos.
De flexibilidad o equilibrio	Estiramientos musculares en general, Karate, Tai Chi.

En el caso de que sea otra, especifique cuál: _____

- a) ¿Cual es la frecuencia por semana?

Baja: 1 - 2 veces por semana.

Media: 3 - 4 veces por semana.

Alta: 5 - 6 veces por semana.

Muy alta: 7 veces por semana.

- b) ¿Cuál es la duración de la misma por sesión?

Baja: 30 minutos por sesión.

Media: Entre 45 - 60 minutos por sesión.

Alta: Más de 60 minutos por sesión.

7. Patrón de consumo alimentario

- Con respecto a las comidas principales y colaciones, marque con X la opción que más se asemeje al consumo de su hijo:

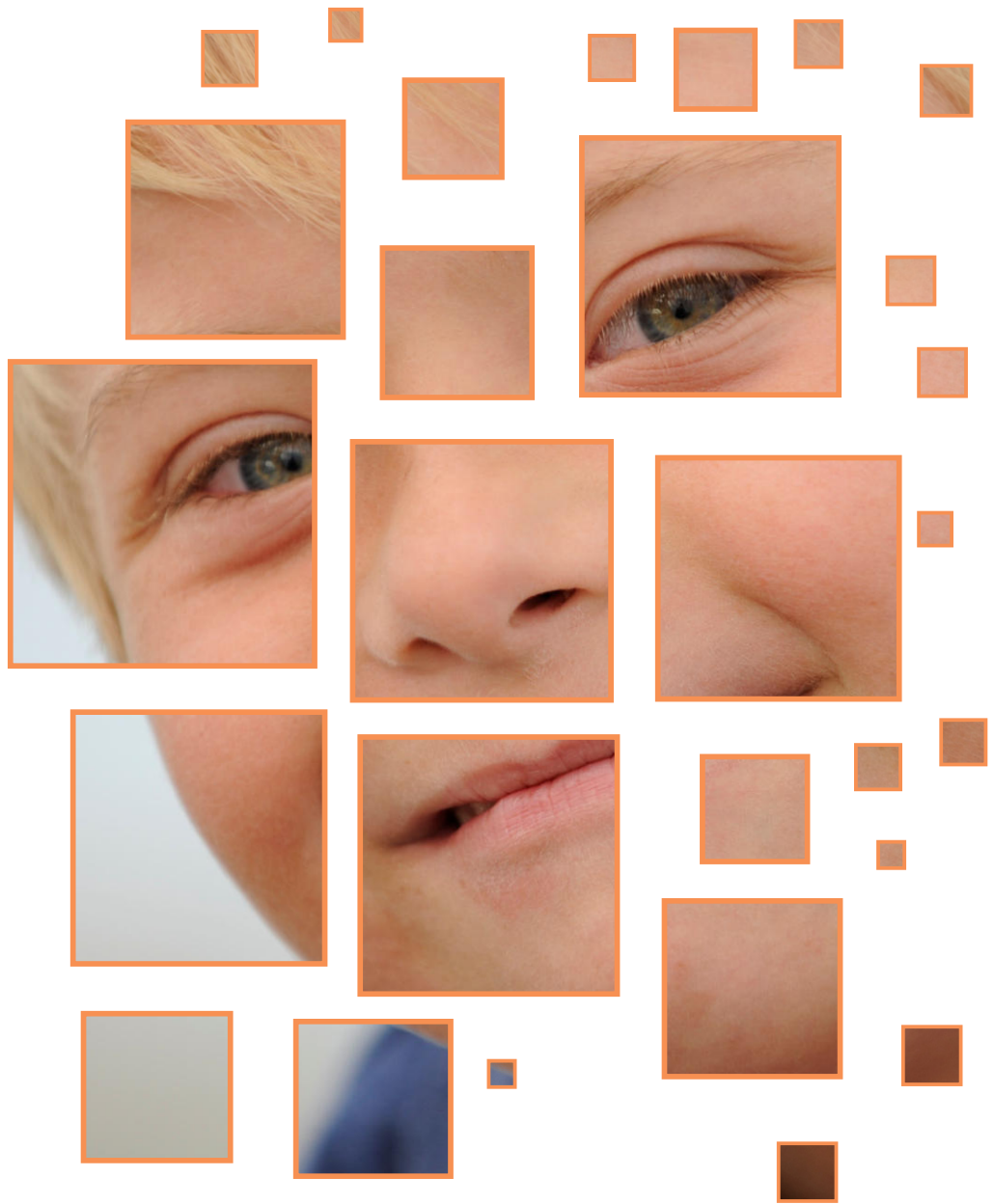
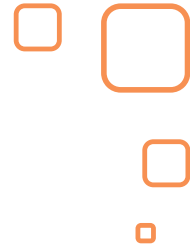
- a) Desayuno - Almuerzo - Merienda - Cena
- b) Desayuno - Almuerzo - Colación - Merienda - Cena
- c) Desayuno - Colación - Almuerzo - Colación - Merienda - Cena
- d) Desayuno - Almuerzo - Cena
- e) Almuerzo - Cena

- ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos? Marcar con X indicando frecuencia y cantidad.

ALIMENTO		CAN- TI- DAD	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	< 1 VEZ POR SEMANA
LECHE	Solo para cortar infusiones (30cc)						
	Taza tipo café con leche (250cc)						
YOGUR	Taza tipo té ó pote sin frutas ni cereales (200cc)						
QUESOS BLANDOS	Porción tipo caja de fósforos chica (30gr)						
	Porción tipo cassette (60gr)						
HUEVO ENTERO	½ Unidad (25 gr)						
	Unidad (50gr)						
CARNE	BIFE	Bife chico (100gr)					
		Bife mediano (150 gr)					
		Bife grande (200 gr)					
	HAM- BUR- GUESA	Unidad (100 gr)					
POLLO	Presa chica (100gr)						
	Presa mediana (150gr)						
	Presa grande (200gr)						
PESCADO	Filet chico (100 gr)						
	Filet mediano (150 gr)						
	Filet grande (200gr)						
EMBUTIDOS: jamón cocido		Feta(20 gr)					
VEGETALES	CRU- DOS	Plato (250gr)					
	COCI- DOS	Plato (200gr)					
FRUTAS	Unidad chica (100 gr)						
	Unidad mediana (150gr)						
	Unidad grande (200gr)						
CEREALES: Arroz.		Plato (70gr)					

fideos, ñoquis, polenta							
LEGUMBRES	Cucharada sopera (20gr)						
PIZZA/TARTA	Porción(70 gr)						
EMPANADAS	Unidad (60gr)						
COPOS DE CEREAL	Taza tipo café con leche (50gr)						
PAN	Mignon (30 gr)						
GALLETITAS DULCES	Unidad(6 gr)						
AZÚCAR	Cucharada tipo té (5gr)						
MERMELADA	Cucharada tipo té (5gr)						
MANTECA	Cucharada tipo te (5 gr)						
ACEITE	Cucharada sopera (15 gr)						
FRUTAS SECAS	Cucharadita tipo té (5gr)						
SNACKS (conitos, papas fritas, maníes)	Taza tipo té (25gr)						
GASEOSAS Con azúcar	Vaso (200cc)						
JUGOS con azúcar	Vaso (200cc)						
BEBIDAS SABORIZADAS con azúcar	Vaso (200cc)						
GOLOSINAS	Alfajor simple	Unidad (44,5gr)					
	Chocolate	Unidad (25gr)					
AGUA corriente o potable	Vaso (200cc)						

Análisis de datos



La información que se muestra a continuación es el resultado del análisis de los datos recabados en el estudio, en base a una muestra conformada por 25 padres cuyos niños son portadores del Síndrome de Down y asisten a una institución de la ciudad de Mar del Plata.

En el presente estudio se realizó una encuesta en la cual se indaga acerca del patrón de consumo alimentario de los niños y el patrón de actividad física, variables que influyen directamente en su estado nutricional, como así también la presencia de comorbilidades. Además se investigan las representaciones sociales que los padres o tutores tienen de la alimentación de su hijo.

Resulta imprescindible indagar acerca de la edad, el peso y la talla del menor, para determinar posteriormente, su estado nutricional. Por otro lado, vinculado de manera directa a las representaciones sociales, se consulta sobre el grado de instrucción del adulto responsable.

En la siguiente tabla se hace referencia al grado de instrucción alcanzado por el adulto responsable:

Tabla N°1: Educación del adulto

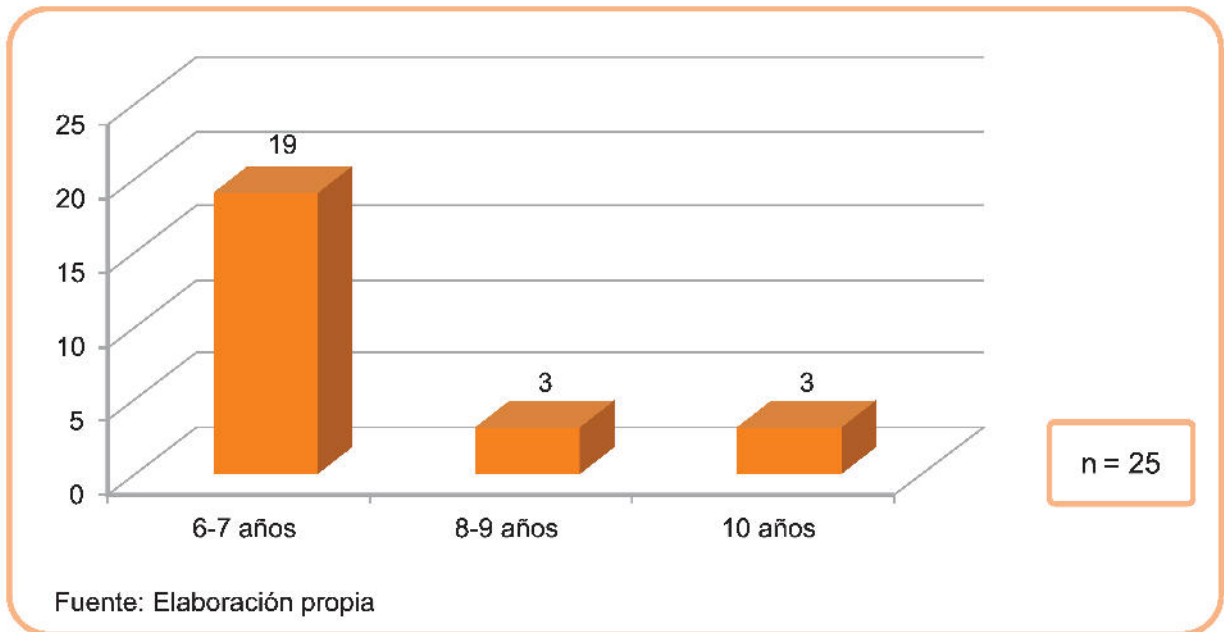
Educación del adulto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Primario completo	2	8%
Secundario incompleto	2	8%
Secundario completo	10	40%
Terciario completo	4	16%
Universitario incompleto	5	20%
Universitario completo	2	8%

Fuente: Elaboración propia

La tabla realizada expone que el nivel educativo de los adultos responsables puede calificarse como medio-alto, puesto que del total, 22 padres han podido finalizar sus estudios secundarios, y de ellos, 7 han realizado de manera completa algún estudio superior, sea terciario o universitario, mientras que 5 lo hicieron de manera incompleta. Únicamente 2 padres tienen un nivel educativo bajo, puesto que sólo poseen el primario completo.

El siguiente gráfico detalla la distribución etaria de los niños que conformaron la muestra:

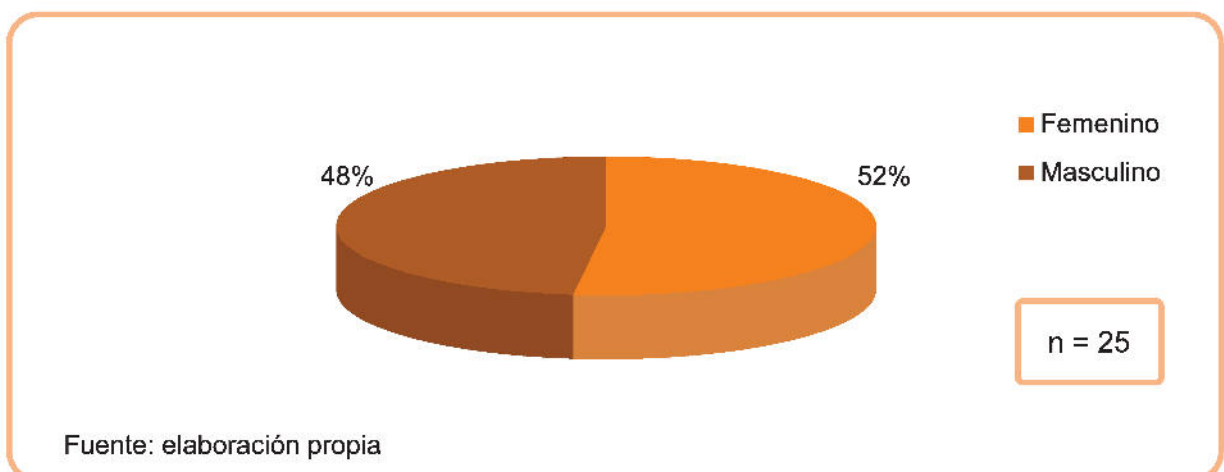
Gráfico N°1: Distribución etaria de la muestra



La edad mínima en los niños encuestados es de 6 años, mientras que la máxima es de 10 años de edad. Como se puede observar, la mayoría de los casos se ubica entre los 6 y 7 años de edad, mientras que en iguales proporciones, se ubican 3 niños entre los 8 y 9 años y 3 menores con 10 años de edad.

A continuación, el siguiente gráfico detalla la distribución según sexo de los niños:

Gráfico N° 2: Distribución según sexo de la muestra



Como se puede observar, la distribución de la muestra según el sexo es equitativa, puesto que se conformó de 12 niños y 13 niñas.

La siguiente tabla detalla la presencia de comorbilidades, es decir, de una o más patologías además del Síndrome de Down:

Tabla N°2: Presencia de comorbilidades

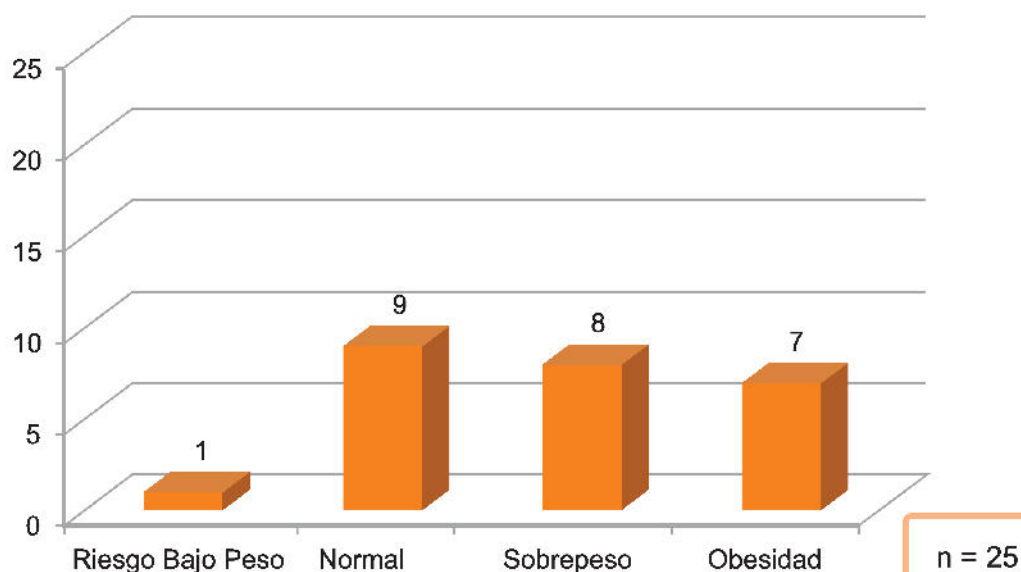
Patologías asociadas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Cardiopatías	2	8%
Malformaciones del tracto gastro-intestinal	0	0
Diabetes	0	0
Hipotiroidismo	6	24%
Celiaquía	1	4%
Ninguna	17	68%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que la mayoría de los niños no presenta comorbilidad alguna, mientras que la patología presente en la mayoría de los casos es el Hipotiroidismo; por otro lado, en dos niños se observa la presencia de alguna Cardiopatía, y sólo un caso presentó Celiaquía.

A continuación, el siguiente gráfico detalla el estado nutricional de los niños según IMC al momento del estudio:

Gráfico N°3: Estado nutricional de los niños



Fuente: elaboración propia

Como bien se indicó en el diseño metodológico de esta investigación, se indagó el IMC y se comparó con gráficos que cruzan este dato con la edad del niño. Los mismos son realizados en base a datos de la OMS y NCHS (2007). Tal como muestra el gráfico, prácticamente 3/4 partes de la muestra presenta un estado nutricional inadecuado, por exceso como es el caso de la mayoría, y en un solo caso por déficit, presentando riesgo de bajo peso. Se destaca de esta manera la presencia de niños con sobrepeso y obesidad, con el agravante de que, a partir de los 6 años de edad, la obesidad infantil se asocia de manera directa con la persistencia de la misma en edades adultas.

Además se evaluaron los indicadores peso/edad y talla/edad, para lo cual se utilizaron gráficos específicos para niños con esta alteración genética. En este caso, los resultados fueron favorables, ya que un 88%, es decir 22 niños presento un peso adecuado para la edad, mientras que, en 3 casos se observaron resultados que exceden el rango de la normalidad. En cuanto al indicador de talla para la edad, 20 niños se encuentran dentro de los rangos normales, en un solo caso se encuentra en exceso y 4 niños tienen un déficit. No se debe perder de vista que esta muestra presenta diversas patologías que de una u otra forma, pueden afectar el crecimiento normal del niño.

Para determinar el patrón de actividad física, se preguntó en primer lugar si la realizan o no, luego se indagó acerca del tipo de actividad física realizada, y por último la frecuencia por semana y la cantidad de horas por vez. Según los resultados, el 48% de los niños que conformaron la muestra realizan actividad física, mientras que un 52% no. Cabe destacar que la totalidad de los niños del primer grupo realizan un tipo de actividad física de resistencia cardiovascular. En cuanto a la frecuencia, se puede determinar una media de 2,56 horas por semana, un máximo de 5,25 horas por semana y un mínimo de 45 minutos por semana. El hecho de que la mayoría de los niños no realicen ningún tipo de actividad física es un dato negativo, puesto que la importancia de la misma radica, entre otras, en prevenir el desarrollo del sobrepeso y posteriormente de la obesidad, además de tener beneficios en cuanto al desarrollo personal, la vida social y la autonomía.

En cuanto a la variable de representaciones sociales y para evaluar la creencia acerca de cuáles son los alimentos más saludables consumidos por el menor, se le realizó al adulto una pregunta abierta, en la cual tuvieron que enumerar en orden descendiente, los 5 alimentos más saludables consumidos por su hijo.

El alimento elegido en 1º lugar fue la leche, de igual manera los vegetales. Cabe destacar que tales alimentos son denominados protectores, ya que contienen los principales nutrientes en cantidad y calidad suficientes como para asegurar la fisiología normal del organismo. Un dato llamativo es que fueron elegidos únicamente por 7 padres en cada caso, el resto dispersó su respuesta en distintos alimentos. En 2º lugar de importancia, aparecen

las carnes y las frutas, también alimentos protectores. Llamativamente, recién en el 3º lugar, 5 padres eligen el grupo de los vegetales. Otros 3, eligieron la papa para ocupar este puesto. El pescado, por otro lado, es nombrado por primera vez como alimento saludable consumido, por un sólo papá. El alimento más elegido en 4º lugar es la carne, propuesta por un alto porcentaje de padres. El huevo y las frutas secas aparecen por primera vez dentro de los alimentos saludables, elegidas por un padre en cada caso. Para el 5º y último lugar 4 papás proponen el agua. Además, el grupo de los cereales y legumbres es el más elegido para ocupar este lugar. Si bien el agua no es considerada un alimento en sí misma, es un dato interesante el hecho que los padres la tengan en cuenta como alimento saludable consumido, sin embargo, como se detallará más adelante, el consumo de agua está, en la totalidad de muestra, por debajo de las recomendaciones, y a su vez, es reemplazado por el consumo de jugos y gaseosas con azúcar.

Para indagar acerca del patrón alimentario se realiza una pregunta a los padres para determinar el número de comidas principales y colaciones consumidas en el día.

La siguiente tabla expresa el patrón alimentario en cuanto a comidas y colaciones realizadas durante el día:

Tabla N°3: Número de comidas por día

Número de comidas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
2 comidas (Almuerzo/cena)	1	4%
4 comidas (Desayuno/almuerzo/merienda/cena)	10	40%
5 comidas (Desayuno/almuerzo/colación/merienda/cena)	7	28%
6 comidas (Desayuno/colación/almuerzo/colación/merienda/cena)	7	28%

Fuente: Elaboración propia

Se puede determinar que el patrón alimentario es el adecuado, ya que en un 56% de los casos los niños consumen las 4 comidas principales del día, más una o dos colaciones. Un 40% realizan las 4 comidas principales, determinando de la misma manera, un buen patrón alimentario. Se observa un caso en donde se realizan sólo dos comidas a lo largo del día, no siendo lo recomendado.

Para seguir investigando sobre el patrón alimentario, en la encuesta se incluye una frecuencia de consumo donde, en cada alimento, se solicita escribir la cantidad y con una cruz marcar la frecuencia semanal de consumo. Los alimentos incluidos fueron los del grupo de lácteos, huevos, carnes, vegetales, frutas, cereales, pan, azúcar y mermeladas, bebidas, cuerpos grasos y golosinas. Posteriormente, el consumo se clasifica según las recomendaciones propuestas por la OMS para los niños en edad escolar. Vale aclarar que se consideró una franja de adecuación en el consumo del 90% al 110%.

A continuación, se presenta el análisis de dicha frecuencia de consumo, para lo cual se realizaron una serie de tablas para expresar la cantidad de niños que los consumen, tanto en valor absoluto como relativo, y además cuál es el consumo promedio; también se presentan gráficos para demostrar cuál es la adecuación con respecto a las recomendaciones.

El primer grupo analizado es el de los lácteos, en donde se incluye la leche, el yogurt y el queso blando.

Imagen n°1: Grupo de lácteos



Fuente: www.otramedicina.imujer.com

Tabla N°4: Consumo de leche y derivados:

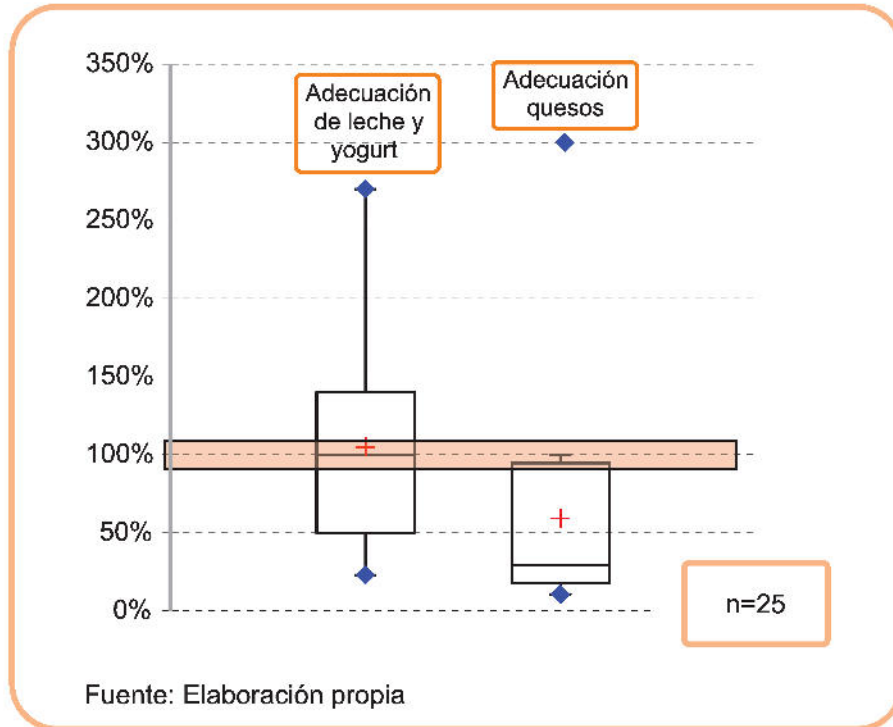
Alimento	Niños que lo consumen -Valor absoluto-	Niños que lo consumen -Valor relativo-	Consumo promedio
Leche	23	92%	429,07 cc
Yogurt	20	80%	162,84 cc
Queso blando	18	72%	35,59 gr

Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en la tabla, la mayoría de los niños consume este grupo de alimentos. El queso, consumido por 3/4 partes de la muestra, representa el alimento menos consumido de los tres, le siguen en orden el yogurt y por último la leche, alimento consumido por el 92% de los niños.

En cuanto a la adecuación con respecto a las recomendaciones, se realizó un gráfico de caja-bigote, que se expone a continuación:

Gráfico N°4: Adecuación del consumo de leche y derivados



El mismo expresa el porcentaje de niños que cubren las recomendaciones, teniendo en cuenta que la franja de adecuación se tomó a partir del 90% hasta el 110%, a su vez, también muestra el máximo y el mínimo consumo, ambos muy diferentes al de la mayoría, razón por la cual quedan fuera de la caja. En cuanto a la leche y el yogurt, un 24% de la muestra tiene un consumo adecuado con respecto a las recomendaciones, mientras que un 40% está por debajo de las mismas. Por otro lado, un 36% de la muestra tiene un consumo que excede dichas recomendaciones. En cuanto al queso, la gran mayoría de la muestra se encuentra por debajo de las recomendaciones, expresado en un 72% de los casos. Sólo un 22% tiene un consumo adecuado y en un sólo caso se observa un consumo por encima de lo que la OMS recomienda.

El grupo que le sigue es el de las carnes y el huevo. Aquí se incluye el bife, la hamburguesa, el pollo y el pescado.

Imagen n°2: Grupo de las carnes y el huevo



Fuente: www.dreamstime.com

Tabla N°5: Consumo de carnes y huevo:

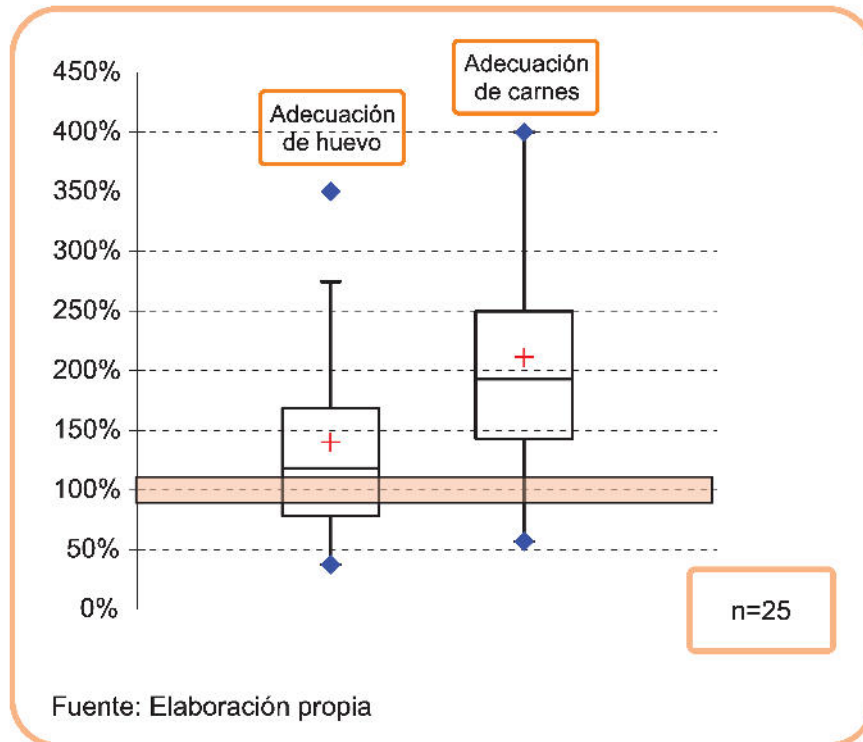
Alimento	Niños que lo consumen -Valor absoluto-	Niños que lo consumen -Valor relativo-	Consumo promedio (gr)
Huevo entero	18	72%	20,01
Bife	24	96%	123,02
Hamburguesa	14	56%	21,90
Pollo	23	92%	64,42
Pescado	15	60%	36,15

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, gran parte de la población consume este grupo de alimentos. Llamativamente, y teniendo en cuenta la edad de la muestra, el menor porcentaje de consumo proviene de las hamburguesas. No sorprende que el pescado tenga un porcentaje de consumo también bajo, puesto que es un alimento, en general, de difícil aceptación. Por otro lado, y vinculándolo con la pregunta relacionada a la variable de representaciones sociales, el bajo porcentaje de consumo no sorprende, puesto que el pescado aparece recién en 3° lugar como alimento sano consumido, nombrado por un sólo padre, haciéndose evidente el hecho de que la mayoría no lo prioriza como un alimento saludable.

A continuación el gráfico de caja-bigote muestra la adecuación en el consumo de este grupo de alimentos:

Gráfico N°5: Adecuación del consumo de carnes y huevo



En cuanto a las carnes, se destaca un 84% de la muestra que tiene un consumo por encima de lo que recomienda la OMS. Sólo un 12%, es decir, 3 niños tienen un consumo adecuado, mientras que en un sólo caso se observó un consumo por debajo de los recomendado. Con respecto al huevo, exactamente la mitad de la población tiene un consumo por encima de lo recomendado, mientras que prácticamente la otra mitad posee un consumo por debajo. Se observa sólo un caso en el cual el consumo de ajusta a las recomendaciones.

El siguiente grupo se conforma de los vegetales, tanto crudos como cocidos, y las frutas.

Imagen n°3: Grupo de frutas y verduras



Fuente: www.servimania.cl

Tabla N°5: Consumo de vegetales y frutas:

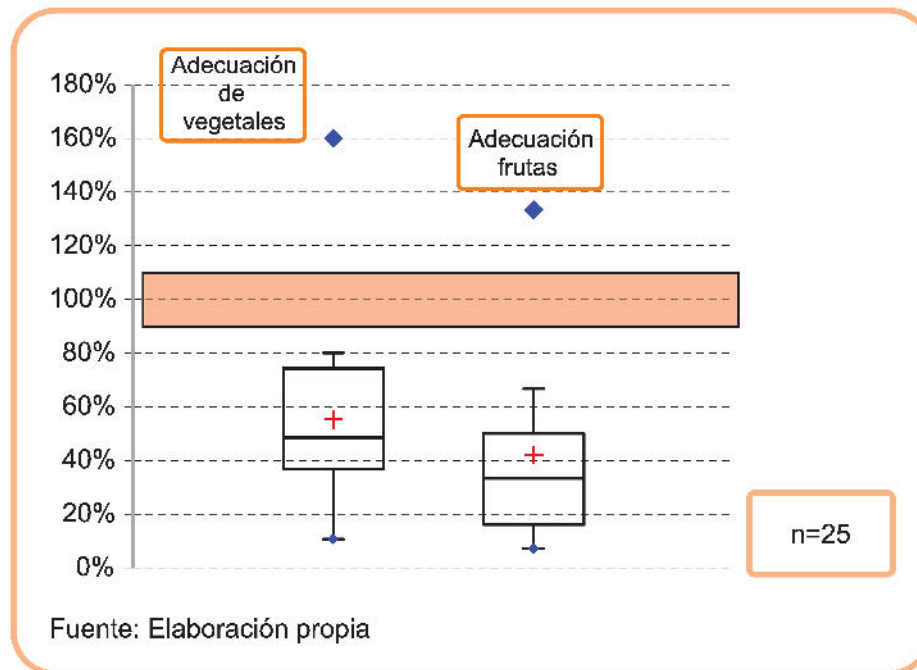
Alimento	Niños que lo consumen -Valor absoluto-	Niños que lo consumen -Valor relativo-	Consumo promedio (gr)
Vegetales crudos	18	72%	60,60
Vegetales cocidos	22	88%	94,96
Frutas	24	96%	126,03

Fuente: Elaboración propia

Un número elevado de la muestra consume este grupo de alimentos, siendo las frutas las más consumidas. Sin embargo, se observan bajos números en cuanto al consumo, siendo el de los vegetales crudos el más disminuido.

A continuación el gráfico de caja-bigote muestra los porcentajes de adecuación para el grupo de los vegetales y las frutas:

Gráfico N°6: Adecuación del consumo de vegetales y frutas



Si bien la tabla anterior mostró que gran porcentaje de la muestra consume este grupo de alimentos, el gráfico de caja-bigote evidencia que la cantidad es poca, ya que ningún niño llega a tener un consumo adecuado en cuanto a frutas y verduras, 22 son los niños que tienen un consumo por debajo de lo recomendado en ambos alimentos. Se observa sólo dos casos en el consumo de las frutas y uno en el de las verduras, que tienen un consumo excedido y demasiado distinto al del resto de la población, por lo que se encuentran fuera de la caja.

El grupo que sigue es el de los cereales, en donde se incluye el pan, y las legumbres:

Imagen n°4: Grupo de cereales, legumbres y pan



Fuente: www.atopedegym.blogspot.com.ar

Tabla N°5: Consumo de cereales, legumbres y pan:

Alimento	Niños que lo consumen -Valor absoluto-	Niños que lo consumen -Valor relativo-	Consumo promedio (gr)
Cereales	24	96%	31,14
Legumbres	14	56%	8,34
Pan	24	96%	46,96

Fuente: Elaboración propia

Como bien muestra la tabla, las legumbres son las que tienen un consumo más bajo, representado en un 56%. Esto no sorprende, ya que, en general, las legumbres no tienen un amplio consumo en nuestro país. Si bien prácticamente la totalidad de la población consume cereales, ninguno de los niños tiene un consumo adecuado, esto dato llama la atención, pero es comprensible si se tiene en cuenta el elevado consumo de pizzas, tartas y empanadas que se desarrollará posteriormente. En cuanto al pan, si bien la tabla expresa que la mayoría de los niños lo consumen, sólo 6 son los que tienen un consumo que se ajusta a las recomendaciones, mientras que 15 niños tienen un consumo por debajo de las mismas. Este dato cobra valor, ya que 20 niños consumen a diario galletitas dulces, y muy posiblemente reemplacen el consumo del pan por las mismas. Por otro lado, 4 niños tienen un consumo de pan que excede las recomendaciones brindadas por las OMS.

Las Guías Alimentarias Argentinas¹ determinan la posibilidad de realizar un reemplazo en el consumo de cereales, hasta dos veces por semana, por dos porciones de pizza, tarta o empanadas. Con respecto a la muestra, la totalidad consume pizzas y tartas, y el 84% consume empanadas, es decir, 21 niños. Al hablar de la cantidad consumida 14 niños exceden la cantidad recomendada en el caso de las pizzas y tartas, de los cuales 3 tienen un consumo diario de 3 ½ porciones de pizza o tarta, consumo totalmente excedido con respecto a lo que se recomienda. En cuanto a las empanadas, 12 niños tienen un consumo que no respeta lo sugerido, y de ellos 2 consumen 2 empanadas a diario, excediendo lo recomendado.

¹ Lema, S., Longo, E., Lopresti, A, Guías alimentarias: manual de multiplicadores, Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, 2003.

El grupo de los azúcares, por su parte, está conformado por las mermeladas y el azúcar de mesa:

Imagen nº 5: Grupo de mermeladas y azúcar



Fuente: www.mundorecetas.com

Tabla N°6: Consumo de azúcares

Alimento	Niños que lo consumen -Valor absoluto-	Niños que lo consumen -Valor relativo-	Consumo promedio (gr)
Azúcar	21	84%	13,96
Mermelada	12	48%	8,71

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar la mayoría de la muestra consume azúcar, mientras que menos de la mitad consume mermelada, siendo el alimento menos consumido de este grupo. En cuanto a la adecuación, 22 niños tienen un consumo por debajo de lo que se recomienda, mientras que en un sólo caso se observa un consumo que concuerda con las recomendaciones de la OMS. Esto no es un dato negativo, puesto que ambos alimentos son complementarios, aportando energía en forma de carbohidratos simples, sin ser ricos en vitaminas y minerales, por lo que, en el caso de un bajo consumo, no se generan problemas secundarios.

Por otro lado, el grupo de las grasas incluye los aceites, la manteca y las frutas secas:

Imagen n°6: Grupo de grasas



Fuente: www.fpdonbosco.blogspot.com.ar

Tabla N°7: Consumo de grasas

Alimento	Niños que lo consumen -Valor absoluto-	Niños que lo consumen -Valor relativo-	Consumo promedio
Aceite	22	88%	24,20 cc
Manteca	14	56%	3,18 gr
Frutas secas	3	12%	2,23 gr

Fuente: Elaboración propia

Como bien expresa la tabla, el alimento menos consumido son las frutas secas, esto concuerda con lo aportado en la pregunta vinculada a las representaciones sociales, puesto que las frutas secas aparecen nombradas como alimento saludable consumido en 4° lugar, únicamente por un papá. Con respecto a los aceites, prácticamente la mayoría de la muestra los consume, siendo un dato positivo puesto que estos alimentos se destacan por ser fuente de ácidos grasos esenciales y vitamina E, esenciales para un normal crecimiento, desarrollo cerebral y cognitivo. Con respecto a la adecuación, el 64% de la muestra, es decir 14 niños, tiene un consumo excedido con respecto a las recomendaciones, 3 son los niños que tienen un consumo que cumple con lo recomendado, mientras que 5 tienen un consumo por debajo de lo que recomienda la OMS.

El resto de alimentos que se incluyeron en la frecuencia de consumo pero que no pertenecen a los grupos de alimentos anteriormente descritos, se analizaron según el concepto de calorías dispensables, propuesto por Sergio Britos (2007). Las mismas representan el exceso de kilocalorías de cualquier alimento bajo la forma de aportes de grasas o azúcares agregados. Existen alimentos cuyo único aporte son calorías

dispensables, como las bebidas azucaradas, y azúcar de mesa. En otros casos agregan azúcares o grasas a su matriz, como es el caso de las galletitas o los panificados dulces. En esta investigación los alimentos que se estudian bajo este concepto son: las galletitas dulces, los snacks, las golosinas que incluyen chocolate y alfajor, y las bebidas endulzadas con azúcar: gaseosas, jugos y bebidas saborizadas. Para poder analizar y posteriormente categorizar la información recabada en las frecuencias de consumo, se tiene en cuenta la cantidad de calorías dispensables que le corresponde a la muestra, según la edad y el requerimiento energético. En este caso, para el rango de edad de 6 a 10 años, se estima un consumo de 2000 calorías diarias y de 267 calorías dispensables. Así, se calcula las calorías aportadas por los alimentos anteriormente mencionados y se clasifica su consumo en adecuado, o inadecuado por exceso. Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, son 14 los niños que tienen un consumo adecuado con respecto a las 267 calorías dispensables que se pueden consumir por día. Por otro lado, son 10 los niños que tienen un consumo superior, es decir, inadecuado por exceso, representando un 42% de la muestra. Parece pertinente realizar un análisis más profundo y relacionar el consumo de calorías dispensables con respecto a los niños según su estado nutricional. De esta manera, los niños que tienen un estado nutricional normal, presentan un consumo de calorías dispensables adecuado en 7 casos y excedido en 2. Además, 2 niños pertenecientes a este grupo, no consumen ningún alimento que aporte calorías dispensables. Mientras tanto, en el caso de los niños que tienen sobrepeso y obesidad, tienen un consumo adecuado en 6 casos, y excedido en 8, expresado en un 57% de la muestra.

Para finalizar, se realiza un análisis en particular con respecto al consumo de agua corriente y bebidas azucaradas. Con respecto a la cantidad de niños que las consumen, el análisis muestra que las gaseosas son consumidas por 19 niños y los jugos por 17, representando un 76% y 68% de la muestra en cada caso. Un dato alarmante es el consumo promedio de los mismos, que es de 170cc en el caso de las gaseosas y de 315cc por día en el caso de los jugos. Con respecto al agua, 23 son los niños que la consumen y el análisis arroja que el consumo promedio por día, es de 586cc. Teniendo en cuenta que según National Research Council (2004) la recomendación en la ingesta de agua ronda los 2000cc, de los cuales 1500cc provienen de bebidas, el consumo de la muestra no llega a cubrir las recomendaciones en ningún caso. Es por esto que se puede plantear un reemplazo en el consumo de agua por gaseosas y jugos azucarados. Esta situación es similar a la que ocurre con los niños del resto del país, expresado en el estudio HidratAR², que en una de sus conclusiones determina que "la jarra" de los niños en edad escolar se conforma en un 55,8% de bebidas con sabor e infusiones azucaradas, en un 29% de

² Resultados preliminares del estudio HidratAR, *Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil*, recuperado el 23 de marzo de 2014 de <http://www.cesni.org.ar/Content/Informe%20Preliminar.pdf>.

bebidas con sabor e infusiones sin azúcar y únicamente en un 21% de agua pura. Los problemas potenciales que se asocian al alto consumo de bebidas con azúcar son: el desarrollo de sobrepeso u obesidad atribuible a las calorías adicionales que aportan, el desplazamiento en el consumo de la leche y la aparición de caries y potencial erosión del esmalte; es por esto que la educación en edades tempranas cobra verdadera importancia, ya que los niños adquieren hábitos que los acompañarán por el resto de sus vidas.³

³ Bozal, A., Díaz, M., Guidoni, M., Isely, M., Lasivita, J., Lestingui, M., Lorenzo, J., Marenzi, M., (2007). "Nutrición del Niño Sano". Buenos Aires: Editorial Corpus.

A continuación, con el fin de estudiar la variable relacionada a las representaciones sociales que los papás tienen de la alimentación de sus hijos, se desarrolla el análisis de las entrevistas grabadas. Cabe aclarar que en todos los casos, fueron las mamás las que respondieron a todas las preguntas. Cuando se indaga sobre la información que tienen las mismas acerca de la alimentación de sus hijos, las respuestas fueron las siguientes:

Mamá 1: - Y... No te voy a mentir... **yo considero que es poca**, debería saber más, pero ... -

Mamá 2: - La verdad es que estoy teniendo más ahora, porque vamos a un grupo de pileta y **nos mandan por internet mucha información**, de manera continua... -

Mamá 3: - Creo que **me falta conocer mucho**...sí, me falta un montón. -

Mamá 4: - Más que nada **la que nos va indicando el pediatra**...tampoco nos habla mucho del tema, pero lo que sabemos, lo sabemos por él. -

Mamá 5: - Tengo información que me van aportando distintos profesionales, **sobretudo el pediatra** y **desde hace poco la nutricionista**... el pediatra nos derivó, ella tiene Celiaquía, a mí no me convencía mucho la idea... porque es un horario más, y nosotros en la semana tenemos muchas citas con médicos... pero al final fue positivo... está bueno...-

Mamá 6: - Tengo la información básica digamos, **bastante poca** en realidad...

Mamá 7: - **Tengo mucha información** que **me va dando el médico** sobretudo... También **me llega información por internet** por ejemplo... pero confío más en lo que me dice el médico... -





Mamá 8: - **La información es suficiente**...por lo menos eso es lo que pienso yo...-

Mamá 9: - Eh...**la información que nos da el pediatra** básicamente, que **es mucha ¿viste?...**-

Mamá 10: - La verdad que **la información que tengo es escasa**... debería saber más... -

Posteriormente, se identifican las siguientes variables:

 Tipo de fuentes de información que tienen los padres de la alimentación de sus hijos:

-  Pediatra 30%
-  Nutricionista 10%
-  Médico 10%
-  Medios de comunicación 20%

 Cantidad de información que tienen los papás sobre la alimentación de sus niños:




-  Mucha 20%
-  Suficiente 10%
-  Poca 40%

Imagen n° 1: Información que los padres tienen de la alimentación de sus hijos



La pregunta que le sigue, apunta a conocer los aportes brindados por parte de la información recibida, las respuestas fueron las siguientes:

Mamá 1: - Y... **fijarme que es lo que tiene más nutrición para ella**, q no coma mucho que no sirva para ella, que la engorde y que no tenga muchos nutrientes, eso es lo que busco yo por lo menos... -

Mamá 2: - Me ha dado ideas, me ha orientado mucho... **me ha ayudado a la hora de cocinar...** y **sobre todo con el tema de los hábitos, para que sean más saludables...** ella es muy desordenada con la comida, y come mucha "comida chatarra", entonces me sirve saber...-

Mamá 3: - Creo que me ha aportado información, **recetas al momento de las comidas** por ejemplo , los alimentos que tengo que tener en casa...uno se va adaptando, pero sé que me falta aprender más, si...-

Mamá 4: -Principalmente nos ayudó a **entender cuáles son los alimentos que más nos conviene elegir...**-

Mamá 5: - Nos ayuda mucho como papás, para **saber que alimentos hay que darle**, en el caso de ella que es Celíaca, tuvimos que aprender que alimentos puede comer y cuáles no... Aprendimos mucho con el tema de la contaminación cruzada... la higiene...en fin, aprendimos mucho. -

Mamá 6: - Ehh ... **saber qué comidas conviene que coma...** cuáles son mejores para él ...-

Mamá 7: - Mmm... **más seguridad a la hora de hacer las compras para hacer la comida** por ejemplo, uno va aprendiendo... también en **saber qué cosas tiene que comer...**cuáles son las preparaciones que hay que hacer... todo para que sea sano...-

Mamá 8: - Ideas principalmente, **qué cocinar, cómo...** igual intento ponerlas en práctica pero no come lo que debería...-

Mamá 9: - Y... qué se yo... la información es mucha, hay de todo... pero sobretodo **tener en claro qué es lo que puede comer...** que es lo que le hace mejor... yo quiero que ella esté bien... -

Mamá 10: - Mmm... yo siento que no sé nada, pero más o menos **tener el conocimiento de qué es lo que tiene que comer,** qué cosas puede y qué no....

■ Luego, se identificó la siguiente variable:

Tipo de aporte en la información recibida:

- Conocimiento acerca de los alimentos que sus hijos pueden consumir 60%
- Ideas a la hora de cocinar 40%
- Conocimiento acerca de hábitos saludables 10%
- Seguridad al momento de realizar compras de alimentos 10%
- Conocimiento en cuanto a calidad nutricional de los alimentos 10%

Imagen n°2: Aportes de la información recibida



Posteriormente, se realiza una pregunta que busca conocer la opinión de los padres acerca de la alimentación que les brindan a sus niños, a continuación se muestran las respuestas:

Mamá 1: - Y para mi **está bastante bien**....siempre sé que tengo que aprender más... pero está bastante bien...-

Mamá 2: - Ehhh, y la estoy cambiando justamente ahora... Estamos en el cambio ahora...para que sea más saludable... porque ella es muy "chatarrera", y encima en casa el papá le da todos los gustos... así que por ahora, desde hace poco, **viene bien**

Mamá 3: - Considero que me falta aprender, pero que **está bien por ahora**, por la edad que tiene...-

Mamá 4: - Que está bien... la vamos variando según sus gustos...-

Mamá 5: - Considero que aprendimos mucho, pero que todavía nos falta más... de todas maneras, creo **que es la correcta**...

Mamá 6: - Si bien sé que tengo que saber más, yo creo que **la alimentación es suficiente**...que consume todas las vitaminas, minerales y esos nutrientes necesarios... -

Mamá 7: - Para mí es la adecuada... la vamos variando igual, porque hay algunos alimentos que capaz le cuesta procesar... entonces tenemos en cuenta eso, pero para mí la alimentación **es la correcta**

Mamá 8: - Sé que **no es la adecuada**... básicamente porque no incluye toda la variedad que es necesaria para una dieta balanceada...él tiene una dieta muy monótona... -

Mamá 9: - Yo hago todo lo posible, me esfuerzo un montón... espero que alcance... yo creo que está dentro de todo bien, que **tiene una alimentación sana**...-

Mamá 10: - **Tendría que ser más saludable** creo... tendría que comer más frutas y verduras por ejemplo, pero se hace difícil...no le gustan...y si uno le insiste mucho se genera un escándalo a la hora de comer...-

La siguiente pregunta apunta a conocer las creencias de los padres acerca de cómo creen que influye el Síndrome de Down en la alimentación de sus niños. Las respuestas son las siguientes:

Mamá 1: - No, ella va bastante bien con la comida... **no tiene muchas dificultades...**-

Mamá 2: - En el caso de ella, no tiene ninguna cardiopatía, hipotiroidismo , ni nada de lo que tienen comúnmente...así que **no creo que haya influido mucho...**-

Mamá 3: - **Estamos mucho con el tema de masticar**, ella come en casa, come con todos, pero nos fijamos más en el masticar .. Es decir, en cómo come...en lo que come no, porque ella come lo que comemos nosotros, pero en cómo come, si...-

Mamá 4: -Pienso que **hay alimentos que les cuesta más procesar y digerir**, quizás en ese punto haya influido...-

Mamá 5: - Creo que **la principal influencia es que ella tenga Celiaquía...** Según lo que me dijeron los médicos como tiene Síndrome de Down es más susceptible a ese tipo de enfermedades... -

Mamá 6: - **En su caso no influyó...** él no tiene ninguna otra enfermedad... come de todo y mucho por suerte. -

Mamá 7: - **Hay algunos alimentos** que le cuesta comer... osea, **que le cuesta digerir...**por eso los vamos apartando de la dieta... A los otros chicos no les pasa eso...-

Mamá 8: - **Influyó bastante, ya que por los problemas de dentición que tiene** es más sencillo que coma cosas blandas como puré, pastas, pizzas o empanadas.-

Mamá 9: - **Yo creo que no influyó mucho...** sólo que es más mañera, ¿viste? hay cosas que no le gustan, y por más que yo intente no las quiere comer, no hay caso...-

Mamá 10: - **Que yo sepa no ha influido para nada...** -

Posteriormente, se identificaron las siguientes variables:

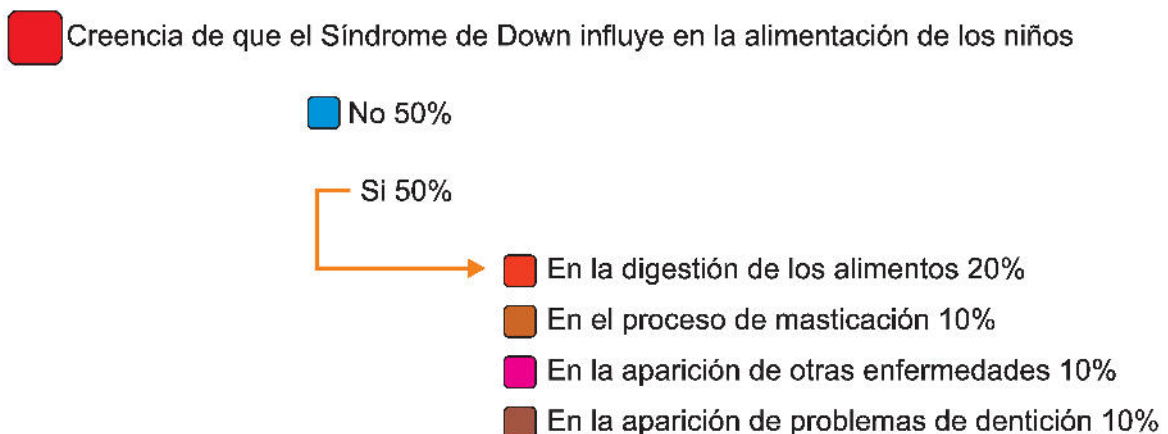
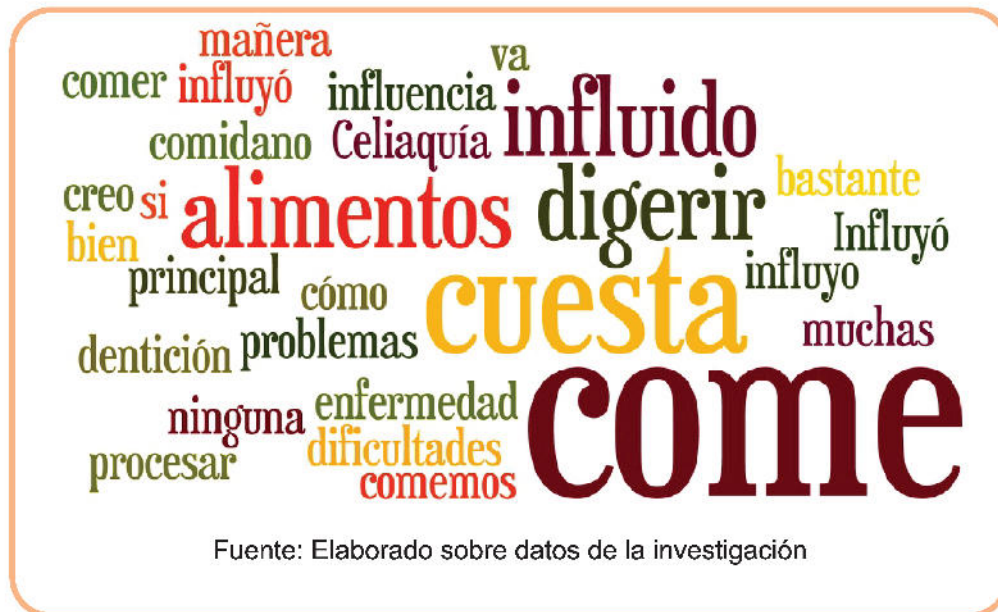


Imagen n°4: Creencia acerca de la influencia del Síndrome de Down en la alimentación del niño



Luego se realiza una pregunta que hace referencia a cuáles son los beneficios que los padres consideran que sus hijos obtendrán con la alimentación que ellos le aportan. A continuación, las respuestas:

Mamá 1: -... Y, **que va a estar bastante sana** dentro de todo, eso es lo que busca uno por lo menos...-

Mamá 2: - A ella le gusta mucho el deporte... así que me encantaría que siga por ese lado... y sé que la alimentación es lo básico... **así que espero que crezca fuerte**, para después seguir ese camino...

Mamá 3: - Yo sé que tienen tendencia a engordar, **uno va a intentar que no engorde, o que no engorde tanto...** pero creo que ella está bien...-

Mamá 4: - No tengo demasiada idea...-

Mamá 5: - Nosotros **buscamos que ella aprenda a comer...**es decir, qué puede comer y qué no... Esperamos que aprenda, para que el día de mañana se pueda manejar sola...-

Mamá 6: - Espero que crezca como corresponde... **que sea sano...**-

Mamá 7: - Yo **espero que aprenda... que sepa qué tiene que comer... cuánto...** sobretodo el tema de las cantidades, eso es lo que más le cuesta...

Mamá 8: - Mmmm...Sinceramente **no creo que tenga beneficios...** o no creo que sean muchos...-

Mamá 9: - **Que pueda crecer fuerte**, y a la vez **que no se engorde mucho...** cuesta, pero lo intentamos.-

Mamá 10: - Como toda mamá quiero que este bien... **espero que no le falten nutrientes**, el calcio para los huesos por ejemplo.

Teniendo en cuenta las respuestas, se identificó la siguiente variable:

Creencia acerca de los beneficios que el niño obtendrá con la alimentación brindada:

- Incorporación de conocimiento por parte del niño en cuanto a lo que debe comer 20%
- Que el niño crecerá sano 20%
- Que no subirá de peso 20%
- Que el niño será fuerte 10%
- Que no le faltarán nutrientes 10%
- Considera que su hijo no obtendrá beneficios 10%
- No tiene conocimiento al respecto 10%

Imagen n°5: Beneficios que el niño obtendrá con la alimentación brindada por sus padres



Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación

A continuación se indaga acerca de las acciones llevadas a cabo por los padres con respecto a la alimentación de sus niños. Las respuestas se detallan a continuación:

Mamá 1: - **Trato de cocinar siempre yo...** de que coma lo mejor... y **yo hago los mandados siempre**, me fijo en lo que le gusta...porque eso también influye... que es lo que comen y que no...-

Mamá 2: - **Vamos en familia a hacer las compras de los que vamos a comer**, tratamos de evaluar bien los alimentos, teniendo en cuenta todo lo que estamos aprendiendo últimamente...-

Mamá 3: - **Yo cocino y también compro los alimentos...**-

Mamá 4:- Intento hacer lo mejor posible... me encargo de todo lo que puedo, ya sea **cocinar**, **estar en el momento de las comidas**, fijarme que coma, que mastique bien, que no se ahogue...-

Mamá 5: - Hacemos todo lo que podemos... **le enseñamos, compramos los la comida, cocinamos...** -

Mamá 6: - En general **compro los alimentos...** pero cocina más mi marido, a veces pedimos comida afuera...

Mamá 7: - Trato de hacer todo lo posible... **me gusta cocinarle...** **a veces hago las compras yo, a veces mi marido...** y **después comemos juntos**, así que me fijo de que coma todo lo que le serví en el plato...-

Mamá 8: - Intento variarle los alimentos, buscar de **hacer platos agradables a los ojos...**-

Mamá 9: - Trato de buscarle la vuelta, de que coma todo lo que tiene que comer... más que nada las verduras, **cocinarlas** y "disfrazarlas" para que las coma...-

Mamá 10: - Mmm... No tengo mucho tiempo para cocinar... pero si **hago las compras**, trato de comprar alimentos buenos...-

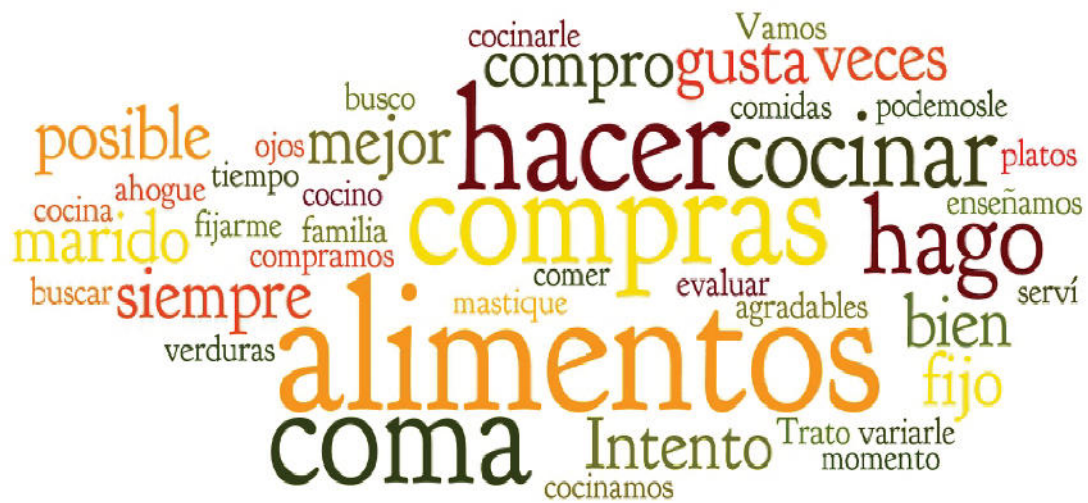
A partir de las respuestas, se identificó la siguiente variable:



Acciones que llevan a cabo con respecto a la alimentación del niño:

- Se ocupa de la preparación de los alimentos 70%
- Realiza las compras de la materia prima 70%
- Está presente al momento de las comidas 20%
- Educa nutricionalmente al niño 10%

Imagen n°6: Acciones que los padres realizan por la alimentación de sus hijos



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

La pregunta siguiente busca saber si los padres se basan en su experiencia personal o prefieren seguir los consejos brindados por los profesionales al momento de accionar en relación a la alimentación de sus niños. Además, se pide justificar la respuesta. Las mismas se desarrollan a continuación:

Mamá 1: - **Escucho bastante lo que me dicen los pediatras...** lo que consideran ellos... **ellos son los que saben...**-

Mamá 2: - **Me estoy basando en los profesionales...ellos son los que más me han informado.**-

Mamá 3: - Y, pido consejos, pero como en realidad **uno es de familia grande**, y como a mi marido también le gusta cocinar... **nos manejamos entre los dos, lo que es general: la cena, al almuerzo, que es lo que vamos a comer, que es lo que vamos a comprar**, sí, por ahí algún consejo de algún abuelo... alguna cosa rica que les pueda hacer...

Mamá 4: - Intento **seguir los consejos de los profesionales**, pero se hace difícil cuando ellos se niegan a comer.-

Mamá 5: - Siempre seguimos los consejos de los profesionales... **pediatra y nutricionista...** **ellos son los que saben, ¿no? ...**-

Mamá 6: - Un poco de todo... el **pediatra** nos aconseja y también nos guiamos según lo que a él le guste o no...

Mamá 7: - Más que nada **seguimos los consejos del médico pediatra...** **él es el que nos da la información...** -

Mamá 8: - Yo prefiero los de los profesionales... porque **ellos son los que estudiaron y tienen el conocimiento sobre el tema.**-

Mamá 9: - Y a nosotros **nos aconseja mucho** el médico, es **el pediatra** de toda la vida, la conoce mucho a ella... **confiamos plenamente en él y en lo que nos dice...**-

Mamá 10: - Es un poco de todo... **yo tengo otros hijos y es inevitable...** **uno también tiene hábitos, cómo cocinar por ejemplo, que comidas hacer...** así que es un poco de todo... igual, también **trato de escuchar al pediatra...**-

En base a las respuestas obtenidas, se observan las siguientes variables:

Acciones basadas en información brindada por profesionales:

- Pediatra 60%
- Nutricionista 10%
- Profesionales 30%

Acciones basadas en la propia experiencia 20%

Causa en la elección de consejos profesionales:

- Porque son los que poseen los conocimientos pertinentes 30%
- Porque son los que más información aportaron 20%
- Porque son los que más confianza le inspiran 10%

Causa en la elección de la propia experiencia:

_____ Poseer otros hijos y ciertos hábitos alimentarios arraigados

Imagen n°7: Preferencia de los padres en cuanto a si siguen consejos de profesionales o se basan en su propia experiencia



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

La pregunta cuyas respuestas se desarrollarán a continuación, busca que la mamá describa el contexto en el cual se desarrollan los momentos de comida en el hogar.

Mamá 1: - **Comemos siempre juntos**, a veces la televisión esta prendida y a veces no... A veces esta prendida de adorno...porque no se está mirando...-

Mamá 2: - **Cuando comemos miramos televisión**, pero estamos muy sobre ella... por los hábitos de todos los días, porque a ella hay que marcarle todo, **por el tema del a conducta más que nada**...-

Mamá 3: - **Comemos todos juntos sólo en la cena**...bajamos el televisor, y cenamos... **es una reunión familiar**, es el único momento donde nos juntamos todos... -

Mamá 4: -A veces son bastante tranquilos... pero **en la rutina semanal se corre bastante... siempre andamos cortos de tiempo**.-

Mamá 5: - **Cuando nos sentamos a comer estamos todos juntos**, almorzamos y cenamos los tres juntos... mamá, papá y ella... -

Mamá 6: - Yo como con él todos los días... **trato de que sea un momento más bien tranquilo**...para bajar un cambio...-

Mamá 7: - **Comemos en familia**, en mi casa...-

Mamá 8. - **Son momentos tranquilos y amenos**...-

Mamá 9: - La verdad **que comemos medio a las apuradas**, yo entro a trabajar a las 14hs así que imaginate que no podemos demorarnos mucho...

Mamá 10: - Casi todos los días comemos en mi casa, capaz el fin de semana se va para lo del papá... **en mí casa somos varios a la hora de comer**, así que ¡ruido nunca falta! -

A partir de las respuestas brindadas, se obtiene la siguiente variable:

Descripción del contexto en el cual se desarrollan los momentos de comida en el hogar:

- Es un momento donde la familia se reúne 50%
- Es un momento tranquilo 20%
- Se hace uso de la TV 10%
- Se pone especial atención en el niño 10%
- No se le dedica el tiempo necesario 20%

Imagen n°8: Descripción del contexto en el cual se desarrollan



Luego, se indaga sobre la dinámica familiar al compartir la mesa durante el momento de las comidas. Las respuestas son las siguientes:

Mamá 1: - Siempre charlamos, nos contamos lo que hicimos en el día... -

Mamá 2: - Estamos todos juntos, miramos la tele... corregimos la conducta de la nena...

Mamá 3 - Charlamos mucho, porque es el único rato del día donde nos juntamos, entonces lo aprovechamos...-

Mamá 4: -Casi siempre intentamos conversar... pero se hace difícil por el uso de la televisión por parte de los hermanos mayores... -

Mamá 5: - Estamos juntos y nos encanta escuchar música de la tele mientras comemos... es un momento para relajarse.-

Mamá 6: - Nos sentamos e intentamos charlar de lo que hicimos durante el día, ¿viste? -

Mamá 7: - Siempre busco de que sea un buen momento... le encanta comer, entonces quiero que lo disfrute...a veces me ayuda con la cocina, mientras conversamos cómo fue el día...-

Mamá 8: - Un poco de todo, charla, televisión...-

Mamá 9: - Si bien como te decía comemos rapidito, es como un "stop", ¿viste?, tratamos de que sea un tiempo para comer rico, estar juntos, conversar...-

Mamá 10: - Es un momento en familia... con todo lo que eso significa...somos muchos, algunos le prestan atención a la tele, otros están con el celular... yo trato de hablar con ellos...

Luego se identifica la siguiente variable:

Dinámica familiar al momento de las comidas:

- Se aprovecha para conversar 80%
- Se hace uso de la TV 60%

Imagen n°9: Dinámica familiar al compartir la mesa familiar



Fuente: Elaborado en base a datos de la investigación

Por último, se indaga acerca de cuáles son los métodos de cocción más usados en el hogar y porqué. A continuación, las respuestas:

MAMÁ 1: -Salteados, a veces **al horno**... pocas frituras... para que no engorde...se sabe que lo frito no hace bien. Así que elegimos esos porque es lo más práctico, y además **son formas más sanas**...-

MAMÁ 2: - **Al horno** sobretodo... porque considero que es la mejor forma, no se usa mucho aceite, **es más saludable**...-

MAMÁ 3: - **Uso el horno**, **la parrilla** porque **a mi marido le gusta mucho**, también **por hervido**... el frito solo papas fritas o milaneses, y las hago yo... para ver qué es lo que uno come... -

MAMÁ 4: -**Horno, salteado, parrilla**... porque **no parecen los más sanos**...-

MAMÁ 5: En general cocino los alimentos **por vapor**, o a **la cacerola**... también **en el horno**, **es un hábito**, es lo más rápido, y además dicen que es lo mejor...-

MAMÁ 6: - La mayoría de las veces, usamos el **horno** es lo que menos demora, **es un hábito también**... muy debes en cuando algo frito... porque sé que no es lo mejor para la salud...

MAMÁ 7: - Uso mucho la "Essen", **el horno**... **por costumbre más que nada**...

MAMÁ 8: - En general uso el **horno**... también **el microondas bastante**... Lleva poco tiempo... fritos pocos... algún que otro fin de semana...

MAMÁ 9: - Un poquito de todo en realidad, a veces **al horno**, a **la cacerola**, porque es lo que usamos siempre... los fines de semana que tenemos más tiempo podemos usar **la parrilla**... **eso nos encanta**...

MAMÁ 10: Yo no cocino mucho... cocina la señora que me ayuda... y usa bastante el **horno**, **la cacerola**... es lo más sencillo... ¿no?-

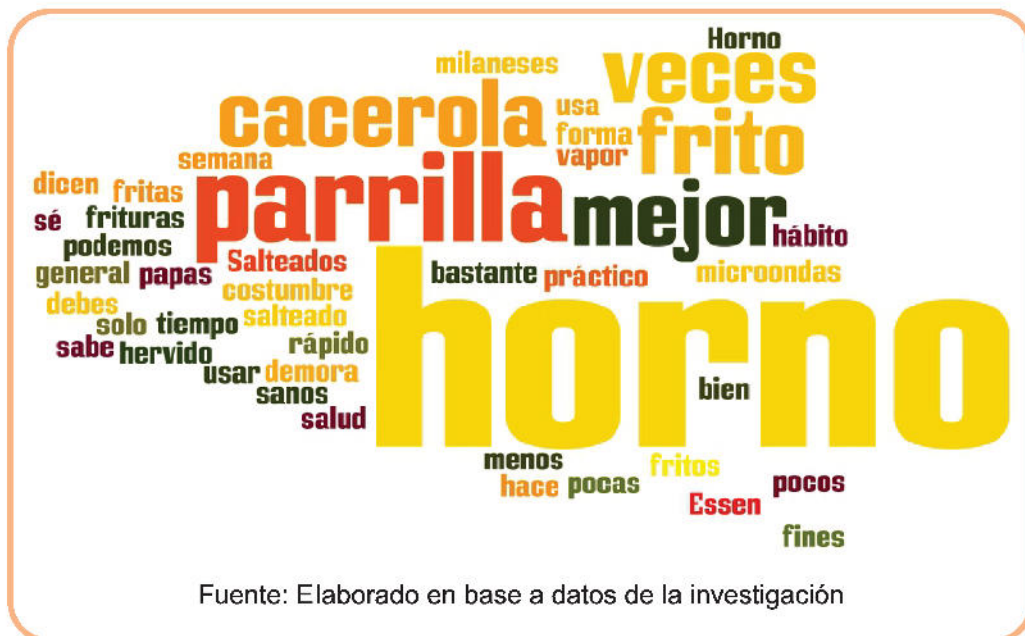
■ Métodos de cocción más utilizados en la preparación de comidas:

- Horno 100%
- Parrilla 30%
- Cacerola 40%
- Salteados 20%
- Vapor 10%
- Microondas 10%

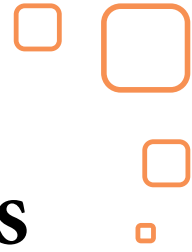
■ Causa en la elección de los distintos métodos de cocción

- Por practicidad 50%
- Por considerarlo más sano 40%
- Por hábito 40%
- Por gusto 20%

Imagen nº10: Métodos de cocción utilizados en el hogar



Conclusiones



A partir del análisis detallado anteriormente, las conclusiones más relevantes se relacionan por un lado con el estado nutricional de los niños, donde, según el IMC, más de la mitad de la muestra presenta un estado nutricional inadecuado, presentando en la mayoría de los casos sobrepeso u obesidad. Por otro lado, teniendo en cuenta los indicadores antropométricos obtenidos y las tablas específicas para esta alteración genética, los resultados fueron favorables, ya que un 88% de la muestra presentó un peso adecuado para la edad, y un 80% se encuentra dentro del rango normal de talla para la edad. Únicamente 4 niños presentaron un déficit en este indicador antropométrico, hecho que puede estar relacionado con ciertas patologías presentes en algunos niños tales como hipotiroidismo o cardiopatías. En relación a esto, afortunadamente el 68% de la población no presenta patologías asociadas, 6 presentaron hipotiroidismo, 2 cardiopatías y en un caso celiacía. Respecto a estos resultados se puede comparar esta investigación con la tesina titulada "Relación entre estado nutricional y calidad de alimentos consumidos por niños con Síndrome de Down que asisten a la escuela especial N°1 de Posadas"¹ en donde se utilizó una metodología similar a la hora de investigar acerca del estado nutricional, y los resultados obtenidos fueron similares en cuanto a los indicadores antropométricos, ya que según P/E y T/E, gran parte de la muestra se encontró dentro del rango de la normalidad.

Si bien factores genéticos, desarrollados en el marco teórico, determinan la presencia de sobrepeso y obesidad en esta población, hay ciertos factores ambientales en los que se debe hacer foco, pues son posibles de modificar; dentro de los cuales se destaca una alimentación inadecuada y la falta de ejercicio físico. Con respecto al primer factor ambiental, se puede afirmar que en esta muestra, los niños tienen un consumo inadecuado por defecto en varios grupos de alimentos protectores, tal es el caso del grupo de los lácteos, donde sólo $\frac{1}{4}$ de la muestra tienen un consumo adecuado, mientras que un 40% tiene un consumo defectuoso, en el caso del queso el porcentaje de niños que tienen un consumo por debajo de lo recomendado asciende al 72%. Por otro lado, si bien la mayoría de la muestra consume frutas y vegetales cocidos, y en menor medida crudos, a partir del análisis se evidencia que prácticamente en la mayoría de los casos, el consumo es inadecuado por defecto. Con respecto al grupo de los cereales, el consumo es inadecuado por defecto en todos los casos, dato que no alertó, puesto que posteriormente se analizó el consumo de pizzas, tartas y empanadas y se observó que, no sólo que la totalidad de la muestra consume pizzas y tartas y un 84 % empanadas, sino que el consumo es excedido en más de la mitad de los casos, planteándose de esta manera, cierto reemplazo del consumo de cereales por el de pizzas, tartas y empanadas. El primer grupo de alimentos protectores que presenta un consumo inadecuado por exceso es el grupo de las carnes, excedido en un 84% de los casos, destacándose el consumo de la carne vacuna. En el grupo de los azúcares, formado por el azúcar de mesa y las mermeladas, se observó que, si

¹ Esquivel, D. (2012) Tesina para completar requisitos del plan de estudios de Lic. En Nutrición. "Relación entre estado nutricional y calidad de alimentos consumidos por niños con Síndrome de Down que asisten a la escuela especial N°1 de Posadas – Misiones, durante Octubre de 2012." Posadas, Argentina.

bien la mayoría consume azúcar y menos de la mitad de la muestra consume mermelada, en 22 casos el consumo no llega a cubrir las recomendaciones aportadas por la OMS. En el caso del grupo de las grasas, conformado por los aceites, manteca y frutas secas, se observa que el mayor consumo proviene de los aceites, generándose un consumo excedido en un 64% de los casos. Con respecto a los alimentos que aportan calorías dispensables, 7 niños cuyo estado nutricional es normal, tienen un consumo dentro de lo permitido, 2 no consumen ninguno de estos alimentos y sólo en 2 casos se determinó un consumo por encima de lo recomendado. Por el contrario, el 57% de la muestra que presentó sobrepeso y obesidad tienen un consumo excedido de calorías dispensables, y adecuado en 6 casos.

En cuanto al consumo de agua corriente, en esta investigación se evidencia un reemplazo en su consumo por el de bebidas azucaradas, situación que se repite en los niños del resto del país, determinado por el estudio HidratAR.²

Con respecto a la realización de actividad física, se observó que más de la mitad de la muestra, es decir el 52%, no realiza ningún tipo de actividad física. Cabe destacar que la importancia de la misma radica también en los beneficios que genera en cuanto al desarrollo personal, la vida social y la autonomía.

En relación a los resultados obtenidos en cuanto a estado nutricional, patrón de consumo alimentario y patrón de actividad física, un estudio realizado en Costa Rica³ cuyo objetivo fue evaluar el estado nutricional de niños portadores de Síndrome de Down, arrojó resultados similares a esta investigación, ya que la mitad de los participantes presentó exceso de peso, destacándose un bajo consumo de vegetales, elevado consumo de harinas refinadas, grasas saturadas, colesterol y alimentos fuente de Hidratos simples, como bebidas azucaradas y postres. Además se reportó un bajo nivel de actividad física.

Por otro lado, como bien afirma Gutiérrez, E. et al (2009)⁴ en su investigación, cuanto mayor sea cocinar, y otros hablaron de conocimiento sobre hábitos saludables, compra de materia prima y calidad nutricional de los alimentos. En cuanto a la opinión que los papás tienen de la alimentación que le ofrecen a sus hijos, la mayoría de la muestra, representado en un 80% de los padres, tienen una opinión positiva, afirmando en algunos casos que la alimentación es correcta, suficiente o saludable. Sólo un 20% tiene una opinión negativa, expresando en un caso, que la alimentación debería ser más saludable, y en otro, que no es la el conocimiento de los padres con respecto a la alimentación de sus niños, mejor será la intervención de los mismos en la alimentación brindada. Cuando se realizó la entrevista y se indagó acerca de la información que los papás tienen sobre la alimentación de sus hijos, algunos padres hablaron acerca de la cantidad de información y otras hicieron hincapié en las fuentes. Un 40% afirmo

² Resultados preliminares del estudio HidratAR, *Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil*, recuperado de: <http://www.cesni.org.ar/Content/Informe%20Preliminar.pdf>.

³ González, A., Madrigal, A. (2009). Estado nutricional en niños con Síndrome de Down del Centro Nacional de Educación Especial de Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, n°2. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914292009000200004&script=sci_arttext

⁴ Gutiérrez, E. Pineda, A. (2009). *Control de la obesidad en niños con Síndrome de Down*, recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol27_02_11/mgi09211.htm

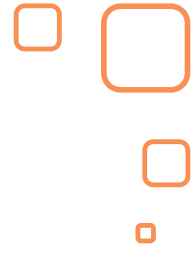
tener poca información, mientras que sólo 2 padres sostuvieron tener mucha información al respecto. En cuanto a las fuentes, un 40% nombraron al pediatra, 2 papás hablaron acerca de la información obtenida a través de Internet, y en un solo caso, se nombró al nutricionista. Cuando se preguntó acerca de los aportes que dicha información les brindó, un 80% de los papás expresó que la información recibida les aporta conocimientos sobre cuáles son los alimentos que sus hijos pueden consumir, 4 papás afirmaron que les aportó ideas a la hora de adecuada. Teniendo en cuenta que la alimentación se plantea como un pilar de verdadero valor en este síndrome, se buscó conocer, en primer lugar, la creencia de los papás acerca de si consideran que el Síndrome de Down ha influido en la alimentación, y en segundo lugar de qué manera. En este caso, la mitad de la muestra considera que el síndrome no ha influido en la alimentación del niño, mientras que la otra mitad cree que sí, expresando distintas discapacidades a la hora de la digestión, masticación, aparición de otras enfermedades congénitas, y problemas de dentición. En cuanto al accionar de los papás con respecto a la alimentación de sus niños, la mayoría de los mismos, expresado en un 70%, se ocupa de las preparaciones culinarias y la compra de materia prima. Un 80% de los papás prefieren seguir los consejos otorgados por distintos profesionales, justificando, en la mayoría de los casos, que son ellos quienes poseen los conocimientos pertinentes. En dos casos los padres prefieren seguir su experiencia personal, explicando que, al tener otros hijos, hay ciertos hábitos y costumbres alimentarias muy arraigadas, como qué preparaciones realizar, o cómo cocinar. Con respecto a los beneficios que consideran tendrán sus hijos con la alimentación brindada, las respuestas fueron amplias, la mayoría hizo hincapié en el deseo de que su niño crezca sano, que aprenda qué es lo que debe comer, logrando de esta manera cierta independencia, y que no suba de peso, ya que los mismos tienen conocimiento acerca de la tendencia al sobrepeso presente en esta población. En un caso se admitió no tener conocimiento al respecto y otro progenitor no consideró ningún beneficio. Para conocer la importancia que le atribuyen al momento de las comidas, se preguntó acerca del ambiente que se vive al momento de desarrollarse las mismas, y afortunadamente, la mayoría de los papás expresaron que lo consideran un momento donde la familia se reúne, generándose un ambiente tranquilo. Con respecto a la dinámica familiar, la mayoría expresa que los momentos de comida en el hogar se lo considera un tiempo para conversar en familia, además, en algunos casos también se hace uso de la TV. Por último, con respecto a los métodos de cocción más utilizados en el hogar, la totalidad de la muestra utiliza el horno, un 40% cocina los alimentos por hervor, a la cacerola. La minoría utiliza microondas, el vapor o los salteados. A pesar de que no se preguntó, 4 padres afirmaron realizar pocas frituras, justificando esto en que no las consideran buenas para la salud.

En este contexto, como Lic. en Nutrición debemos comprender que es vital brindar educación nutricional a los papás, ya que, así como se demostró en esta investigación, tanto el sobrepeso como la obesidad, se desarrollan en porcentajes elevados dentro de esta población. Además es indispensable detectar fallas en los conocimientos y en las prácticas, para poder inculcar hábitos saludables y también lograr con el paso del tiempo, la modificación de

costumbres, hábitos, o creencias erróneas. Además debemos recordar la importancia de la prevención, ya que se considera la medida más eficaz para conseguir disminuir la incidencia de obesidad. Es nuestro deber explicar que, si bien las consecuencias de la obesidad son las mismas para todos, en estos casos se generan consecuencias negativas con respecto a la autonomía de los niños, en su integración social, estado emocional, beneficiando el desarrollo del sedentarismo, el cual a su vez, produce una tendencia al consumo excesivo de alimentos por sobre las necesidades de energía, formándose de esta manera un círculo vicioso difícil de romper. Resulta imprescindible, entonces, que el niño tenga acceso a una alimentación adecuada, completa, armónica, suficiente y es en el seno familiar donde se inculcan los conocimientos generales y relacionados también a la forma de alimentarse, por esto es que es importante que tanto la familia como el sistema educativo en general, brinden más y mejor información desde una temprana edad. Si bien la calidad y la esperanza de vida en estos individuos mejoraron en las dos últimas décadas, lográndose un mejor estado de salud y también un mayor grado de autonomía personal e integración a nivel social, no se debe perder de vista la gran complejidad de este síndrome, requiriendo de esta manera un abordaje multidisciplinario. Es por ello que resulta fundamental el compromiso por parte de los padres para fomentar la intervención y el seguimiento nutricional, para detectar anomalías precozmente y poder accionar en ello.

Para finalizar y promover futuras investigaciones, se plantean otros interrogantes, como realizar la misma investigación en otro grupo etáreo, por ejemplo en población preescolar, o en niños que asistan a centros privados y estatales, para evaluar si hay diferencias en las creencias, saberes y acciones llevadas a cabo por los padres, con respecto a la alimentación de sus niños. Además, sería interesante evaluar el estado nutricional con gráficos oficiales, realizados en nuestro país, gráficos con los que no contamos hasta el día de hoy.-

Bibliografía



- Acevedo, M., Barreira, R. *Aspectos clínicos del Síndrome de Down (2ª parte)*, en: <http://desastres.usac.edu.gt/apuntes/VOL-1--NUM-2/SINDROME%20DE%20DOWN%20-%20INFORME-2.pdf>
- Alfonso, H., Mosquera, S., (2010). Representaciones sociales de madres y un padre en torno a las alteraciones congénitas de sus hijos. *Revista ENTORNOS*, n° 23, 11-21.
- Ali, O., Fernández, M., Fernández, R., Martínez, R., Zurtia, F. (2010). Aportaciones a la determinación de la prevalencia de la obesidad entre el alumnado de educación especial. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. n°45. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322010000100003&script=sci_arttext
- Alpera, R., López, M., Morata, J. (2012). Alteraciones endocrinológicas en el Síndrome de Down. *Revista Española de Pediatría*, 68 (6), 440-444.
- Armando, R., Kaminker, P., (2008). Síndrome de Down. Primera parte: enfoque clínico – genético. *Archivos argentinos de pediatría*, Vol. 106. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000300011
- Arnaiz, P., Martínez, R. (2002). Terapia de la alimentación en bebés y niños con Síndrome de Down: orientaciones nutricionales y logopédicas. *Boletín de estudios e investigación*, n° 3, 21-23.
- Bacile, H. (2008). Retraso mental y genética. Síndrome de Down. *Revista ALCMEON*, n°1, 15-22. Recuperado en: http://www.alcmeon.com.ar/15/57/04_basile.pdf
- Banderas, R., Labori, R., Silva, G.(2010). Caracterización clínica genética y epidemiológica de pacientes con Síndrome de Down en Manabí. República del Ecuador, 2010. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, n° 5, 113 – 116. Recuperado en: <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v5n2-2/rcgc070111.pdf>
- Bozal, A. et al (2007). *Nutrición del Niño Sano*. Buenos Aires: Editorial Corpus.
- Castro I. (2007). El Síndrome de Down en el siglo XXI. *Enfermería actual en Costa Rica*, n° 11, 1. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44801102>
- Cuadrado, D. (2010). Las cinco etapas del cambio. *Capital Humano*, n° 241, 54 – 56. Recuperado de: http://www.factorhumana.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf
- De la Teja, C., *Reacciones emocionales de los padres ante la presencia de un hijo con discapacidad*, en: <http://www.ttm-espana.com/view.php?page=reacciones>
- Espin, B., Gómez de Terretos, I. González, M., González-Meneses, A. Pizarro, A., Rodríguez, A. (2010). Perfil de la Enfermedad Celíaca en los pacientes con Síndrome de Down. *Revista médica internacional sobre el Síndrome de Down*, n° 14, 6-8
- Esquivel, D. Tesina para completar requisitos del plan de estudios de Lic. En Nutrición. "Relación entre estado nutricional y calidad de alimentos consumidos por niños con Síndrome de Down que asisten a la escuela especial N°1 de Posadas – Misiones, durante Octubre de 2012." Posadas, Argentina. Octubre de 2012.
- Eulalia, M., Torres, L. (2009). Percepción de las madres acerca del contenido de la información del diagnóstico de Síndrome de Down. *Revista chilena de pediatría*, Vol. 80.

- Goddard, P. (Abril, 2010). Mesa redonda: Discapacidad y Actividad Física. 2º Jornadas Nacionales de Actividad Física y deportiva en el niño y adolescente. Congreso llevado a cabo en el Hospital Alemán, Buenos Aires.
- González, A., Madrigal, A. (2009). Estado nutricional en niños con Síndrome de Down del Centro Nacional de Educación Especial de Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, n° 2. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914292009000200004&script=sci_arttext
- Gutiérrez, E., Pineda, E. (2008). *Control de la Obesidad en niños con Síndrome de Down*, en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol27_02_11/mgi09211.htm
- H de Girolami, D. (2003). *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires: ElAteneo.
- Hernández, R., Matínez, R. (2002). Deficiencia mental asociada a Síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, n° 5.
- Kaminker, P. (2012). Síndrome de Down - aspectos genéticos. 2º Congreso Argentino de discapacidad en Argentina. Congreso llevado a cabo en el Hospital Pedro de Elizalde, Buenos Aires.
- Lema, S., Longo, E. & Lopresti, A. (2003). *Guías alimentarias: manual de multiplicadores*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas,
- López, M. *Síndrome de Down (Trisomía 21)*, en: <http://www.aepcd.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athena digital*, N° 2, 1 - 33. Recuperado de: http://www.academia.edu/214897/La_Teoria_de_las_Representaciones_Sociales_de_Serge_Moscovici
- Morales, P., Pérez, R., Valdespino, P., Vidrio, G., & Yanéz, A. (2000). Reseña histórica del Síndrome de Down. *Revista ADMINISTRACIÓN*, n°5, 193- 196. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od005g.pdf>
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.
- Ordoñez, F., Rocety-Plaza, M., Rosety-Rodríguez, J. & Rosety-Rodríguez M. (2005). Medidas antropométricas como predictores del comportamiento lipídico sérico en adolescentes con Síndrome de Down. *Revista de Investigación Clínica*, año 2005. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003483762005000500006&script=sci_arttext
- Osnaya, F. (2003). *Las representaciones sociales de las unidades de servicio de apoyo a la educación regular*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.
- Paineira, D. (Septiembre, 2012). Cuidados de la salud de niños y adolescentes con Síndrome de Down. 2º Congreso Argentino de discapacidad en pediatría. Congreso llevado a cabo en el Hospital Alemán, Buenos Aires.

- Resultados preliminares del estudio HidratAR, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, recuperado de <http://www.cesni.org.ar/Content/Informe%20Preliminar.pdf>.
- Soler, A. Tesis Doctoral. "*Metodología de intervención nutricional en un colectivo especial, personas con Síndrome de Down*". Murcia, España. 3 de Noviembre de 2004.
- Tejerina, A. (2005). *Los cuidados de salud en el niños con Síndrome de Down*, en: <http://www.infonegocio.com/downcan/todo/curso/actualizacion/cuidsalud.htm>
- Torresani, M. (2008). *Cuidado nutricional pediátrico*. Editorial: Eudeba.
- Vargas, D. (2006). *Representaciones sociales de la discapacidad en los consejos locales de discapacidad de Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Sitios web consultados

- http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_spa.pdf
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/pediatriaHosp/SindromeDown.html#>
- <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3519>
- <http://www.nutrinform.com/biblioteca/monografias/esquive1%20daniela.pdf>
- http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/IMC-M-5a19P.pdf>
- <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/IMC-V-5a19P.pdf>
- <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s02.pdf>
- <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3519>
- http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=article&id=513%3AAdiabetes&catid=81%3Aproblemas-de-salud&Itemid=2072&showall=1
- http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=article&id=513%3AAdiabetes&catid=81%3Aproblemas-de-salud&Itemid=2072&showall=1
- <http://www.sindromedown.net/index.php?idMenu=6&idIdioma=1>
- <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=92919297011>
- <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/1240/1/34T00218.pdf>
- <http://cepea.com.ar/cepea/wp-content/uploads/2012/12/Documento-calor%C3%ADas-dispensables.pdf>
- <http://www.asdra.org.ar/que-es-el-sindrome-de-down/>
- <http://www.fcsd.org/es>
- <https://umm.edu/Health/Medical/SpanishEncy/Articles/Sindrome-de-Down>
- http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r43-573/es/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_neespeci/adjuntos/18_nee_110/110012c_Doc_EJ_sindrome_down_c.pdf
- http://www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo02.pdf
- http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2008/arch08_3/v106n3a11.pdf
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-arte/sindrome_de_down.historia_-_pintura_doc.pdf

Representaciones Sociales de la ALIMENTACIÓN en el SÍNDROME de DOWN

Lucía Montiel
montiel.lucia@hotmail.com

Tut. Garbarini M. Victoria

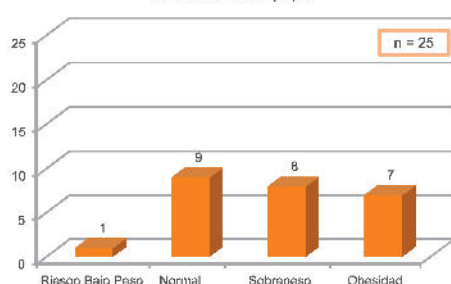


Objetivo: Determinar las representaciones sociales de los padres acerca de la alimentación de sus hijos con Síndrome de Down, de 6 a 10 años, y su estado nutricional, patrón de consumo alimentario y patrón de actividad física; que asisten a un centro de la ciudad de Mar del Plata.

Materiales y métodos: Investigación de tipo cuanti-cualitativa, descriptiva, de corte transversal. Un total de 25 niños con Síndrome de Down de 6 a 10 años fueron pesados, medidos y sus padres encuestados. La misma constaba de preguntas relacionadas al patrón de consumo alimentario del menor, patrón de actividad física, grado de instrucción del adulto y una pregunta relacionada a las representaciones sociales. Además 10 papás fueron entrevistados con el objetivo de indagar sobre la variable de representaciones sociales.

Estado nutricional de los niños según IMC

Fuente: elaboración propia



- Que aprenda a alimentarse 20%
- Crecimiento saludable 30%
- Mantener un peso saludable 20%
- Evitar la falta de nutrientes 10%
- No considera 10%
- No sabe 10%

¿Qué beneficios considera que obtendrá su hijo con la alimentación dada?



¿Qué información tiene sobre la alimentación de sus hijos?



Fuentes de información

- Pediatra 30%
- Internet 20%
- Nutricionista 10%
- Médico 10%

Cantidad de información

- Suficiente 10%
- Mucha 20%
- Poca 40%

Opinión

- Positiva 80%
- Negativa 20%

¿Qué opinan acerca de la alimentación brindada?



¿Qué hacen por la alimentación de sus hijos?



- Cocina 70%
- Compra alimentos 70%
- Presencia las comidas 20%
- Educa nutricionalmente al niño 10%

Consejo profesional

- Pediatra 60%
- Nutricionista 10%
- Profesionales 30%

Propia experiencia 20%

¿Prefieren basarse en su experiencia personal o en consejos profesionales?



Conclusiones: Es importante que el niño tenga acceso a una alimentación adecuada, completa, armónica, suficiente ya que, así como se demostró en esta investigación, tanto el sobrepeso como la obesidad, se desarrollan en porcentajes elevados dentro de esta población. Es fundamental que sea en el seno familiar donde se inculquen los conocimientos generales, relacionados también a la forma de alimentarse y por ello es importante que tanto la familia como el sistema educativo en general, brinden más y mejor información desde una temprana edad. Resulta fundamental el compromiso por parte de los padres para fomentar la intervención y el seguimiento nutricional, para detectar anomalías precozmente y poder accionar en ello.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre _____
Tipo y N° de Documento _____
Teléfono/s _____
E-mail _____
Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____ / ____ /20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-

CompartirIgual 3.0 Unported.

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

