

Alderete, Melina

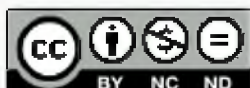
Giorgetti, Ana Carolina

**Representaciones sociales
sobre alimentación saludable
en los cuidadores de niños
preescolares de Barrio
Chingolo, Córdoba, en el año
2017**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciado en Nutrición**

Director: Scruzzi, Graciela Fabiana

Documento disponible para su consulta y descarga en **Biblioteca Digital - Producción Académica**, repositorio institucional de la **Universidad Católica de Córdoba**, gestionado por el **Sistema de Bibliotecas de la UCC**.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.

Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición

-Trabajo de Investigación para la Licenciatura-

Representaciones sociales sobre alimentación saludable en los cuidadores de niños preescolares de Barrio Chingolo, Córdoba, en el año 2017

Autores

Alderete, Melina

Giorgetti, Ana Carolina

Director

Mgter. Scruzzi, Graciela

Codirector

Mgter. Rodríguez Junyent, Constanza

Diciembre, 2017

Representaciones sociales sobre alimentación saludable en los cuidadores de niños preescolares de Barrio Chingolo, Córdoba, en el año 2017

Autores

Alderete, Melina

Giorgetti, Ana Carolina

Director

Mgter. Scruzzi Graciela

Codirector

Mgter. Rodríguez Junyent, Constanza

Tribunal Evaluador:

Mgter. Scruzzi, Graciela

Dr. Pacheco, Oscar

Dra. Tumas, Natalia

CALIFICACION

LUGAR Y FECHA

"Las opiniones expresadas por los autores de este trabajo no representan necesariamente los criterios de la Facultad de Ciencias de la Salud"

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
Crecimiento y desarrollo en la etapa preescolar.....	7
Alimentación en la etapa preescolar.....	8
Factores que influyen en la alimentación.....	9
Situación nutricional actual.....	10
Representaciones sociales y alimentación.....	11
Características del lugar de estudio	13
PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS	15
Objetivo General:	15
Objetivos específicos:	15
METODOLOGÍA.....	16
Tipo de estudio.....	16
Población de estudio y muestra.....	16
Categoría de análisis.....	16
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17

Consideraciones éticas	17
Plan de análisis de los datos	18
RESULTADOS	19
1. La alimentación saludable, concepciones	20
2. Como se alimentan nuestros niños en el barrio	26
3. Impacto de la alimentación en la salud	32
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIÓN.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	48
ANEXO I: Guía de preguntas para entrevista	48
ANEXO II: Guía de observación	49
ANEXO III: Consentimiento Informado	50

RESUMEN

Introducción. En la población infantil, el acto de comer, las preferencias y el rechazo a determinados alimentos se encuentran fuertemente condicionados por el contexto familiar, y es en este período cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias; las cuales están influenciadas por las representaciones que se tengan de ellas.

Objetivo: Indagar las representaciones sociales sobre alimentación saludable que tienen los cuidadores de niños preescolares de Barrio Chingolo durante el año 2017.

Metodología: Estudio cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada. Se realizaron 12 entrevistas a docentes y madres de alumnos del jardín y 2 observaciones participantes. El análisis comprendió un nivel descriptivo y otro interpretativo a través del Método Comparativo Constante. La información fue validada mediante la técnica de triangulación.

Resultados: Tanto las madres como las docentes definieron a la alimentación saludable como aquella que aporta variedad de alimentos, considerando a las frutas y verduras, seguidos por los lácteos, carnes y cereales como alimentos saludables. Se observa que la fuente de información predominante en las madres es el equipo de salud del barrio. Con respecto a los principales alimentos preferidos por los niños emergen el yogur, las frutas, las golosinas y gaseosas, y los productos cárnicos procesados, mientras que los más rechazados fueron las verduras y la leche. Si bien los cuidadores reconocen cuáles son los alimentos saludables, refieren no conocer acerca de formas de preparación atractivas para incorporarlos. La alimentación que provee la escuela suele reproducir estas comidas y formas de preparación, reforzando los hábitos del hogar. Los docentes y profesionales de salud del barrio reconocen al sobrepeso y obesidad como una problemática en aumento, y consideran oportuna la intervención en edades tempranas. Las madres, en cambio, tienen poco conocimiento de los conceptos y consecuencias de una mala nutrición.

Conclusión: Las comidas habituales del hogar difieren de los conocimientos sobre alimentación saludable. La alimentación infantil es un fenómeno complejo, determinado por múltiples condiciones, entre ellas culturales, familiares, económicas, sociales. La manera en que los niños preescolares se alimentan, determina la formación de hábitos alimentarios que persistirán en la vida adulta y contribuyen a su estado nutricional, por lo que resulta necesario que las intervenciones en alimentación no solo se orienten a divulgar las propiedades de los alimentos, también deben propiciar un mayor acceso a los mismos.

Palabras Clave: Representaciones Sociales, Alimentación Infantil, Estado Nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Feeding, preferences, and food rejection in children are strongly determined by child's family situation and is in that period when they adopt most of eating habits and food practices, influenced by social representations.

Objective: Inquire social representations about healthy feeding of preschool's caretakers from Chingolo Neighborhood, in 2017.

Method: Qualitative research, based on Grounded Theory. 12 semi-structured interviews with preschool teachers and mothers, and 2 observations were conducted. Data analysis included a descriptive and an interpretative level, using Constant Comparative Method. Information was validated by triangulation technique.

Results: Both teachers and mothers defined that a healthy diet must contain variety of foods, considering fruits and vegetables, followed by dairy products, meats and grains, as healthy foods. Health caretakers were pointed as the main information source by mothers. Children preferred yogurt, fruits, candies, sugary beverages and processed meat products, and rejected vegetables and milk. Caretakers recognized healthy foods but didn't know about attractive meal preparation that includes those foods. School food tends to reproduce this home meals and preparations and intensifies home habits. Teachers and health caretakers recognized overweight and obesity as increasing health problematics and considered interventions at early ages as an opportune approach. Instead, mothers showed lack of knowledge about definition and consequences of bad nutrition.

Conclusion: Regular home meals contradict caretaker's information about healthy diet. Child feeding is a complex phenomenon, determined by numerous conditions, such as cultural, familial, economic and social factors. The way preschool children eat will determine eating habits that will persist in adult ages and affect their nutritional status, so that is necessary that interventions not only focus on nutritional education but also must guarantee better food access.

Keywords: Social Representations, Child Feeding, Nutritional Status.

INTRODUCCIÓN

La alimentación no es un acto meramente biológico, consistente en la incorporación de alimentos para cubrir las necesidades energéticas. Es un acto influenciado por numerosos factores, tanto propios de la persona como de su entorno, principalmente las relaciones sociales (1, 2).

En la población infantil especialmente, el acto de comer, las preferencias y el rechazo a determinados alimentos se encuentran fuertemente condicionados por el contexto familiar, puesto que es en este período cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias (3).

La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al niño, que depende de los valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones que tenga sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias (4).

El propósito del presente estudio es, por lo tanto, ampliar el corpus de conocimiento sobre las representaciones de los cuidadores de los niños preescolares de Barrio Chingolo, con el propósito de poder mejorar futuras intervenciones en educación alimentaria, que sean más efectivas y mejor aprovechadas por la comunidad.

MARCO TEÓRICO

CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA ETAPA PREESCOLAR

La edad preescolar abarca entre los 2 y 5 años de vida, desde que el niño ha adquirido la autonomía en la marcha hasta que empieza a asistir a la escuela. En esta etapa el crecimiento estatural y ponderal del niño pasa a un segundo plano, tomando gran importancia el desarrollo de sus capacidades (5, 6).

La velocidad de crecimiento se desacelera, encontrándose latente hasta llegar a la pubertad, por lo que esta etapa constituye la transición entre la fase de crecimiento acelerado propia del lactante y el periodo de crecimiento estable de la infancia. El niño crece aproximadamente de 12 centímetros el segundo año de vida, 9 centímetros durante el tercero, y 7 centímetros a partir de entonces; y la ganancia de peso es irregular, unos 2 a 2,5 kilogramos por año. Además, se produce un cambio en la composición corporal, se pierde agua y grasa y aumenta la masa muscular y el depósito mineral óseo, lo que contribuye a disminuir las necesidades nutricionales (5, 7).

En esta etapa, adquiere gran importancia el desarrollo del niño como producto continuo de los procesos biológicos, psicológicos y sociales, que le permiten adquirir habilidades culturalmente aceptadas. Las principales áreas en las que se evidencia el desarrollo son la motricidad fina y gruesa, cognitiva, emocional, social y de lenguaje, lo que le permite desempeñarse en forma adecuada en su contexto y adaptarse cuando éste cambia (8).

Estos procesos están determinados por la herencia y genética, la acción del ambiente, el estado de salud y nutrición, factores personales como el temperamento del niño, la familia y el contexto social, económico, histórico y cultural (8).

También en esta etapa el niño aumenta la motilidad, la autonomía, y desarrolla su capacidad neuromotora, digestiva y renal, alcanzando prácticamente la maduración y la eficiencia de un adulto (5, 6, 7).

ALIMENTACIÓN EN LA ETAPA PREESCOLAR

Las características fisiológicas propias de la etapa preescolar favorecen la incorporación del niño a la mesa familiar, con la correspondiente transición de la alimentación láctea al esquema de alimentación del hogar. Es común que el acto de comer tome menos importancia que en etapas previas, ya que disminuye el apetito y se desarrollan sus preferencias, influenciadas por el aspecto, sabor y olor de los alimentos (5, 7, 9).

La comensalidad familiar forma un ambiente propicio para la adopción de hábitos alimentarios aceptables para su ambiente socio-cultural, que pueden persistir a lo largo de su vida adulta (9, 10).

Los hábitos alimentarios se definen como manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales (11).

La etapa preescolar es momento ideal para la promoción de hábitos sanos de alimentación, higiene y sueño, ya que una vez que se adquieren, tienen más posibilidades de persistir en el futuro. Se considera como un período crítico de aprendizaje en el sentido que, cuando se retarda, hace más difícil asumir un comportamiento alimentario saludable (2, 7, 10).

En la adopción de los hábitos alimentarios por parte de los niños intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela. Las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas de alimentación utilizadas por los padres, tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos, ya que los integrantes del grupo familiar ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación, y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes (9, 11, 12-14).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN

El acto de comer es un fenómeno bio-psico-social complejo, pues no sólo implica un hecho biológico sino también sociocultural. Todo individuo necesita energía para poder desarrollar diferentes actividades a lo largo de toda su existencia, teniendo como principal fuente de energía los alimentos. Lo social influye en la forma cómo son producidos, distribuidos y consumidos esos alimentos (1, 15).

El patrón cultural, principalmente el familiar, y los factores económicos, son condicionantes para la formación de conductas alimentarias en la infancia (2).

Las preferencias por ciertos alimentos y los primeros hábitos alimentarios se adquieren en el hogar, que, a su vez, los toma como resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes, dentro de los límites establecidos por los recursos económicos disponibles y por la disponibilidad de alimentos. Se busca una combinación entre calidad, cantidad y sabor de alimentos con el propósito de satisfacer las necesidades, preferencias y gustos de los miembros del hogar. Las decisiones que se toman en el núcleo familiar incluyen qué se considera un alimento, a quién se destina, en qué cantidad, cómo y dónde se consume, qué circunstancias deben regir el consumo de alimentos (12).

El nivel socioeconómico influye directamente en las prácticas alimentarias de la familia. Cuanto más pobre el hogar, más predominan los platos colectivos, las sopas y los guisos, que son funcionales a la comensalidad colectiva predominante, al tiempo de la cocinera, a la tecnología de cocción, y a la percepción que los más pobres se hacen de su cuerpo y su lugar en el mundo (16).

Las familias pobres e indigentes dedican mayor tiempo a la comida porque conseguirla, cocinarla o disponer de sobras, al tener poca tecnología, se realizan a costa del tiempo y la energía de las mujeres. Por eso lo que decide el tipo de preparación es el tiempo y las tareas de la mujer-madre-cocinera (16).

Los hogares más vulnerables tienden a una alimentación monótona, compuesta por alimentos que dan mayor sensación de saciedad (fideos, papas, panificados, carnes grasas, y azúcares), económicos y rendidores (16-19).

Esta alimentación aporta altas cantidades de grasas saturadas, colesterol, almidón y azúcares simples, y es deficiente en ácidos grasos esenciales poliinsaturados, vitaminas y minerales como Hierro, Calcio, Vitamina A y Vitamina C, y fibra, principalmente por el bajo consumo de frutas y verduras (19-22).

SITUACIÓN NUTRICIONAL ACTUAL

Actualmente a nivel mundial, se observa de una “doble carga de malnutrición”, que es definida como el aumento simultáneo de sobrepeso y desnutrición. Este fenómeno se da tanto en niños como en adultos, y se asocia a los países en desarrollo, afectando cada vez más a las comunidades vulnerables, aunque se presenta también en países desarrollados (23).

Los países de ingresos medios y bajos son particularmente susceptibles a esta combinación de factores, vinculados a procesos económicos y a cambios en el estilo de vida, lo que da lugar a una dieta excesiva y a enfermedades relacionadas (19).

Cada forma de malnutrición tiene consecuencias graves para la salud de los individuos. A escala mundial, 210 millones de niños sufren de desnutrición, que produce retraso del crecimiento físico, deficiencia en el desarrollo cognitivo, mayor susceptibilidad a infecciones, y también causa un daño económico para la sociedad, en particular por la reducción del potencial de productividad. Por otro lado, 41 millones de niños de todo el mundo tienen sobrepeso, mientras que 1.900 millones de adultos tienen sobrepeso u obesidad. La obesidad es el principal desencadenante de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes tipo 2, hipertensión y algunos tipos de cáncer (24, 25).

La desnutrición aguda ha disminuido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, y se ha reducido la malnutrición crónica en un 62% desde el año 2000, debido a que las políticas de sanidad y desarrollo en materia de alimentación se han centrado en la desnutrición. Sin embargo, la deficiencia de micronutrientes combinada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas está convirtiéndose en un problema que afecta a la mayor parte de la población, como consecuencia de alteraciones bruscas en el estilo de vida marcadas por los cambios en la dieta, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, el estrés y los problemas relacionados con la salud mental (24).

A nivel nacional esta tendencia se repite, lo que se evidencia en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del año 2007. Las problemáticas principales en todos los grupos etáreos, fueron el sobrepeso, la obesidad, la baja talla, y la anemia por deficiencia de hierro (20).

Principalmente en niños de 24 a 60 meses de edad, se observó una prevalencia de obesidad del 9.6% y de baja talla, un 8.2%, según referencias de la Organización Mundial de la Salud (20).

REPRESENTACIONES SOCIALES Y ALIMENTACIÓN

La alimentación es un acto rodeado de factores sociales y psicológicos, influido directamente por un sistema complejo de actitudes, ideas, presupuestos, religión, tabúes, ideas relativas a los beneficios o perjuicios de los alimentos, específicos de cada grupo social. Son múltiples los factores determinantes de la alimentación, destacándose el nivel de ingresos, el acceso y disponibilidad de alimentos, la dinámica intrafamiliar, la información sobre alimentación saludable en las etapas de la vida, la influencia de los medios de comunicación, entre otros (14, 15, 26).

Esto quiere decir que el hecho alimentario no es sólo una respuesta a las necesidades biológicas, a través del consumo de calorías y nutrientes, sino que está estructurado por el contexto social en el que el individuo está inserto (27-30).

Específicamente, la alimentación infantil está condicionada por el ambiente donde el niño se desarrolla. Durante este período, el niño va construyendo un conjunto de representaciones a partir de las informaciones, normas y valores que ha recibido del medio que lo rodea y la sociedad en la que vive. Imita las preferencias alimentarias de familiares, amigos y de personas que ellos consideren modelo para la alimentación, con variados efectos en el patrón de alimentación que pueden contribuir a riesgos para la nutrición y a un compromiso del estado de salud (31,32).

La influencia de la madre es bastante fuerte en esa etapa, porque es ella principalmente quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos (31).

Estudios previos han mostrado una concordancia entre la información recibida por los cuidadores en cuanto a cuidados nutricionales infantiles, incluyendo la alimentación saludable, y los conocimientos impartidos por los efectores de salud, pero difieren marcadamente las creencias y prácticas que finalmente llevan a cabo. Muchas veces la información es recibida, pero la acción resultante depende de la interpretación que cada cuidador dé a esos conocimientos adquiridos (27, 33).

Los diferentes actores sociales señalan como importante distintos aspectos de la alimentación que consideran saludable, sobre todo según la edad (los más jóvenes destacan el crecimiento, y los adultos el estado de salud) y según el sexo (las mujeres priorizan la prevención del sobrepeso, y los hombres el desarrollo de masa muscular) (26).

Además, los cuidadores por lo general señalan una gran influencia del nivel de ingresos en la selección y preparación de alimentos, como condicionante para la elaboración de comidas más saludables desde su punto de vista (26).

La representación social es definida por Moscovici como un conocimiento de la vida cotidiana elaborado a partir de nuestras experiencias, así como de las informaciones, conocimientos, actitudes, íconos e imágenes, que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social (27, 29).

Moscovici también distingue dentro de las representaciones sociales tres dimensiones o componentes, que sirven para su mejor comprensión: la *información*, que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación; las *creencias*, opiniones, jerarquías, organización que toman esos conocimientos; y la *actitud*, que se manifiesta como la acción o práctica efectuada por el individuo, que se dispone más o menos favorable hacia el objeto de la representación (10, 29, 34).

Para poder comprender mejor la dimensión simbólica de la alimentación, se estudiaron las representaciones sociales sobre alimentación saludable que tienen los cuidadores de niños en edad preescolar, que asisten a un jardín de infantes público de Barrio Chingolo de la ciudad de Córdoba.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DE ESTUDIO

Barrio El Chingolo se localiza en la zona noroeste de la Ciudad de Córdoba, a 15 km del Centro de la ciudad. Fue construido por el Estado provincial en el año 2008, surgiendo del traslado de la villa del Kilómetro 8, en el marco de la política habitacional “Mi Casa, Mi vida”, que dio origen, a partir del año 2003, a la conformación de las llamadas ciudades-barrios ubicadas en la periferia de la ciudad (35).

Actualmente está conformado por 31 manzanas y cuenta con calles asfaltadas, alumbrado eléctrico, agua corriente y servicio de recolección de residuos. No posee aún servicio de gas natural. Se subdivide en tres secciones: El Chingolo I, El Chingolo II y El Chingolo III (35).

Las líneas de transporte que lo conectan con el centro de la ciudad son la 41, 36 y 32, de las cuales sólo la línea 36 ingresa al barrio (35).

Entre las organizaciones y establecimientos con los que cuenta el barrio, se pueden mencionar: un Centro de Participación Comunal (CPC) Centro América, donde acceden a la mayoría de los servicios propios del accionar municipal; un Centro de Atención Primaria para la Salud que brinda asistencia sanitaria a las familias que se encuentran bajo su área de cobertura, incluyendo el Chingolo I y II. Las profesiones que conforman el equipo de Salud son: odontología, trabajo social, nutrición, psicología, enfermería, pediatría, medicina general, medicina clínica, ginecología y oftalmología. El CAPS incluyen: el Programa REMEDIAR; Programa ProCorDia; Programa Ampliado de Inmunización (PAI); Programa ProHuerta; Programa Nacional de Salud Escolar; Plan Nacer; Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) (35).

También se encuentra la asociación civil Casa Macuca, que nace en el año 2001 con el objetivo lograr la atención, control y seguimiento de los/as niños/as en riesgo social y acompañar a las familias del barrio en sus múltiples problemáticas, fomentando su empoderamiento para la superación de las mismas. Actualmente funciona frente a la plaza central del barrio, y brinda numerosos programas que fomentan el control y seguimiento de los niños con desnutrición o en riesgo de desnutrición, la expresión artística y deportiva, el apoyo escolar, el reforzamiento del vínculo madre e hijo, y la atención a niños con patologías neurológicas (35, 36).

Las instituciones educativas que se encuentran en el barrio son un Jardín de Infantes, llamado Egidio Cerrito, que recibe niños de las tres secciones de Chingolo; una escuela primaria, llamada Maestro Moyano, que cuenta con turno mañana y tarde, y donde funciona también una escuela nocturna para adultos; y un instituto secundario, IPET 351, que tiene orientación técnica- industrial de gestión estatal. Todas estas instituciones brindan los servicios del Programa de Atención Integral Córdoba (PAICor), que ofrece a los niños y adolescentes escolarizados servicios de desayuno, almuerzo y merienda (35).

El nivel socioeconómico del barrio se caracteriza por una baja escolaridad en los adultos (la mayoría con secundario incompleto), trabajos poco calificados y/o a tiempo parcial (como “changas”, recolección de materiales reciclables, albañilería y tareas domésticas), y existe además una alta proporción de familias beneficiadas por el Programa Asignación Universal por Hijo (35).

PROBLEMA

¿Qué representaciones sociales sobre alimentación saludable tienen los cuidadores de niños preescolares de Barrio el Chingolo en la ciudad de Córdoba, en el año 2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Indagar las representaciones sobre alimentación saludable que tienen los cuidadores de niños que asisten al jardín Egidio Cerrito de Barrio Chingolo durante el año 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los conocimientos sobre alimentación saludable que tienen los cuidadores de niños que asisten al jardín Egidio Cerrito de Barrio Chingolo durante el año 2017
- Describir las creencias sobre alimentación saludable que tienen los cuidadores de niños que asisten al jardín Egidio Cerrito de Barrio Chingolo durante el año 2017
- Caracterizar las actitudes sobre alimentación saludable que tienen los cuidadores de niños que asisten al jardín Egidio Cerrito de Barrio Chingolo durante el año 2017

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada. Esta teoría tiene dos estrategias centrales: el Método Comparativo Constante y el Muestreo Teórico. Se utilizó el diseño emergente, desarrollado por Glaser (1978), que establece la formación de una teoría a partir de los datos obtenidos, que debe poder explicar qué pasó, predecir qué va a pasar e interpretar qué está pasando en un área de investigación específica, y que es modificable con la incorporación de nueva información (37).

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

Se trabajó con los cuidadores, incluyendo padres, madres y personal docente, de niños que asistieron a un Jardín de Infantes de Barrio Chingolo durante el presente año. La definición de la muestra se realizó a través del Muestreo Teórico, seleccionando los casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos o teorías desarrollados. El tamaño muestral se definió por “saturación teórica”, que indica el límite a partir del cual la información adicional no aportará contenido relevante para la construcción de nuevas propiedades a las categorías de análisis (33, 37, 38).

CATEGORÍA DE ANÁLISIS

La variable de estudio es la representación social sobre alimentación saludable, definida como un corpus organizado de conocimientos, cuya función es la elaboración de comportamientos y comunicación entre los individuos, integrándose en un grupo social o una relación cotidiana de intercambios. Para facilitar su interpretación, se descompone el término en tres dimensiones, distinguidas por Moscovici:

- Información: organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un fenómeno, hecho o acontecimiento de naturaleza social. Se indagará acerca de la información recibida por el cuidador sobre alimentación saludable en la infancia.
- Creencias: organización del contenido de una representación, su imagen y su modelo social, en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo o inclusive al interior del mismo grupo. Consiste en la opinión del cuidador sobre la alimentación que tienen los

niños en la actualidad y su hijo en particular, opinión sobre cómo cree que sería una alimentación saludable para los niños.

- Actitud: componente fáctico, aparente y conductual de la representación, que expresa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. En este caso, se tomarán en este contexto las prácticas habituales de alimentación que llevan los cuidadores para con los niños (34).

A partir de los datos recolectados, surgieron Categorías de Análisis que responden a las dimensiones de representación social, para la construcción de teorías sobre las significaciones de alimentación saludable de los cuidadores.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó a través de entrevistas en profundidad, realizadas por las autoras a los cuidadores, tanto de forma individual como grupal (33).

La entrevista en profundidad es un proceso de organización de los hechos y representaciones de la conducta a través de un diálogo social donde sus integrantes interaccionan con el objetivo de crear una relación dinámica donde los temas se van generando libremente (33, 39).

También se trabajó con observaciones participantes, las cuales buscan describir las acciones, los discursos y la vida cotidiana, provista de sus propios significados y significaciones, de un grupo social. El objetivo fue obtener información directamente los contextos en que se producen las interacciones sociales y los intercambios simbólicos. Esta información permite al investigador conocer cómo actúan y cómo interpretan, cuáles son los valores, las creencias y el sentido que le otorgan los actores a sus acciones (37, 39, 40).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los participantes debieron firmar consentimientos informados, que toman los resguardos éticos pertinentes basados en la Declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25.326, las cuales establecen como principio ético la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En todo momento se respetó a la población de estudio, promoviendo y velando por la salud de los mismos.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

El Método Comparativo Constante es propio de la Teoría Fundamentada y se utiliza como análisis de datos. Este método permite establecer una o varias categorías centrales mediante la codificación axial, y sus propiedades a través de la codificación selectiva, para la formación de teorías a partir de los datos recolectados (37, 38).

El proceso de análisis de los datos consiste en:

- Codificación abierta: El investigador genera categorías de información iniciales sobre el fenómeno estudiado segmentando la información. Dentro de cada categoría, el investigador encuentra diversas propiedades, o subcategorías, y busca información para dimensionalizar, o mostrar las posibilidades extremas de la propiedad dentro de un continuum (37).
- Codificación axial: El investigador reúne la información en nuevas formas después de la codificación abierta. Esto es presentado usando un paradigma de codificación o diagrama lógico en el cual el investigador identifica una categoría central sobre un fenómeno (37).
- Codificación selectiva: Es el proceso de elegir una categoría como central, y relacionar todas las demás categorías con esa. La idea central es la de encontrar una línea narrativa que permita escribir un relato que integre las diversas categorías en un conjunto de proposiciones e hipótesis, o sea, construir teoría (37).

Se utilizó el Software de análisis cualitativo Atlas.ti para la codificación de categorías y la formación de redes conceptuales.

Para asegurar la validez y fiabilidad de los datos, en el presente trabajo se utilizó por un lado la triangulación de investigadores/as, que consiste en la observación y posterior intercambio respecto a las entrevistas entre las autoras del trabajo; y por otra se sometieron los materiales del trabajo de campo a una confrontación con la directora y codirectora del trabajo, para reelaborar categorías consensuadas y afinar las interpretaciones acerca de los datos (39).

RESULTADOS

El presente trabajo es el resultado del análisis de las entrevistas realizadas y las observaciones participantes. Se entrevistó a un total de 12 cuidadores de niños que asisten al jardín de infantes, de los cuales 42% corresponden a docentes y 58% madres; todas mujeres. Otras características de la población estudiada aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de las características de la muestra de estudio.

N°	Cuidador	Edad del niño	Encargado de la alimentación	Tipo de familia	Proveedor de ingresos familiares	Estado Nutricional
1	Docente (Sala 4)	-	-	-	-	-
2	Docente (Sala 3)	-	-	-	-	-
3	Docente (Sala 5)	-	-	-	-	-
4	Vicedirectora	-	-	-	-	-
5	Directora	-	-	-	-	-
6	Madre	3	Madre	Extensa	Padre	Normal
7	Madre	4	Madre	Nuclear	Padre y madre	Sobrepeso
8	Madre	5	Madre	Nuclear	Padre	Normal
9	Madre	3	Madre	Monoparental l extensa	Madre	Sin dato
10	Madre	4	Madre	Nuclear	Padre	Normal
11	Madre	3	Madre	Nuclear	Padre	Normal
12	Madre	3	Madre	Nuclear	Padre	Baja talla

Se realizaron dos observaciones participantes en el Jardín de Infantes de Barrio Chingolo, con el propósito de obtener información directamente del contexto en donde se

desarrolló el trabajo, para poder comprender mejor los discursos y significaciones del grupo social. Ambas fueron realizadas en el jardín de Infantes de Barrio Chingolo, en el contexto de reunión de directivos y docentes de la institución, con profesionales del Centro de Salud del Barrio y representantes de la Universidad Católica de Córdoba, en los meses de Julio y Agosto del presente año. Otras características de dichas observaciones son descritas en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de las observaciones participantes.

	Observación 1	Observación 2
Motivo	Difusión y discusión de datos estadísticos sobre el estado de salud de niños del Jardín, relevados durante la realización del Certificado Único de Salud (CUS).	Planeamiento de estrategias e intervenciones futuras en los niños del Jardín y sus familias, basados en los resultados discutidos anteriormente, para mejorar la educación en salud.
Participantes	Directivos y docentes del Jardín de Infantes, Personal del Centro de Salud (Médico, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología, Odontólogo, Oftalmólogo, Lic. en Trabajo Social), Profesoras y alumnas de la Universidad Católica de Córdoba.	Directivos y docentes del Jardín de Infantes, Personal del Centro de Salud (Médico, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología, Lic. en Trabajo Social), Profesoras y alumnas de la Universidad Católica de Córdoba.

La indagación de las representaciones, en este trabajo se centró en la vertiente procesual de Moscovici, que está orientada hacia una postura socio-constructivista. Moscovici reconoce 3 componentes fundamentales en las mismas: información, creencias y actitudes (34).

A partir de estos campos de indagación, se elaboraron las siguientes categorías de análisis.

1. LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONCEPCIONES

Mantener una alimentación saludable a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles. Sin embargo, se ha producido una modificación de los hábitos alimentarios en el último tiempo, principalmente debido al aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida, entre otras causas. Existe un consumo elevado de alimentos hipercalóricos, grasas saturadas, grasas trans, azúcares simples y sodio; sumado, además, a una ingesta insuficiente de frutas, verduras y fibra dietética (41).

La composición de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios (41).

El grupo en estudio señala como concepto de alimentación saludable, una alimentación variada y equilibrada, que incluya grupos de alimentos específicos. Destacan las frutas, verduras, carnes (entre ellas el pescado), los lácteos (específicamente el yogur) y el agua.

Algunas madres nombraron los cereales, harinas y panes como alimentos saludables, mientras que sólo una consideró al pan como no saludable.

“Una alimentación saludable es que contenga una variedad entre vegetales, entre harinas, que sea variada la alimentación para los niños, la carne, el pescado, varias cosas” (Entrevista 9, madre)

Destacan la forma de cocción hervida como apropiada para una buena alimentación.

“Lo mejor es la cosa sana, hervida” (Entrevista 8, madre)

Sólo dos personas se han referido a los nutrientes al definir una alimentación saludable, y señalaron como esenciales las proteínas, hierro, vitaminas y minerales en general, mientras que sobre los hidratos de carbono hay opiniones contrarias.

“Una alimentación saludable es una alimentación completa, con todos los nutrientes que necesita, o sea vitaminas, hierro, carbohidratos, proteínas, recargado de todo. “

(Entrevista 10, madre)

“Una alimentación saludable es aquella (...) que supongo que tiene que ser equilibrada, que tiene que tener vitaminas, proteínas, minerales, que tiene que tener la menor cantidad posible de hidratos de carbono, y grasas” (Entrevista 5, directora)

Cabe destacar que sólo las docentes han nombrado las gráficas de las Guías Alimentarias para la Población Argentina, y aunque se refieran a modelos anteriores y no actualizados, reconocen que una alimentación saludable se basa en estas Guías, como fuente confiable de información (42).

“Que tenga lo básico de la pirámide, que tenga... Ah no, el óvalo es ahora. El óvalo, bue, me quedé en la pirámide, yo estoy con los egipcios. Y, me imagino que sean los alimentos, eh, basados en todo lo que está hoy recomendado por toda la nutrición.”

(Entrevista 1, docente)

En cuanto a los alimentos no saludables, se repitieron los productos azucarados como golosinas (chocolates, alfajores) y gaseosas, salchichas, comida chatarra en general, y criollos. Estos alimentos han sido señalados como aquellos que hay que evitar y reemplazar por opciones más saludables para los niños.

“Darle pan con dulce o darle alguna facturita que me parece que es mucho más sustentador y es mejor que las galletitas de chocolate, que los alfajores, que las golosinas.” (Entrevista 9, madre).

“Y perjudiciales bueno son las calorías vacías, como uno las llama, que son todos esos, golosina, gaseosas, cosas que consumen los chicos que uno les puede dar de vez en cuando pero no sean parte de la alimentación diaria” (Entrevista 10, madre)

Las frituras han sido destacadas como una forma de cocción no saludable, como así también las preparaciones con salsas.

“Las frituras, las comidas chatarras como los lomititos, los sándwiches de milanesas, mucha fritura, muchas papas fritas, muchas... esas comidas son las más que intoxican el organismo a los niños” (Entrevista 9, madre)

“Y, tratar de que los niños tomen agua, que coman frutas, verduras, no tanto salsa y esas cosas que son pesadas” (Entrevista 7, madre)

Sólo un entrevistado menciona las grasas como un nutriente perjudicial, aunque se evidencia la falta de conocimiento sobre los distintos tipos de grasas y su efecto en el cuerpo, ya que nombra las grasas insaturadas como no saludables, lo que puede llegar a generar confusión al momento de aconsejar sobre alimentación.

“Tiene que tener la menor cantidad posible de hidratos de carbono, y grasas ¿no saturadas creo que se llaman? aquellas que son las que provocan el colesterol malo”
(Entrevista 5, directora)

El 78% de los niños que asisten al jardín realizan el almuerzo en la institución, provisto por el Programa de Asistencia Integral Córdoba (PAICor). El 57.14% de las madres entrevistadas refirió que sus hijos son beneficiarios del Programa. Al indagar sobre la calidad de la alimentación que aporta, todos los individuos entrevistados, sobre todo las madres, tomaron como positivo la aceptación que tienen los menús propuestos en los niños, ya que consideran que las comidas servidas forman parte de los hábitos y costumbres que llevan en el hogar. Otra característica positiva señalada es la ausencia de fritura como método de cocción, y la baja cantidad de sal utilizada. Sin embargo, las docentes refieren que las comidas son monótonas, con alta proporción de hidratos de carbono complejos, y bajo aporte de vegetales variados, adjudicando esta situación al bajo presupuesto con el que cuenta el Programa para sustentar el servicio.

“No, no, por lo menos, los chicos lo comen, es lo importante. La cosa fuera si los chicos no les gusta, ahí sería el tema, pero lo comen.” (Entrevista 7, madre)

“La única verdura que yo veo por ahí, es una zanahoria y papa, o el puré de papa y zapallo (...) Para mejor siempre se puede, nunca lo consideré lo peor, o sea, no es malo, los chicos lo comen, es bastante aceptable” (Entrevista 4, docente)

“Las comidas que da el Paicor, son comidas que mantiene medianamente ese equilibrio, no tiene frituras, no tiene condimentos que puedan resultar pesados (...) La mayoría de los guisos son los que comen, cuando es arroz, fideos con salsa y algo de carne, la comen, milanesas más o menos sí (...) nada que tenga que ver con legumbres les gusta, estem, a veces cuando viene alguna cosa que tienen pedacito de zanahoria separan, la zanahoria y lo que sea verde lo separan (...) cuando tiene algo de verdura por lo general no lo comen” (Entrevista 5, directora)

Se ha podido observar que la información con la que contaban las personas entrevistadas, fueron obtenidas de diferentes fuentes. Por un lado, el personal docente refiere que la educación en salud y nutrición forma parte de su formación como profesional, mientras que las madres, en su mayoría, mencionan al personal médico del Centro de Salud del barrio como principal educador y referente de alimentación y salud del niño.

“Nuestro perfeccionamiento se basa en todos los días perfeccionarnos (...) cada vez que tenemos que tocar algún tema de alimentación (...) Y en este jardín trabajamos conjuntamente el CAPS, la Universidad Católica” (Entrevista 3, docente)

“En primer término, cuando yo, este, me preparo como docente, una de las materias tenía que ver un poco con aspectos del desarrollo, y también tenía que ver en tocar el tema (de la alimentación) en términos generales” (Entrevista 5, directora)

“Por lo que dan siempre en la escuela, y aparte cuando iba al médico.” (Entrevista 6, madre)

“Y uno lo aprende y otro, por el nutricionista del centro médico.” (Entrevista 8, madre)

En menor medida, se han nombrado los medios de comunicación, ya sea de organismos oficiales o no, como fuente de información sobre alimentación infantil, y un caso particular de una madre que contaba con estudios universitarios en salud.

“Yo soy de ver muchas, te vas a reír, pero viste los canales de gourmet, de cocinas, sé leer recetas.” (Entrevista 9, madre)

“Y después también a través de los medios, a través de internet, o a través de la lectura, a través de la difusión masiva que hacen desde el propio Estado o de algún organismo, que promueve la buena salud” (Entrevista 5, directora)

“Bueno, del pediatra principalmente, yo tengo tres hijos así que inicialmente del pediatra, lo vine aprendiendo desde allí, después, yo soy estudiante de enfermería de segundo año, entonces uno también va aprendiendo y recolectando información de ahí y bueno, siempre de aprender, de leer de buscar formas.” (Entrevista 10, madre)

De acuerdo con lo postulado anteriormente, se observan grandes similitudes en cuanto a los conocimientos que presentaban la mayoría de los entrevistados. En primer lugar, destacan los grupos de frutas, verduras, carnes y lácteos como alimentos saludables y beneficiosos para la salud, mientras que las golosinas y comidas chatarra en general, son señalados como alimentos no saludables.

Sin embargo, se han evidenciado algunos conocimientos erróneos y ciertas confusiones en cuanto a formas de cocción, ya que en la mayoría de los casos hacían hincapié en el “hervido” como saludable, sin considerar otras formas de preparación o prácticas culinarias también consideradas beneficiosas.

Además, se observó falta de conocimiento en relación a macronutrientes, particularmente con el grupo de las grasas, ya que no se estableció una correcta relación entre grasas saturadas-perjudiciales y grasas no saturadas-favorables, lo cual es significativo ya que se podría instruir a otras personas de forma incorrecta.

En segundo lugar, destaca que la fuente de información principal consiste en el personal de salud del CAPS, tanto del pediatra como de la nutricionista. Además, se observa que el Proyecto de Meriendas Saludables del Jardín se toma como enseñanza, ya que las madres consideran a todos los alimentos incluidos en el mismo como saludables, principalmente el yogurt, la fruta, el pan con mermelada, e incluso las facturas, como señaló una madre en particular, que las consideraba *“más saludable que un alfajor”*.

En la Figura 1 se grafican las redes conceptuales del eje de conocimientos sobre alimentación saludable.

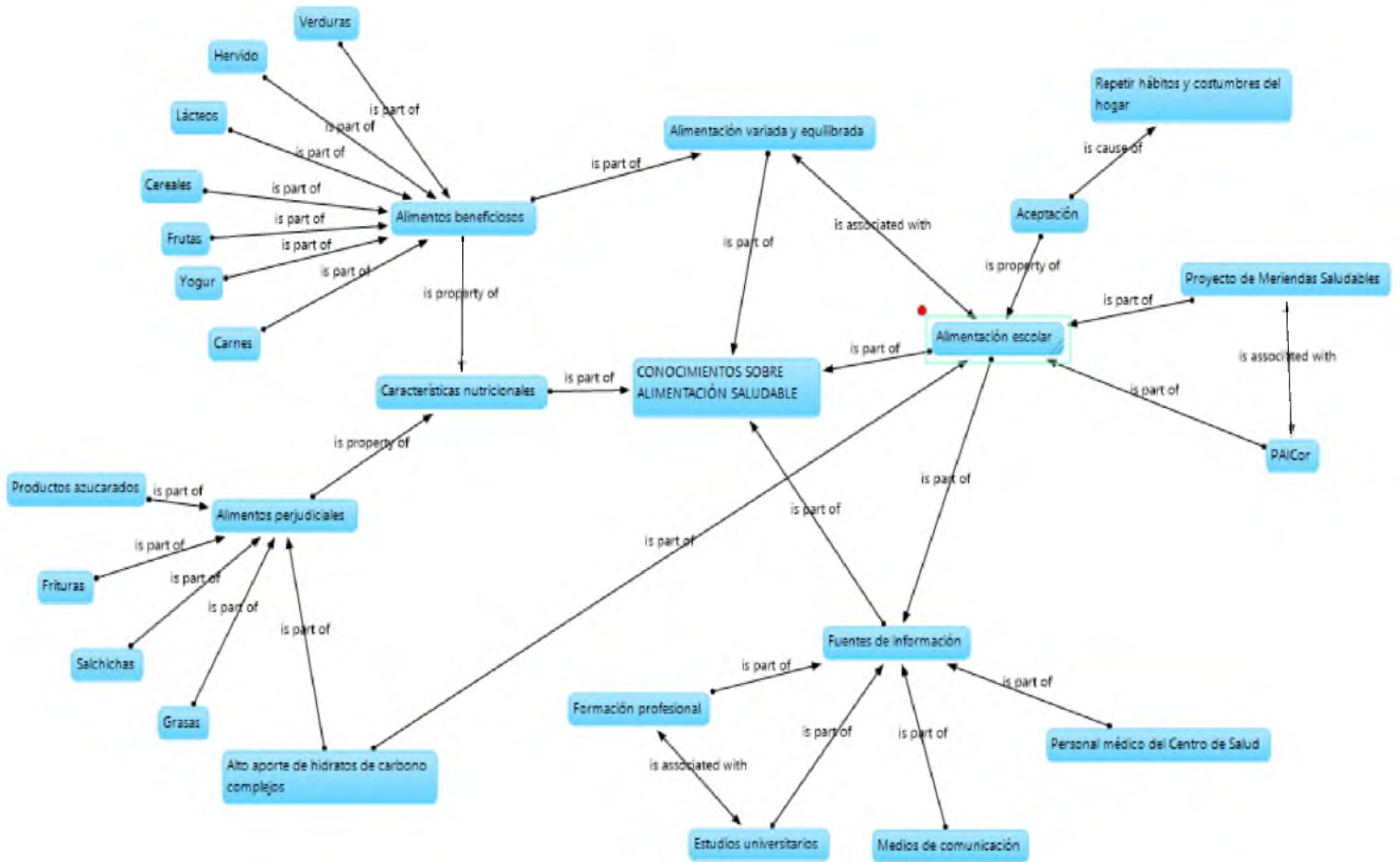


Figura 1. Red conceptual sobre el eje “La alimentación saludable, concepciones”.

2. COMO SE ALIMENTAN NUESTROS NIÑOS EN EL BARRIO

De acuerdo a lo analizado en las entrevistas, los cuidadores refieren que las comidas habituales del hogar suelen incluir guisos, pastas variadas, milanesas, pollo, y sopas de verduras. Las causas de estas elecciones incluyen comodidad y rapidez de las preparaciones, razones económicas, y gusto propio y de la familia.

“De pronto se come demasiado fideo, por ejemplo, ellos, van a ver que los chicos tienen preferencias por los guisos, a base de fideos, y eso está hablando de que es la comida que a veces predomina la mamá, que tiene ver con la capacidad, primero con la capacidad económica, y por ahí también porque, bueno, son las recetas que por ahí

saben, es lo que puede hacer más fácil, es lo que le alcanza el bolsillo” (Entrevista 5, directora)

“Fideos con salsa, guiso, ravioles, ñoquis, pizza, bueno los domingos asado siempre comen asado los domingos, es lo más común. Siempre es un guiso de algo diferente, o de arroz o fideos, o ravioles, ñoquis, milanesas.” (Entrevista 6, madre)

“Nosotros comemos mucha fritura, a ella le gusta mucho el fideo hervido con huevo, así, con una milanesa de pollo le hago” (Entrevista 12, madre)

“El pollo, fideos, fideos en salsa, fideos en todo, con queso, el pollo también lo hacemos por ejemplo en un estofado, con papas, cosas así”. (Entrevista 9, madre)

La influencia del género masculino ha sido referida sólo por una madre. Se observa que aún en cuestiones de las que suelen encargarse las mujeres, como la alimentación, el hombre es quien decide finalmente qué va a consumir su familia. Esta situación coincide con la opinión del personal del Centro de Salud, lo que evidencia que la fuerte influencia masculina es un tema común en el barrio.

“Por gusto, porque mi marido tampoco, él es delicado, guiso no come, tarta de acelga que yo a veces hago no le gusta, entonces comidas más o menos así que coman todos” (Entrevista 12, madre)

“No pasa tanto por la mujer la comida tampoco (...) El hombre llega de trabajar y no quiere verduras” (Observación 2, Lic. en Nutrición)

Entre los alimentos más rechazados y que menos consumen los niños, se encuentran las verduras, específicamente las de hojas verdes.

“Nosotros hicimos zapallitos rellenos y no los quería comer, no, hicimos canelones con acelga y tampoco, la sopa, con caldo verde tampoco quería, nada verde” (Entrevista 6, madre)

“Las verduras, que es lo que me cuesta más inculcar” (Entrevista 9, madre)

Las causas señaladas tanto por las madres como por las docentes, son la falta de costumbre de consumo habitual, y por gustos de los padres que son adquiridos por sus hijos. También se destaca falta de variedad en la preparación de comidas que incluyan verduras como ingrediente principal, por falta de conocimiento, creatividad, y paciencia.

“O no lo probaron nunca, o no lo prueban porque no saben lo que es, no quieren probarlo (...) vos le mostrás una hoja verde, y todos, para ellos es lechuga, no reconocen que hay acelga”. (Entrevista 1, docente)

“No, no le doy, porque a lo mejor de chiquita yo la acostumbré, a lo mejor no le hice verduras y todo eso y entonces ahora ya no le gusta” (Entrevista 12, madre)

“Comerán cosas sanas si están acostumbrados a comer verduras, no comerán esas cosas si en la casa sólo comen salchichas y milanesa” (Entrevista 5, directora)

Además, varias mamás señalan la falta de consumo de leche, y manifiestan preocupación por esta situación, aunque el consumo de yogur sea adecuado, observándose una falta de conocimiento de los aportes de ambos alimentos, y las equivalencias de los mismos.

“La nena mía no toma leche y si o si tengo que comprarle un yogurt”. (Entrevista 8, madre)

“El yogur también, ella se levanta y toma yogur, y si no es yogur toma té con pan, pero lo que es leche no” (Entrevista 11, madre)

Ante el rechazo a un alimento, surgen distintas estrategias para lograr su aceptación. Entre ellos destaca el realizar preparaciones que incluyan vegetales sin que el niño lo note, y así lograr “engañarlo” para que los consuma; agregar chocolate en polvo a la leche, o bien realizar una preparación distinta para el niño, que tenga más aceptación.

“O sea, lo que es verduras, muy poco, pero haciéndoselo en sopa picada, sí, engañándolos lo comen” (Entrevista 7, madre)

“Solamente cuando nosotros hacemos algo que sea zapallito, carne al horno, esas cosas que no quiere comer, entonces hay que hacerle otras cosas” (Entrevista 6, madre)

“Igual que la leche con Nesquik también la toma acá, antes no le gustaba, en mi casa no la tomaba” (Entrevista 12, madre)

Se destaca una preferencia notable de los niños a ciertos alimentos específicos, como el yogur, las frutas como manzana, naranja y banana, golosinas, cereales como fideos y arroz, papa en diversas preparaciones, y productos cárnicos procesados como salchichas.

“Les gusta mucho, ponele, el puré, ensaladas, sopas, polenta, y bueno y fruta, cualquier fruta, te la comen ahí no más lo que es fruta, mucha fruta comen” (Entrevista 7, madre)

“Come sí fruta, más que nada le gusta la banana, la naranja, ensalada de fruta le encanta, la gelatina” (Entrevista 11, madre)

“Y los caramelos, los caramelos porque ellos salen y compran, van a comprar solitos, y comen sin control” (Entrevista 2, docente)

Desde el año 2016, el Jardín de Infantes ha implementado el Proyecto “Meriendas Saludables”, planificado en conjunto con los profesionales del Centro de Atención Primaria de la Salud del Barrio Chingolo y personal docente de la Universidad Católica de Córdoba. El objetivo del mismo era proponer opciones de alimentos saludables para que los niños consuman durante la merienda realizada en horario escolar.

En el presente año, la iniciativa se ha reducido a consumir durante la semana los alimentos aportados por PAICor (Programa de Asistencia Integral Córdoba), que incluyen panes blancos e integrales, acompañados de dulces o mermeladas, y los días viernes los niños tienen la oportunidad de llevar un alimento, ya sea yogur o frutas, para consumir en la institución.

“Institucionalmente establecimos que los chicos comieran en la merienda y en el desayuno algo que verdaderamente fuese lo más saludable que estuviese a nuestro alcance y que se aprovechara lo más que se pudiera todo lo que sea, lo que el Paicor les da (...) eso nos llevó a decidir que todos iban a comer pan francés con dulce de leche y mermelada que creíamos que era lo más accesible y lo que traen casi todos los días que traen facturas y otros pancitos con semillitas y las chicas (docentes) han implementado

comprar con el aporte de las mamás, porque no gastarían nada, cereales y les traen para comer por ejemplo los días viernes, y les traen tutucas o bueno de la variedad de copos de maíz y demás que son cereales y que son ricas, y eso en la merienda o el desayuno”

(Entrevista 5, directora)

“Se la dan los viernes, tienen que traer o un yogur... diferente merienda, un viernes yogur, un viernes fruta, un viernes cereal” (Entrevista 6, madre)

El proyecto contó con el apoyo de los padres, que lo ven como una opción de reemplazo saludable, sustanciosa y económica; y la aceptación de los niños, ya que son alimentos de su agrado y habituales en su vida cotidiana.

“No me costó adherirme, porque es una cuestión de los niños, o sea si el niño se adapta, nos adaptamos nosotros porque si no les costó a ellos, menos nos va a costar a nosotros.” (Entrevista 8, madre)

“Darle pan con dulce o darle alguna facturita que me parece que es mucho más sustentador y es mejor que las galletitas de chocolate, que los alfajores, que las golosinas.” (Entrevista 9, madre)

Las entrevistadas refieren que el hecho de homogeneizar las meriendas permite que no haya distinción entre los niños con distinto poder adquisitivo. La propuesta de la merienda permite, además, que formen el hábito de compartir con aquellos compañeros que menos tienen, o que no pueden adquirir los alimentos solicitados.

“A mí me parece bien, porque hay veces que uno no tiene para darle la merienda y esto lo ayuda a uno como papá” (Entrevista 8, madre)

“Hay veces que no todos tienen para traer, entonces se trae una fruta de más para compartir, así que, para que todos coman lo mismo, para que ninguno quede afuera.”

(Entrevista 7, madre).

En este punto, se observan discordancias entre los grupos de alimentos que los entrevistados consideran como saludables y los que señalan como perjudiciales, y los hábitos alimentarios que llevan sus niños en el hogar. Aparecen las frituras, las golosinas,

los guisos y salsas, a pesar que la mayoría los señala como preparaciones que hay que evitar para llevar una buena salud. Además, se evidencia un bajo consumo de vegetales, aunque haya sido el grupo de alimentos más nombrado como saludable.

Las prácticas alimentarias que llevan a cabo en sus hogares, se ve fuertemente influenciada por sus culturas y costumbres, y en gran medida, por lo que desea o no comer el hombre del hogar, aumentando el consumo de hidratos de carbono y disminuyendo el de fibras proveniente de las hortalizas y cereales integrales. Así también, el conocimiento o lo que los cuidadores referían considerar como “saludable”, es limitado, lo cual, a la hora de elegir qué alimento cocinar, aparecían otros factores como la economía, las preferencias, el tiempo, entre otros, que condicionan dicha práctica.

La Figura 2 muestra las relaciones referidas anteriormente.

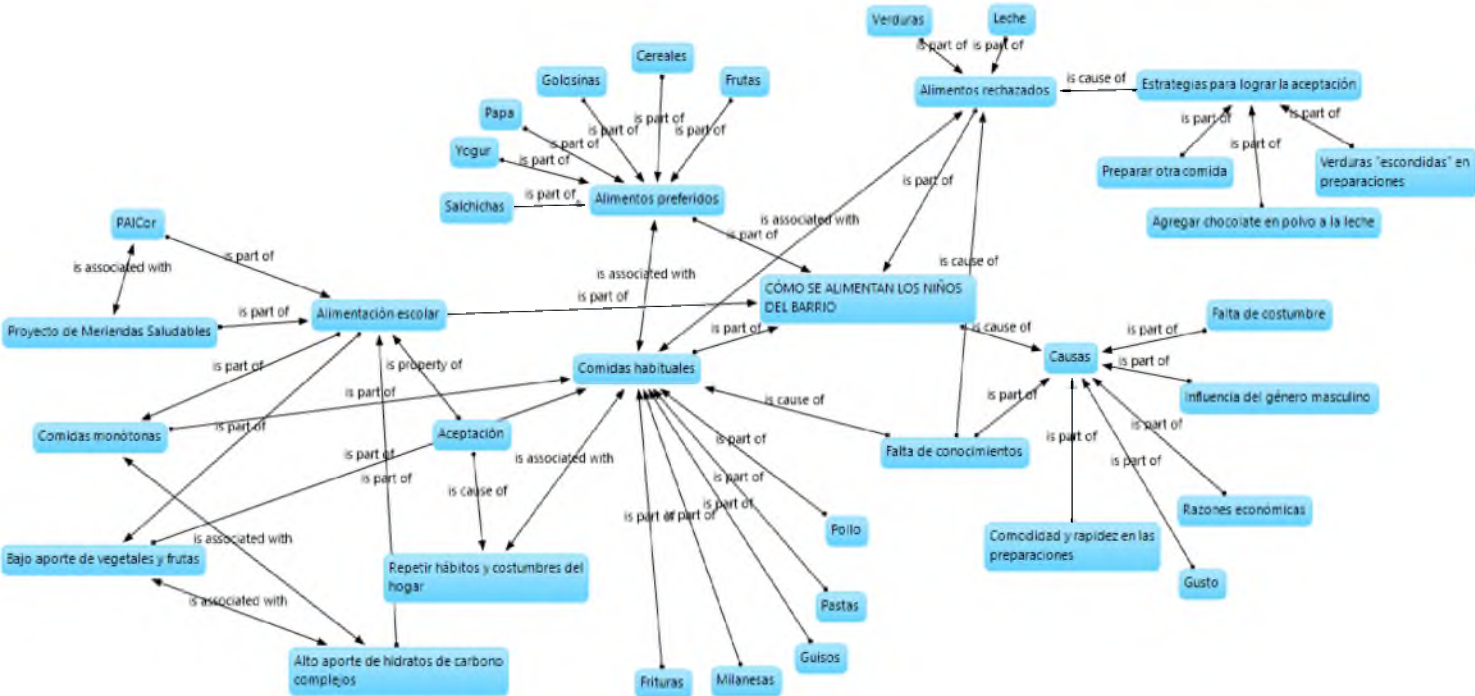


Figura 2. Red conceptual del eje “Cómo se alimentan nuestros niños en el barrio”.

3. IMPACTO DE LA ALIMENTACIÓN EN LA SALUD

De acuerdo a los datos obtenidos en investigaciones realizadas en la misma institución en años anteriores, se observa una tendencia al predominio de la malnutrición por exceso respecto al déficit, que se ha mantenido en valores entre 35% y 42% desde 2014 al 2016 (43).

En la actualidad, el porcentaje de niños que presentan sobrepeso u obesidad, es de un 37% del total de niños que asisten al Jardín, superando el promedio nacional de 31.5% (20, 44).

En cuanto a la malnutrición por déficit, los porcentajes indican prevalencias mucho menores que el exceso de peso: entre 9% en el año 2016 y 5% en 2017 (43, 44).

Esta situación es advertida por el personal docente y de salud del barrio.

“Hay más sobrepeso que desnutrición en realidad” (Entrevista 1, docente)

“Comen más hidratos de carbono y por eso hay sobrepeso, sino no se daría (...) No hay casos de desnutrición, y si hubiese, no es por falta de alimentos o por ser de familias con problemas económicos, sino porque bueno, hay otros factores que hacen que el niño no suba de peso o no coma lo suficiente pero no porque haya un problema social en el medio” (Entrevista 5, directora)

Sin embargo, de acuerdo a las concepciones de los entrevistados, se observan opiniones contrarias en cuanto a ambos extremos de malnutrición. Algunas madres refieren que el exceso de peso es sinónimo de salud, debido a que la desnutrición es considerada como enfermedad que requiere tratamiento.

“Otras veces decís ‘Ay, qué lindo el niño que está gordito, qué bonito’ y por ahí, atrás de eso tiene otra cosa que más bien es para llevarlo a ver que lo puedan tratar desde chico (...) Porque un niño gordo no es un niño sano, un niño bien comido tampoco es sano, porque a lo mejor está bien, eh, come, está fuerte pero no tiene los nutrientes suficientes para el crecimiento” (Entrevista 3, docente)

“La desnutrición infantil conmueve, nos une, hacemos campañas. La obesidad infantil parece que no” (Observación 1, Psicólogo)

“Me parece que la desnutrición es peor que la obesidad.” (Entrevista 7, madre)

En contraposición, otras madres consideran que el sobrepeso y la obesidad conllevan consecuencias más graves en la salud de los niños y que persisten en la vida adulta.

“El sobrepeso afecta más porque después les cuesta, y tienen más problemas los chicos con el sobrepeso”. (Entrevista 6, madre)

“Y el sobrepeso que les agarra muchas enfermedades, la diabetes, todas esas cosas”
(Entrevista 12, madre)

Sin embargo, se observa una falta de conocimiento en cuanto a los conceptos de sobrepeso y desnutrición, y las consecuencias de cada una, que podría estar relacionado con la forma en que se educa sobre la salud infantil, tanto en ámbitos educativos como en asistenciales.

E: ¿Conoce lo que es el sobrepeso y el bajo peso? ¿Lo ha escuchado?

M: Sí, cuando subís... no, no entiendo

E: El sobrepeso...

M: Claro, cuando sube de peso, y cuando baja.

E: ¿Sabe si tiene alguna implicancia en la salud o si afecta la salud?

M: No, no.”

(Entrevista 11, madre)

“La desnutrición creo que es cuando pasan hambre, y cuando no toman mucha agua también, y la obesidad, bueno, es cuando comen de más, hay chicos que comen todo el

tiempo, todo el tiempo, y eso también les afecta. Creo yo que les afecta y les hace mal”

(Entrevista 7, madre)

Sólo dos madres se han referido al bajo peso como experiencia propia, ya que su hijo ha sido diagnosticado en edades tempranas; sin embargo, aun así el nivel de entendimiento sobre la condición es bajo.

“Bueno mi hija estaba en tratamiento porque ella estaba bajo peso, así que yo la tengo en tratamiento acá” (Entrevista 12, madre)

“Desnutrición personalmente yo tengo mi nena de 2 años es muy flaquita, al año de ella, me dijeron que estaba bajo peso y que le tenía que dar bastante, bueno muchas frutas, que la banana, pero ella siempre comía, siempre comió de todo, fue muy variada para comer, desnutrición no sé cómo la definiría porque mi hija por ejemplo ella siempre comió bien, bastante, pero siempre fue flaquita y en punto me decían que era muy flaca para la edad que tenía, entonces no, desnutrición sinceramente no tengo un concepto general porque como que me mareo” (Entrevista 9, madre)

Se ha descrito anteriormente que la alimentación cotidiana de los niños del Jardín, está basada en variedad de guisos, pastas y milanesas, y con baja o nula inclusión de vegetales. Dichas prácticas, eran consideradas por ciertos cuidadores como no saludables, refiriendo como importante en la alimentación del niño, las verduras y las frutas, primeramente, y luego las carnes y los lácteos.

Este tipo de preparaciones conduce a una alimentación monótona, a base de hidratos de carbono y grasas, que influye directamente en el estado nutricional y de salud de los niños, debido al exceso de consumo de dichos macronutrientes y carencia de fibras, vitaminas y minerales, aunque esta situación no sea advertida por los cuidadores-padres como condicionantes del estado nutricional de los niños.

La Figura 3 describe cómo se relacionan las concepciones que surgen en el presente eje.

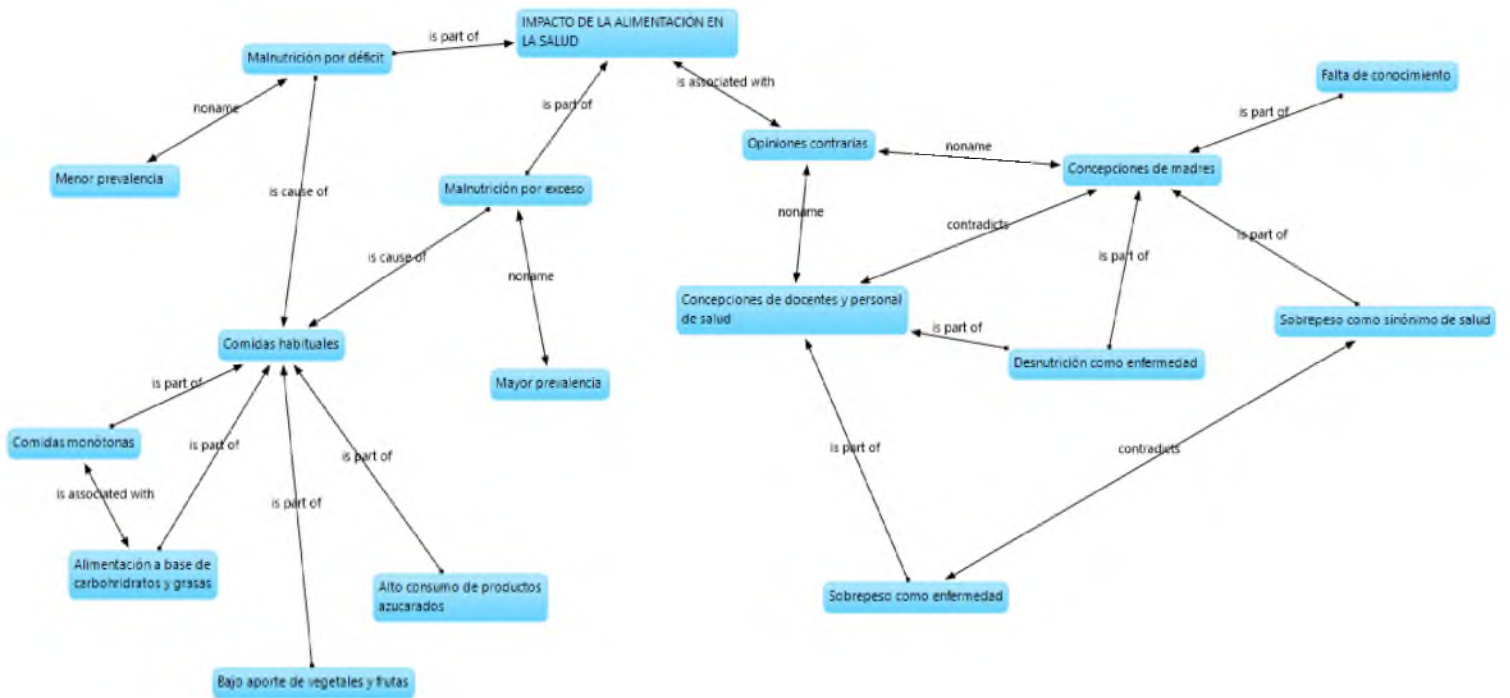


Figura 3. Red conceptual sobre el eje “Impacto de la alimentación en la salud”.

La siguiente figura relaciona los tres ejes presentados sobre las representaciones de alimentación saludable de los cuidadores entrevistados.

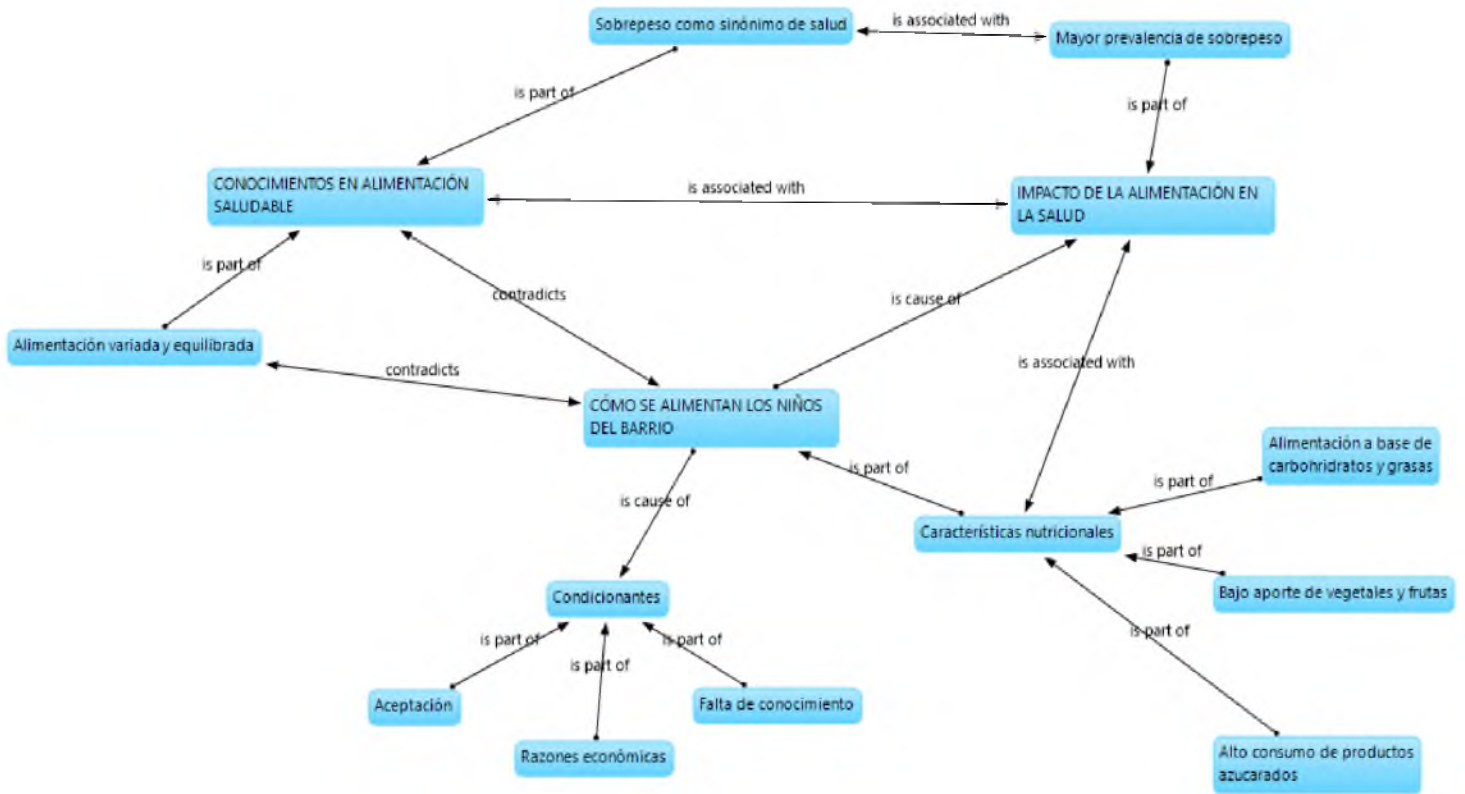


Figura 4. Red conceptual sobre los tres ejes de representaciones sobre alimentación saludable.

DISCUSIÓN

1. LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONCEPCIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas, tanto las madres como las docentes definieron a la alimentación saludable como aquella que aporta variedad de alimentos y mantiene un “equilibrio” de los mismos. Al indagar sobre los grupos de alimentos que consideran favorables para la salud, todos los entrevistados coinciden en la importancia de las frutas y verduras en la alimentación diaria, seguido por los lácteos, carnes y cereales, en menor medida.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en estudios previos realizados en México y Colombia, lo que muestra la universalidad del concepto de “alimento saludable” que acompaña al grupo de frutas y verduras, aunque la población general no reconozca sus propiedades específicas o sus beneficios a la salud. En la población escolar entrevistada en Chile, la situación es similar, ya que, si bien reconocían los alimentos beneficiosos, tenían dificultades para explicar el porqué de sus respuestas (26, 27, 45).

En un estudio realizado en Calarcá, Colombia, donde se estudiaron los factores de riesgo de malnutrición en niños, en relación a los conocimientos y conductas de los padres, se encontró que en las personas que no consideraban a las frutas y verduras dentro de los tres grupos de alimentos más importantes en la alimentación infantil, había una prevalencia mayor de bajo peso y talla para la edad, demostrando entonces que los conocimientos de los cuidadores tienen una fuerte influencia en el estado nutricional de los niños (46).

En contraposición, los alimentos referidos por la población de estudio como no saludables coinciden con las investigaciones de México y Bucaramanga, señalando principalmente las golosinas y gaseosas, por sus efectos negativos tanto en el estado nutricional como en la salud bucal de los niños; y la comida “chatarra”, por su alto contenido en grasas (26, 27).

Los niños escolares y los docentes estudiados en México no consideraron las formas de cocción de los alimentos como determinantes de una alimentación saludable, al

contrario del presente estudio, donde las madres han destacado las frituras como perjudiciales y las preparaciones hervidas o al horno como favorables para la salud (27).

Se observa que la fuente de información predominante sobre alimentación infantil de las madres entrevistadas fue el personal de salud del Centro de Atención Primaria del barrio, tanto médicos pediatras como nutricionistas, similar a lo referido por la población de estudio de Calarcá, donde el 63% reciben esta información en instituciones de salud. Por el contrario, las docentes obtienen sus conocimientos sobre alimentación saludable de su propia formación profesional (46).

2. COMO SE ALIMENTAN NUESTROS NIÑOS EN EL BARRIO

En la población entrevistada, surgen como comidas de consumo habitual los guisos, pastas, milanesas y pollo, y en menor medida, preparaciones a base de verduras.

Las causas han sido poco desarrolladas en el presente estudio. Principalmente las docentes se han referido a la falta de costumbre y conocimiento en el seno familiar, en cuanto a elaboración de comidas variadas y que incorporen vegetales de forma cotidiana. Otros estudios sugieren la marcada influencia de los medios de comunicación en los hábitos y preferencias alimentarias, tanto de niños como de adultos, por sobre los conocimientos que puedan poseer sobre las características saludables o no saludables de los alimentos (45, 47).

Patricia Aguirre, en su análisis socioantropológico de la obesidad en las poblaciones vulnerables, establece que no son los conocimientos en salud los que condicionan las comidas de los pobres, sino la capacidad de compra y las estrategias de consumo. Esto significa, que, aunque la población conozca las ventajas de una alimentación armónica, variada y equilibrada, va a elegir alimentos que le permitan obtener el mayor rendimiento económico posible, por lo que su alimentación se torna monótona, con alto contenido de carbohidratos, grasas y azúcares. Estos alimentos se integran bien a su patrón habitual de consumo y satisfacen su apetito, aunque les impida gozar de una nutrición adecuada (48).

Los principales alimentos preferidos por la población infantil del barrio fueron el yogur, las frutas, las golosinas y gaseosas, y los productos cárnicos procesados, mientras que los más rechazados fueron las verduras, principalmente de hojas verdes, y la leche.

En otros estudios realizados en niños escolares se encontraron resultados similares, y se destaca la contradicción entre las concepciones de los cuidadores acerca de la alimentación saludable, y finalmente las prácticas que llevan a cabo en sus hogares, tal como lo observado en el presente estudio (26, 49, 50).

Además, se ha observado que las madres vinculan la alimentación escolar, tanto lo otorgada por PAICor como por el proyecto Meriendas Saludables, con una buena alimentación para sus hijos, basada en la aceptación y el gusto de los mismos, sin considerar la calidad nutricional de los alimentos.

Esto refleja, en coincidencia con el estudio realizado en México, la “naturalización” de los conceptos y categorías de lo “saludable” o “nutritivo” como verdades incuestionables, relacionada principalmente al grupo de frutas y verduras, y a la alimentación en el ámbito escolar (27).

3. IMPACTO DE LA ALIMENTACIÓN EN LA SALUD

La mayor prevalencia del exceso de peso en niños con respecto a las distintas formas de desnutrición es una tendencia que se observa tanto a nivel nacional como local, y se expresa también en la población del presente estudio (20).

La concepción que tiene la población entrevistada varía según el lugar que posea en la sociedad. Los docentes y profesionales de salud del barrio, en coincidencia con un estudio realizado en San Pablo, reconocen al sobrepeso y obesidad como una problemática en aumento, y consideran oportuna la intervención en edades tempranas, para prevenir cualquier forma de Enfermedad Crónica consecuenta (51).

Las madres, en cambio, tienen opiniones encontradas, pero en general tienen poco conocimiento de los conceptos y consecuencias tanto del sobrepeso y obesidad, como de la desnutrición.

Está generalizado el concepto de la naturalización del exceso de peso en poblaciones vulnerables, como sinónimo de fortaleza y salud, evidenciado en un estudio realizado en Ohio, donde las madres utilizaban otras palabras para referirse al sobrepeso y obesidad, tales como “rellenito”, “fuerte”, “de huesos grandes” (16, 52).

Esto podría estar relacionado con una distorsión de la percepción materna del estado nutricional de sus hijos. Tal como muestra un estudio realizado en Puerto Natales, Chile, el 41,48% de las madres tienden a subestimar el exceso de peso en sus hijos, mientras que, en Asunción, Paraguay, 20 de 26 niños con sobrepeso, han sido percibidos como adecuados, y ningún niño obeso fue percibido como tal. Además, se evidencia una menor percepción del exceso de peso asociada a un bajo estrato social, menores ingresos económicos y menor grado de instrucción materna. Esto refuerza el concepto de que el sobrepeso o la obesidad son patrones de normalidad para las poblaciones vulnerables (53, 54).

En el presente estudio, si bien se observa una tendencia a la creencia de la relación del exceso de peso con la salud infantil, no se ha indagado la percepción materna del estado nutricional de los niños, por lo que es oportuno considerar este parámetro en futuras investigaciones, ya que dicha percepción tendría un efecto importante en el estado nutricional infantil, y además es útil para mejorar la efectividad de las intervenciones realizadas en el barrio, ya que los esfuerzos para intentar modificar la prevalencia de exceso de peso tienden al fracaso si los cuidadores no reconocen si sus hijos tienen sobrepeso (53).

CONCLUSIÓN

La alimentación infantil es un fenómeno complejo, determinado por múltiples condiciones, entre ellas culturales, familiares, económicas, sociales. La manera en que los niños preescolares se alimentan, determina la formación de hábitos alimentarios que persistirán en la vida adulta y contribuyen a su estado nutricional.

Las representaciones sociales sobre alimentación saludable de los cuidadores de los niños, en sus dimensiones de conocimientos, creencias y actitudes, comprenden la dimensión simbólica que los mismos otorgan a la alimentación infantil, que determinará finalmente lo que el niño consume y sus preferencias alimentarias. Aunque, como algunos autores han desarrollado, las condiciones económicas y sociales muchas veces determinan más fuertemente los hábitos alimentarios familiares.

Los conocimientos de los cuidadores coinciden en reconocer a las frutas, verduras, carnes y lácteos como saludables y esenciales en la alimentación de los niños, mientras que los alimentos azucarados, productos cárnicos procesados y frituras son señalados como perjudiciales para la salud.

Sin embargo, en contraposición a los conocimientos, la alimentación habitual en los hogares carece principalmente de verduras, y las preferencias de los niños tienden hacia las golosinas, pastas y productos procesados, rechazando los vegetales y lácteos.

Si bien los cuidadores reconocen cuáles son los alimentos saludables para sus niños, los resultados muestran que hay deficientes conocimientos en cuanto formas de preparación atractivas para incorporar los alimentos beneficiosos, que usualmente son rechazados.

La alimentación a nivel escolar, además, para lograr la aceptación de los alumnos, suele reproducir estas comidas y formas de preparación, por lo que se refuerzan los hábitos incorporados en el hogar, haciendo que sea más difícil modificarlos.

La percepción materna en cuanto al estado nutricional de los niños también condiciona el modo en que se visualizan las problemáticas de malnutrición en el barrio,

por lo que se requiere una intervención educativa más profunda para modificar el paradigma y disminuir la prevalencia de las mismas.

Se puede concluir, por lo tanto, que las prácticas alimentarias no pueden atribuirse solamente a un problema de educación, sino también, de acceso a los alimentos adecuados, influenciado por cuestiones económicas, culturales y sociales.

Los resultados obtenidos conforman una base para futuras investigaciones, con el objetivo de comprender mejor las causas y significaciones de las representaciones visualizadas, para lograr el propósito de mejorar el estado nutricional de los niños del barrio, y prevenir las consecuencias de la malnutrición desde edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez JC, Armaiz MG. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. *Investigaciones Sociales*. 2007;11(19):387–392.
2. Aliño Santiago M, Navarro Fernández R, López Esquirol J, Pérez Sánchez I. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Rev Cubana Pediatr* 2007; 79(4).
3. González Jiménez E., Aguilar Cordero M. J., García García C. J., García López P., Álvarez Ferre J., Padilla López C. A. et al. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutr. Hosp* 27(1): 177-184. Feb 2012.
4. Osorio E. Jessica, Weisstaub N. Gerardo, Castillo D. Carlos. Development of feeding behavior in childhood and its alterations. *Rev. chil. nutr*; 29(3): 280-285. Dic 2002
5. Lorenzo J, Guidoni ME, Díaz M, Marenzi MS, et al. *Nutrición del niño sano*. Ed. Corpus. Rosario, 2007.
6. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. *Guías Alimentarias para la Población Infantil. Consideraciones para los equipos de Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
7. Del Pozo Machuca J, Hidalgo Vicario MI, De la Flor i Brú J, Silva Rico JC, et al. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2011; XV(4): 351-368.
8. Abeyá Gilardon EO, Del Pino M, Di Candia A, Fano V, et al. El desarrollo del niño. Una definición para la reflexión y la acción. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo, Sociedad Argentina de Pediatría. *Arch.argent.pediatr* 2004; 102(3)
9. Busdiecker S, Castillo C, Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev. chil. pediatr*. Ene 2000
10. Pérez IA. *La teoría de las representaciones sociales*. Cuba, Marzo 2007.
11. Macias AI, Gordillo LG, Camacho EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Universidad Autónoma del Estado de México, México. *RevChilNutr* Vol. 39, N°3, Septiembre 2012.

12. García M, Pardío J, Arroyo P, Fernández V. Dinámica Familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. Época II. Vol. XIV. Núm. 27, Colima, junio 2008, pp. 9-46*
13. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Nutrición infantil. Madrid, Acta Pediatr Esp. 2006; 64(11): 554-558.*
14. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Representations by Caregivers, Teachers, and Children on Food, Nutrition, Health, and School Breakfast Contributions for the "ESNUT" Nutritional Stabilization Program. *Investigación y Educación en Enfermería. Julio de 2016;34(2).*
15. Freidin B. Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Salud Colectiva. Dic 2016;12(4):519.*
16. Aguirre P. Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres. *Estrategias domésticas de consumo en el área metropolitana de Buenos Aires. 2000.*
17. Aguirre P. Ricos flacos y gordos pobres: la alimentación en crisis. *Capital intelectual Buenos Aires; 2004.*
18. Aguirre P. *Estrategias de consumo: que comen los argentinos que comen. No. 392.81 338.1098212. e-libro, Corp., 2005.*
19. Peretti ML, Romero MM, Rovetto A. Obesidad en la Pobreza. Prácticas y representaciones asociadas a esta patología en sectores de bajos recursos. *Invenio: Revista de investigación académica. 2009;(23):81-94.*
20. Durán P, Abeyá Gilardon EO, Aguirre P, Beccaria L, et al. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Archivos argentinos de pediatría 107.5 (2009): 397-404.*
21. Britos S, Pueyrredón P, ODonnell A. ¿Cómo comen los niños entre 1 y 4 años de Argentina? (extractado del libro *Comer en una edad difícil: 1 a 4 años*, CESNI, agosto 2006). [en línea] Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/183-comocomenlibro.pdf>
22. Abeyá Gilardon EO, Calvo EB, Durán P, Longo E, et al. *Evaluación del Estado Nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 1ra Edición. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009*

23. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Nota descriptiva N°4 [en línea]. OMS, Mayo 2017. [Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/4_doble_carga.pdf]
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Programa Mundial de Alimentos. El costo de la doble carga de la malnutrición. CEPAL, WFP. Abril, 2017.
25. Rodota L, Castro ME. Nutrición clínica y dietoterapia. No. 613.2. Waltham Centre for Pet Nutrition, 2012.
26. Gómez GEP, Gamboa EM, García MLJ. Representaciones sociales sobre alimentación saludable en población vulnerable Bucaramanga, Santander. Colombia. REVISTA SALUD UIS 2006;38(3).
27. Théodore FL, Bonvecchio Arenas A, Blanco García I, Carreto Rivera Y. Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México. Salud colectiva. 2011;7(2):215–229.
28. Parales Quenza CJ. Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. UniversitasPsychologica. 2006;5(3):613–626.
29. Andreatta MM. La alimentación y sus vínculos con la salud desde la Teoría de las Representaciones Sociales. Diaeta. 2013;31(142):42–49.
30. Vélez LF, Gracia B. La selección de los alimentos: una práctica compleja. Colombia. ColombMed 2003;34:92-96
31. Restrepo SL, Gallego MM. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. Universidad de Antioquia, Colombia. Boletín de Antropología 2005;19(36)
32. Denegri M, Keller A, Ripoll M, Palavecinos M, Delval J. La construcción de representaciones sociales acerca de la pobreza y desigualdad social en la infancia y adolescencia. Psykhe. 1998;7(2):13-24.
33. Scruzzi GF, Lucchese M. Prácticas de cuidado nutricional infantil, representaciones de cuidadores nutricionales y efectores de salud. Revista de Salud Pública (XX), Nov 2016;3:32-47
34. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara. Athenea digital. México 2002.
35. Bognanno PV, Córdoba SC. La construcción social del estado nutricional en las infancias [Tesis]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición; Julio 2016.

36. Portal de Casa Macuca [Página principal en Internet], Córdoba: 2017 [fecha de consulta 19 junio 2017]. <http://www.casamacuca.com.ar/>
37. Vasilachis de Gialdino I, editor. Estrategias de investigación cualitativa. 1. ed. Barcelona: Gedisa Ed; 2006. 277 p. (Biblioteca de educación Herramientas universitarias).
38. Schettini P, Cortazo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa. 1a ed. La Plata:Universidad Nacional de La Plata, 2015.
39. Campoy Aranda TJ, Gomes Araújo E. Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. Ed EOS, 2009:273-300.
40. Yuni J, Urbano C. Mapas y Herramientas para conocer la escuela Investigación Etnográfica e Investigación Acción. Córdoba, Argentina: Ed. Brujas 2005.
41. Organización Mundial para la Salud. Alimentación sana. Nota descriptiva N° 394 Septiembre de 2015 [en línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
42. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina, Buenos Aires 2016.
43. Scruzzi GF, Tumas N, Franchini G, Cebreiro CR, Villafañe H, Ulloque J, et al. Salud y hábitos alimentarios de niños preescolares a partir de una intervención intersectorial, Córdoba, 2014-2015. XVII Jornada de Investigación Científica JIC 2016, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2016; Supl (1). Córdoba, 2016.
44. Scruzzi GF, Tumas N, Rodriguez Juyent C, Villafañe H, Franchini G, Cebreiro C et al. Practicas alimentarias, actividad física y uso de pantallas en preescolares que asisten a un jardín público, Córdoba 2017. En: Libro de Resúmenes de XVIII Jornadas de Investigación Científica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, 2017.
45. Crovetto M, Zamorano N, Medinelli A. Estado nutricional, conocimientos y conductas en escolares de kinder y primer año básico en 3 escuelas focalizadas por obesidad infantil en la comuna de Valparaíso, Chile. Rev Chil Nutr Vol. 37, N°3, Septiembre 2010.
46. Londoño Franco A, Mejía López S. Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de

- estrato bajo en Calarcá. Rev. Gerenc. Polit. Salud 8 (15): 77-90. Colombia, Junio 2009.
47. World Health Organization. Marketing of food and non-alcoholic beverages to children: Report of a WHO Forum and Technical Meeting. Oslo, Norway, 2006.
 48. Organización Panamericana de la Salud. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Publicación Científica No. 576. Washington, D.C. OPS, 2000.
 49. Sánchez-García R, Reyes-Morales H, González-Unzaga M. Preferencias alimentarias y estado nutricional en escolares de la Ciudad de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014; 71(6): 35-366.
 50. Vio F, Salinas J, Lera L, González C, Huenchupán C. Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. Rev Chil Nutr Vol. 39, N°3, Septiembre 2012.
 51. Costa da Silva J, Sarubbi V, Nascimento V, Bertoli C, Gallo P, Leone C. Mothers' conceptions about excess weight in infancy and the nutritional status of their children. Clinics 2016; 71(9):500-505.
 52. Jain A, Sherman S, Chamberlin L, Carter Y, Powers S, Whitaker R. Why Don't Low-Income Mothers Worry About Their Preschoolers Being Overweight? Pediatrics Vol. 107 No. 5. May 2001.
 53. Bracho F, Ramos E. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? Revista chilena de pediatría, 78(1), 20-27. Chile, 2007.
 54. Cabrera Rojas N, Rolón Arambulo R, Garcete Mañotti L, Sanabria M, Arredondo M, Pizarro F. Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. Pediatr. (Asunción), Vol. 40; N° 3; Diciembre 2013; pág. 235 – 240.

ANEXOS

ANEXO I: GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA

- Información sobre alimentación saludable:

¿Alguna vez recibió información sobre alimentación infantil? ¿De quién provino?

¿Cómo le dijeron que tiene que ser la alimentación de los niños?

- Creencias sobre alimentación saludable

¿Qué opina sobre la alimentación que tienen los niños en la actualidad? ¿Y qué opina acerca de la alimentación de su hijo?

¿Cómo cree usted que sería una alimentación saludable para los niños?

- Actitudes sobre alimentación infantil

¿Qué come habitualmente su hijo?

¿La alimentación de su hijo es diferente a la del resto de la familia? ¿Por qué?

ANEXO II: GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. Nombre del observador
2. Grupo a observar
3. Actividad a realizar
4. Objetivos de la actividad
 - 4.1. Metas a lograr
 - 4.2. Descripción general de la actividad
5. Campo temático o problemático en cuestión
6. Aspectos a observar
7. Descripción de la observación
8. Conclusiones

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Esta es una entrevista que forma parte del Proyecto de Investigación “Tendencias en el perfil de Salud de niños que asisten a un jardín de infantes público de la ciudad de Córdoba, en el contexto de una intervención intersectorial, 2016-2018” de la Universidad Católica de Córdoba, que se lleva a cabo en el Jardín Egidio Cerrito de Barrio Chingolo, con el objetivo conocer las representaciones sociales en cuanto a alimentación de la población escolar de dicho barrio. La información que esta entrevista provea sobre la situación nutricional de los niños, servirá para procurar una mejor situación de salud y nutrición.

La entrevista será grabada para poder extraer la mayor cantidad de datos de la misma. Se garantizará el secreto estadístico y la confidencialidad de los datos que proporcione, exigidos por ley.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio, la cual consiste en responder a una serie de preguntas sobre conocimientos, creencias y actitudes sobre alimentación y nutrición del niño y su entorno.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria. Agradecemos desde ya su valiosa colaboración.

Le solicitamos, si está de acuerdo en participar, que complete con su nombre y el de su hijo las líneas a continuación, colocando además la fecha y firmando en la parte final:

Yo _____, en mi carácter de Madre / Padre / Tutor de _____ habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar del mismo.

Fecha: _____

Firma: _____