

Revista de

Ciencias de la Salud



FUNDACIÓN H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Publicación oficial
del
Instituto Universitario
de
Ciencias de la Salud
Fundación H A Barceló

VOLUMEN I

1

PRIMAVERA
2010

EDICIONES DE LA
GUADALUPE

ISSN E/T

En este número

- **Avances de la Medicina**
- **Actitudes alimentarias en escolares**
- **La reforma del Sistema de Salud en Estados Unidos**
- **Cáncer de Cuello Uterino, Detección precoz y Papanicolaou**
- **Arte y Salud**

Ciencias de la Salud - Volumen 1 - número 1 - 2010 - Bs. As. - Argentina



DIRECCIÓN

Hugo Arce

CONSEJO EDITORIAL

Diana Gayol

Leandro Rodríguez Ares

Silvina Tognacca

Elisa Schürman

Rocio Cabaleiro

DIRECCIÓN EDITORIAL

Iris Uribarri

COORDINACIÓN, ARTE Y DISEÑO

Yamila Alé

COMITÉ REVISOR

• EN ARGENTINA

Dr. Carlos Álvarez Bermúdez

Dr. Alejandro Barceló

Lic. Diego Castagnaro

Dr. José Fuentes Oro

Lic. Norma Guezikaraían

Dr. Gerardo Laube

Dr. Víctor Martínez

Lic. Hebe Perrone

Dr. Cándido Roldán

Dr. Ricardo Znaidak

• EN ESTADOS UNIDOS

Dr. Gregorio Koss

Dr. Francisco Tejada

Imagen de tapa
Intervención sobre una obra
de Vassily Kandinsky
Composición VIII
(1923)

Museo Guggenheim
Nueva York

La revista **Ciencias de la Salud**
es una producción trimestral de

**EDICIONESDELA
GUADALUPE**

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

Ciencias de la Salud



PREVENCIÓN 3

- **Cáncer de cuello uterino**
Detección precoz y
Papanicolaou
Javier Graziani



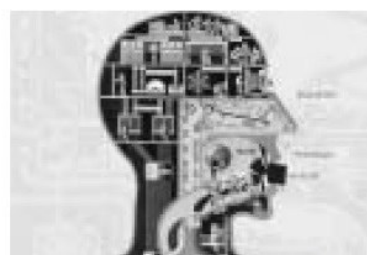
MAGISTRALES 23

- **Avances de la medicina**
en los últimos 75 años
Eliás Hurtado Hoyo



NUTRICIÓN 6

- **Actitudes alimentarias**
en escolares
Norma Guezikaraian,
Élida Oharriz



ARTE Y SALUD 36

- **Lectura recomendada:**
Una patobiografía con
vuelo literario
Elisa Schürmann



ACTUALIDAD 15

- **La reforma del Sistema de**
salud en Estados Unidos
Hugo Arce

Y además:

Editorial 2

Héctor Barceló

La Biblioteca 35

End Paper 40

Foto-homenaje
Info Barceló

Actitudes alimentarias en escolares, con potencial riesgo de desarrollar obesidad

ESCRIBEN

N. I. Guezikaraian
É. Oharriz

Departamento de Ciencias Básicas y Nutrición, Carrera de Licenciatura en Nutrición, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló



RESUMEN

Introducción: La Obesidad es en la actualidad una cuestión epidemiológica que alcanza entre un 30% y hasta un 60% el sobrepeso en la población mundial, por esta razón nos interesó conocer qué grado de alteraciones en cuanto a actitudes frente a la alimentación, presentan los niños en edad escolar, ya que éste es un factor predictivo de sobrepeso u obesidad futura.

En nuestra cultura la obesidad en el púber y adolescente tiene además conno-

taciones discriminativas que dificultan su socialización y posibilidades laborales, de proyección sobre su calidad de vida, consolidación del esquema corporal y riesgo de alteraciones en la conducta alimentaria.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue

- Establecer la relación entre las actitudes alimentarias alteradas halladas y el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad en 148 escolares de 9 a 13 años,

de ambos sexos, explorando tendencias del patrón de consumo.

- Determinar el estado nutricional a través de indicadores antropométricos e identificar actitudes alimentarias y de la imagen corporal.
- Analizar registros alimentarios para establecer patrón de consumo según grupos de alimentos, y frecuencia de consumo de alimentos con alto contenido de ácidos grasos saturados. Se calcularon promedios y frecuencias para las distintas variables.

Resultados: El 38% de los varones y el 27% de las mujeres resultaron con sobrepeso u obesidad. Tanto la asociación de dieta alta en grasa saturada y bajo porcentaje de alimentos protectores (AP), como dietas altas en kcal y alto % de alimentos protectores resultó con diferencias significativas ($p < 0.05$). La dieta alta en grasa saturada y en kcal no resultó significativo ($p > 0.05$).

El 47% consume entre 3 y 4 veces por semana comida "chatarra".

Conclusiones: Las actitudes alimentarias alteradas y el riesgo potencial de desarrollar sobrepeso y obesidad futura, según el patrón de consumo y aspectos cognitivos que presentan los niños evaluados, coincide con otras poblacio-

nes estudiadas. Con respecto a la imagen corporal no se observaron altos porcentajes negativos.

Palabras clave: antropometría, evaluación nutricional, patrón de consumo alimentario, alimentos protectores, valor calórico total, ácidos grasos saturados y ácidos grasos monoinsaturados.

ABSTRACT

Title: Abnormal Eating Attitude in schoolastic with potencial risk to develop overweight or obesity.

Objective: To research on the abnormal eating attitude in conection with: risk to develop overweight or obesity, food pattern, cognitive aspects and value of food condition.

Methodology: Records, questionnaires and polls in children on 9 to 13 year old of Australia School, City of Buenos Aires were annalyzed in certain period of time establish the abnormal eating attitude features of these children in order to connect them with some specific cognitive aspects and wiyh the development of overweight or obesity. The average and frequency for each variable were calculatued.

Results: 38% of men and 27% of women were found to be overweight.

Linkage on diets high in saturated fat and low in protective meals as well as diets high in both kilocalories and protective food resulted in significant differences ($p < 0.05$).

A diet high in both, saturated fat and kilocalories was not significant ($p > 0.05$). 47%, consumed junk food, 4 times weekly.

Conclusions: In associations with normal weight as well as overweight with fat consumption, greater than 30% of caloric value, an altered pattern was found, with higher incidence in children of normal weight and consumption of protective meals with saturated fat, exhi-

bit statistically significant results.

Key words: Anthropometry, nutritional evaluation, pattern of food consumption, protective meals, acid saturated fat and mono-saturated, total caloric value.

INTRODUCCIÓN

La Obesidad es en la actualidad una cuestión epidemiológica que alcanza entre un 30% y hasta un 60% el sobrepeso en la población mundial, por esta razón interesa conocer el grado de alteraciones en cuanto a actitudes frente a la alimentación presentan los niños en edad escolar, ya que este podría ser un factor predictivo de sobrepeso u obesidad futura.

En nuestra cultura la obesidad en el púber y adolescente tiene además connotaciones discriminativas que dificultan su socialización y posibilidades laborales, de proyección sobre su calidad de vida, consolidación del esquema corporal y riesgo de alteraciones en la conducta alimentaria.⁽¹⁾

En cuanto a la imagen corporal, la insatisfacción de la misma es común entre adolescentes, y es más intensa en las jóvenes obesas. Muchas sienten que sus cuerpos son feos y despreciables y que son vistas por los otros con hostilidad y desprecio. No hace diferencia que la persona sea talentosa o inteligente, su peso es su única preocupación y ve el mundo desde esa perspectiva. Esto puede afectar de manera adversa la calidad de vida de un individuo.^(2,3)

En cuanto al patrón alimentario de consumo se refiere al porcentaje de alimentos protectores (AP) presentes en su alimentación.

Se definen de esta manera a alimentos como: lácteos, huevos, carnes, hortalizas, frutas, cereales, legumbres y aceites vegetales, que protegen al organismo de enfermedades por carencia.

Estudios que muestran alto consumo de grasas, o sea más del 35% del valor calórico total y de ese porcentaje más del 20% de grasa saturada (alto consumo de hamburguesas, salchichas, alfajores, chichitos, papas fritas, mayonesa y otros, muestran cómo inciden el tipo de macronutrientes en la percepción de señales de saciedad y hambre.^(4,5)

El consumo de grasa en la dieta infantil está influida por múltiples factores, uno importante es el estilo de alimentación familiar. A pesar de que en general los niños cuando hay disponibilidad de comida, pueden regular sus conductas en función de obtener una ingesta adecuada, los padres que aplican prácticas alimentarias más controladoras, tienen niños con más dificultades para desarrollar conductas reguladas por las demandas fisiológicas.⁽⁶⁾

En un estudio realizado en 192 niñas de 5 a 7 años de edad, sobre prácticas alimentarias restrictivas, se observó que comer en ausencia de hambre fue moderadamente estable a lo largo de un período de 2 años para la mayoría de las niñas. En las niñas con alta ingesta de snacks en ausencia de hambre se encontraron 4.6 veces mayor probabilidad de tener sobrepeso en ambas edades comparadas con el grupo de baja ingesta de snacks.^(7,8) En los seres humanos las señales de saciedad inducidas por las grasas pueden ocurrir contemporáneamente con hiperfagia hipergrasa. Se ha comprobado en estudios en adultos, que el peso diario en grasas de alimentos consumidos y el ranking de apetito era relativamente consistente a lo largo de los tratamientos, resultando en una ingesta más alta de energía con aquellos alimentos más ricos en grasas. El consumo de kcal de los alimentos ricos en grasas fue mayor que el de los bajos en grasas, independientemente del tamaño de la porción.^(6,9)



La incorporación de nutrientes y la regulación de sus límites implica una determinada organización nerviosa.

Una regulación central es la del funcionamiento hipotalámico, extrahipotalámico y sus sistemas neuroquímicos y neuroendócrinos.

Existe una regulación desde la periferia, información que recibe el hipotálamo consciente e inconsciente, y es muy probable que existan algunos otros mecanismos no explorados hasta el momento, que en definitiva conducen a la homeostasis del peso corporal, esto también influido a través de los fundamentales y muy complejos sistemas de regulación de la termogénesis.

Por otra parte en el ser humano, la organización de la ingesta, una función que se pensaría que es innata, requiere sin embargo de experiencias organizativas de aprendizaje con la madre en los comienzos de la vida, así como posteriores interacciones continuas con el medio familiar y escolar. Esto es conocido desde hace tiempo.⁽¹⁰⁾

El síndrome metabólico es el resultado directo del exceso de grasa que se acumula en la región abdominal y que lleva a la producción de sustancias que frenan la acción de la insulina. Está demostrado que quienes lo padecen tienen un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar diabetes tipo II. Esta resistencia a la insulina se ha observado en niños obesos de 5 años y a partir de los 7 y 8 años se hacen más frecuentes los

restantes factores que definen al síndrome metabólico como la hipertensión arterial, colesterol HDL y triglicéridos elevados, como consecuencia de dietas ricas en grasa saturada.^(7, 11, 12)

Los mayores esfuerzos se deben poner en la prevención de la obesidad infantil. Eso se logra estimulando la lactancia materna, hábitos adecuados de alimentación desde el sexto mes de vida, cuando se empiezan a incorporar otros alimentos, y la actividad física. La obesidad como epidemia debe considerarse como un problema a nivel de la salud pública. La escuela, es el ámbito adecuado para promover la actividad física y dar pautas de una alimentación variada, con alto consumo de vegetales y reducción de las grasas saturadas.^(13, 14, 15)

La característica global de la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe, es el producto del aumento de la expectativa de vida, la reducción de las tasas de mortalidad en los diferentes grupos de edad para la mayoría de las enfermedades transmisibles, la inversión de la situación nutricional con una importante disminución de la desnutrición infantil y un aumento de la obesidad en todos los grupos de edad, un fenómeno visible sobre todo en los estratos socioeconómicos más bajos.^(13, 16, 17, 18)

El objetivo de este trabajo es relacionar el potencial riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad con el patrón de consumo alimentario- indagando alimentos protectores e ingesta de grasas-, con:

sensación de hambre, saciedad- y con el estado nutricional - bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad- e imagen corporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recolectaron datos antropométricos de peso, talla y encuestas alimentarias de 148 niños de ambos sexos de entre 9 y 13 años de edad, que asisten a la Escuela República de Australia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se realizó el diagnóstico nutricional a través de indicadores antropométricos peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad según porcentaje de adecuación y mediante el diagnóstico del estado nutricional del software Nutri 1.3, en tanto que el registro alimentario de 48 horas, patrón de consumo, cantidad grasa saturada, porcentaje de grasa del valor calórico total y kilocalorías (kcal.) totales se analizaron con el programa 4 Leyes.

La encuesta alimentaria se realizó mediante modelos fotográficos de alimentos presentados en porciones estandarizadas en gr. y en gr/unidad. La composición química de los alimentos fue analizada según tablas de Cenexa y tablas de Empresas Alimentarias. Los mismos permitieron establecer el patrón de consumo y el cuestionario para detectar actitudes alimentarias.

Las variables seleccionadas fueron:



edad, sexo, peso, talla, patrón de consumo, porcentaje de alimentos protectores, estado nutricional según sexo, porcentaje de grasa total, kilocalorías totales, actitudes alimentarias (hambre y saciedad) e imagen corporal.

Todos los datos fueron obtenidos a través de encuesta alimentaria, registro de alimentos de 48 horas y cuestionarios, en tanto que el peso y la talla fueron medidos durante la etapa de recolección de datos con balanza tipo CAM con altímetro incluido.

Para las variables edad, peso y talla, kcal y alimentos protectores (a lácteos, carne, huevos frutas y verduras frescas) según sexo se calculó la media, mediana, desvío estándar y rango. Con respecto a kcal totales consumidas en relación a: porcentaje de grasa del valor calórico total, porcentaje de alimentos protectores, porcentaje de ácidos grasos saturados y monoinsaturados y porcentaje de alimentos protectores en relación a porcentaje de ácidos grasos saturados y monoinsaturados, se buscaron diferencias mediante la prueba de Chi cuadrado.

Para las pruebas estadísticas utilizadas, se consideró como significativo a todo valor ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Los 148 niños se distribuyen según sexo y edades de entre 9 y 13 años (gráfico1), en tanto que la tabla 1 muestra los resul-

Gráfico1

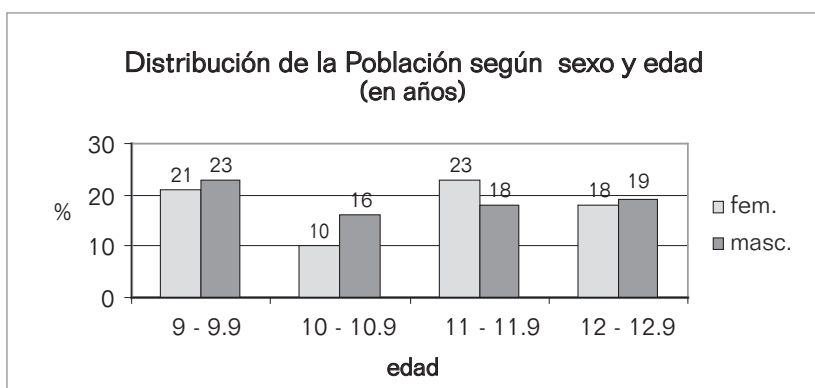
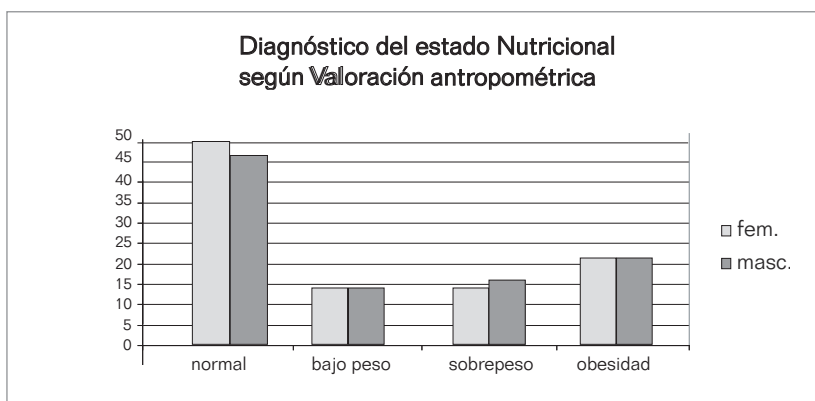


Tabla 1

	Media		Desvío estándar		Mediana		Rango	
	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
Edad (años)	11.1	10.99	1.14	1.195	11.2	10.84	9.30-13.9	9.01-13.1
Peso (Kg)	39.9	40.01	10.39	10.67	40	40	24-65	15-70
Talla (cm)	142.8	145	11.35	10.49	143	145	120-168	118-170
Alimentos protectores	21.22		12.31		19		0-71	
Kilocal	1809		566.8		1779		338-4220	

Gráfico 2





tados obtenidos de media, desvío estándar, mediana y rango de edades, peso y talla, alimentos protectores y kilocal.

El estado nutricional evaluado a través de la medición antropométrica peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad, dio como diagnóstico de normalidad un 50% de las mujeres y 47% de los varones, bajo peso 14% en las mujeres y 14% para los varones, con sobrepeso el 14% en mujeres y el 17% en varones, en tanto que 22% de mujeres y 22% de varones son obesos, lo que resulta en un total de 31% con sobrepeso y 44% con obesidad. (Gráfico 2)

La encuesta realizada refleja que el 62% de los niños a veces come con hambre, el 30% siempre come con hambre y el 8% nunca come con hambre.

El 27% se da cuenta cuando tiene poca hambre, el 40% se da cuenta cuando tiene algo de hambre y el 33% cuando tiene mucha hambre.

En cuanto a estar satisfecho con lo consumido el resultado fue que 8% nunca lo está, 35% a veces lo está y 57% está siempre satisfecho.

En cuanto al consumo de lo considerado comida chatarra por su alto contenido de grasas saturadas, alcanza un promedio del 47% siendo esta la mayor frecuencia con lo que los niños lo hacen, o sea entre tres y cuatro veces por semana. La encuesta de imagen corporal

Tabla 2

Actitud

Actitud frente a la comida	%	Nº de respuestas
poco hambre	27	40
algo de hambre	40	59
mucho hambre	33	49
Totales	100	148

Imagen

Imagen corporal	%	Nº de respuestas
Me gusta mucho	48	71
Me gusta poco	45	67
Me gusta nada	7	10
Totales	100	148

Consumo

Consumen 4 veces por semana	%	Nº de respuestas
Panchos	65	96
Hamburguesas	25	37
Papas fritas	40	59
Alfajores	47	69
Snacks	49	76
Facturas	58	83



Gráfico 3

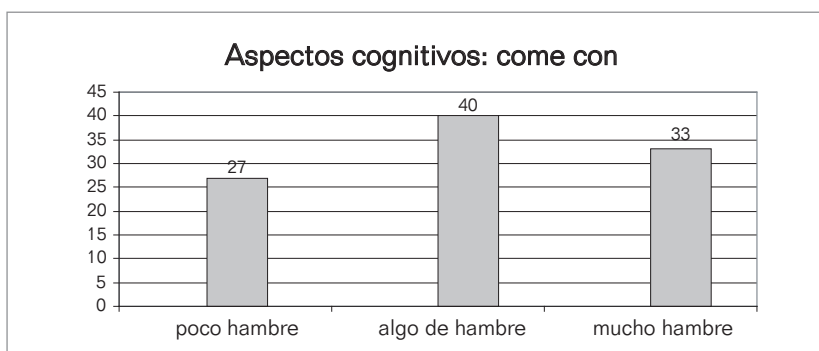


Gráfico 4

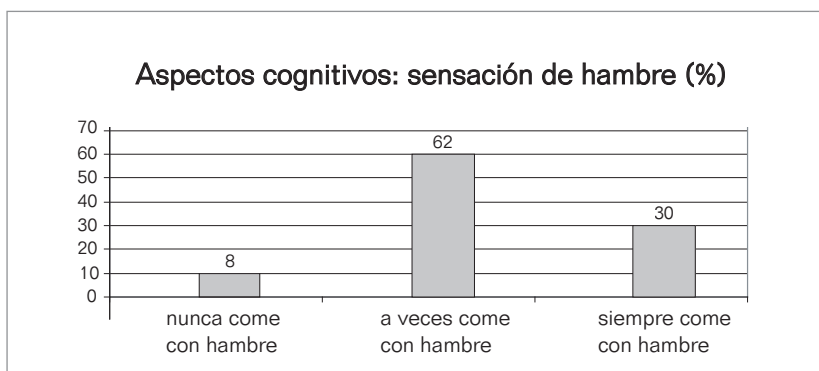
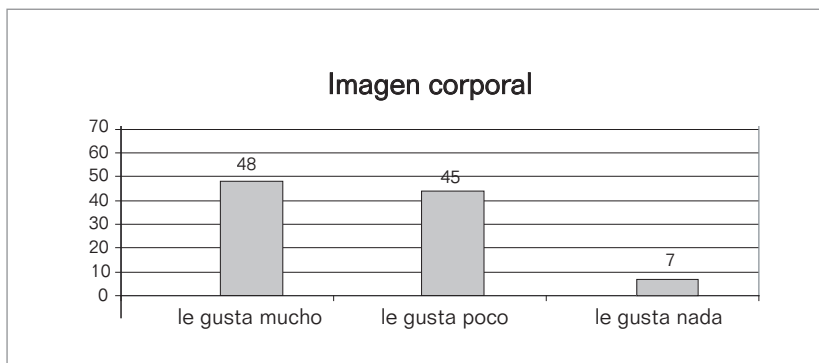


Gráfico 5



ral mostró que al 9% de los niños no le gusta nada su cuerpo, al 43% le gusta algo y al 48 % le gusta mucho. (Tabla 2, gráficos 3, 4, 5, 6)

Al diferenciar diagnóstico nutricional normal y sobrepeso-obesidad y el consumo mayor del 30 % del VCT representado por las grasas, se observaron patrones alterados con predominio en los niños de peso normal. Estas diferencias resultaron altamente significativas ($p < 0.05$). (Cuadro I)

La asociación de % AP alimentos protectores (adecuado mayor igual al 30% y % grasa saturada (mayor al 10% del VCT) de la dieta resultó altamente significativo ($p < 0.05$). (Cuadro II). La relación kcal con porcentaje de alimentos protectores, también resultó significativa ($p < 0.05$). (Cuadro III). El resto de las asociaciones: kcal con porcentaje de grasa total del VCT y kcal con porcentaje de grasa saturada, no resultó estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos a partir de la población estudiada, observamos que el estado nutricional evaluado a través de la medición antropométrica peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad, dio como diagnóstico de normalidad un 50% de las mujeres y 47% de los varones, bajo peso 14% en las mujeres y 14% para los varones, con sobrepeso el 14% en mujeres y el 17%

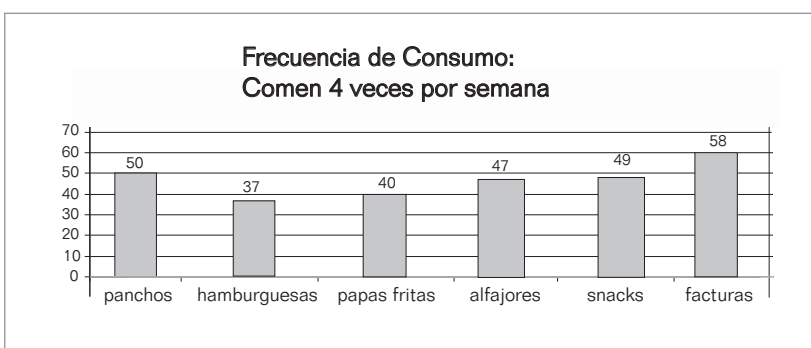


en varones, en tanto que 22% de mujeres y 22% de varones son obesos, lo que resulta un total de 31% con sobrepeso y 44% con obesidad, la distribución coincide con otras poblaciones estudiadas.^(13,19,20, 21)

La encuesta realizada para detectar aspectos cognitivos refleja que el 62% de los niños, a veces come con hambre, el 30% siempre come con hambre y el 8% nunca come con hambre. El 27% se da cuenta cuando tiene poca hambre, el 40% se da cuenta cuando tiene algo de hambre y el 33% cuando tiene mucha hambre. Está satisfecho con lo consumido 8% nunca, 35% a veces y 57% siempre, no encontramos porcentajes comparables en las citas pertinentes al tema.^(8, 22, 23)

Los resultados de la imagen corporal dieron un 9% no le gusta nada, 43% le gusta poco y al 48% le gusta mucho su cuerpo, a diferencia de otros trabajos en donde la correlación es inversa^(21,24) en otros trabajos hubo igual porcentaje.^(25,26) En cuanto al consumo de lo considerado comida chatarra por su alto contenido de grasa saturada, se expresa un promedio del 47% siendo de la mayor frecuencia con lo que los niños lo hacen, o sea entre tres y cuatro veces por semana. Los alimentos protectores (AP) deben componer el más del 30% del valor calórico total, la media fue del 21,22 y el rango entre 0 y 71, no hallamos literatura para poder comparar este patrón,

Gráfico 6



en tanto que las kcal. ingeridas por los niños resultó con una media de 1809 y rango de 338 y 4220.

Al diferenciar diagnóstico nutricional normal y sobrepeso-obesidad y el consumo mayor del 30% del Valor calórico total representado por las grasas, se observaron patrones alterados con predominio en los niños de peso normal. Estas diferencias resultaron altamente significativas ($p < 0.05$).

La asociación de porcentaje AP alimentos protectores (adecuado mayor igual al 30% y porcentaje grasa saturada (mayor al 10% del VCT) de la dieta resultó altamente significativo ($p < 0.05$). La relación kcal con porcentaje de alimentos protectores, también resultó significativa ($p < 0.05$).

El resto de las asociaciones de kcal con porcentaje de grasa total del VCT y kcal con porcentaje de grasa saturada, no resultaron estadísticamente significativas.

Cuadro 1

Dieta con más del 30% de grasa del VCT	Peso Normal	Sobrepeso Obesidad
Sí	60	44
No	12	11
X^2	57.51	P: 0.001

Cuadro 2

Dieta con más del 10% de grasa saturada VCT	Alto % AP	Bajo % AP
Sí	26	74
No	0	26
X^2	7.004	P: 0.008

Cuadro 3

Dieta con % alto de AP	Altas kcal	Bajas kcal.
Sí	9	22
No	66	52
X^2	6,071	P: 0.014



En la Argentina, el exceso de peso ha alcanzado niveles epidémicos, entre niños y adolescentes, los especialistas no dudan en relacionar al síndrome metabólico, con lo que constituye un paso previo a la próxima epidemia.⁽¹¹⁾

Un reciente estudio de investigadores argentinos revela que uno de cada dos niños y adolescentes obesos padece el síndrome metabólico o X. Si tomamos en cuenta que entre el 6 y el 7% de la población infantil y adolescente argentina tiene obesidad, podemos decir que alrededor del 3% padece este síndrome. El síndrome metabólico, es el resultado directo del exceso de grasa que se acumula en la región abdominal y que lleva a la producción de sustancias que frenan la acción de la insulina. Está demostrado que quienes lo padecen tienen un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar diabetes tipo II.

Esta resistencia a la insulina se ha observado en niños obesos de 5 años y a partir de los 7 y 8 años se hacen más frecuentes los restantes factores que definen al síndrome metabólico como la hipertensión arterial, colesterol HDL y triglicéridos elevados, como consecuencia de dietas ricas en grasa saturada.^(7, 11, 12)

Los mayores esfuerzos hay que ponerlos en la prevención de la obesidad infantil. Eso se logra estimulando la lactancia materna, hábitos adecuados de alimentación desde el sexto mes de vi-

da, cuando se empiezan a incorporar otros alimentos y la práctica de actividad física. La obesidad como epidemia debe considerarse como un problema a nivel de la salud pública. La escuela es el ámbito adecuado para promover la actividad física y dar pautas de una alimentación variada, con alto consumo de vegetales y reducción de las grasas saturadas.^(14, 15, 23)

Consideramos que este estudio tiene utilidad para conocer algunas características de los escolares en nuestro medio, lo que posibilita seguir profundizando el estudio transversal de esta población y plantear nuevas inquietudes a través de estudios longitudinales.

CONCLUSIONES:

El estado nutricional evaluado a través de la medición antropométrica peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad, dio como diagnóstico de normalidad un 50% de las mujeres y 47% de los varones, bajo peso 14% en las mujeres y 14% para los varones, con sobrepeso el 14% en mujeres y el 17% en varones, en tanto que 22% de mujeres y 22% de varones son obesos, lo que resulta un total de 31% con sobrepeso y 44% con obesidad.

La encuesta realizada para detectar aspectos cognitivos refleja que el 62% de los niños a veces come con hambre, el 30% siempre come con hambre y el 8%

nunca come con hambre. El 27% se da cuenta cuando tiene poco hambre, el 40% se da cuenta cuando tiene algo de hambre y el 33% cuando tiene mucho hambre. Nivel de lo consumido: 8% nunca, 35% a veces y 57% siempre.

En cuanto al consumo de lo considerado: comida chatarra, principal objetivo de este trabajo por su alto contenido de grasa saturada, un promedio del 47% de los niños consume entre tres y cuatro veces por semana. La media de consumo de alimentos protectores fue del 21,22 y el rango entre 0 y 71, en tanto que las kcal ingeridas por los niños resultó con una media de 1809 y un rango de 338 y 4220.

En las asociaciones: diagnóstico nutricional normal y sobrepeso-obesidad y el consumo mayor del 30% del Valor calórico total representado por las grasas, se observaron patrones alterados con predominio en los niños de peso normal y en consumo de % AP alimentos protectores y grasa saturada, se hallaron resultados estadísticamente significativos.

Si bien las características de la población coinciden con estudios previos, para que los resultados referidos a las diferencias halladas en las asociaciones sean concluyentes, se requiere aumentar el número de niños para que pueda considerarse representativo de nuestra población.



AGRADECIMIENTOS

Al Sr. Director de la Escuela República de Australia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Hugo Sardella, docentes, padres y especialmente a los niños que colaboraron para poder realizar nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Braguinsky J., Markman C y Katz M. Una señal de alarma: el aumento de la prevalencia de la obesidad. *Nutrición Clínica*, 1995, 2:29-32.
- 2) Beck A. Weishaar M.: Cognitive Therapy. En: Freeman A y col.(eds). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. J Consult. Clin Psychol 1988.56:491-501
- 3) Rand C. Macgregor A. Morbidly obese patients perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *South Med J*.1990;83 .1390- 1395
- 4) Anderson JB, Shuster TA, Hansen KE, Levy AS, Volk A, Film of the consumer`s handling food behavior. *JADA* 2004, Vol 104 N°2 161-165
- 5) Bousier E, Bowen D, Meischke H, Moinpour C, Evaluation of the strategys used by the persons who have the responsibility of making the familiar meal for estímulate healthful habits. *Apetite* 2004,Vol 42 N°2 :44-50
- 6) Devitt AA, Matte RD, Effects on human beings of portion`s size and its energetic density intake. *Apetite* 2004, Vol. 42 N° 2: 91-95
- 7) Hindin TJ, Contento IR, Gussow JD, Nutritional education literary mediatic for parents, about the effect of television`s commercials and the food that their childrens ask for. *JADA*, 2004 Vol.104N°2 185-191
- 8) Fisher Jo, Birch LL, To eat without hungry in overweight girls between 5 and 7 years old. *Clin. Nutr.* 2002, Vol. 76:226-231
- 9) Arner P. Adrenegic receptor function in fat cell. *Am J Clin.Nutr.*1992.55.285-368
- 10) Braguinsky J. y colaboradores. Obesidad. Patogenia, Clínica y tratamiento. 2ª edición 1999. 213-241
- 11) Hodgson J.M. Coronary atherosclerosis in relation to body fatness and its distribution. *Int.J of Obesity*. 1994, 18: 41-46
- 12) Kelley C, Krummel D, Gonsáles E, Neal W, Fitch C, Dietetic consumption in childrens with a high risk of cardiovascular disease. *Jada*, 2004 Vol.104 N°2: 321-326
- 13) Arisa Masías J, Epidemiología de la Obesidad, SAOTA, 1995, Vol.7 N°2:20-23
- 14) Bandini LG, Dietz W H .Assessment of body fatness in childhood obesity: evaluation of laboratory and anthropometric techniques. *JADA* 87, 1987, 1344-48.
- 15) OMS "Obesidad: Prevención y manejo de la epidemia global OMS, Ginebra 1998.
- 16) Coldditz GA.The costs of obesity, medical and socioeconomic aspects. *Medicographic*.16:N°3,1994, 43-45
- 17) Gaón D., Transición Nutricional, Rev. Inst. Higiene y Medicina Social,2000.4.2.47- 48
- 18) Mazzáfero V, Massé G. La transición demoepidemiológica en Europa y América Latina, *Rev.Inst.Higiene y Medicina Social*, 1999.3,2.9-20
- 19) Braguinsky J. MendelsonM.D.Álessandro J.Della Valle M. Goldbeg F. Markman C, Mestres A. Estudio de Prevalencia de Obesidad en sectores de la población de Buenos Aires, 6ª CAN, 1976
- 20) García R. Lorenzo J. Situación antropométrica en adolescentes, *DIAETA*, 2000, Vol.95: 45-51)
- 21) Gronostaski D, Kleinman N., Oharriz E, Prevalencia de alteraciones en las actitudes alimentarias en niños de 9 a 13 años: *DIAETA*, 1994, Vol.:12.63-70
- 22) Parigi del A, Chen K, Gautier JF, Salbe AD, Pratley RE, Sexual differences in brain`s response to hungry and satetion. *Clin. Nutr*, 2002, Vol 75: 1017-2211)
- 23) Rasanen M, Niinikoski H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Ronnema T, Viikari J, Simell O, Parent`s nutritional knowledge and nutritious intake inside a atherosclerosis prevention project: the impact of pediatric nutritional education. *Apetite* 2003,Vol 41 N°2 :150-156
- 24) Maloney J.M. Mc Guire R.M. Dieting behavior and Eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84: 482-486 1990
- 25) Garner, D.M. Garfinkel P.E., Bonato D.P. Body Image Meassurment in Eating Disorders . *Psychol Med*. 17 33-119. 1989
- 26) Kaplan K.K, Wadden T.A. Childhood obesity and self-esteem. *J. Pediatr*. 1992:109:367-70