



Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Nutrición

Alimentación en adultos jóvenes con discapacidad intelectual que concurren a instituciones en Tucumán

Autor: Lucía Inés Dilascio

Director: Lic. Sergio Mejail

Codirector: Lic. Susana Puentes Duberti

Tucumán –2019

Agradecimientos

A mis padres

Por brindarme la posibilidad de estudiar y siempre guiarme para encontrar el camino, con superación, responsabilidad y auto exigencia.

A mi novio, amigos y compañeros de estudio.

A mis profesores durante el curso de mi carrera

Principalmente a mis director y codirectora de tesis, por la paciencia, los conocimientos, el tiempo y la dedicación en el transcurso de esta investigación.

En especial a Mg. María Inés Hernández y Lic. Eliana Sabeh, que ayudaron a orientar mi trabajo y adaptarme a las contingencias que se fueron presentando.

Y a los directivos y profesionales del Centro de día AMARANTHUS, a cada uno de los participantes y sus familias, por su predisposición y compromiso.

A todos ellos, gracias por hacer este trabajo posible.

Índice

Resumen.....	03
Introducción.....	04
Problema de investigación.....	05
Antecedentes.....	06
Marco teórico.....	10
Materiales y métodos.....	30
Resultados.....	39
Conclusión.....	49
Discusión.....	51
Proyección.....	53
Bibliografía.....	55
Anexos.....	59

Resumen

Introducción: La mayoría de las personas con discapacidad intelectual que participaron en este estudio, son mayores de edad, y por diversas razones no han percibido guía ni educación alimentaria tanto ellos como sus familiares o tutores. La indagación y devolución de información útil que se realizó en este trabajo sirvió para mejorar la calidad alimentaria e incorporar herramientas que la población referida y los profesionales en salud que acompañan los tratamientos, puedan aprovechar.

Objetivos: evaluar la alimentación de la las personas con discapacidad intelectual de Tucumán, así como la conducta alimentaria, la edad, el sexo, el estado nutricional antropométrico y como se relaciona con la ingesta alimentaria.

Materiales y Métodos: estudio transversal, descriptivo y correlacional en adultos jóvenes (n = 50) que asisten al centro de día Amaranthus situado en Yerba Buena, durante octubre y noviembre de 2018. Se determinó el estado nutricional antropométrico a partir de peso y talla de cada individuo según sexo y edad. Por otro lado se examinó conducta alimentaria e ingesta alimentaria.

Resultados: El 40% de la población presenta peso normal, y el 60% exceso de peso. No se encontró relación entre el sexo y el estado nutricional antropométrico ni la conducta alimentaria. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la ingesta alimentaria en el total de la población.

Conclusión: La prevalencia de exceso de peso es considerable, sobre todo de la población masculina. No se encontraron individuos con bajo peso. La conducta alimentaria predominante (44%) es Disfrute de los alimentos, tanto en la muestra total como categorizada según sexo. La mayoría de la población femenina mantiene una ingesta alimentaria suficiente, mientras que la mayoría de los varones no alcanza a cubrir sus requerimientos calóricos.

Palabras clave: Alimentación – Conducta Alimentaria – Discapacidad Intelectual – Estado nutricional antropométrico – Ingesta Alimentaria

Introducción

Más de 15% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad, lo que se traduce en más de mil millones de personas* de las cuales, 785 millones son mayores de 15 años. Esto nos indica que la mayoría de las personas con discapacidad es mayor de edad, y es por esto que la siguiente investigación apuntó a trabajar con la población elegida. (*Según las estimaciones referidas en el informe mundial sobre discapacidad publicada en 2011).

De acuerdo al Censo del año 2010 (INDEC), el 12,9 % de la población de Argentina tiene alguna discapacidad, siendo mayor la prevalencia en las mujeres que en los hombres (13,8% y 11,6% respectivamente). En la provincia de Tucumán el 14,3% de la población representaban personas con discapacidad, aproximadamente 205.621. De estas cifras, el 5,2% presenta discapacidad intelectual y casi el 10% la presenta combinada con alguna discapacidad motriz permanente. En este estudio se trabajó con la población con discapacidad intelectual y no de otro tipo, ya que los parámetros antropométricos como la metodología de evaluación serían completamente diversos.

En la provincia de Tucumán actualmente, 21 instituciones de gestión pública y 14 equipos de apoyo a integración especial, permiten el desempeño para personas con discapacidad intelectual, distribuidas tanto en la capital como en el interior. En San Miguel de Tucumán, existen solo 10 instituciones de gestión privada con la misma finalidad.

Teniendo en cuenta la proporción que representa la población de adultos con discapacidad intelectual, y la falta de mayor formación en muchos profesionales de la salud que intervienen en la historia clínica del paciente, surge la necesidad de generar información útil tanto para familiares, terapeutas y asistentes de salud vinculados a pacientes pertenecientes a la población en estudio.

Problema de investigación

Objetivos

- Evaluar el estado nutricional antropométrico a adultos jóvenes con discapacidad intelectual.
- Caracterizar la conducta alimentaria de las personas con discapacidad intelectual en Tucumán.
- Comparar el estado nutricional antropométrico entre varones y mujeres que tienen diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Diferenciar las conductas alimentarias entre varones y mujeres.
- Analizar la ingesta alimentaria en relación con los requerimientos energéticos.

Interrogantes

- ¿Cómo es el estado nutricional antropométrico de adultos jóvenes con discapacidad intelectual?
- ¿Cuál es la conducta alimentaria que presenta la población?
- ¿Existe diferencia en el estado nutricional antropométrico de varones y mujeres?
- ¿Existen diferencias en la conducta alimentaria de varones y mujeres?
- ¿Cómo es la relación entre la ingesta alimentaria de los requerimientos energéticos?

Hipótesis

- En la población con discapacidad intelectual predomina el exceso de peso.
- La mayoría de los jóvenes mantiene una sobre alimentación emocional.
- Existe una diferencia en el estado nutricional antropométrico de varones y mujeres de la población.
- La conducta alimentaria es distinta entre varones y mujeres.
- La ingesta alimentaria es excesiva en relación a los requerimientos energéticos.

Antecedentes

El estudio científico llevado a cabo por Ismael San Mauro Martín y colaboradores, titulado *Análisis del estado nutricional y composición corporal de personas con discapacidad intelectual*, tuvo como objetivos conocer los hábitos nutricionales, y evaluar su posible mejora introduciendo talleres de ejercicio físico y nutrición en las personas con discapacidad intelectual. Se hizo valoración clínica, nutricional y antropométrica (evaluando peso, talla, índice de masa corporal o IMC, grasa corporal y perímetro de cintura) utilizando un registro alimentario y un cuestionario de adhesión a la dieta mediterránea. Se trabajó con 47 personas que tienen discapacidad intelectual en la ciudad de Madrid. Los resultados obtenidos reflejaron que la población estudiada estuvo constituida por 22 varones (46,8%) y 25 mujeres (53,2%), con una edad media de 37. El 76,1% presentaban exceso de peso y el restante tenía un peso adecuado al inicio del estudio. La media de perímetro de cintura era 94,4 cm, esto refleja que el 62,2% de ellos estaba por encima del perímetro de riesgo. Luego de la intervención, disminuyeron los valores de peso, IMC, grasa corporal y grasa visceral, más en las mujeres que en los hombres. El estudio concluye que la alimentación era inadecuada en la mayoría, y que la prevalencia de obesidad fue elevada. Los talleres de educación nutricional y de ejercicio aplicados consiguen cambios significativos para prevenir la obesidad y mejorar la salud.

En el año 2016 se realizó un estudio longitudinal titulado *Rasgos apetitivos y relaciones con el IMC en adultos: desarrollo del cuestionario de conducta alimentaria para adultos* (en su idioma original: Appetitive traits and relationships with BMI in adults: Development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire) en el Reino Unido con la finalidad de adaptar el Cuestionario de Conducta Alimentaria en Niños para los adultos, así como explorar las asociaciones entre conducta alimentaria e índice de masa corporal. Claudia Hunot, Alison Fildes, Helen Crocker, Clare H. Llewellyn y Rebecca J. Becken, utilizaron para la recolección de datos una encuesta auto-administrada vía internet con un panel de adultos en el año 2013 (n=708) Y nuevamente un año posterior (n=954). Los mismos reportaron su peso y talla así como otros datos (nivel de estudios y etnia). Consecutivamente, se procedió a correlacionar

la conducta alimentaria mediante el uso de los resultados de los cuestionarios y el índice de masa corporal (IMC) utilizando coeficiente de Pearson y rho de Spearman, teniendo como conclusión que a mayor IMC, se obtenía mayor puntaje para “disfrute de los alimentos”, “respuesta y apetencia por los alimentos” y “sobrealimentación emocional” y menor puntaje para “respuesta a la saciedad”, “subalimentación emocional” y “lentitud para comer”.

En un estudio realizado por la Sociedad Chilena de Pediatría a cargo de Bolaños, Campos, Espinosa y Luciano; titulado *perfil antropométrico en función del Estado nutricional de niños con discapacidad intelectual*, realizado en el año 2014, se proyectaron los objetivos de analizar el perfil antropométrico en función de las categorías del estado nutricional, determinar la prevalencia de exceso de peso y baja estatura, y proponer ecuaciones de predicción de la estatura a partir de variables antropométricas. Fue llevado a cabo gracias a la participación de 49 niños y adolescentes con discapacidad intelectual (30 varones y 19 mujeres) en una escuela de educación especial. Se evaluaron el peso, la estatura, la altura tronco cefálico y la longitud del antebrazo y el pie. Los resultados que se obtuvieron demostraron que en ambos sexos se presentan altos valores de prevalencia de exceso de peso (varones 47% y mujeres 26%). La conclusión del estudio a tener en consideración es la sugerencia de un riguroso control y seguimiento del estado de nutricional.

El estudio científico llevado a cabo en el año 2016 por Ana María Juárez Huaraca con el nombre de *Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de estudiantes de educación secundaria estatal y privada*, se describe como la población adolescente en Perú supera la quinta parte de la población total, es decir se encuentra en un proceso de contar con mayor población en edad para trabajar en relación a su población dependiente. Tuvo por objetivo determinar la autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional de los estudiantes de educación secundaria de dos instituciones. El enfoque utilizado fue cuantitativo, de diseño correlacional; con un muestreo de 148 y 103 estudiantes de las instituciones educativas, con edades comprendidas entre 10-19 años. Los resultados reflejan que los estudiantes de una institución tienen percepción adecuada 62.8% de su imagen corporal destacando el

género masculino con 34.5% mientras que en la otra fue el 53.9%, el género femenino con 29.4%, sin embargo el 46.1 % tienen percepción corporal inadecuada, siendo el género femenino 30.4%. Los adolescentes se encuentran insatisfechos con su Imagen Corporal 56.1% con predominio de género masculino con 35.2%. La población presenta hábitos poco saludables 66.9%, no saludables 16.9% y saludables 16.2%. Las conclusiones de esta investigación muestran existe relación entre el estado nutricional y la autopercepción en ambas instituciones educativas.

Noelia Marisel Wierna realizó su tesis de grado *Estudio de la conducta alimentaria y malnutrición en niños con discapacidad intelectual, que asisten a un Centro educativo terapéutico en San Miguel de Tucumán* en el año 2016. Tuvo por objetivos Identificar cuál es la dimensión de la conducta alimentaria que predomina entre los niños con discapacidad intelectual e identificar si existe relación entre el estado nutricional y el tipo de conducta alimentaria de los niños. El estudio descriptivo correlacional se realizó en 66 niños diagnosticados con discapacidad intelectual, se aplicó el cuestionario de conducta alimentaria infantil para padres, y para evaluar variables antropométricas se utilizó índice de masa corporal. Se obtuvo que un 42% de los niños presentó malnutrición, el 82% por exceso de peso. Concluye que los niños con discapacidad intelectual tienen una conducta alimentaria inadecuada.

Marco teórico

Desarrollo humano: un campo en evolución permanente

Según Papalía (2009), desde el momento de la concepción los seres humanos emprendemos un proceso de cambio que continúa durante toda la vida. Una célula única se convierte en una persona que vive, respira, camina y habla. Esta célula única se convierte en un individuo singular, pero los cambios por los que pasamos los seres humanos durante la vida tienen aspectos en común. Los bebés crecen y se transforman en niños, que siguen creciendo hasta convertirse en adultos.

El desarrollo humano es el estudio científico de estos esquemas de cambio y estabilidad. El desarrollo es sistemático: coherente y organizado. Es adaptativo: su fin es enfrentar las condiciones internas y externas de la vida. El desarrollo sigue diversos caminos y puede o no tener una meta definitiva, pero alguna conexión hay entre los cambios a veces imperceptibles que lo componen. ¿Qué características es más probable que producen? ¿Cuáles es predecible que cambien y por qué? Éstas son algunas de las preguntas que se intenta responder con el estudio del desarrollo humano.

Los científicos del desarrollo han constatado que el desarrollo humano es un proceso de toda la vida, proceso conocido como desarrollo del ciclo vital. Cuando el campo del desarrollo humano se instituyó como disciplina científica, sus metas evolucionaron para incluir la descripción, explicación predicción e intervención. Por ejemplo, para describir cuando dicen su primera palabra los niños o que tan amplio es su vocabulario a determinada edad, los científicos sociales observan grupos numerosos de niños y establecen normas, o promedios, de las conductas en diversas edades. Luego, tratan de explicar cómo asimilan el idioma los niños y por qué algunos aprenden a hablar más tarde de lo usual. Este conocimiento posibilita emitir pronósticos sobre comportamientos futuros, como la probabilidad de que un niño tenga problemas graves del lenguaje. Por último, comprender la adquisición del lenguaje sirve para intervenir en el desarrollo; por ejemplo, para dar a un niño terapia de lenguaje. (Papalía, 2009)

Etapas del ciclo vital

La división de la existencia en etapas es un constructo social. No hay un momento objetivo definitivo en que un niño se haga adulto ni que un joven se convierta en viejo. En realidad, hasta el concepto de niñez puede verse como una elaboración social. Hay evidencias que indican que los niños de épocas anteriores eran vistos y tratados más como adultos pequeños. (Papalía, 2009)

El concepto de adolescencia como etapa del desarrollo en las sociedades industriales es bastante reciente. Hasta comienzos del siglo XX, los jóvenes estadounidenses eran considerados niños en tanto no salían de la escuela, se casaban o empezaban a trabajar y entraban en el mundo de los adultos. En la década de 1920, con el establecimiento de preparatorias generales para satisfacer las necesidades de una economía en crecimiento y en razón de que más familias podían sostener una educación formal prolongada para sus hijos, los años de la adolescencia se convirtieron en una etapa del desarrollo específica.

Existen ocho etapas que por lo general, se aceptan en las sociedades industriales occidentales. Después de describir los cambios cruciales que ocurren en la primera etapa, la prenatal, continúan los tres ámbitos del desarrollo durante la lactancia e infancia, niñez temprana, niñez media, adolescencia, juventud, adultez media y adultez tardía.

Contextos del desarrollo

Los seres humanos somos seres sociales. Desde el principio nos desarrollamos en un contexto social e histórico. Para un infante, el contexto inmediato normal es la familia, pero ésta se encuentra sujeta a influencias mayores y cambiantes del vecindario, la comunidad y la sociedad.

→ Familia: la familia nuclear es una unidad doméstica formada por uno o dos padres y sus hijos, sean biológicos, adoptados o hijastros. Históricamente, la familia nuclear de padre y madre fue la dominante en las sociedades occidentales, pero hoy adoptado características diferentes. En lugar de la numerosa familia rural en que padres e hijos trabajaban codo a codo en tierras propias, ahora vemos pequeñas

familias urbanas en la que ambos padres trabajan fuera de casa y los hijos pasan mucho tiempo en la escuela o la guardería. El aumento de los divorcios también ha repercutido en la familia nuclear. Los hijos de padres divorciados viven con el padre o la madre y a veces van y vuelven entre ellos. El hogar puede incluir un padrastro y hermanastros o la pareja de uno de los padres.

En muchas sociedades de Asia, África y Latinoamérica y entre las familias estadounidenses que remontan su linaje a esos países, la forma familiar tradicional es la familia extendida (una red de varias generaciones de abuelos, tíos, primos y familiares más distantes). Muchas o la mayoría de las personas viven en hogares de familia extendida, donde tienen contacto cotidiano con los parientes. A menudo, los adultos comparten las responsabilidades de la manutención y crianza de los niños a la vez que otros hijos se encargan de los hermanos menores. Es frecuente que estos hogares estén encabezados por mujeres. En la actualidad, en algunos países en desarrollo el hogar de familia extendida se ha vuelto menos característico debido a la industrialización y la migración hacia los centros urbanos. Al mismo tiempo, debido al envejecimiento de la población, los lazos familiares de varias generaciones pueden ganar importancia en las sociedades occidentales.

→ Posición socioeconómica y vecindario: la posición socioeconómica de una familia se basa en el ingreso familiar y en los niveles educativos y ocupacionales de los adultos. La posición socioeconómica influye indirectamente en estos procesos y resultados, a través de factores relacionados como el hogar y el vecindario en que viven las personas y la calidad de la nutrición, atención médica y escuelas que tienen.

La pobreza, sobre todo si es duradera, es perjudicial para el bienestar físico, cognoscitivo y psicosocial de los niños y su familia. Los niños en condiciones de pobreza tienen más probabilidades de sufrir problemas emocionales o conductuales, además que su potencial cognoscitivo y su rendimiento académico tiende a disminuir. Los daños ocasionados por la pobreza pueden ser indirectos, debido a su efecto en el estado emocional de los padres y sus métodos de crianza, así como en el ambiente doméstico que crea. Las amenazas al bienestar se multiplican si, como suele ocurrir,

están presentes varios factores de riesgo, que son las condiciones que aumentan la probabilidad de que un resultado del desarrollo sea negativo.

La composición del vecindario en el que viven también afecta a los niños. Vivir en un Barrio pobre con muchos desempleados disminuye las probabilidades de que cuenten con apoyo social solvente. Con todo, el desarrollo puede ser positivo a pesar de factores de riesgo grave.

→ Cultura, raza y etnia: la cultura se refiere a la forma de vida total de una sociedad o grupo, con sus costumbres, tradiciones, ideas, valores, idioma y productos materiales, desde las herramientas hasta las obras de arte, así como a todas las conductas y actitudes que son aprendidas, compartidas y transmitidas entre los miembros de un grupo social. La cultura cambia de manera constante, muchas veces por el contacto con otras culturas.

Un grupo étnico consta de personas unidas por una cultura, antepasados, religión, idioma u origen nacional que las distingue y les aporta un sentimiento de identidad común y actitudes, ideas y valores compartidos. En general, los grupos étnicos remontan sus raíces a un país originario en el que ellos o sus ancestros tienen una cultura propia que da forma y contenido a su estilo de vida. Los sistemas étnicos y culturales afectan el desarrollo por que ejercen influencia sobre la composición de un hogar, en sus recursos socioeconómicos, en el comportamiento y relación entre sus miembros, lo que comen, lo que juegan los niños, cómo aprenden, cuanto aprovechan de la escuela, los trabajos que desempeñan los adultos y las ideas y visión del mundo de quienes integran la familia.

En la actualidad, muchos estudiosos coinciden que el término raza, que histórica y popularmente se ha visto como una categoría biológica identificable, es un constructo social. No hay un consenso científico claro sobre su definición y es imposible medir la en forma confiable. Las variaciones genéticas humanas se suceden en un amplio espectro de continuidad y 90% de esas variaciones ocurren dentro, no entre razas definidas por la sociedad. De cualquier manera, la raza como categoría social aún es un factor en las investigaciones, puesto que marca una diferencia en “el trato que reciben las personas, dónde viven, cuáles son sus oportunidades de trabajo,

de qué calidad es la atención médica que reciben y si tienen una participación plena” en su sociedad.

El enfoque del desarrollo del ciclo vital de Paul B. Baltes (Citado en Papalia)

Paul B. Baltes y sus colegas delimitaron siete principios fundamentales de un enfoque del desarrollo del ciclo vital. En conjunto estos principios sirven como marco teórico muy aceptado para el estudio del desarrollo del ciclo vital.

1. El desarrollo dura toda la vida. El desarrollo es un cambio que ocurre durante toda la vida. Cada periodo recibe la influencia de lo que pasó antes y afectar a lo que venga. Cada uno de ellos tiene características y valores peculiares; ninguno es más o menos importante que otro.
2. El desarrollo es multidimensional. Ocurre en muchas dimensiones que interactúan: biológicas, psicológicas y sociales, que se desenvuelven cada una con ritmos distintos.
3. El desarrollo es multidireccional. Cuando una persona avanza en un campo, acaso pierda en otro, y tal vez al mismo tiempo. Los niños crecen por lo general en una dirección (hacia arriba) tanto en estatura como en capacidades. Luego, de manera paulatina, el equilibrio sufre modificaciones. Por lo común, los adolescentes refuerzan sus capacidades físicas, pero pierden facilidad para aprender un idioma. Algunas capacidades, como la de enriquecer el léxico, aumentan durante toda la etapa adulta; otras disminuyen, como la habilidad para resolver problemas desconocidos. Es posible que con la edad se incrementa en algunos atributos nuevos, como la competencia. Las personas tratan de llevar al máximo sus ganancias concentrándose en lo que hace bien ir de reducir las pérdidas aprendiendo a manejarlas o compensarlas.
4. La influencia relativa de la biología y la cultura cambia durante el ciclo de vida. La biología y la cultura influyen en el desarrollo, pero el equilibrio entre estas influencias cambia. Las capacidades biológicas, como la agudeza de los sentidos y el vigor y la coordinación muscular, se

debilitan con los años, pero las bases culturales, como la educación, las relaciones y los entornos tecnológicos de los mayores, compensan ese deterioro.

5. El desarrollo implica modificar la distribución de los recursos. Los individuos invierten de diversas maneras sus recursos de tiempo, energía, talento, dinero y apoyo social. Los recursos pueden usarse para el crecimiento, para el mantenimiento o recuperación o para enfrentar una pérdida cuando el mantenimiento o la recuperación no son posibles. La asignación de recursos a estas funciones cambia durante la vida a medida que se reduce el fondo de recursos disponibles. En la infancia y la adultez temprana, el grueso de los recursos se destina al crecimiento; en la vejez, a regular las pérdidas. A mitad de la vida, la asignación se reparte equilibradamente entre las tres funciones.
6. El desarrollo es plástico. Muchas capacidades como la memoria, la fuerza y la resistencia, mejoran de manera notable con el entrenamiento y la práctica, incluso a edades avanzadas. Sin embargo, aún en los niños la plasticidad tiene límites que dependen en parte de las influencias que se ejercen sobre el desarrollo. Una de las tareas de la investigación del desarrollo es descubrir en qué medida clases particulares de desarrollo se modifican a diversas edades.
7. El contexto histórico y cultural influye en el desarrollo. Toda persona se desarrolla en múltiples contextos: circunstancias o condiciones definidas en parte por la maduración y en parte por el tiempo y el lugar. Los seres humanos no sólo influyen, sino que también son influidos por su contexto histórico y cultural.

Desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez temprana

¿Cuándo se convierte una persona en adulto? La sociedad estadounidense contemporánea tiene diversos indicadores. La madurez sexual llega durante la adolescencia, aunque la madurez cognoscitiva puede requerir más tiempo. Existen varias definiciones de la adultez legal: a los 18 años los jóvenes deben votar y pueden casarse sin la autorización de los padres; entre los 18 y los 21 años pueden firmar

contratos. Si se usan las definiciones sociológicas, puede considerarse que una persona es adulta cuando se sostiene por sí misma o ha elegido una carrera, cuando se ha casado o iniciar una relación romántica importante, o cuando ha formado una familia.

La madurez psicológica puede depender de logros como el descubrimiento de la propia identidad, la independencia a los padres, el desarrollo de un sistema de valores y el establecimiento de relaciones. Algunos psicólogos sugieren que el inicio de la adultez no está indicado por criterios externos, sino por indicadores internos como el sentido de autonomía, autocontrol y responsabilidad personal, que es más un estado mental que un evento discreto. Desde este punto de vista, algunas personas nunca llegan a ser adultas, sin que importe su edad cronológica.

No obstante, la adultez es definida por tres criterios: 1) aceptar las responsabilidades propias, 2) tomar decisiones independientes y 3) obtener la independencia financiera. En los países industrializados modernos, para alcanzar esas metas se emplea más tiempo y se sigue rutas más variadas que en el pasado. Antes de mediados del siglo XX, un joven recién egresado de la preparatoria por lo general buscaba un trabajo estable, se casaba e iniciaba una familia. Para una mujer joven la ruta usual a la adultez era el matrimonio, el cual tenía lugar en cuanto encontraba una pareja adecuada.

Desde la década de 1950, la revolución tecnológica ha convertido en un objetivo cada vez más indispensable la educación superior o la capacitación especializada. Las edades típicas del primer matrimonio y el primer nacimiento se han elevado considerablemente a medida que hombres y mujeres buscan una mayor educación u oportunidades vocacionales. En la actualidad, el camino a la adultez puede estar marcado por múltiples hitos - ingresar a la universidad, trabajar (tiempo completo o parcial), mudarse de casa, casarse o tener hijos - transiciones cuyo orden y tiempo varían.

En consecuencia, algunos científicos del desarrollo sugieren que, para la mayoría de los jóvenes en las sociedades industrializadas, el período entre los 18 y 19 años y los 25 o 29 años se ha convertido en una etapa distinta del curso de la vida. Se trata de una etapa exploratoria una época de posibilidades, una oportunidad para

probar nuevas y diferentes formas de vida, un momento en que los jóvenes ya no son adolescentes Pero todavía no se han asentado en sus roles adultos.

Desarrollo físico

Salud y condición física

Casi toda la gente de esta edad se encuentra en el pináculo de la salud, la fuerza, la energía, la resistencia y el funcionamiento sensorial y motor.

Estado de salud y problemas de salud

Durante este período, se establece el cimiento del funcionamiento físico de por vida. La salud puede ser influida por los genes, pero los factores conductuales - la alimentación de los adultos jóvenes, si duermen lo suficiente, cuánta actividad física realizan, y si fuman o consumen alcohol o drogas - contribuyen de manera importante a alcanzar estado de salud y de bienestar.

Los problemas de salud en esos años son similares a los de la adolescencia. Además, muchos adultos jóvenes tienen sobrepeso y hacen muy poco ejercicio. Debido en parte a que ya no está presente la red institucional de seguridad que protege a los adolescentes, que incluye el hogar paterno y la escuela, es más fácil que se involucren en conductas no supervisadas que representan un riesgo para la salud.

Factores conductuales que influyen la salud y la condición física

La relación entre la conducta y la salud ilustra la interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo. Lo que las personas saben acerca de la salud influye en lo que hacen, y lo que hacen incide en cómo se sienten.

No es suficiente tener información acerca de los buenos y malos hábitos de salud. Con frecuencia, la personalidad, las emociones y el entorno social pesan más que lo que las personas saben que deberían hacer y las conducen a una conducta poco saludable. Algunos factores del estilo de vida que tienen una fuerte conexión con la salud y la condición física son la dieta y el control de peso, la actividad física, el sueño, el tabaquismo y el consumo de alcohol y drogas.

Dieta y nutrición: el dicho “Somos lo que comemos” resume la importancia de la nutrición para la salud física y mental. Lo que la gente come incide en su apariencia, en lo que siente y en la probabilidad de que enferme e incluso muera.

Obesidad y sobrepeso: la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como una epidemia mundial. Entre 1980 y 1994 la obesidad aumentó en más del doble en Inglaterra y se han reportado incrementos similares en Brasil, Canadá y varios países de Europa, el Pacífico Occidental, el Sureste Asiático y África.

¿Cómo puede explicarse la epidemia de obesidad? Los expertos señalan un incremento de los refrigerios, la disponibilidad de comidas rápidas económicas, las porciones demasiado grandes, las dietas altas en grasa, las tecnologías que ahorran trabajo y los hábitos recreativos sedentarios, como la televisión y la computadora. Igual que en la niñez y la adolescencia, una tendencia heredada a la obesidad puede interactuar con esos factores ambientales conductuales.

La obesidad puede conducir a la depresión y viceversa. También implica riesgos de hipertensión arterial, cardiopatía, apoplejía, diabetes cálculos biliares, artritis y otros trastornos musculares y esqueléticos y algunos tipos de cáncer, además de disminuir la calidad y la duración de la vida. En las pasadas cuatro décadas disminuyeron los riesgos de problemas cardiovasculares y mortalidad, lo cual es probable que se deba a la mejor atención médica, pero los adultos con obesidad son los que padecen mayor riesgo. Los cambios en el estilo de vida (la dieta y el ejercicio) o los tratamientos con medicamentos han mantenido objetivos de pérdida de peso por dos o más años.

Actividad física: Las personas que son físicamente activas obtienen muchos beneficios. Además de ayudar a mantener un peso corporal deseable, la actividad física construye músculos, fortalece el corazón y los pulmones, disminuye la presión sanguínea, protege contra las enfermedades del corazón, apoplejía, diabetes, distintos tipos de cáncer y osteoporosis; alivia la ansiedad y la depresión, y alarga la vida. La inactividad es un problema global de salud pública. Un estilo de vida sedentario es una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo.

Incluso el ejercicio moderado origina beneficios para la salud. La incorporación de más actividad física en la vida diaria - por ejemplo: caminar en lugar de conducir distancias cortas, y subir escaleras en lugar de tomar el ascensor - puede ser tan eficaz como el ejercicio estructurado.

Sueño: la época entre los 20 y los 30 es de mucha actividad, por lo que no sorprende que muchos adultos jóvenes a menudo no duerman lo suficiente. Entre los universitarios, el estrés de la vida familiar a un lado al que genera la actividad académica se asocia con altos niveles de insomnio. La privación de sueño no sólo afecta a la salud, sino también el funcionamiento cognoscitivo, emocional y social.

Un sueño adecuado mejora del aprendizaje de habilidades motoras complejas y consolida el aprendizaje previo. Incluso una siesta corta puede prevenir el agotamiento, es decir, la saturación excesiva de los sistemas de procesamiento perceptual del cerebro. (Papalía et al, 2009)

Discapacidad intelectual (DSM V)

La *capacidad intelectual general* se define por el coeficiente de inteligencia (CI) obtenido por evaluación mediante uno o más test de inteligencias normalizados, administrados individualmente. Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70 (aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media). Al evaluar un CI, hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos, Aunque este error puede variar de un instrumento a otro. De este modo es posible diagnosticar discapacidad intelectual en sujetos con cocientes intelectuales situados entre 70 y 75, pero que manifiestan déficits significativos de su comportamiento adaptativo. Por el contrario, no se diagnosticaría discapacidad intelectual en un individuo con un CI inferior a 70 que careciera de déficit o insuficiencia significativos en su capacidad adaptativa. La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pueden limitar el rendimiento en los test. Cuando en las puntuaciones de los subtest se produce una dispersión significativa, las aptitudes de aprendizaje del sujeto quedarán mejor reflejadas por el perfil de aciertos y fracasos que por el CI de la escala

total derivado matemáticamente. Cuando aparece una discrepancia notable entre las puntuaciones verbales y manipulativa, puede llevar a confusiones el promediarlas a fin de obtener una puntuación CI total. Las personas con discapacidad intelectual suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La *capacidad adaptativa* se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con la discapacidad intelectual. Probablemente las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el CI cognoscitivo, el cual suele ser un atributo mucho más estable a lo largo del tiempo.

Es útil recoger pruebas del déficit de la capacidad adaptativa a partir de una o más fuentes fiables independientes. También se han elaborado varias escalas para medir capacidad o comportamiento adaptativos. Estas escalas suelen suministrar un punto de corte clínico basado en el rendimiento demostrado en distintas áreas de la capacidad adaptativa. Debe considerarse que las puntuaciones obtenidas en ciertas áreas particulares no se incluyen en algunos de estos instrumentos y que las puntuaciones concretas pueden variar considerablemente en cuanto a su fiabilidad. Al igual que en la evaluación de la capacidad intelectual, debe tenerse en cuenta la idoneidad del instrumento de acuerdo con el nivel sociocultural del sujeto, su educación, posibles discapacidades asociadas, su motivación y su cooperación. Por ejemplo, la presencia de discapacidades significativas invalida muchas normas de una escala adaptativa.

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual:

- Discapacidad intelectual leve: con un CI entre 50/55 y aprox. 70.
- Discapacidad intelectual moderada: con un CI entre 35/40 y 50/55.
- Discapacidad intelectual grave: con un CI entre 20/25 y 35/40.
- Discapacidad intelectual profunda: con un CI menor a 20/25.

En líneas generales se considera a la discapacidad intelectual leve con la categoría pedagógica como "educable". Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85%) de las personas afectadas por el trastorno. Consideradas en su conjunto, suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares, tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorio-motoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños en su discapacidad hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia pueden adquirir conocimientos académicos que le sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con discapacidad intelectual leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, o en establecimientos supervisados.

La discapacidad intelectual moderada equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de "adiestrable". No debería utilizarse este término anticuado, porque implican erróneamente que las personas con discapacidad mental moderada no pueden beneficiarse de programas pedagógicos. Este grupo constituye alrededor del 10% de toda la población con discapacidad intelectual. La mayoría de los individuos con este nivel de discapacidad intelectual adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que le son familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir en las relaciones con otros jóvenes. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

Deben tomarse medidas para asegurar que los procedimientos de evaluación intelectual reflejen una consideración adecuada al origen étnico o cultural del sujeto. Este objetivo suele llevarse a cabo utilizando test en que las características relevantes del sujeto estén representadas en la muestra de normalización de la prueba, o empleando a un examinador que esté familiarizado con las características étnicas o culturales de la persona en cuestión. La exploración individualizada es un requisito sistemático en el diagnóstico de la discapacidad intelectual. La prevalencia de discapacidad intelectual debido a factores biológicos conocidos, es similar en los niños de niveles socioeconómicos altos y bajos, aunque ciertos factores etiológicos están asociados a un *status* socioeconómico inferior. Cuando no puede identificarse una causalidad biológica específica, las clases sociales más bajas suelen estar excesivamente representadas y la discapacidad intelectual tiende a ser más leve, aunque se den todos los niveles de gravedad. Deben ser tenidas en cuenta las distintas etapas del desarrollo al evaluar las insuficiencias de las habilidades adaptativas, porque algunas de ellas son menos relevantes en edades distintas. La discapacidad intelectual es más frecuente en varones, con una proporción varón a mujer aproximadamente de 1,5:1. (DSM V, 2014).

Inserción del joven con discapacidad intelectual

Rosales Mondragón (2017) expresa que en esta etapa tardía de la modernidad o posmodernidad, el individuo no es más un sujeto colectivo, sino más bien un sujeto privado de las relaciones con los otros; Bauman (2002) refiere que la libertad se traduce a la libertad de cada uno de los integrantes de la sociedad, es así que no es tan fácil que la libertad o los derechos de los otros sean capaces de con-mover al individuo puesto que no se ve implicada su identidad. El individuo posmoderno se pregunta por el grupo del que es parte, ya que la idea de nación o sociedad si bien no ha desaparecido sí se puede decir que se encuentra fuertemente debilitada con relación a otras épocas. La categoría individuo destruye la libertad, hay una norma de la que se parte para ser considerado individuo, en consecuencia muchos colectivos humanos son excluidos, *“entre ellos, las personas con discapacidad (son parte de los que no se ajustan a la norma; de los que no pueden hacer lo que tienen que hacer o que quieren hacer lo que no pueden hacer)”*. La discapacidad al mismo tiempo que conforma un

colectivo, separa a los sujetos de ciertos vínculos sociales, dicho de otra manera, la persona con discapacidad es alguien en una situación vulnerable al que no se le considera igual. Conceptos como nacionalismo, libertad, igualdad, han sido sustituidos por la narrativa del éxito, la superación personal, la competencia, entre otros. Como se puede ver bajo este esquema no caben todos, para tener éxito y ser competitivo es circunstancial el fracaso de los otros. En consecuencia, hay sujetos que debido a las condiciones impuestas por el paradigma actual poseen mayores dificultades para acceder al “éxito”. (Rosales Mondragón, 2017).

El significativo discapacidad enuncia una categoría identitaria que responde en donde el sujeto puede ser apartado más allá de los límites del equilibrio económico y social. El significativo discapacidad, no es únicamente el representante de una condición-realidad, sino que al mismo tiempo la construye. (Bauman, 2008).

Si el término discapacidad construye realidades y encarna identificaciones, es menester develar el modo en que ésta se constituye, toda identidad es diferencial, lo importante es definir sus límites. En este caso, las personas con discapacidad construyen su identidad a partir de las personas sin discapacidad. (Bauman, 2003)

La familia con un hijo con discapacidad

La familia es el primer núcleo de desarrollo, el contexto socializador por excelencia, el entorno a partir del que evolucionamos y nos desarrollamos en el plano afectivo, emocional, cognitivo e intelectual. Todas las personas crecemos al calor de una familia o comunidad, en la que adquirimos las pautas básicas de comportamiento, aprendemos a relacionarnos, a resolver conflictos, a compartir y a interiorizar valores y creencias que determinarán lo que seremos en el futuro. Si la familia desempeña un papel crucial en el desarrollo integral de todos los individuos, lo hace aún más si éstos tienen alguna discapacidad. La actitud de los padres, hermanos, abuelos y de toda la red social que rodea a la familia, será clave para que la persona con discapacidad pueda adquirir la máxima autonomía. La familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis movilizadora a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico. (Fundación Adecco, 2017; y Núñez, 2003).

Caplan (1980) define la crisis como *“un período de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan circunstancias peligrosas; esas circunstancias constituyen para el sujeto un problema importante que por el momento no puede evitar ni resolver con los recursos acostumbrados”*.

En un análisis semántico de la palabra crisis, el término chino de crisis (*weiji*) se compone de dos caracteres que significan “peligro” y “oportunidad” que ocurren al mismo tiempo. La palabra inglesa se basa en el griego *Krinein* que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento. (Núñez, 2003)

Distintos autores diferencian las “crisis del desarrollo o evolutivas” de las “crisis accidentales”. Las primeras son las relacionadas con el pasaje de una etapa de crecimiento a otra: el nacimiento del primer hijo, el comienzo de la escolaridad primaria, la adolescencia, etc. En cuanto a las llamadas crisis circunstanciales o accidentales se caracterizan porque tienen un carácter urgente, imprevisto, inesperado: muerte de algún integrante de la familia, enfermedades, accidentes, etc.

La confirmación del diagnóstico de la discapacidad del hijo se encuadraría dentro de estas últimas. Enfrentar esta crisis para la familia representa tanto la oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, como el peligro de trastornos o desviaciones en alguno de sus miembros o a nivel vincular. En este sentido, es un momento decisivo y crítico donde los riesgos son altos y donde el peligro para el surgimiento de trastornos psíquicos y la oportunidad de fortalecimiento, coexisten.

De acuerdo con las palabras de Caplan, podríamos decir que la familia en estos momentos se halla *“en una estación de paso, en un sendero que se aleja o se dirige hacia el trastorno”*. Cada familia es única y singular y procesará esta crisis de diferentes modos. Tanto su intensidad como la capacidad de superarla varían de una familia a otra. Muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino. Estas últimas son las que llegan al especialista en salud mental con alguna demanda de atención.

La discapacidad del hijo es una crisis accidental que produce un impacto psicológico a nivel de los diferentes vínculos familiares. En relación a cómo se elabore la crisis podrían producirse un crecimiento y enriquecimiento vincular o, por el contrario, problemas psicológicos de distintos grados de gravedad, en la trama vincular

familiar. Estos conflictos pueden derivar en una consulta al especialista en salud mental. (Núñez, 2003; Caplan, 1980).

Alimentación, alimento y conducta alimentaria

Hablar de la alimentación es hablar de la vida, de la historia humana a través de una actividad cotidiana. Brinda las sustancias requeridas para vivir así como logra satisfacer al ser humano y éste puede manifestar sus sentimientos, emociones y tradiciones, su cultura. Hablar de los alimentos refiere disfrutar de una determinada calidad de vida. (Sedó Masis y De Mezerville, 2004).

Si bien comer no es un evento exclusivamente humano, la forma en que comemos si lo es. Delata nuestra humanidad, porque los humanos somos los únicos que cocinamos para comer y al hacerlo elegimos, ordenamos, creamos, combinamos, procesamos, cocemos, y así imponemos categorías, clasificaciones, valorizando y “dando sentido” a los nutrientes constitutivos de los alimentos. (Aguirre, 2017).

Para Patricia Aguirre (2004), comer no depende solamente de la química de las sustancias ni del metabolismo del sujeto. Comer es un acto social. Esto es más complejo que los nutrientes que posee el alimento. Para comprender porque se come lo que se come, debemos situar este acto alimentario en un contexto, en una sociedad determinada, en un tiempo y en un espacio que también deben estar claramente establecidos. Para que los alimentos se transformen en comida son modelados según el sistema cultural de que se trate; depende de la combinación de los mismos, la temperatura a la que se sirven, el horario, si se trata de alimentos cotidianos o para épocas festivas.

El simple acto de comer se nos presenta habitualmente como un acto biológico o natural. El hecho de que necesitemos comer y que para ello, los seres humanos tratemos de procurarnos alimentos según nuestras necesidades y preferencias parece algo evidente que no merece reflexión.

Apenas empezamos a reflexionar sobre la vida observamos que este acto no parece tan natural como suele pensarse. Y el hecho de que debemos comer para vivir

no garantiza que podamos, sepamos o deseemos hacerlo. Para profundizar un poco en la cuestión tenemos que tomar en cuenta elementos de carácter diverso:

- Biológico: las necesidades y capacidades del organismo del comensal junto a las características de los alimentos que se transformarán en su comida.
- Psicológico: Lo que comemos no sólo afecta a cómo nos sentimos, sino que como nos sentimos también afecta a nuestra manera de comer. La ansiedad o problemas emocionales, se reflejan en muchos individuos como grandes ingestas de comida; así también el estrés causa problemas anímicos que influyen en la ingesta alimentaria.
- Ecológico y demográfico: cantidad y calidad de alimentos que se pueden producir en un hábitat para sostener a un número determinado de población con cierta calidad de vida.
- Tecnológico y económico: los circuitos de producción, distribución y consumo que hacen que alimentos lleguen al comensal.
- Sociopolítico: relaciones que condicionan el acceso a la comida según clases, sectores o grupos ya sea a través de mecanismos de mercado, asistencia del estado, relaciones de amistad/vecindad.
- Culturales: sistemas prácticos de clasificaciones que señalan qué cosa es “comida” y qué no lo es; qué, cuándo y con quién se debe comer o cómo “debe ser” el consumo de alimentos entre sectores, edades y géneros.

Todo esto está internalizado, es tan propio, común y evidente que por cotidiano y repetido ni siquiera es tomado en cuenta. La Organización de las comidas del día en los cuatro principales con horarios prefijados se estableció históricamente sostenida por la producción tecno-económica y creencias acerca del producto que son frutos del saber propio de un tiempo y una sociedad determinados. Aquello que hoy consideramos rutinas fue excepcional en el pasado y que los saberes que prescriben las combinaciones alimentarias de hoy, hubieran sido consideradas un absurdo anteriormente.

La discusión acerca de lo que significa alimentarse correctamente tiene que ver con las definiciones sociales acerca de qué quiere decir vivir bien. Y eso no depende de la

ciencia sino de la escala de valores de una cultura formada en una relación dinámica con su propia historia. Se entenderá por comida a la manifestación de relaciones sociales y se la distingue de los alimentos, productos alimenticios y nutrientes, en cuanto está sumergida en una significación meramente humana y social. (Aguirre, 2004; Contreras, 1995).

Comer implica un comensal, una comida y una cultura que legitime como tales a los dos anteriores. Así, de una manera poco perceptible, en el acto cotidiano de comer se articula el sujeto con la estructura social. El sujeto deberá comer siempre aquello que su sociedad, en un momento histórico, produce, distribuye y legitima como “bueno para comer”. Pero, en un acto de oscurecimiento digno de un mago, ese sujeto devenido comensal reducirá a lo individual lo que es condicionamiento social.

Ignorando las relaciones sociales que condicionan sus opciones, el sujeto comensal imaginará elegir y asumirá “eso” que puede comer como “su” gusto en materia de comida, cargando con la responsabilidad individual de reproducir y reproducirse, física y socialmente de una determinada manera (sin darse cuenta que su plato fue llenado de estructura antes que en él se volcara una sopa). La complejidad del evento alimentario arranca por la opacidad con que se articulan los términos de esta relación. (Aguirre, 2017)

El alimento se comprende como toda sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas que ingeridas por el hombre aportan al organismo los materiales y la energía necesarios para los procesos biológicos. Incluye sustancias que se ingieren por hábito o costumbre tengan o no valor nutritivo. (López y Suárez, 2014).

Se distinguen bien el alimento del producto alimenticio considerado como el alimento que por consecuencia de la manipulación ha cambiado fundamentalmente sus caracteres físicos, composición química y caracteres fisicoquímicos.

Tanto los alimentos y los productos alimenticios son ingeridos por el hombre en el primer tiempo de la nutrición, el cual es denominado alimentación. La misma tiene por finalidad de la degradación de los alimentos en sustancias absorbibles y utilizables. Se cumple en el aparato digestivo pero desde el punto de vista de la nutrición y con

respecto al individuo debemos distinguir una etapa extrínseca y una etapa intrínseca y por lo tanto, no es el simple acto de ingerir alimentos. (López y Suárez, 2014).

A nivel individual, factores como el consumo excesivo de alimentos y la disminución de la actividad física interactúan para determinar el aumento de peso. Se piensa que estos comportamientos están influenciados tanto por el ambiente como por los rasgos del apetito determinados, definidos como un conjunto de predisposiciones estables hacia la comida.

La conducta alimentaria es un conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se entiende que los comportamientos frente a los mismos se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, en el entorno familiar y social por imitación, y se relaciona directamente con la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y tradiciones culturales. Se advierte que los patrones alimentarios se forman y aprenden, y no necesariamente se heredan. (Domínguez Vázquez *et al*, 2008).

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas en ellos. En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias en una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y la transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella a la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas. (Osorio *et al*, 2002).

Estado nutricional antropométrico

La antropometría es un instrumento útil para evaluar el estado nutricional de una persona. Se basa en la determinación de la talla, peso, pliegues cutáneos y perímetro braquial; y en base a estos datos se pueden aplicar determinados índices o indicadores.

Para Torresani (2009), el peso corporal es el parámetro del estado nutricional más ampliamente utilizado ya que es un indicador global del mismo. El índice de masa corporal representa el método más práctico en la evaluación antropométrica con una muy buena correlación con el grado de adiposidad. Permite relacionar el peso actual del individuo con su talla. La determinación del mismo se basa en la relación del peso (expresado en kilogramos) con la altura (expresada en metros) elevada al cuadrado. Este índice es considerado una de las herramientas diagnósticas y pronósticas más sencillas y efectivas utilizadas en el campo de la nutrición, siendo independiente del sexo, de la edad y de la contextura física. Entre los aspectos más destacados se encuentran la facilidad y reproductibilidad de su determinación, el escaso margen de error y la implementación técnica de bajo costo.

Sus resultados se entienden como:

IMC	Interpretación
< 18,5	Delgadez o bajo peso
18,5 – 24,9	Peso normal, sano o saludable
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidad grado I
35 – 39,9	Obesidad grado II
40 o >	Obesidad grado III o mórbida

La Organización Mundial de la Salud, define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La causa fundamental de estos es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Si bien la obesidad está causada por un balance positivo de energía, muchos otros factores determinan la pandemia (Sociedad Argentina de Nutrición, 2016):

- normas de consumo de productos altos en calorías en porciones hipertróficas
- normas de movilidad restringida debido a largas jornadas escolares y laborales, elevada criminalidad, intensa mecanización, alto desarrollo tecnológico y la

competencia entre el mercado del entretenimiento y la práctica de actividad física.

- altos niveles de estrés y de incertidumbre generan no solo ansiedad y depresión sino malas decisiones.
- prescripción de medicamentos que aumentan la ingesta y el peso.
- disbiosis de la microbiota que genera ganancia de peso e inflamación. -deuda de sueño (dormimos menos de 7 horas por noche) que incrementa hambre y disminuye el gasto energético.
- climatización constante de los ambientes que minimiza la demanda energética.
- presencia de disruptores hormonales que interfirieren con la señalización hormonal.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- enfermedades cardiovasculares
- diabetes
- trastornos del aparato locomotor
- algunos tipos de cáncer

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

Materiales y métodos

Alcance de la investigación

Esta investigación tuvo un alcance de tipo correlacional ya que el estudio tuvo como propósito medir el grado de relación que existe entre dos variables. Esto se evaluó mediante el estado nutricional antropométrico de la muestra y se determinó si existe relación entre la misma y las demás variables.

Variables: definición conceptual y operativa

Hipótesis n° 1: En la población con discapacidad intelectual predomina el exceso de peso.

Variable: estado nutricional antropométrico.

Categorías de la variable:

- Bajo peso
- Peso normal
- Exceso de peso

Definición conceptual de la variable: el estado nutricional antropométrico es la condición física de una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. Esta condición física puede evaluarse a través de la masa corporal, para la cual Quetelet relaciona el peso medido en kilogramos, con la talla en metros elevada al cuadrado. Este índice tiene la ventaja de ser seguro y de fácil obtención.

Definición operacional de la variable: para evaluar el estado nutricional antropométrico de la muestra se utilizará el índice de masa corporal descrito por Quetelet para el cual se aplica la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso corporal en Kg}}{\text{Talla}^2 \text{ en metros}}$$

El valor obtenido se calificara como:

- Bajo peso si es menor a 18,5
- Peso normal si se encuentra entre 18,5 y 24,9
- Exceso de peso si es mayor a 25

Hipótesis n° 2: Los jóvenes mantienen una sobre alimentación emocional como conducta alimentaria predominante.

Variable: conducta alimentaria.

Categorías de la variable:

- Sobre alimentación emocional
- Subalimentación emocional
- Respuesta a la saciedad
- Respuesta y apetencia por los alimentos
- Disfrute de los alimentos
- Meticulosidad con los alimentos
- Lentitud para comer

Definición conceptual de la variable: La conducta alimentaria es un conjunto de acciones que establece la relación del ser humano con los alimentos. Se entiende que los comportamientos frente a los mismos se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, en el entorno familiar y social por imitación, y no por herencia.

Definición operativa de la variable: la conducta alimentaria será valorada mediante el uso del cuestionario de conducta alimentaria para adultos (CCAA) (Hunot, 2016) el cual evalúa cuantitativamente el predominio de una conducta sobre las seis restantes. Predominará una conducta alimentaria cuando cumpla con al menos el 90% del puntaje asignado para esa categoría. Si predomina más de una categoría de la conducta alimentaria, se elegirá la que obtenga mayor porcentaje puntaje; y dado el caso de que el mayor puntaje coincida en dos categorías, se asignarán ambas conductas como predominantes. Así también, dado el caso de que no se cumpla con el 90% del puntaje en al menos una de las categorías, se asignará la respuesta como “ninguna conducta alimentaria”.

Disfrute de los alimentos: se refiere al placer que se asocia con la ingesta de alimentos, esta condición está asociada positivamente con la sensación de hambre, el deseo de comer y el gusto por el alimento.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Amo la comida	3	2	1	0
Me encanta comer	3	2	1	0
Me divierto al momento de las comidas	3	2	1	0

Puntaje total = 9. Se determina el predominio de la categoría 90% con 8 o más puntos.

Lentitud para comer: es la reducción de la velocidad de ingesta. Existe una tendencia a prolongar la duración de los tiempos de la comida, como consecuencia de la falta de disfrute e interés en los alimentos, en algunos casos.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Me lleva tiempo comer	3	2	1	0
Generalmente soy el último en terminar de comer	3	2	1	0
Normalmente terminé rápido mis comidas	0	1	2	3
Como más lento si estoy sentado a la mesa	3	2	1	0

Puntaje total = 12. Se determina el predominio de la categoría 90% con 11 o más puntos.

Meticulosidad con los alimentos: exigencia condicionada que limita la gama de los productos de la alimentación que son aceptados.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Rechazo alimentos que no he probado antes	3	2	1	0
Me gusta probar comidas que no conocía	0	1	2	3
Normalmente decido que no me gusta una comida antes de probarla	3	2	1	0
Me encanta probar nuevas comidas	0	1	2	3
Me gusta una gran variedad de comidas	0	1	2	3

Puntaje total = 15. Se determina el predominio de la categoría 90% con 13 o más puntos.

Respuesta a la saciedad: es la disminución de la sensación de hambre, ocasionada por el consumo de alimentos. Los recién nacidos, tienden a ser muy sensibles al hambre y a las señales internas de saciedad, perdiendo este nivel de capacidad de respuesta con la edad.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Me siento satisfecho rápidamente	3	2	1	0
Si realizo una colación no puedo almorzar/cenar	3	2	1	0
Generalmente dejo restos en el plató a terminar de comer	3	2	1	0
Me siento satisfecho antes de terminar mi comida	3	2	1	0

Puntaje total = 12. Se determina el predominio de la categoría 90% con 11 o más puntos.

Respuesta y apetencia por los alimentos: se refiere al resultado que se obtiene de las señales frente a los alimentos que se encuentran a disposición. También, se define como la susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Pienso mucho en la comida	3	2	1	0
Si pudiera comer ya todo el tiempo	3	2	1	0
Me da hambre cuando veo a la gente comer	3	2	1	0
Cuando veo huelo mi comida favorita me da hambre	3	2	1	0
Normalmente mi estómago hace ruidos	3	2	1	0
Me siento con tanta hambre que como entre comidas	3	2	1	0
Normalmente me siento con hambre	3	2	1	0
Me siento mareado si no como en horarios	3	2	1	0
Si no hago en horario una comida me pongo nervioso	3	2	1	0

Puntaje total = 27. Se determina el predominio de la categoría 90% con 24 o más puntos.

Sobrealimentación emocional: es una alimentación ligada a las emociones, que son capaces de influir en el acto de la alimentación, de una manera positiva o negativa, siendo un estímulo externo el que interviene en la alimentación, y que se manifiesta con el exceso de ingesta.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Como más cuando estoy triste	3	2	1	0
Como más cuando estoy asustado	3	2	1	0
Como más cuando estoy ansioso	3	2	1	0
Como más cuando estoy nervioso	3	2	1	0
Como más cuando estoy enojado	3	2	1	0

Puntaje total = 15. Se determina el predominio de la categoría 90% con 13 o más puntos.

Subalimentación emocional: al igual que la categoría anterior, también se trata de la alimentación ligada a las emociones pero en este caso se produce una disminución la ingesta alimentaria.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Como menos cuando estoy nervioso	3	2	1	0
Como menos cuando estoy asustado	3	2	1	0
Como menos cuando estoy ansioso	3	2	1	0
Como menos cuando estoy triste	3	2	1	0
Como menos cuando estoy enojado	3	2	1	0

Puntaje total = 15. Se determina el predominio de la categoría 90% con 13 o más puntos.

Hipótesis n° 3: existe una diferencia en el estado nutricional antropométrico de varones y mujeres de la población.

Variable 1: Sexo

Categorías de la variable:

- Mujer
- Varón

Definición conceptual de la variable: características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (OMS).

Definición operativa de la variable: para conocer el sexo de la muestra se le realizará un interrogatorio en el cual se deben verificar los datos con aquel que en su documento de identidad se determine.

Variable 2: estado nutricional antropométrico

Categorías de la variable:

- Bajo peso
- Peso normal
- Exceso de peso

Definición conceptual y operativa de la variable: se comprenderá y valorará al estado nutricional como se lo definió anteriormente. Se compararon los resultados entre varones y mujeres.

Hipótesis n° 4: La conducta alimentaria es distinta entre varones y mujeres.

Variable 1: Sexo

Categorías de la variable

- Mujer
- Varón

Se define conceptual y operativamente la variable como se lo hizo anteriormente.

Variable 2: conducta alimentaria.

Esta variable se categoriza, define y valora como se lo indicó anteriormente. Se procederá a comparar la misma entre varones y mujeres.

Hipótesis n° 5: La ingesta alimentaria es excesiva en relación a los requerimientos energéticos.

Variable: Ingesta alimentaria

Categorías de la variable:

- Insuficiente
- Adecuada
- Excesiva

Definición conceptual de la variable: será entendida como el aporte de calorías provenientes de la ingesta de alimentos que son consumidos en 24 horas.

Definición operativa de la variable: se valorará la ingesta alimentaria mediante el uso de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Kilocalorías consumidas}}{\text{Kilocalorías requeridas}} \times 100$$

El resultado será expresado en forma de porcentaje, el cual se denominará:

- Insuficiente si es menor al 90%
- Adecuada si se encuentra entre 90 y 110%
- Excesiva si supera el 110%

Para conocer las kilocalorías consumidas se utilizará como instrumento de recolección un registró alimentario de cuatro días, administrado o asistido por un adulto tutor o familiar, quién indicará por escrito todos los alimentos ingeridos por el joven expresando las cantidades medidas de forma casera y el horario. Se tendrá en cuenta la distribución equitativa en días de semana y días de fin de semana. Se realizará un promedio de las calorías consumidas en esos 4 días registrados.

Para conocer las kilocalorías requeridas se determinará según peso, edad y sexo por una fórmula predictiva, descripta por Harris Benedict:

- ➔ Varones $66 + (13.7 \times \text{peso en kg}) + (6.27 \times \text{por talla en cm}) - (5 \times \text{edad en años})$
- ➔ Mujeres $655 + (9.7 \times \text{peso en kg}) + (1.8 \times \text{talla en cm}) - (4.7 \times \text{edad en años})$

En ambos casos, se sumará un 30% si llevan una vida sedentaria la cual se define para personas que están en la mayor parte del tiempo sentadas en ambientes cerrados, generalmente se aplica a las personas que permanecen en sus hogares sin

actividad laboral específica; un 50% en caso de que realicen actividad moderada, se aplica a personas que realizan actividades laborales en ambientes cerrados la mayor parte del tiempo sentados incluyendo el gasto energético de otras actividades no laborales tales como movilizarse en medios de transporte, caminatas, tareas domésticas y la práctica de ejercicio físico de baja frecuencia semanal; 75% si tienen una vida activa, incluye las actividades laborales que se realizan la mayor parte del tiempo de pie o con movimientos específicos o quienes realizan una actividad laboral moderada pero incluyen en la práctica deportiva con alta frecuencia semanal (4 o más veces por semana).

Diseño

Se realizó un estudio no experimental transversal de la alimentación de una población de 50 jóvenes adultos que asistan a un centro de estimulación cognitiva destinados a personas con discapacidad durante el transcurso del año 2018.

Esta investigación se corresponde con un diseño no experimental dado que no se manipularon las variables sino que se las observó tal cual se presentan en la realidad; y transversal debido a que se realizó en un momento específico y único la recolección de datos.

Población

Estuvo comprendida por jóvenes adultos que tienen entre 18 y 47 años de edad con discapacidad intelectual grado leve, moderado y grave durante el periodo del mes de octubre y noviembre de 2018 en la ciudad de Yerba Buena, Tucumán.

Muestra

Se estudiaron a 50 adultos jóvenes que tienen entre 18 y 47 años de edad con discapacidad intelectual grado leve, moderado y grave*, que concurren a una institución de estimulación cognitiva en la ciudad de Yerba Buena, Tucumán, en el período del mes de octubre y noviembre de 2018.

(*Metodología de trabajo en Anexos 2: Instrumentos de recolección de datos)

Criterios de exclusión: quedaron sin posibilidad de participar del análisis de los datos para la investigación, aquellos que padecen una discapacidad motora aparte de la intelectual, así como quienes tienen una alimentación dietoterápica prescrita.

Técnica de muestreo

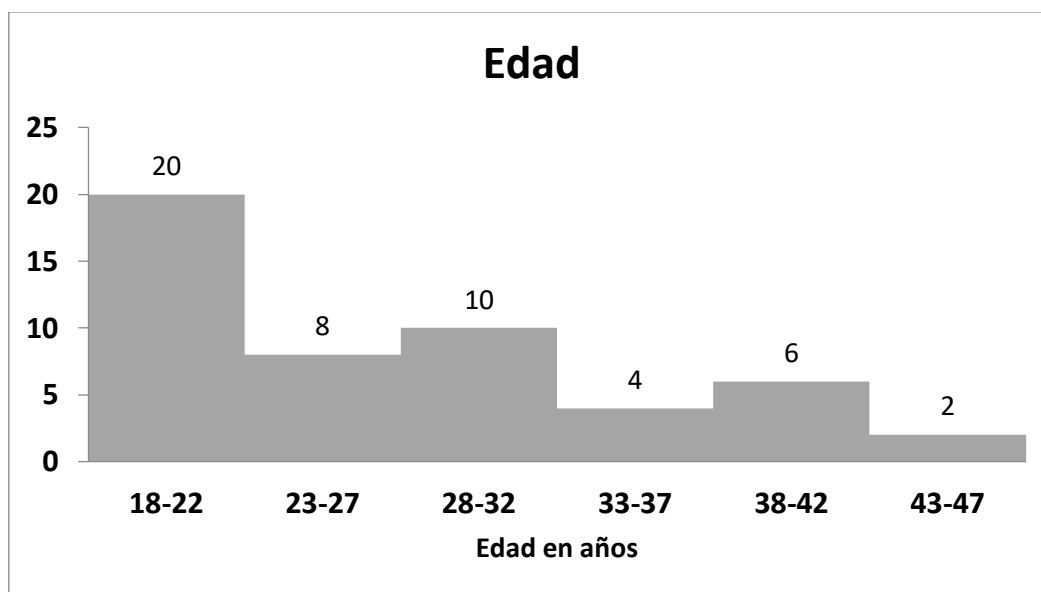
En el estudio se realizó un muestreo dirigido (no probabilístico) de tipo intencional/deliberado ya que no todos los jóvenes tuvieron la misma posibilidad de ser medidos antropométricamente, y se seleccionó únicamente la información de aquellos que cumplían con los requisitos nombrados con anterioridad. Fue intencional debido a que se evaluaron a jóvenes que asisten a una única institución.

Resultados

Características de la muestra

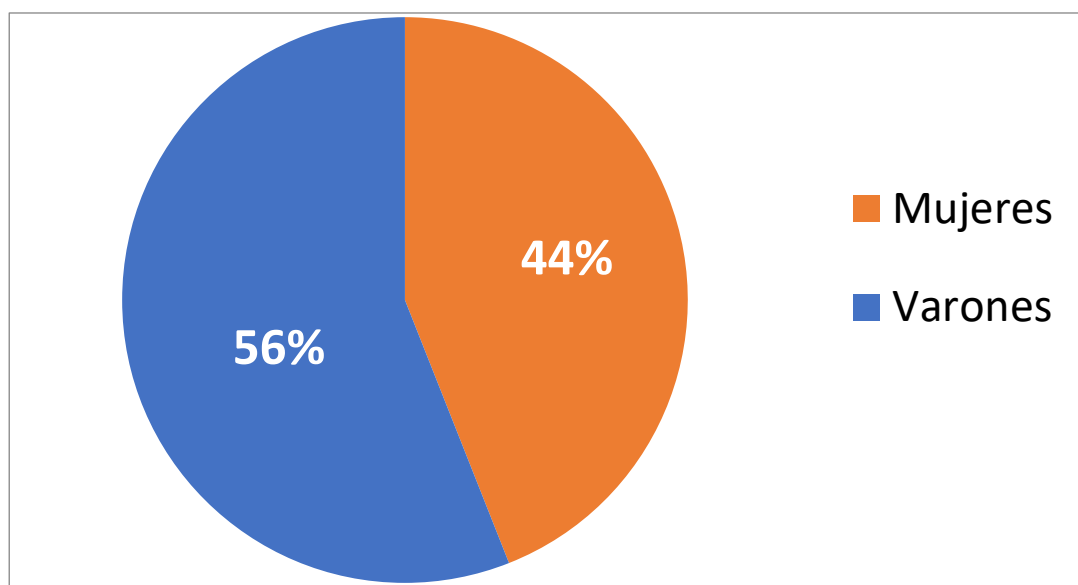
La muestra estuvo compuesta por 50 adultos jóvenes que asisten diaria o periódicamente a un centro de estimulación cognitiva (centro de día), sus edades se comprenden entre los 18 y 47 años.

Gráfico n°1: Distribución porcentual de la muestra según edad (n=50)



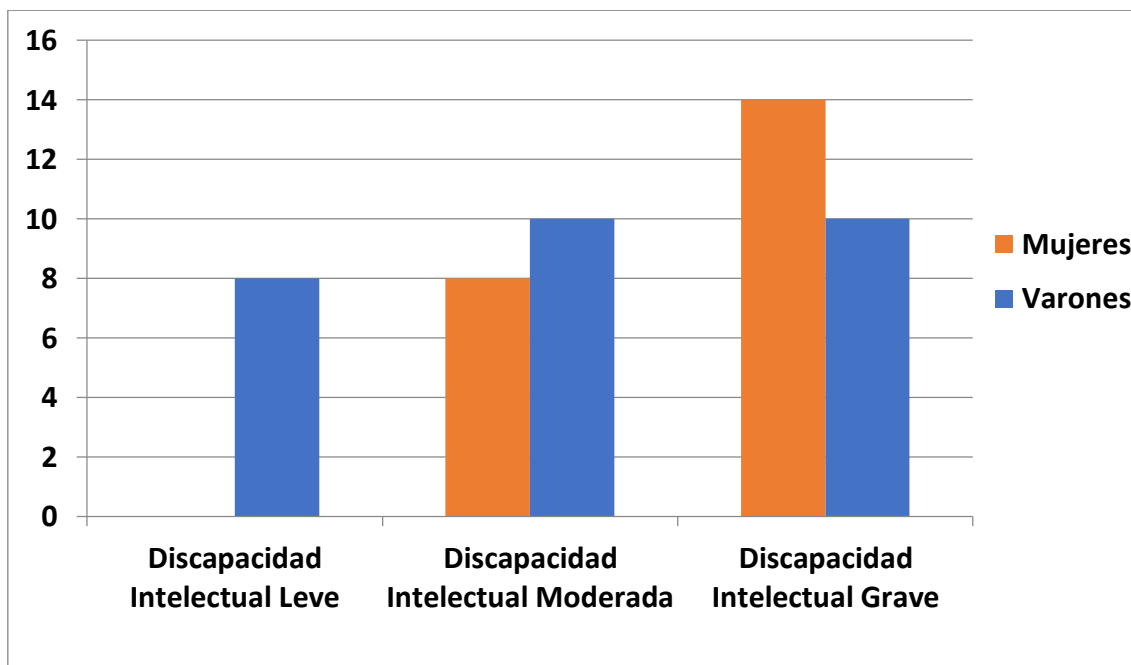
Los mismos, se distribuyen en 22 mujeres y 28 varones

Gráfico n°2: Distribución porcentual de la muestra según sexo (n=50)



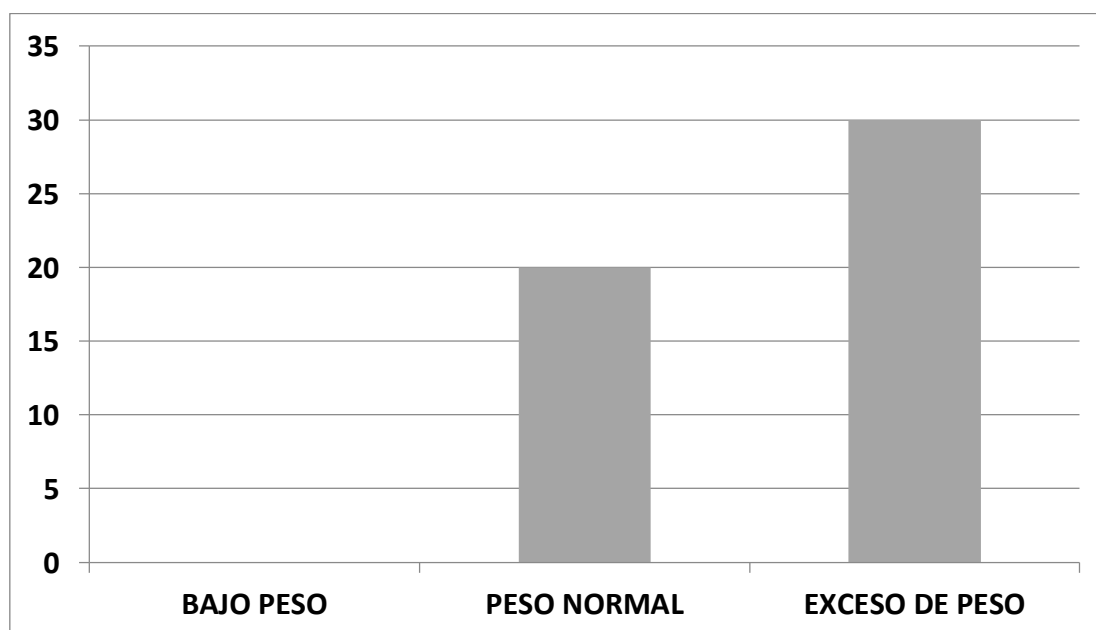
Los jóvenes presentan una discapacidad intelectual entre leve, moderada o grave. No se presentó ningún caso de discapacidad leve en mujeres.

Gráfico n°3: Distribución de la muestra según grado de Discapacidad Intelectual (n=50)



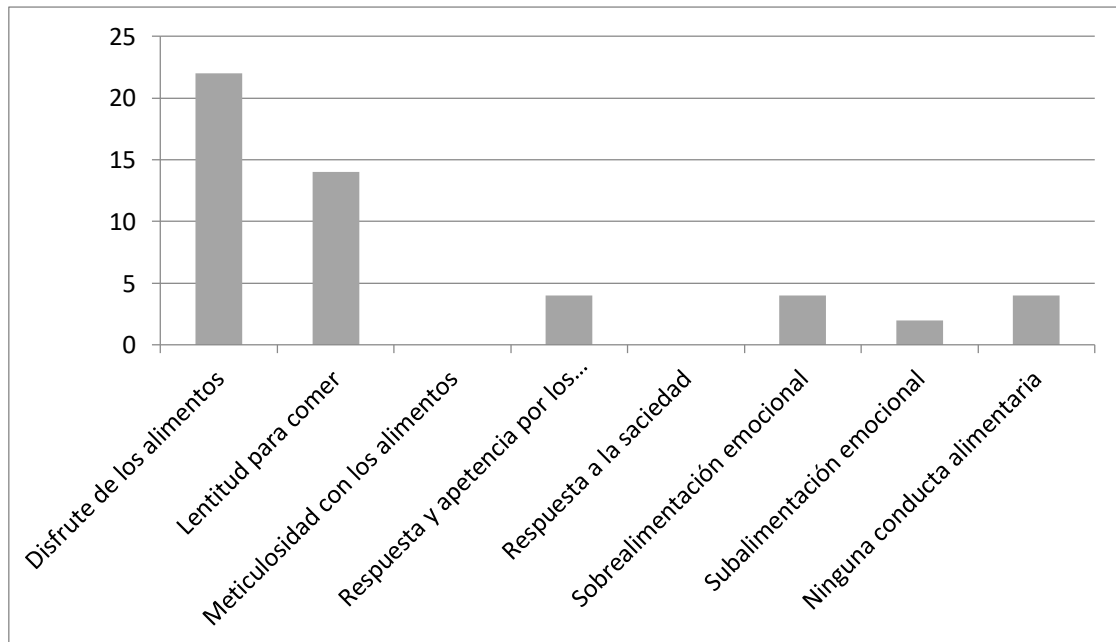
El estado nutricional antropométrico de prevalencia es el exceso de peso. No se registró ningún caso con bajo peso.

Gráfico n° 4: Distribución de la muestra según Estado Nutricional Antropométrico (n=50)



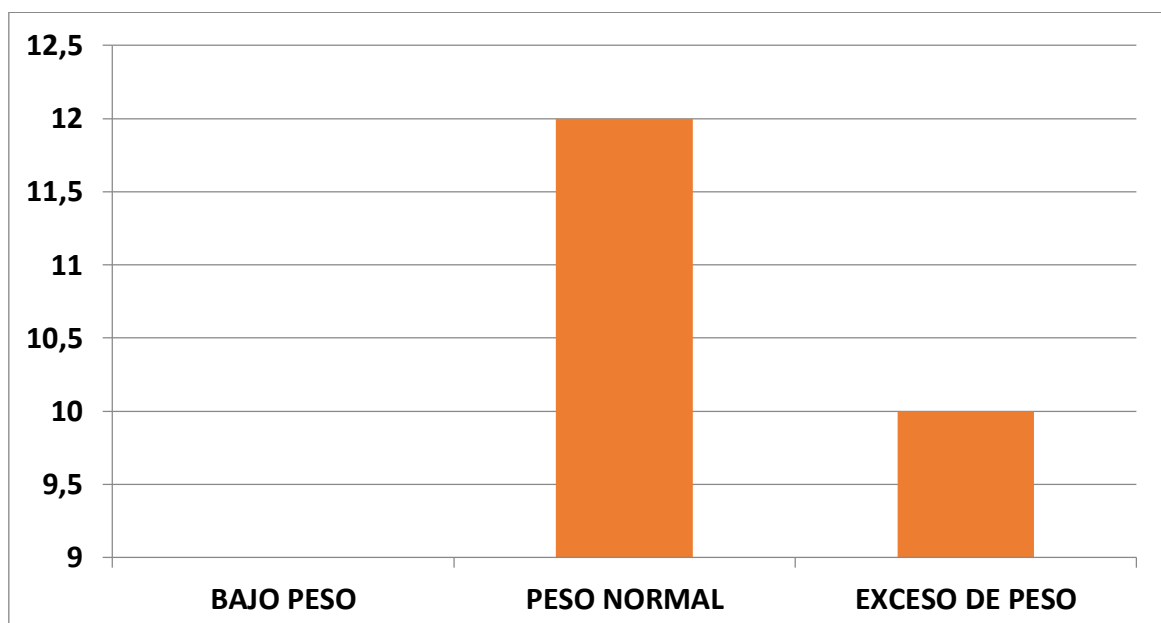
La conducta alimentaria con mayor frecuencia es el Disfrute de los alimentos, seguido por Lentitud para comer. No se presentó ningún caso con las conductas Meticulosidad al comer ni Respuesta a la saciedad.

Gráfico n°5: Distribución de la muestra según Conducta Alimentaria predominante
(n=50)



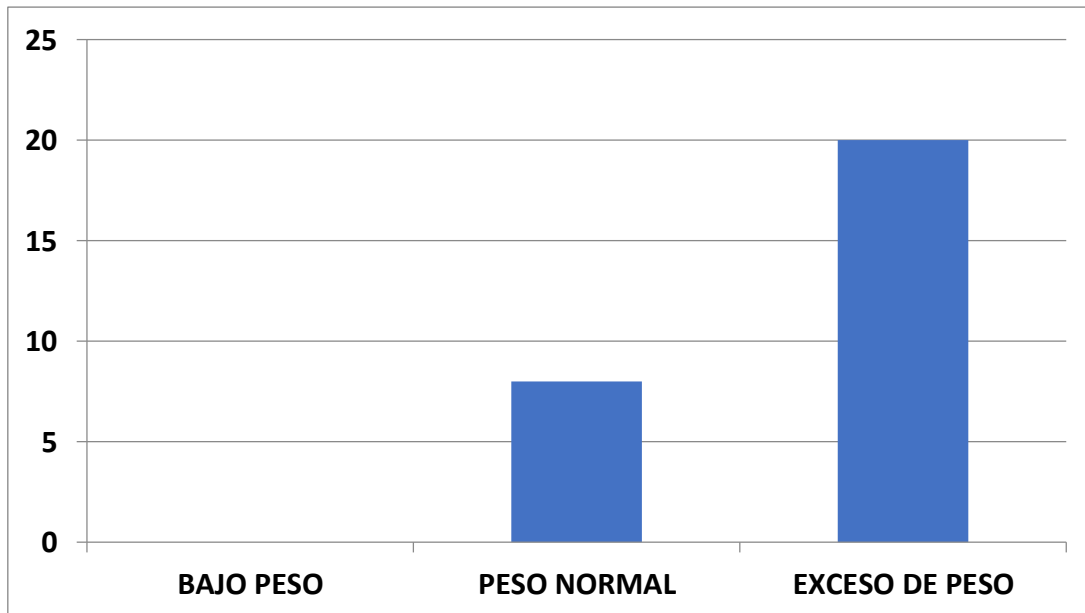
Al categorizar la muestra por sexo, la variable Estado nutricional antropométrico refleja mayor frecuencia para peso normal en el caso de las mujeres.

Gráfico n°6: Distribución de la muestra femenina según Estado Nutricional
Antropométrico (n=22)



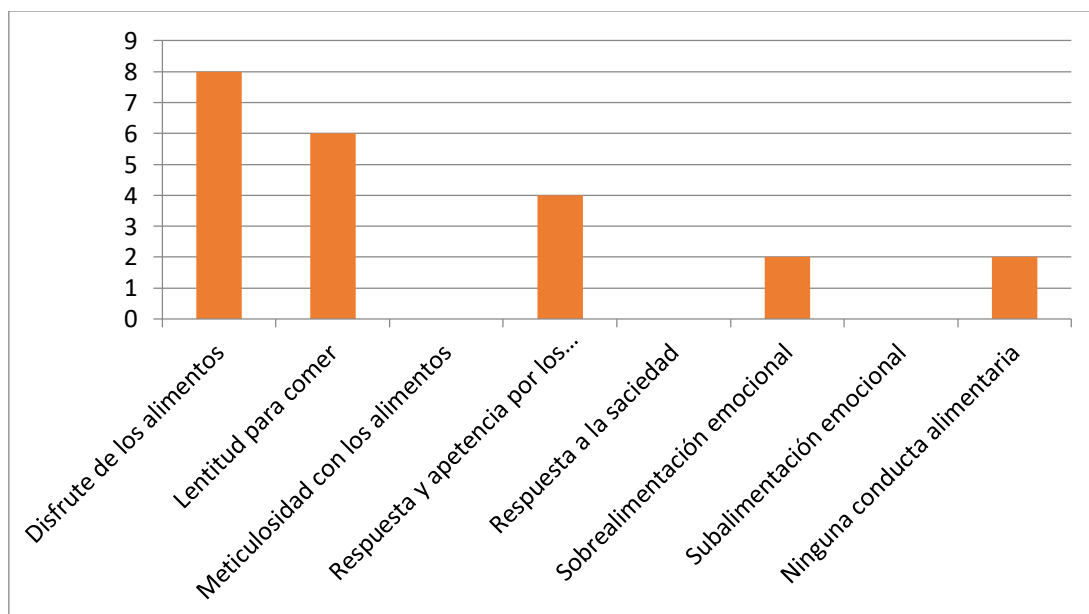
La variable Estado nutricional antropométrico manifiesta que dos de cada tres varones presenta exceso de peso.

Gráfico n°7: Distribución de la muestra masculina según Estado Nutricional Antropométrico (n=28)



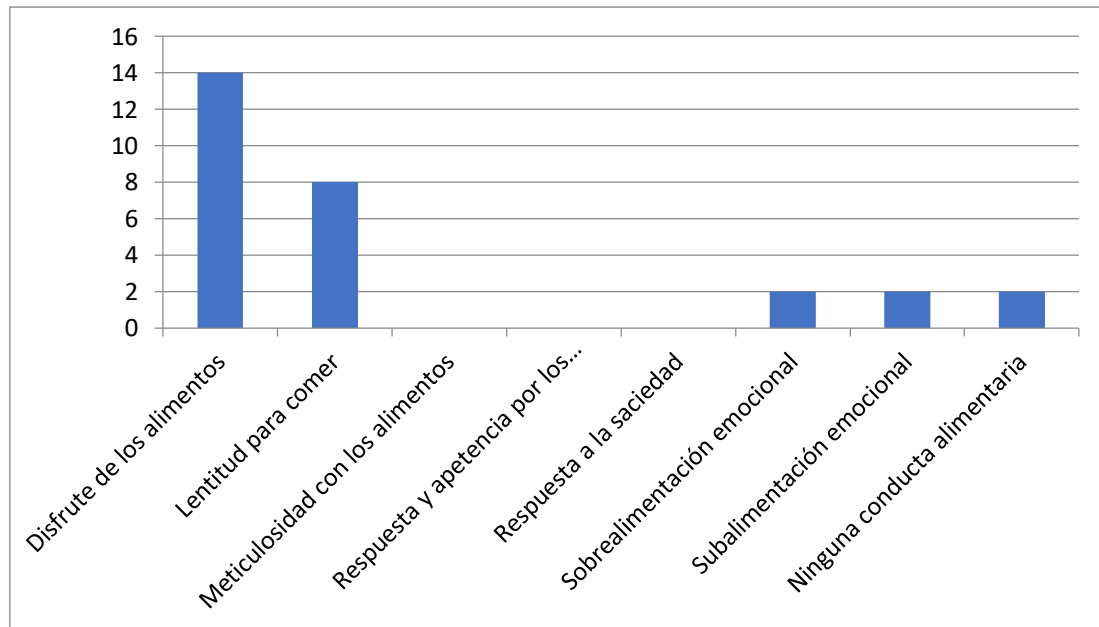
Al categorizar la muestra por sexo, en la variable Conducta alimentaria sigue predominando el disfrute de los alimentos. No se presentaron mujeres con Subalimentación emocional

Gráfico n° 8: Distribución de la muestra femenina según Conducta Alimentaria predominante (n=22)



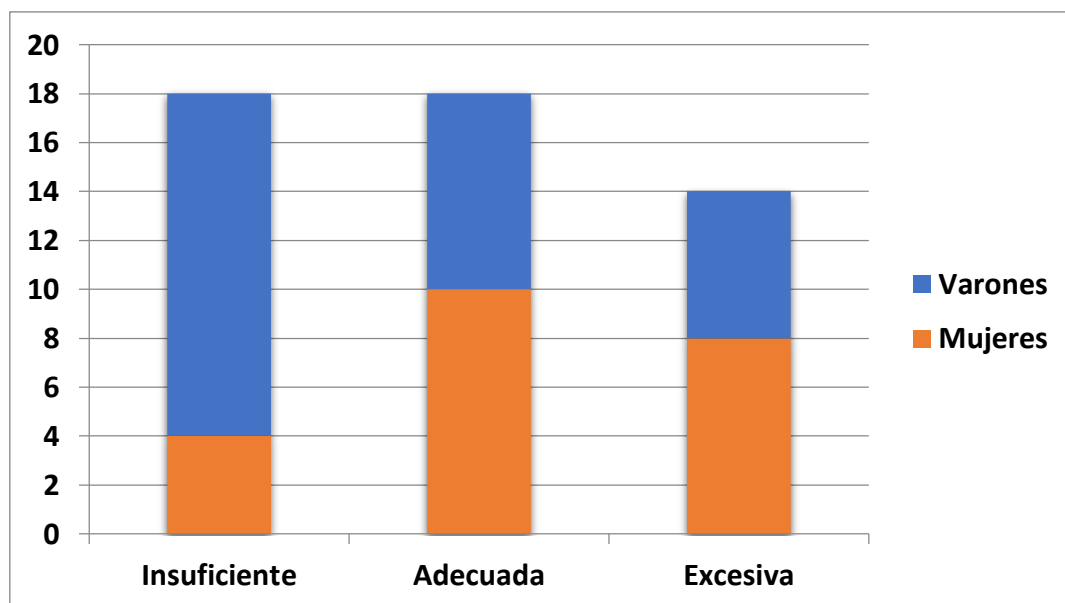
Así también en la muestra masculina, Disfrute de los alimentos posee la más alta frecuencia para la variable Conducta alimentaria. No se registraron casos de Respuesta y apetencia por los alimentos.

Gráfico n° 9: Distribución de la muestra masculina según Conducta Alimentaria predominante (n=28)



Se registró una ingesta alimentaria indistinta entre sus categorías. Al subdividir la muestra por sexo, se registra que el 50% de los varones mantiene una ingesta alimentaria insuficiente; mientras que más del 40% de las mujeres presenta una ingesta adecuada.

Gráfico n° 10: Distribución de la muestra según Ingesta Alimentaria (n=50)



Comprobación de hipótesis

Hipótesis n° 1

HI: En la población con discapacidad intelectual predomina el exceso de peso.

Ho: No hay diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de la población con discapacidad intelectual.

Se acepta hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis de nulidad. A partir de los datos obtenidos sobre el estado nutricional de la población con discapacidad intelectual, se realizó una prueba chi cuadrado donde se escogió un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 2. Se obtuvo como resultado un chi cuadrado observado (52) mayor al chi cuadrado teórico (5,99), por lo tanto se rechaza la hipótesis de nulidad y se acepta la hipótesis de investigación que consigna que el estado nutricional antropométrico predominante de la población referida es el exceso de peso.

Categorías	fo	fe	fo-fe	(fo-fe)(fo-fe)	(fo-fe)(fo-fe)/fe
Bajopeso	0	-16,66667	-16,66667	277,7778889	16,6666734
Normopeso	10	-16,66667	-6,66667	44,44446889	2,66666
Exceso de peso	40	-16,66667	23,33333	544,4442889	32,6666704
					52,0000038

Hipótesis n° 2

HI: La mayoría de los jóvenes mantiene una sobre alimentación emocional.

Ho: No hay diferencias significativas en la conducta alimentaria.

Ha: La mayoría de los jóvenes presenta como conducta alimentaria predominante el disfrute de los alimentos.

Se acepta hipótesis alternativa de investigación y se rechaza la hipótesis de nulidad. A partir de los datos obtenidos sobre la conducta alimentaria, se realizó una prueba chi cuadrado con grado de confianza del 95% y de libertad de 7. Se obtuvo como resultado un chi cuadrado observado (67,12) mayor al teórico (14,07), por lo tanto se rechaza la hipótesis de nulidad y se acepta la hipótesis alternativa que consigna que la conducta alimentaria predominante de la población es disfrute de los alimentos.

Categorías	fo	Fe	fo-fe	(fo-fe)(fo-fe)	(fo-fe)(fo-fe)/fe
Disfrute	22	-6,25	15,75	248,0625	39,69
Lentitud	14	-6,25	7,75	60,0625	9,61
Meticulosidad	0	-6,25	-6,25	39,0625	6,25
Respuesta A	4	-6,25	-2,25	5,0625	0,81
Respuesta S	0	-6,25	-6,25	39,0625	6,25
Sobrealimentación	4	-6,25	-2,25	5,0625	0,81
Subalimentación	2	-6,25	-4,25	18,0625	2,89
Ninguna C A	4	-6,25	-2,25	5,0625	0,81
					67,12

Hipótesis n° 3

HI: Existe una diferencia en el estado nutricional antropométrico de varones y mujeres de la población.

Ho: No hay diferencia en el estado nutricional antropométrico de varones y mujeres.

Se acepta la hipótesis de nulidad y se rechaza hipótesis de investigación. A partir de los datos obtenidos de las encuestas sobre la conducta alimentaria, se realizó una prueba de chi cuadrada donde se escogió un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 2. Se obtuvo como resultado un chi cuadrado observado (3,46) menor al chi cuadrado teórico (5,99), por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis de nulidad que consigna que no hay diferencia significativa en el estado nutricional antropométrico entre varones y mujeres de la población.

Categorías	fo	fe	fo-fe	(fo-fe)(fo-fe)	(fo-fe)(fo-fe)/fe
V Normopeso	8	-11,2	-3,2	10,24	0,914285714
M Normopeso	12	-8,8	3,2	10,24	1,163636364
V Exceso de p	20	-16,8	3,2	10,24	0,60952381
M Exceso de p	10	-13,2	-3,2	10,24	0,775757576
					3,463203463

Hipótesis n° 4

HI: La conducta alimentaria es distinta entre varones y mujeres.

Ho: No hay diferencia en la conducta alimentaria entre varones y mujeres.

Se acepta la hipótesis de nulidad y se rechaza hipótesis de investigación. A partir de los datos obtenidos sobre la conducta alimentaria, se realizó una prueba de chi cuadrada donde se escogió un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 7. Se obtuvo como resultado un chi cuadrado observado (8,53) menor al chi cuadrado teórico (14,07), por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis de nulidad que consigna que no existe relación entre el sexo y la conducta alimentaria.

Variable	fo	fe	fo-fe	(fo-fe)(fo-fe)	(fo-fe)(fo-fe)/fe
V D	14	-12,32	1,68	2,8224	0,229090909
M D	8	-9,68	-1,68	2,8224	0,291570248
V L	8	-7,84	0,16	0,0256	0,003265306
M L	6	-6,16	-0,16	0,0256	0,004155844
V RA	0	-2,24	-2,24	5,0176	2,24
M RA	4	-1,76	2,24	5,0176	2,850909091
V SO	2	-2,24	-0,24	0,0576	1,272727273
M SO	2	-1,76	0,24	0,0576	0,032727273
V SU	2	-1,12	0,88	0,7744	0,691428571
M SU	0	-0,88	-0,88	0,7744	0,88
V NCA	2	-2,24	-0,24	0,0576	0,025714286
M NCA	2	-1,76	0,24	0,0576	0,01461039
					8,53619919

Hipótesis n° 5

HI: La ingesta alimentaria de la población de jóvenes con discapacidad intelectual es excesiva en relación a los requerimientos energéticos.

Ho: No hay diferencia en la ingesta alimentaria de la población.

Se acepta hipótesis de nulidad y se rechaza la hipótesis de investigación. A partir de los datos obtenidos sobre la relación entre la ingesta alimentaria con los requerimientos energéticos, se realizó una prueba chi cuadrado donde se escogió un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 2. Se obtuvo como resultado un chi cuadrado observado (0,64) menor al chi cuadrado teórico (5,99), por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis de nulidad que consigna no hay diferencia en la ingesta alimentaria de la población.

Variable	fo	fe	fo-fe	(fo-fe)(fo-fe)	(fo-fe)(fo-fe)/fe
IA Insuficiente	18	-16,6666667	1,33333333	1,3333333	1,77777773
IA Adecuada	18	-16,6666667	1,33333333	1,3333333	1,77777773
IA Excesiva	14	-16,6666667	-2,66666667	-2,666667	7,11111111
					0,64

Conclusión

Actualmente asisten al centro de estimulación cognitiva AMARANTHUS un total de 74 jóvenes de entre 15 y 47 años. Si bien se recolectó datos de todos los concurrentes, sólo se utilizó para este estudio los de aquellos que no presentan hemiplejía, mayores de edad y con la capacidad de rellenar las encuestas de manera completa.

Si bien en un principio para esta investigación se consideró incluir únicamente a los jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada, durante la recolección de datos se pudo cerciorar que aquellos con una mayor profundidad de discapacidad podían responder efectivamente al cuestionario, y en sus hogares pudieron completar el registro alimentario legítimamente.

La muestra estuvo integrada por 50 adultos jóvenes de los cuales el 56% eran varones y el 44% eran mujeres. El 36,4% de las jóvenes presentan discapacidad intelectual de grado moderado y el 63,6% grave. En la muestra femenina no se encontró discapacidad intelectual leve. El 28,6% de los varones presenta grado leve, el 35,7% grado moderado y grave de discapacidad. Más de las tres cuartas partes de la muestra tiene entre 18 y 32 años de edad.

Se observó que la mayoría de los concurrentes (60%) tiene exceso de peso, de los cuales, las dos terceras partes está representada por varones. Esto evidencia que el 71% de los mismos presentan exceso de peso. No así en la muestra femenina que contrasta con un 45%. Por otro lado, no se encontró presencia de individuos de la muestra con bajo peso.

Con respecto a la conducta alimentaria, la mayoría (44%) de la población presenta como predominante Disfrute de los alimentos. Esta conducta fue la más destacada en ambos sexos correspondiendo el 36,4% de la muestra femenina y el 50% de la masculina. A su vez, no se puede destacar una relación entre el sexo y el tipo de conducta alimentaria. No se obtuvieron datos de individuos que presenten Meticulosidad al comer, así como tampoco, Respuesta a la saciedad. Durante el transcurso de la investigación, se tuvo que sumar la categoría de “ninguna conducta alimentaria” ya que el 4% de la muestra alcanzó a cubrir el 90% para ninguna otra categoría

En cuanto a la ingesta alimentaria relacionada con sus requerimientos energéticos, no se registró una diferencia significativa en el total de la muestra. Cabe aclarar que en el caso de las mujeres, la mayoría (45,6%) presenta una ingesta adecuada y suficiente, el 36,4% presentaba una ingesta ligeramente excesiva, y el 18,2% restante una ingesta insuficiente. Pero en la muestra masculina, la mitad no consume suficientes alimentos para cubrir sus requerimientos energéticos, y sólo el 28,6% se encuentra en el rango de lo adecuado para su edad y peso. El 21% de los varones presenta una ingesta excesiva, los cuales coinciden con aquellos que presentaban un exceso de peso que los posicionaba en el rango de la obesidad según su IMC. Un posible sesgo de investigación en este caso es que, como antecedente se consideró un estudio realizado en una Universidad europea, la cual, podría haber presentado una muestra con características socioeconómicas diversas a la de esta.

Discusión

Este estudio propuso generar información sobre algunas características alimentarias que se presentan en los jóvenes con discapacidad intelectual, como el estado nutricional antropométrico. Los resultados obtenidos afirman que en la población que comprende a los jóvenes con discapacidad intelectual que asisten a instituciones en la provincia de Tucumán, predomina el exceso de peso. Estos resultados coinciden con los del estudio Perfil antropométrico en función del estado nutricional de niños con discapacidad intelectual, que en ambos sexos se encontró altos valores de prevalencia de exceso de peso (39% de la población en estudio); investigación realizada por la Sociedad Chilena de Pediatría a cargo de Bolaños y colaboradores en el año 2014.

En cuanto a la conducta alimentaria, los resultados obtenidos confirman que la mayoría de los jóvenes mantiene una conducta alimentaria que concierne con el disfrute de los alimentos. Teniendo en cuenta la confirmación de la primera hipótesis de investigación, en la población predomina el exceso de peso; estos resultados son comparables con los del estudio de Hunot y colaboradores del año 2016, que concluía que a mayor IMC se obtenía mayor puntaje para “disfrute de los alimentos”, “respuesta y apetencia por los alimentos” y “sobrealimentación emocional”. Por otro lado, con los resultados obtenidos de esta investigación se puede también afirmar que no existe una diferencia significativa en la conducta alimentaria entre varones y mujeres.

Al comparar los datos obtenidos se puede corroborar que no hay diferencia en el estado nutricional antropométrico de varones y mujeres. Estos resultados se relacionan con los del estudio de la Sociedad Chilena de Pediatría nombrado anteriormente, en donde se puede destacar que en ambos sexos, se presentó una prevalencia en el exceso de peso (varones 47% y mujeres 26%). Dicho en otras palabras, se puede afirmar que no existe relación entre el sexo y el estado nutricional antropométrico.

Por último, al analizar los datos obtenidos de la ingesta alimentaria proporcionada por los alimentos en relación con los requerimientos energéticos, se confirma que no hay diferencia significativa en la ingesta alimentaria de la población, es decir que ninguna de las tres categorías de la variable se destacaba de entre las otras.

Proyección

Esta investigación buscó principalmente conocer cómo se distribuyen el estado nutricional antropométrico, la conducta alimentaria y la ingesta energética en la población de jóvenes adultos con discapacidad intelectual en Tucumán. Durante su transcurso, este estudio dio a luz información valiosa tanto para profesionales, terapeutas y familiares o tutores de los jóvenes con discapacidad intelectual. Es por esto que se sugeriría en la institución realizar un taller integrativo para los mismos, en el cual se dé a conocer la realidad en la que se encuentran, plantear guías para fomentar un estilo de vida saludable, y lograr ulteriormente un seguimiento nutricional longitudinal de los jóvenes. Posteriormente, sería completamente fructífero que la institución considere agregar un taller de huerta orgánica, para así fomentar el consumo de vegetales y lograr una mejor noción de los mismos. También esto, podría complementar el taller de cocina que actualmente se lleva a cabo sólo los días miércoles.

Por otro lado, para poder conseguir un seguimiento longitudinal, sería necesario completar con mayor cantidad de mediciones antropométricas y bioquímicas así lograr una visión más holística del estado nutricional.

Los resultados de esta investigación muestran que la mayoría de los jóvenes presenta exceso de peso, este es el punto de partida para realizar acción preventiva respecto a este tema. Podría abordarse esta problemática desde la institución mediante talleres integrativos, brindando educación alimentaria de calidad mediante charlas de especialistas o estudiantes que expliquen la importancia de una alimentación variada, equilibrada, suficiente y nutritiva.

Para poder evaluar exhaustivamente la calidad de la alimentación, sería objetivo efectuar cuestionarios de frecuencia de consumo o bien registros alimentarios más prolongados, realizados de manera periódica. Así también, se podría profundizar acerca de la ingesta de micronutrientes específicos que se encuentran en algunos antecedentes.

Para finalizar, para identificar influencias en la conducta alimentaria, sería de completa certeza realizar una investigación para ahondar en las características familiares, relacionando cuánto incide en la alimentación de los jóvenes.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. 2014. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición* (DSM V). Editorial Médica Panamericana.
- Aguilar Montero, Luis Ángel. 1997. *Discapacidad e igualdad de oportunidades*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen HVMANITAS.
- Aguirre, Patricia. 2004. *Ricos flacos gordos pobres: la Alimentación en crisis*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Capital Intelectual.
- Aguirre, Patricia. 2017. *Una historia social de la comida* (primera edición). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial: Lugar editorial.
- Bauman, Zygmunt. 2002. *En busca de la política*. México. Editorial: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Zygmunt. 2008. *Tiempos líquidos*. México. Editorial: Tusquets.
- Berridi, Ricardo. (2016). *Los niños y sus discapacidades: cómo las decimos, pensamos y sentimos*. Sociedad Argentina de Pediatría. La Plata, Buenos Aires, Argentina. Extraído en mayo de 2017 de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n5a16.pdf>
- Bronberg, R. A.; Alfaro, E. L.; Bejarano, I. F., Dipierri, J. E. 2011. *Prevalencia de malnutrición en pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados*. Hospital Colonia Nacional, Buenos Aires, Argentina. Recuperado en octubre de 2018 de <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v71n1/v71n1a01.pdf>
- Cabalda Ramos, Elvira; Camarillo Ochoa, N; Esquivel Hernández, M.A. Zamora Vásquez, A; Montoya Rodríguez, M; Alamilla Ochoa, E K. (2012). *Valoración integral de adolescentes y adultos con discapacidad intelectual e integración de grupos de apoyo*. Extraído de <http://www.redalyc.org/html/473/47325181008/> en mayo de 2017.

- Caplan, Gerald. 1980. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Paidós.
- Cervera Burriel, Faustino; Serrano Urrano; Vico García; Milla Tobarra; García Meseguer. 2013. *Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población Universitaria*. Recuperado en septiembre de 2017 de <http://scielo.isciii.es>
- Contreras, Jesús. 1995. *Alimentación y cultura: necesidades, gustos y cultura* (compilación). Universidad de Barcelona, España.
- De Girolami, Daniel H. 2004. *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal* (1º edición). Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.
- Dirección de estadística de la provincia. 2015. *La distribución espacial de la discapacidad en la provincia de Tucumán según censo de 2010*. Tucumán, Argentina. Extraído en junio de 2018 de <http://estadistica.tucuman.gov.ar>
- Fundación Adecco. 2017. *Discapacidad y familia*. Madrid, España. Extraído en junio de 2019 de <https://fundacionadecco.org>
- García-Allen, Jonathan. 2018. *Psicología y nutrición: la importancia de la alimentación emocional*. Psicología y Mente. Extraído en mayo de 2019 de <https://psicologiaymente.com/nutricion/psicologia-nutricion-alimentacion-emocional>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. 2016. *Metodología de la investigación*. México. Editorial McGraw Hill.
- Hunot; Fildes; Crocker; Llewellyn; Wardle; Beeken. 2016. *Rasgos apetitivos y relaciones con el IMC en adultos: Desarrollo del cuestionario de conducta alimentaria para adultos*. Recuperado en octubre de 2017 de <http://www.sciencedirect.com>
- Juarez Huaraca, Ana María. (2013). *Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de estudiantes de educación secundaria estatal y privada*. Lima, Perú. Obtenido de en junio de 2017 de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/361>

- Lombardo, E., & Krzemien, D. (2009). *La psicología del curso de vida en el marco de la psicología del desarrollo*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com> en junio de 2018.
- López, Laura Beatriz y Suárez, Marta María. 2009. *Alimentación saludable*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Hipocrático.
- López, Laura Beatriz y Suárez, Marta María. 2014. *Fundamentos de nutrición normal*. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.
- Normas APA – Referencias. 2016. Extraído en mayo y junio de 2017 de <http://normasapa.net/referencias/>
- Normas APA. 2017. Extraído en septiembre y octubre de 2017 de <http://normasapa.net/2017-edicion-6/>
- Núñez, Blanca. 2003. *La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares*. Sociedad Argentina de Pediatría. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Extraído de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pdf> en mayo de 2019.
- Organización Mundial de la Salud. 2011. *Resumen del informe mundial sobre discapacidad*. Recuperado en junio de 2017 de <http://apps.who.int>
- Organización Mundial de la salud. 2018. *Obesidad y sobrepeso*. Extraído en mayo de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Osorio, J.; Weisstaub, G.; Castillo, C. 2002. *Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones*. Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado en octubre de 2017 de <http://www.scielo.cl>
- Papalía, D.; Old, S.; Feldman, R. 2009. *Desarrollo humano* (undécima edición). Distrito federal, México. Editorial Mc Graw Hill.

- Rosales Mondragón, Alejandro. 2017. *Análisis discursivo de la discapacidad: el sujeto en los bordes del dispositivo* (tesis de maestría). Universidad Autónoma de Chiapas, Chiapas, México. Extraído en junio de 2019 de <https://repositorio.unach.mx/jspui/bitstream/123456789/3121/1/RIBC148986.pdf>
- Ruiz Álvarez, Luis. 2010. *Consideraciones en torno a la discapacidad*. México.
- San Mauro-Martín, I.; Onrubia González De la Aleja, J.; Garicano Vilar, E.; Cadenato Ruiz, C.; Hernández Villa, I.; Rodríguez Alonso, P. *et al.* 2016. *Análisis del estado nutricional y composición corporal de personas con discapacidad intelectual*. Revista Neurol 2016; 62: 493-501 Madrid, España. Extraído en mayo de 2019 de <http://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/nutricion.pdf>
- Sedó Masís, Patricia y De Mezerville, Gastón. 2004. *Los significados del alimento: caso del adulto mayor*. Universidad de Costa Rica.
- Sociedad Argentina de Nutrición. 2016. *Epidemia de obesidad: un complejo desafío*. Recuperado en mayo de 2019 de <http://www.sanutricion.org.ar>
- Torresani, María Elena y Somoza, María Inés. 2009. *Lineamientos para el cuidado nutricional* (tercera edición). Buenos Aires. Editorial Eudeba.
- Verdugo Alonso, Miguel Ángel. 2011. *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo* (undécima edición). American Association of intellectual and developmental disabilities. Madrid, España. Editorial Alianza
- Verdugo Alonso, M.A. y Schalock, R.L. 2010. *Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual*. Nebraska, Estados Unidos. Editorial Siglo Cero.
- Wierna, Noelia Marisel. 2016. *Estudio de la conducta alimentaria y malnutrición en niños con discapacidad intelectual, que asisten a un Centro educativo terapéutico en San Miguel de Tucumán* (tesis de grado). Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Tucumán, Argentina.

Anexos

Anexo 1: Nota de autorización de la institución

Yerba Buena, Tucumán. Año 2018.

A los directivos de AMARANTHUS

Mediante la presente, quien suscribe Lucía Inés Dilascio, alumna de último año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, se dirige a usted con el motivo de solicitar autorización para llevar a cabo en su institución mi trabajo de investigación como conclusión de mis estudios universitarios.

El mismo se titula “Alimentación en adultos jóvenes con discapacidad intelectual leve o moderada que concurren a instituciones en Tucumán” y presenta los siguientes objetivos:

- Evaluar el estado nutricional antropométrico a adultos jóvenes con discapacidad intelectual.
- Caracterizar la conducta alimentaria de las personas con discapacidad intelectual en Tucumán.
- Comparar el estado nutricional antropométrico entre varones y mujeres que tienen el mismo diagnóstico de discapacidad intelectual leve o moderada.
- Diferenciar las conductas alimentarias entre varones y mujeres.
- Analizar la ingesta alimentaria en relación con los requerimientos energéticos.

Se solicitará a los alumnos completar un registro alimentario de cuatro días con ayuda de algún familiar o tutor, y luego contestar un cuestionario de conducta alimentaria. Además se realizarán mediciones de peso y talla.

A los mismos se les proporcionará un consentimiento informado de lo que se realizará dentro del estudio, el cual será de carácter confidencial y voluntario.

Los resultados obtenidos pueden ser solicitados por Ud. si así lo desea para el beneficio de los concurrentes a la institución.

Sin otro particular y en espera de una favorable respuesta, saludo muy atentamente,

Lucía Inés Dilascio.

Anexo 2: Consentimiento informado

Quien les escribe, Lucía Inés Dilascio, realizará en el presente año un trabajo de Tesis de Licenciatura, titulado “Alimentación en adultos jóvenes con discapacidad intelectual que concurren a instituciones en Tucumán”, como estudiante de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias de La Salud de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino.

Los objetivos del trabajo son:

- *Evaluar el estado nutricional a adultos jóvenes con discapacidad intelectual.
- *Caracterizar la conducta alimentaria de los jóvenes.
- *Comparar el estado nutricional entre varones y mujeres que tienen el mismo diagnóstico de discapacidad intelectual leve o moderada.
- *Diferenciar la conducta alimentaria entre varones y mujeres
- *Analizar la ingesta alimentaria en relación con las necesidades calóricas.

Para cumplir dichos objetivos realizaré mediciones de peso y talla. Además, el participante deberá completar un registro alimentario de cuatro (4) días y responder un cuestionario de conducta alimentaria. Todo esto será posible en cuanto se realice con supervisión y ayuda de algún familiar o tutor.

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este estudio. Todos los resultados quedarán a disposición de consulta de la Institución Amaranthus, así como de los participantes.

Desde ya se agradece su participación y colaboración cordialmente,

Lucía Inés Dilascio

Anexo 3: Instrumentos de recolección de datos

Para el peso corporal se utilizó una balanza de pie con sensibilidad de 100 gramos. El participante descalzo y con ropa liviana, se ubicó en el centro de la misma con el peso distribuido de forma pareja entre ambos pies y con los brazos relajados al costado del cuerpo. Se registró el peso hasta los 100 gr completos más próximos al equilibrio del fiel de la balanza.

Para medir la talla fue necesario el estadiómetro, el participante estaba descalzo y de pie, se ubicó de espaldas con sus talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntos, erguido con la cabeza mirando hacia el frente, con una inclinación de la cabeza tal que el vértex era el punto más alto. Se registraron los valores referidos al final de una exhalación.

Con el peso y la talla obtenidos, se calculó el índice de masa corporal el cual refleja el estado nutricional antropométrico descripto en el apartado de materiales y métodos.

Para conocer la conducta alimentaria se realizó una entrevista de entre 30 a 45 minutos con cada uno de los participantes por separado, utilizando el Cuestionario de Conducta Alimentaria para Adultos (Hunot, 2016) el cuál fue leído a los participantes y registrado sus respuestas con una cruz.

Datos necesarios obtenidos mediante la entrevista

*Nombre y Apellido:

*Edad:

*Peso:

*Talla:

*Factor de Act.:

*Observaciones:

*Grado de DI:

*IMC Calculado:

*Requerimientos diarios calculados:

Cuestionario de Conducta Alimentaria para Adultos (CCAA de Hunot, 2016)

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Me gusta probar comidas que no conocía				
Me siento satisfecho rápidamente				
Si no hago en horario una comida me pongo nervioso				
Me siento mareado si no como en horarios				
Como menos cuando estoy ansioso				
Pienso mucho en la comida				
Como más cuando estoy triste				
Me encanta comer				
Si realizo una colación no puedo almorzar/cenar				
Me siento con tanta hambre que como entre comidas				
Cuando veo huelo mi comida favorita me da hambre				
Me lleva tiempo comer				
Normalmente terminé rápido mis comidas				
Como menos cuando estoy nervioso				
Normalmente me siento con hambre				
Como más cuando estoy enojado				
Me siento satisfecho antes de terminar mi comida				
Me encanta probar nuevas comidas				
Normalmente mi estómago hace ruidos				
Como menos cuando estoy enojado				
Amo la comida				
Me gusta una gran variedad de comidas				
Si pudiera comería todo el tiempo				
Como menos cuando estoy triste				
Normalmente decido que no me gusta una comida				

antes de probarla				
Como más cuando estoy ansioso				
Generalmente soy el último en terminar de comer				
Como menos cuando estoy asustado				
Como más lento si estoy sentado a la mesa				
Me divierto al momento de las comidas				
Generalmente dejo restos en el plato al terminar de comer				
Como más cuando estoy asustado				
Me da hambre cuando veo a la gente comer				
Rechazo alimentos que no he probado antes				
Como más cuando estoy nervioso				

Para conocer la ingesta alimentaria, se envió un registro alimentario de cuatro días de duración al domicilio de cada uno de los participantes, en los cuales un adulto responsable de los mismos rellenó.

Registro alimentario

Por favor, a continuación detallar, registrando por cuatro días que no sean consecutivos, y que dos (2) correspondan con días de semana y dos (2) con días de fin de semana:

DÍA 1

DESAYUNO 1

¿Qué desayunó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario del desayuno?

¿Qué y Cuánto? (galletas, jugo, gaseosa)

ALMUERZO 1

¿Qué almorzó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario del almuerzo?

¿Cuánto?

MERIENDA 1

¿Qué merendó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario de la merienda?

(galletas, jugo,
gaseosa)

CENA 1

¿Qué cenó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario de la cena?

¿Cuánto?

¿Comió algo durante la mitad de la noche?

¿Qué y Cuánto?

DÍA 2

DESAYUNO 2

¿Qué desayunó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario del desayuno?

¿Qué y Cuánto? (galletas, jugo, gaseosa)

ALMUERZO 2

¿Qué almorzó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario del almuerzo?

¿Cuánto?

MERIENDA 2

¿Qué merendó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario de la merienda?

(galletas, jugo,
gaseosa)

CENA 2

¿Qué cenó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario de la cena?

¿Cuánto?

¿Comió algo durante la mitad de la noche?

¿Qué y Cuánto?

DÍA 3

DESAYUNO 3

¿Qué desayunó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario del desayuno?

¿Qué y Cuánto? (galletas, jugo, gaseosa)

ALMUERZO 3

¿Qué almorzó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario del almuerzo?

¿Cuánto?

MERIENDA 3

¿Qué merendó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario de la merienda?

(galletas, jugo,
gaseosa)

CENA 3

¿Qué cenó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario de la cena?

¿Cuánto?

¿Comió algo durante la mitad de la noche?

¿Qué y Cuánto?

DÍA 4

DESAYUNO 4

¿Qué desayunó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario del desayuno?

¿Qué y Cuánto? (galletas, jugo, gaseosa)

ALMUERZO 4

¿Qué almorzó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario del almuerzo?

¿Cuánto?

MERIENDA 4

¿Qué merendó?

¿Qué cantidad?

(Especificar tazas, platos, cucharadas, etc.)

¿Consumió algo más tarde fuera del horario de la merienda?

(galletas, jugo,
gaseosa)

CENA 4

¿Qué cenó?

¿Qué cantidad?

(especificar platos y porciones)

¿Acompañó con alguna bebida?

(Agua, Soda, Gaseosa, Jugo)

¿Qué Cantidad?

(vasos grandes, medianos, chicos)

¿Comió pan?

¿Cuánto?

¿Comió postre o algo más fuera del horario de la cena?

¿Cuánto?

¿Comió algo durante la mitad de la noche?

¿Qué y Cuánto?