

Modificación en la frecuencia alimenticia de niños y adolescentes: acompañamiento en un servicio de referencia¹

Larissa Soares Mariz²

Carla Campos Muniz Medeiros³

Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira⁴

Bertha Cruz Enders⁵

Alexsandro Silva Coura³

Objetivo: identificar modificaciones en la frecuencia alimenticia de niños y adolescentes con exceso de peso, tratadas en un servicio de referencia. Método: estudio de cohorte, realizado entre abril de 2010 y abril de 2011; participaron 109 niños y adolescentes obesos o con sobrepeso; la población fue dividida en dos grupos de acuerdo con el tiempo de permanencia en el tratamiento (>6 meses y <6 meses de alejamiento del tratamiento); se efectuaron las pruebas Chi-cuadrado y regresión logística. Resultados: el grupo con mayor tiempo de alejamiento tiende a consumir más refrescos, masas y frituras y menos frutas y legumbres; el grupo con menor tiempo de alejamiento presentó mejoría en lo relacionado a la reducción del consumo de refrescos y golosinas; se verificó un aumento del riesgo para el consumo de refrescos, masas y golosinas, así como para el alejamiento del tratamiento en la adolescencia. Conclusiones: el grupo con mayor tiempo de acompañamiento modificó positivamente la frecuencia alimenticia. La principal contribución del estudio es indicar que el tratamiento multiprofesional, incluyendo los cuidados de enfermería, es eficaz para modificar, de forma progresiva, la frecuencia alimenticia de niños y adolescentes con exceso de peso.

Descriptorios: Obesidad; Sobrepeso; Continuidad de la Atención al Paciente; Niño; Adolescente; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Fatores de risco cardiovascular e condições associadas ao seguimento de crianças e adolescentes obesos ou com sobrepeso em um centro de referência" presentada a la Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

² Doctoral student, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil. Profesor, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

⁴ Estudiante de maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

Correspondencia:

Alexsandro Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem
Rua Baraúnas, 351
Bairro: Universitário
CEP: 58429-500, Campina Grande, PB, Brasil
E-mail: alex@uepb.edu.br

Introducción

En Brasil, el sobrepeso y la obesidad son considerados desviaciones nutricionales relevantes. El acumulo de grasa corporal en la edad escolar tiende a persistir en la adolescencia, lo cual ejerce efectos fisiológicos y patológicos en la vida adulta. Por ese motivo, características como grupo de riesgo y posibilidades de éxito de las acciones a ser implementadas hacen que niños y adolescentes con exceso de peso constituyan uno de los grupos indicados para recibir estrategias de prevención y control de sobrepeso y enfermedades relacionadas⁽¹⁾.

La importancia de la dieta en la etiología de la obesidad ha sido evidenciada por el creciente número de estudios epidemiológicos, en los cuales el hábito alimenticio constituye uno de los principales factores determinantes que son posibles de modificación. Se busca cada vez más descubrir patrones alimenticios que predispongan a ganar grasa corporal, a fin de implantar políticas de salud pública que combatan el problema⁽²⁾.

El énfasis del Ministerio de la Salud en lo que se refiere a los hábitos alimenticios inadecuados, adquiridos en el intervalo de edad infantojuvenil, se debe al hecho de que los mismos pueden ejercer gran influencia en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo la relación entre dieta y enfermedad no siempre es detectada en los estudios epidemiológicos debido a las dificultades de evaluar con precisión la ingestión alimenticia⁽³⁾.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) preconiza que las investigaciones científicas sobre el consumo de alimentos en conjunto pueden ser más relevantes que los nutrientes analizados individualmente. Además, la OMS sugiere que las recomendaciones alimenticias para poblaciones sean basadas en alimentos y no en nutrientes. Las asociaciones encontradas deben ser simples, fácilmente interpretadas y posibles de convertirse en conocimientos que puedan ser transformados en conductas aplicables en el ámbito de la salud pública⁽⁴⁾.

El proceso de reformulación de los hábitos alimenticios es complejo, principalmente en función del estilo de vida actual, y la necesidad de elaborar estrategias en conjunto con el paciente, a fin de que éste sea capaz de comprender la necesidad y la importancia del problema. Con ese objetivo, hace cerca de tres años fue implantado en Campina Grande, estado de Paraíba, en Brasil, un Centro de Obesidad Infantil (COI), que es hoy una referencia en el tratamiento de la obesidad en la ciudad, donde el individuo registrado es atendido por un

equipo multidisciplinar que tiene por objetivo cambiar los hábitos de vida de éste y de su familia⁽⁵⁾.

El centro COI es formado por investigadores y profesionales del área de la salud, como: enfermeras, endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos, asistente social y preparador físico. La captación de los niños y adolescentes fue realizada por medio de la divulgación del COI en las Unidades Básicas de Salud del municipio, realizada por la Secretaría de la Salud, a partir de una investigación inicial⁽⁵⁾.

Para llegar al número adecuado para realizar la primera investigación y fundación del COI, se utilizó el cálculo del muestreo que totalizó 202 individuos entre 2 y 18 años, con sobrepeso u obesidad, los que pasaron a hacer parte del acompañamiento multiprofesional del COI.

El enfermero integrante de ese equipo actúa como promotor de salud, además de proporcionar la prevención de las complicaciones causadas por la obesidad. Es importante resaltar que tratar la obesidad en la infancia y juventud significa no apenas enumerar conductas, pero también construir hábitos saludables para toda la vida, conforme el Manual de Acompañamiento de Crecimiento y Desarrollo Humano del Ministerio de la Salud⁽⁶⁾.

El instrumento, arriba citado, afirma que le cabe al enfermero, en la Atención Primaria, analizar el peso del niño y del adolescente de acuerdo con la curva de crecimiento de la OMS. Así, en caso de resultado ascendente, sobre el percentil 97, la conducta debe basarse en verificar la existencia de errores alimenticios, indicar a la madre una alimentación más adecuada de acuerdo con las normas contenidas en el propio Manual, a través de dieta con restricción calórica para niños con más de 4 años de edad, además de verificar y estimular la actividad física regular. Son también atribuciones del enfermero conocer el desarrollo normal y variaciones del niño y del adolescente, ofrecer orientaciones a la familia, y en caso de necesidad, hacer el encaminamiento para el diagnóstico e intervención lo más precozmente posible⁽⁶⁾.

Las opciones de tratamientos convencionales para el sobrepeso y obesidad no siempre llevan al éxito. En contrapartida, un programa de tratamiento de la obesidad formado por un equipo multiprofesional, acompañando de forma regular, puede contribuir, de manera substancial, para la reducción de la adiposidad de niños y adolescentes⁽⁷⁾. Un estudio realizado con niños y adolescentes obesos, en el estado de Minas Gerais, afirma que la atención por un equipo multidisciplinar demostró ser más eficiente en el tratamiento de la obesidad cuando comparado al tratamiento por apenas un profesional, por

permitir establecer con el paciente y su familia mayor contacto y posiblemente mayor vínculo, generando, así, mejores resultados⁽⁸⁾.

Por lo tanto, delante de la complejidad de los factores relacionados al tratamiento de niños y adolescentes con exceso de peso, en este estudio, se consideró el tratamiento como un conjunto de actividades de carácter multidisciplinar, con énfasis en la práctica de actividades físicas, reeducación alimenticia, prevención y tratamiento de trastornos metabólicos, atención psicológica y formación de grupos de reeducación alimenticia.

Partiendo del supuesto de que el tratamiento multidisciplinar y el tiempo de acompañamiento pueden cambiar los hábitos alimenticios de niños y adolescentes⁽⁷⁻⁸⁾, se objetivó identificar modificaciones en la frecuencia alimenticia de niños y adolescentes con exceso de peso acompañados por servicio de referencia.

Este estudio es pertinente debido a que la obesidad infantojuvenil consta en la Agenda Nacional de Prioridades de la Investigación de la Salud⁽⁹⁾; por las dificultades enfrentadas por enfermeros responsables por los cuidados de esa población, a fin de prestar una asistencia adecuada y delante de la incipiente producción de enfermería en este tipo de abordaje; y dada la posibilidad de contribuir para el fortalecimiento de políticas públicas de la salud dirigidas para el grupo de edad infantil, con el objetivo de promover la salud para toda la vida. Además de eso, los cambios en la frecuencia alimenticia de los sujetos de este estudio, por medio del tratamiento multiprofesional, refieren el establecimiento de nuevos servicios especializados a fin de reducir los índices de niños y adolescentes obesos, combatiendo, así, un problema mundial de salud.

Método

Se trata de un estudio de cohorte prospectivo, con abordaje cuantitativo, realizado en un servicio de referencia situado en una ciudad del interior del estado de Paraíba, en el tratamiento de niños y adolescentes con exceso de peso. Fue estudiada una muestra por conveniencia compuesta por 109 niños y adolescentes obesos o con sobrepeso, entre 3 y 19 años, usuarios del Sistema Único de Salud, registrados en el COI de Campina Grande, estado de Paraíba, en Brasil.

El presente estudio hace una evaluación del acompañamiento de los niños y adolescentes atendidos por el COI. Todos los participantes fueron admitidos en el tratamiento propuesto en el primer semestre de 2009. Los datos presentados en este artículo fueron recolectados en el período de abril de 2010 a abril de 2011. La muestra fue dividida en dos grupos de acuerdo con el tiempo en que

se alejaron del tratamiento especializado, considerando la última consulta, configurándose de la siguiente forma: grupos con menos de seis meses y grupo con más de seis meses de alejamiento. Se destaca que los participantes continúan siendo atendidos hasta alcanzar la edad de 19 años completos o desistir de la atención.

La recolección de los datos para la presente investigación fue realizada por las enfermeras del COI, las cuales entraron en contacto con los pacientes por teléfono y programaron la realización de la evaluación en las dependencias del COI, en sala reservada. En esa oportunidad, los niños y adolescentes estaban acompañados de los padres o responsables que firmaron la autorización y estuvieron presentes durante toda la evaluación. Se llenó una lista de verificación, a fin de comprobar si ellos: fueron acompañados por el COI desde 2009 por un período ininterrumpido de por lo menos 12 meses; comparecieron a por lo menos una consulta con cada uno de los siguientes profesionales: nutricionista, endocrinólogo y preparador físico; y no utilizaron medicamentos que interfiriesen en el apetito y/o perfil lipídico y de glucemia. Después de responder esa lista y alcanzados los criterios de inclusión, los pacientes fueron sometidos a la verificación de medidas antropométricas y aplicación de cuestionario que versaba sobre datos demográficos y frecuencia alimenticia. En esta última cuestión, había preguntas objetivas sobre la frecuencia de cada alimento en el período pasado, en la admisión al tratamiento en 2009, y en el período presente, después de por lo menos 12 meses de atención. Se destaca que, cuando fue necesario, los respectivos responsables por los niños y adolescentes auxiliaron en las respuestas.

Para evaluar la frecuencia alimenticia, se clasificaron los alimentos en dos grupos de acuerdo con el potencial de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Los clasificados como alimentos de riesgo fueron: productos lácteos integrales, grasas de origen animal, margarinas (debido al contenido en ácidos grasos trans, alimentos fritos, masas, huevos, carnes y productos derivados); y los alimentos protectores fueron: frutas, jugos naturales, hortalizas, leguminosas, cereales y derivados⁽¹⁰⁾.

A partir de eso, se verificaron las respuestas de los pacientes a través de la frecuencia alimenticia durante la admisión a la atención en el COI, y después de por lo menos un año. Después de eso, se hizo la comparación y se clasificó como: empeoró, mejoró o mantuvo, utilizando como referencia las porciones diarias recomendadas por la Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Indagación Telefónica/2009 – VIGITEL 2009⁽¹¹⁾.

Los datos fueron analizados por medio del Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) para Windows versión 17.0. Para relacionar los cambios en la frecuencia alimenticia y el tiempo de alejamiento, se realizó la prueba de Chi-cuadrado considerando un intervalo de confianza de 95%. Las variables relacionadas al consumo (refrescos, embutidos, masas, golosinas, dulces y legumbres), en las cuales el p fue $< 0,2$, fueron analizadas con el modelo de regresión logística, a fin de evaluar la influencia de las variables de control (edad, sexo y tiempo de alejamiento) en el consumo de esos alimentos.

El protocolo del estudio fue previamente analizado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Estatal de Paraíba bajo el nº 0379.0.130.000-10, de acuerdo con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Los padres o responsables firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado.

Resultados

Entre los 109 participantes, 47 formaron el grupo con más de 6 meses de alejamiento y 62 con menos de 6 meses alejamiento de la atención. De modo general, más de la mitad (67%) eran del sexo femenino, adolescentes (71,6%), con renta familiar entre 1 a 2 salarios mínimos (39,4%), morenos (67,9%) y escolaridad materna de más de 12 años (49,5%). Las características específicas de cada grupo se presentan en la Tabla 1.

Conforme presentado en la Tabla 2, al analizar la frecuencia con que los alimentos considerados de riesgo eran ingeridos, se percibe que los pacientes alejados durante por lo menos seis meses del acompañamiento indicaron mejoría, cuando comparados al grupo con más

Tabla 1 - Características sociodemográficas de los grupos acompañados en el Centro de Obesidad Infantil, Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Características	Más de 6 meses alejado		Menos de 6 meses alejado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Femenino	35	74,5	38	61,3	73	67
Masculino	12	25,5	24	38,7	36	33
Intervalo de edad						
Preescolar	1	2,1	4	6,5	5	4,6
Escolar	7	14,9	19	30,6	26	23,8
Adolescentes	39	83	39	62,9	78	71,6
Renta Familiar (SM*)						
1/4 a 1/2	2	4,3	5	8,1	7	6,4
1/2 a 1	7	14,9	13	21	20	18,3
1 a 2	22	46,8	21	33,9	43	39,5
2 a 5	15	31,9	19	30,6	34	31,2
>5	1	2,1	3	4,8	4	3,7
No sabe	0	0	1	1,6	1	0,9
Raza						
Blanca	14	29,8	13	21	27	24,8
Morena	29	61,7	45	72,6	74	67,9
Negra	4	8,5	3	4,8	7	6,4
No sabe	0	0	1	1,6	1	0,9
Escolaridad de la Madre†						
0 a 8 años	14	29,8	21	33,9	35	32,1
9 a 11 años	9	19,1	11	17,7	20	18,3
12 o más	24	51,1	30	48,4	54	49,6

*Salario Mínimo

†En años de estudio

de seis meses de alejamiento. Los principales alimentos que evidencian esa constatación fueron, respectivamente, para los grupos con menos y con más de seis meses: refrescos (61,3% y 27,7%), masas (50% y 34%) y frituras (46,8% y 36,2%).

Tabla 2 - Frecuencia alimenticia de riesgo entre los grupos acompañados en el Centro de Obesidad Infantil, Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Alimentos	Más de 6 meses alejado			Menos de 6 meses alejado			Total		
	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%
Fritura	42,6	36,2	21,3	29,0	46,8	24,2	34,9	42,2	22,9
Embutido	21,3	19,1	59,6	9,7	33,9	56,5	14,7	27,5	57,8
Caramelo/Chocolate	29,8	21,3	48,9	29,0	43,5	27,4	29,4	33,9	36,7
Dulces	38,3	25,5	36,2	16,1	40,3	43,5	25,7	33,9	40,4
Biscocho	40,4	34,0	25,5	48,4	33,9	17,7	45	33,9	21,1
Refresco	31,9	27,7	40,4	17,7	61,3	21,0	23,9	46,8	29,4
Masas	36,2	34,0	29,8	22,6	50,0	27,4	28,4	43,1	28,4

PI=porcentaje de empeoramiento; ME=porcentaje de mejoría; MA=porcentaje de mantención

En la Tabla 3, en lo que se refiere a los alimentos protectores, se verificó que los individuos pasaron a

consumir más frutas (30,3%) y legumbres (26,6%) en la muestra total. Esos mismos alimentos presentaron

ingestión mayor en los pacientes alejados por menos de seis meses del acompañamiento, siendo observado para frutas 32,3%, comparado a 27,7% en el grupo alejado

por más de seis meses. Relacionado a las legumbres hubo 32,3% y 19,1% de consumo entre los participantes con menos y más tiempo de alejamiento, respectivamente.

Tabla 3 - Frecuencia alimenticia de protectores entre los grupos acompañados en el Centro de Obesidad Infantil, Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Alimentos	Más de 6 meses alejado			Menos de 6 meses alejado			Total		
	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%
Frijoles	25,5	14,9	59,6	14,5	12,9	72,6	19,3	13,8	67
Frutas	34,0	27,7	38,3	25,8	32,3	41,9	29,4	30,3	40,4
Legumbres	57,4	19,1	23,4	43,5	32,3	24,2	49,5	26,6	23,9
Leche	51,1	6,4	42,6	48,4	8,1	43,5	49,5	7,3	43,1
Yogurt	55,3	14,9	29,8	61,3	9,7	29,0	58,7	11,9	29,4
Queso	51,1	19,1	29,8	59,7	11,3	29,0	56	14,7	29,4

PI=porcentaje de empeoramiento; ME=porcentaje de mejoría; MA=porcentaje de mantención

Al comparar los dos grupos, se observó que los valores indicaron asociación entre los pacientes con menos de seis meses de alejamiento del acompañamiento y la mejoría en el consumo de refrescos y caramelo/chocolate ($p=0,000$ y $p=0,015$, respectivamente), conforme datos de la Tabla 4.

Tabla 4 - Frecuencia, significancia, razón de prevalencia e intervalo de confianza de la frecuencia alimenticia de niños y adolescentes registrados en el Centro de Obesidad Infantil, Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Variables	Tiempo de alejamiento		RP (IC - 95%)	p
	> 6 meses	< 6 meses		
Frijoles				
Empeoró o mantuvo	85,1	87,1	1,18 (0,39-3,52)	0,765
Mejóro	14,9	12,9		
Frutas				
Empeoró o mantuvo	72,3	67,7	0,81 (0,34-1,84)	0,605
Mejóro	27,7	32,3		
Legumbres				
Empeoró o mantuvo	80,9	67,7	0,49 (0,20-1,22)	0,125
Mejóro	19,1	32,3		
Leche				
Empeoró o mantuvo	93,6	91,9	0,77 (0,17-3,43)	0,739
Mejóro	6,4	8,1		
Yogurt				
Empeoró o mantuvo	85,1	90,3	1,63 (0,51-5,22)	0,405
Mejóro	14,9	9,7		
Queso				
Empeoró o mantuvo	80,9	88,7	1,86 (0,63-5,42)	0,251
Mejóro	19,1	11,3		

(continúa...)

Tabla 4 - continuación

Variables	Tiempo de alejamiento		RP (IC - 95%)	p
	> 6 meses	< 6 meses		
Fritura				
Empeoró o mantuvo	63,8	53,2	0,64 (0,29-1,4)	0,267
Mejóro	36,2	46,8		
Embutidos				
Empeoró o mantuvo	80,9	66,1	0,46 (0,18-1,13)	0,088
Mejóro	19,1	33,9		
Biscocho				
Empeoró o mantuvo	66,0	66,1	1,01 (0,45-2,24)	0,985
Mejóro	34,0	33,9		
Caramelo/Chocolate				
Empeoró o mantuvo	78,7	56,5	0,35 (0,14-0,82)	0,015
Mejóro	21,3	43,5		
Dulces				
Empeoró o mantuvo	74,5	59,7	0,51 (0,22-1,16)	0,106
Mejóro	25,5	40,3		
Refresco				
Empeoró o mantuvo	72,3	38,7	0,24 (0,11-0,54)	0,000
Mejóro	27,7	61,3		
Masas				
Empeoró o mantuvo	66,0	50,0	0,51 (0,23-1,12)	0,095
Mejóro	34,0	50,0		

Al realizar la regresión logística, se observó que las legumbres y dulces no presentaron variación significativa en el modelo final. Así, como para refrescos y golosinas relacionados a la variable de sexo, y embutidos y masas con el intervalo de edad. Para los embutidos, no ingresó en el modelo la variable: tiempo de atención (Tabla 5).

Tabla 5 - Regresión logística de la frecuencia alimenticia relacionada a tiempo de atención, intervalo de edad y sexo de los niños y adolescentes, registrados en el Centro de Obesidad Infantil, Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Alimentos/Variabes	OR (IC-95%)	p
Refresco		
Tiempo de atención	3,5 (1,55-8,31)	0,039
Edad	0,37 (0,14-0,92)	0,034
Embutidos		
Sexo	3,37 (1,4-8,1)	0,007
Masas		
Tiempo de atención	2,34 (1,02-5,34)	0,004
Sexo	0,31 (0,13-0,78)	0,012
Golosinas		
Tiempo de atención	2,85 (1,20-6,74)	0,017

En lo que se refiere al tiempo de acompañamiento, se observó que los pacientes que tenían más de seis meses de alejamiento presentaron un riesgo 3,5 veces mayor de aumentar el consumo de refrescos, 2,34 las masas y 2,85 las golosinas.

Para el sexo, se observó que las niñas tenían una probabilidad 3,37 veces mayor de empeorar en el consumo de embutidos. Sin embargo, en el consumo de masas mejoraron en 3,2 veces más que los niños. En cuanto al intervalo de edad, apenas el consumo de refrescos fue peor, en el período de un año, para los adolescentes (OR=0,37).

Discusión

En el presente estudio los participantes fueron niños y adolescentes con exceso de peso, atendidos en un servicio de referencia. La obesidad en ese intervalo de edad tiende a persistir en la vida adulta y está asociada al apareamiento de enfermedades cardiovasculares y metabólicas⁽¹²⁾.

Al comparar la frecuencia alimenticia entre los grupos de esta investigación, se verificó que los pacientes, con menos tiempo desde la última consulta, obtuvieron mejores resultados referente, principalmente, a la disminución de la ingestión de alimentos de riesgo (refrescos, masas y frituras) y al mejor consumo con relación a frutas y legumbres. El resultado de un estudio, realizado en un servicio público de referencia para adolescentes obesos de Minas Gerais, corroboró el presente estudio, ya que fue observado que los pacientes acompañados presentaron un aumento en la frecuencia de ingestión de alimentos saludables y disminución de los alimentos calóricos⁽¹³⁾. Así, la población cuando acompañada por un servicio de referencia y con menor tiempo de alejamiento, consigue

comprender los males de los alimentos de riesgo y los beneficios de los alimentos protectores, adecuándolos a su dieta.

Los resultados aquí descritos también sugieren que los sujetos que estuvieron por más tiempo alejados del acompañamiento poseían tendencia a aumentar el consumo de refrescos, masas y golosinas. Sobre esto, muchos factores parecen interferir en el consumo alimenticio en ese intervalo de edad, tales como: valores socioculturales, imagen corporal, grupo social, renta familiar, alimentos consumidos fuera de casa, aumento del consumo de alimentos altamente energéticos, influencia ejercida por los medios de comunicación y grupo de convivencia, omisión de comidas, distancia entre la casa y la escuela, disponibilidad y facilidad de preparación de los alimentos, además de inestabilidad emocional⁽²⁾. Sin embargo, este escenario adverso puede ser modificado con auxilio profesional, con énfasis en la educación del núcleo familiar y de preferencia con acompañamiento multiprofesional⁽¹³⁾.

Considerando las diferencias entre los sexos, se observó que las niñas tenían mayor probabilidad de empeorar en el consumo de embutidos y mejorar en el consumo de masas. Ese resultado es semejante al encontrado en un estudio que evaluó el hábito alimenticio de jóvenes universitarios, el cual concluyó que el comportamiento alimenticio de las niñas se mostró inadecuado para el consumo de embutidos, reflejando la preferencia por refecciones más leves en el horario del almuerzo o cena, lo que generalmente era evitado entre los hombres, que preferían el consumo de refecciones más densas, como las masas. Así, hombres y mujeres presentan hábitos alimenticios diferentes, sugiriendo la necesidad de realizar un abordaje diferenciado y la elaboración de estrategias de promoción de la salud adecuadas para cada sexo⁽¹⁴⁾.

La constatación de que los adolescentes consumen más refrescos, cuando comparados a los niños, puede estar relacionada con la mayor libertad que tiene el adolescente para adquirir esos alimentos⁽⁸⁾. Un estudio sobre el consumo de refrescos entre escolares de la red pública, en la ciudad de Niteroi-RJ, reveló que fue mayor entre los escolares con más edad, en cuanto que la prevalencia de consumo de leche fue mayor entre estudiantes más jóvenes. Se demostró una tendencia de sustitución de la ingestión de leche por refrescos con el aumento de la edad, indicando una práctica poco saludable y que puede ser revertida a través de intervención y educación en salud en las escuelas⁽¹⁵⁾.

Además, la revisión sistemática de la literatura demostró que, para comprender el consumo frecuente de

alimentos ricos en azúcares por los adolescentes, se debe considerar el *marketing*. El azúcar es uno de los ítems más importantes de un amplio mercado de alimentos no saludables que frecuentemente minan las estrategias educacionales y de modificación del comportamiento, principalmente entre el público joven⁽¹⁶⁾. Un estudio realizado en Polonia, con 1.829 niños y adolescentes de 10 a 15 años, verificó que la mayoría consumía dulces de manera excesiva, pudiendo tener impacto negativo sobre su desarrollo y salud⁽¹⁷⁾.

A pesar de la identificación de mayor riesgo para la frecuencia alimenticia inadecuada en algunos participantes, fue observado que el acompañamiento multidisciplinar contribuyó para la mejoría de esa frecuencia, principalmente entre los que estaban en el grupo con menos de seis meses desde la última consulta. A partir de esa mejoría en la calidad nutricional fue posible identificar que la atención multiprofesional obtuvo un efecto positivo. Sobre eso, es importante resaltar que el incentivo a los programas de orientación alimenticia puede contribuir para el desarrollo de un estado nutricional adecuado. La promoción y manutención de esos hábitos en ese intervalo de edad resultan en adultos más saludables y con menor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles⁽¹⁸⁾.

Por esos motivos, a fin de evitar complicaciones en el cuadro de salud de los adolescentes con sobrepeso u obesidad, la enfermería actúa como mediadora entre el servicio de salud y la familia. En esa perspectiva, un estudio de revisión indicó como siendo esenciales las siguientes intervenciones de enfermería: orientar sobre la nutrición de niños; concientizar a los padres de la importancia de la prevención de la obesidad infantil con conferencias, folletos educativos y visitas domiciliarias; informar a la familia sobre la patología, relatando sus causas y consecuencias; hacer acompañamiento nutricional de los niños; tratar de mejorar la alimentación, mostrando menús más adecuados, fijando horarios y locales; incentivar ejercicios físicos, juegos y deportes; evaluar el estado psicosocial del niño y de la familia; mostrar que la alimentación saludable no es la más cara; analizar se hay apareamiento de enfermedades oportunistas causada por la obesidad; y orientar sobre la necesidad del acompañamiento médico de aquellos niños que ya alcanzaron un grado más elevado de la enfermedad⁽¹⁹⁾.

Entre las intervenciones, el apoyo psicológico es fundamental, ya que los niños y adolescentes obesos o con sobrepeso enfrentan prejuicios sociales. Un estudio realizado en la ciudad de Matamoros, en Tamaulipas, México, con 24 adolescentes obesos, constató que los mismos presentaban baja autoestima, dificultades para realizar actividades físicas, dificultades para comprar ropas

que mejorasen la propia imagen y se sentían prejuzgados y rechazados por los otros adolescentes⁽¹⁸⁾.

Con las orientaciones y acompañamiento, la tendencia es que los niños y adolescentes cambien sus hábitos de vida (dieta y práctica de actividades físicas), inclusive cuando no consiguen cumplir todas las orientaciones. Se destaca que es muy importante elogiar los pequeños cambios – por ejemplo, cambiar alimentos no saludables por frutas en la merienda de la escuela – para incentivarlos a mejorar. El tratamiento es largo y la prevención de disturbios metabólicos es una prioridad en la salud pública, pudiendo el cambio comenzar durante las consultas de enfermería en las unidades básicas de salud⁽¹⁹⁾.

Se destaca que la evaluación, que tiene como base el relato personal de la frecuencia alimenticia de los niños y adolescentes con exceso de peso, es considerada como una limitación del estudio, porque, según la literatura consultada, existe la presencia del relato incompleto sobre la frecuencia alimenticia en individuos con exceso de peso⁽³⁾. Sin embargo, se destaca la importancia del estudio por la contribución de datos recientes en el escenario nacional, relacionados al acompañamiento de pacientes en centros de referencia para tratamiento de niños y adolescentes con exceso de peso, ya que la mayoría de las investigaciones publicadas aborda solamente parte de esta población (niños o adolescentes). Además de eso, el hecho de que el acompañamiento fue desempeñado por un período de un año sustenta el valor de la investigación.

Por fin, se destaca que un estudio realizado en México sobre la temática de la obesidad en niños y adolescentes, discutió, con un abordaje cualitativo, los aspectos psicológicos que interfieren en las relaciones sociales de los jóvenes obesos y la necesidad de realizar intervenciones de enfermería específicas para esa población⁽¹⁸⁾. El estudio aquí presentado resulta en un avance en el conocimiento científico al analizar si el acompañamiento multiprofesional y especializado puede contribuir para la modificación de la frecuencia alimenticia y, consecuentemente, posee potencial para mejorar el estado general de los niños y de los adolescentes obesos.

Conclusión

Una parcela de los niños y adolescentes con exceso de peso incluidos en este estudio todavía consumía alimentos de riesgo, sin embargo se observó que el acompañamiento multidisciplinar presentó resultados positivos, ya que de modo general los participantes demostraron comprender la importancia de evitar los alimentos de riesgo y aumentar el consumo de los alimentos protectores.

Se debe destacar que la situación alimenticia de esa población todavía es preocupante, ya que es necesario que la modificación esos hábitos permanezca, a fin de prevenir enfermedades cardiometabólicas. Esa dificultad fue observada principalmente en los grupos con mayor tiempo de alejamiento, lo que indica que uno de los mayores desafíos es mantener a los niños y adolescentes en el acompañamiento. Así, es necesario elaborar estrategias que refuercen acciones educativas, incluyendo el debate sobre políticas y programas que puedan rescatar las distorsiones culturales, para incentivar a la población en general a adherir a prácticas saludables, previniendo así la obesidad y sus enfermedades concomitantes.

Delante de esos resultados, la principal contribución del estudio es indicar que el acompañamiento multiprofesional es eficaz para modificar la frecuencia alimenticia de niños y adolescentes con exceso de peso. De ese modo, considerando al enfermero como integrante del equipo, se indica que el exceso de peso en niños y adolescentes debe ser evaluado con cuidado en la consulta de enfermería, a fin de ofrecer las mejores orientaciones e identificar individuos con mayor riesgo de alteración metabólica para encaminarlos al servicio de referencia. Para que esto suceda, se resalta la necesidad de ofrecer entrenamiento a los enfermeros dirigido a la identificación y acompañamiento del exceso de peso desde la infancia, una vez que está asociado con un perfil metabólico adverso.

Referencias

1. Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saúde Pública*. maio 2009;22(5):923-31.
2. Dishchekenian VRM, Escrivão MAMS, Palma D, Ancona-Lopez F, Araújo EAC, Taddei JAAC, et al. Padrões alimentares de adolescentes obesos e diferentes repercussões metabólicas. *Rev Nutr*. jan/feb 2011;24(1):17-29.
3. Salvatti AG, Escrivão MAMS, Tadei JAAC, Bracco MM. Padrões alimentares de adolescentes na cidade de São Paulo. *Rev Nutr*. sept-oct 2011;24(5):703-13.
4. McNaughton SA, Ball K, Mishra GD, Crawford DA. Dietary patterns of adolescents and risk of obesity and hypertension. *J Nutrition*. [periódico na Internet]. 2008 [acesso 5 jun 2012]; 138:364-70. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/content/138/2/364.full.pdf+html>
5. Mariz LS, Azevedo LB, Medeiros CCM, Gonzaga NC, Amorim SD, Souza LCF. Centro de obesidade infantil: relato de experiência. *Cogitare Enferm*. [periódico na Internet] abr-jun 2012 [acesso 20 abril 2013; 17(2):369-72. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27900/18557>
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Cattai BP, Rocha FAR, Hintze LJ, Pagan BGM, Nardo N Júnior. Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: os desafios da prática. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(suppl.1):121-6.
8. Silveira AM, Jansen AK, Norton RC, Silva GSE, Whyte PPM. Efeito do atendimento multidisciplinar na modificação dos hábitos alimentares e antropometria de crianças e adolescentes com excesso de peso. *Rev Méd Minas Gerais*. jul-set 2010;20(3):277-84.
9. Ministério da Saúde (BR). *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2. ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Fornés NS, Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Latorre MRDO. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):12-8.
11. Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Rico RC, Rico RG, Almeida CAN, Ramos APP. Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico antropométrico de sobrepeso ou obesidade. *Rev Paul Pediatría*. [periódico na Internet] 2010 [acesso 5 jun 2012]; 28(4):320-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n4/a06v28n4.pdf>
13. Oliveira TRPR, Cunha CF, Ferreira RA. Educação nutricional como estratégia de intervenção para o tratamento da obesidade na adolescência. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008;18(suppl.3):67-75.
14. Feitosa EPS, Dantas CAO, Andrade-Wartha ERS, Marcellini PS, Mendes-Netto RS. Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública do Nordeste. *Alim Nutr*. 2010;21(2):225-30.
15. Nogueira FAM, Sichieri R. Associação entre consumo de refrigerantes, sucos e leite, com o índice de massa corporal em escolares da rede pública de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. dez 2009;25(12):2715-24.
16. Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 2:209-34.
17. Dietetyki Z, Klinicznego Z. Selected nutritional habits children and teenagers aged 10-15 years. *Rocz Panstw Zakl Hig*. [journal on the Internet] 2012 [acesso 20 abril 2013]; 63(1):91-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22642075/>

18. Martínez-Aguilar ML, Flores-Peña Y, Rizo-Baeza MM, Aguilar-Hernández RM, Vázquez-Galindo L, Gutiérrez-Sánchez G. 7th to 9th Grade Obese Adolescents' Perceptions About Obesity in Tamaulipas, Mexico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010 Jan/Feb;18(1):48-53.
19. Fernandes RA, Vargas SA. O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. *Rev Meio Amb Saúde*. 2008;2(1):273-81.

Recibido: 20.7.2012

Aceptado: 8.5.2013

Como citar este artículo:

Mariz LS, Medeiros CCM, Vieira CENK, Enders BC, Coura AS. Modificación en la frecuencia alimenticia de niños y adolescentes: acompañamiento en un servicio de referencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2013 [acceso: / /];21(4):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día año
mes abreviado con punto

URL