

INSTITUTO UNIVERSITARIO EN CIENCIAS DE LA SALUD

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

FACULTAD DE MEDICINA

Carrera de Licenciatura en Nutrición



**FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN:

MOTIVACIÓN DE CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA.

Alumnas:

Hazán Carolina

Negro Carolina.

Directora: Lic. María Florencia Ramos.

Asesora Metodológica: Lic. Laura Pérez

AÑO: 2017.

AGRADECIMIENTOS.

Deseamos agradecer al Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló por el espacio para la realización de este trabajo. Así también a todos los docentes que colaboraron para obtener resultados significativos;

A María Florencia Ramos por su amabilidad quien hizo posible la obtención de datos y el seguimiento educativo, en el transcurso del trabajo.

A Laura Pérez, por ser nuestra guía metodológica, y por el apoyo incondicional hasta el final del trabajo.

A Panchos.Ricky.com la posibilidad de realizar las encuestas y para poder concretar nuestro trabajo.

Por último, es inevitable el agradecimiento a nuestras familias por el apoyo incondicional desde el inicio hasta el final de la carrera.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	2
1. RESUMEN.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	9
El consumo de comida rápida-fast food.	9
3. Marco teórico	12
Características de las casas de comidas rápidas.....	12
Locales de comidas rápidas.....	15
Transiciones y los cambios en el estilo de vida.	16
Composición nutricional de la comida rápida	18
Menú de Panchos Ricky. Com vs. Menú casero.	27
Fórmula sintética de ambos menús:	28
Enfermedades metabólicas. Datos epidemiológicos y consecuencias para la salud.....	30
Obesidad:	32
Diabetes tipo 2:	32
Dislipemias o dislipidemias:	33
Hipertensión arterial:	34
Interacción de macronutrientes en el metabolismo.	35
Estrategias medidas preventivas. Educación alimentaria nutricional.....	40
Medidas de prevención	44
4. Justificación del tema.	45
5. OBJETIVOS: Generales y Específicos	48
Objetivo General.	48
Objetivos Específicos	48
6. Diseño metodológico	48
6.1. Tipo de estudio y diseño	48
6.2. Población:	48
6.3. Muestra	48
6.5 Criterio de inclusión y exclusión.....	49
6.6 Definición operacional de Variables	49
6.7 Tratamiento estadístico propuesto:	51

6.8 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y método para el control de calidad de los datos. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	51
6.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos (en anexo)	52
<i>RESULTADOS</i>	53
6. Resultados de la encuesta.	54
6.1 . Gráficos.	54
7. Discusión	62
8. Conclusión.	65
9. Referencias Bibliográfica	68

1. RESUMEN

Introducción.

Diversos estudios, han contemplado el hecho de que la comida rápida por su contenido nutricional está relacionada con el aumento de mala alimentación, desórdenes alimentarios, hábitos de vida poco saludables; como el sedentarismo, generando predisposición a diferentes enfermedades a largo plazo.

Objetivos.

Determinar los motivos que llevan al consumo de comida rápida en adultos de la localidad de Lanús, en el año 2017.

Metodología.

Se realizó una encuesta en Panchos Ricky.com cadena de comida rápida, para analizar los conocimientos de la población que asiste, los efectos en la salud y la razón por la cual la consumen. El tipo de estudio realizado es descriptivo, observacional y transversal. Siendo la población elegida, todas las personas que asistieron en el horario del almuerzo al local panchos Ricky.com en la localidad de Lanús. La población fue de 80 de ambos sexos de entre 18 y 64 años, obteniendo una muestra de 80 personas. La realización de las encuestas se llevó a cabo un solo encuentro, para la recolección de los datos que nos ayudaron a determinar a través de la población encuestada nuestro objetivo de investigación.

Resultados.

Hemos observado que no hay distinción entre sexo para la elección de este tipo de comidas y que son los jóvenes mayormente los que la eligen. La mayor parte de la población tiene conocimiento sobre sus principales nutrientes de las comidas rápidas, y de su contenido no nutricional. También tienen conocimiento sobre el riesgo potencial de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles que esto genera.

Discusión.

El consumo de comida rápida es de gran interés debido al desarrollo potencial de enfermedades crónicas no transmisibles en el país como en el mundo. Según un estudio realizado en España y otro en EE.UU. se concluyó que el consumo de comida rápida es un indicador independiente del índice de masa corporal promedio en países de altos ingresos. Las políticas de desregulación del mercado pueden contribuir a la epidemia de obesidad, al facilitar la difusión de la comida rápida. No se encontraron estudios similares al nuestro para hacer comparación.

Conclusión.

La encuesta se realizó con el objetivo conocer las motivaciones de la población que asiste a su consumo midiendo el impacto sobre conocimientos de su composición, riesgos y el efecto en la salud de la gente que la elige. Se realizó este tipo de intervención ya que, según investigaciones sobre casos de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles y se observó que han ido en aumento, trayendo aparejadas complicaciones a futuro.

Consideramos muy importante trabajar sobre la razón por la cual las personas conociendo sobre el riesgo de enfermar las consumen igual y las siguen eligiendo. Es por ello que se tuvo en cuenta el poder adquisitivo, el comer solo o acompañados la moda y el poco tiempo que dispone la gente para alimentarse y con los resultados poder realizar medidas preventivas como educación alimentaria para una mejor calidad de vida a futuro.

Palabras claves: Comidas rápidas, nutrición, alimentación, conocimientos, enfermedades crónicas no transmisibles.

SUMMARY.

Introduction

Several studies have considered the fact that fast food, due to its poor nutritional content, is related to the increase in poor diet, eating disorders and unhealthy lifestyle habits, all of which can be viewed within the context of a relatively sedentary lifestyle, thus generating, over the long term, a predisposition to various diseases.

Purpose

Determine the reasons that led to the consumption of fast food in adults in the city of Lanús during the year 2017.

Methodology

A survey was conducted with respect to the PanchosRicky.com fast-food chain in order to assess the knowledge of its customer population, the effects on health and the reasons for consumption of the product. The type of study carried out is descriptive, observational and transversal. The chosen population was all the people that attended PanchosRicky.com restaurant in Lanús. The sample included 80 people of both sexes between 18 and 64 years of age. The survey was carried out during a single meeting.

Results

We have observed that there is no distinction between the sexes regarding the choice of this type of food but that young people are the primary consumers. Most of the respondents in the sample were aware of the poor nutritional value of fast foods. Moreover, they were aware of the risk of developing chronic, noncommunicable diseases through the habitual consumption of fast food.

Discussion

The consumption of fast food is of great interest to experts in social science, given the potential development of chronic noncommunicable diseases both nationally and globally. According to studies conducted in Spain and the United States, the consumption of fast food is an independent indicator of the average body-mass index in countries with high per-capita income. Market deregulation policies can contribute to the obesity epidemic by facilitating the proliferation of fast-food outlets. No study similar to ours was found to have made such a comparison.

Conclusion

The purpose of the survey was to learn about the motivations of the population that tends to consume fast food. This was done by measuring the impact on the awareness of fast-food composition, risks and health effects on people who choose such a mode of consumption. This type of intervention was performed in a manner commensurate with the research on cases of overweight, obesity and chronic noncommunicable diseases. Thus, it was observed that they have increased, and this increase will lead to future complications.

We believe it is critically important to study the reasons that people, despite their awareness of the risk of illness, continue to choose and consume fast food. Accordingly, we incorporated the factors of purchasing power, eating alone or accompanied, trendiness, and the limited time available for meals. Then, with the results obtained we can design preventive measures--such as food education--to ensure a better quality of life in the future.

Key words: Fast foods, nutrition, diet, knowledge, noncommunicable chronic diseases

SUMÁRIO.

Introdução.

Vários estudos abordaram o fato de que a *fast food*, por seu conteúdo nutricional, está relacionada ao aumento da má alimentação, às desordens alimentares, a hábitos de vida pouco saudáveis, como o sedentarismo, gerando uma predisposição, no longo prazo, a diferentes enfermidades.

Objetivos.

Determinar os motivos que levam ao consumo de *fast food* em adultos da localidade de Lanús (Argentina) no ano de 2017.

Metodologia.

Foi realizada uma pesquisa em PanchosRicky.com, uma cadeia de *fast food* a fim de analisar os conhecimentos da população que frequenta a rede, os efeitos na saúde e a razão pela qual consomem aquele tipo de comida. O tipo de estudo realizado é descritivo, observacional e transversal. A população escolhida foram todas as pessoas que compareceram no horário do almoço no PanchosRicky.com local de Lanús. A amostra foi de 80 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 18 e 64 anos. A realização das pesquisas foi feita em um único encontro.

Resultados: Observamos que não há distinção entre sexos para a escolha deste tipo de alimentação, e que são os jovens principalmente a escolher a *fast food*. A maior parte da amostra tem conhecimento sobre os principais nutrientes da *fast food*. A população estudada tem também conhecimento sobre o risco potencial de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis geradas por esse tipo de alimentação.

Discussão.

O consumo de *fast food* é de grande interesse devido ao desenvolvimento potencial de enfermidades crônicas não transmissíveis no país assim como no mundo. Segundo um estudo realizado na Espanha e outro nos EUA, concluiu-se que o consumo de *fast food* é um indicador independente do índice de massa corporal médio em países com alta renda. As políticas de desregulamentação do mercado podem contribuir à epidemia de obesidade, ao facilitar a difusão da comida rápida. Não foram encontrados estudos similares ao nosso para comparação.

Conclusão.

A pesquisa foi realizada com o objetivo de conhecer as motivações da população que comparece para seu consumo, medindo o impacto sobre conhecimentos de sua composição, riscos e o efeito na saúde das pessoas que escolhem esse tipo de comida. Este tipo de intervenção foi realizado já que, segundo pesquisas sobre casos de sobrepeso, obesidade e enfermidades crônicas não transmissíveis e foi observado que estão em crescimento, implicando em complicações no futuro.

Consideramos muito importante trabalhar sobre o motivo pelo qual as pessoas, tendo conhecimento sobre o risco de adoecer, consomem *fast food* igualmente e continuam a escolhê-la. É por isso que se levou em conta o poder aquisitivo, o comer sozinho ou acompanhado, a moda e o pouco tempo que as pessoas dispõem para se alimentar, e com os resultados, poder realizar medidas preventivas como educação alimentar para uma melhor qualidade de vida no futuro.

Palavras-chave: Comidas rápidas, *fast food*, nutrição, alimentação, conhecimentos, enfermidades crônicas não transmissíveis.

INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

El consumo de comida rápida-fast food.

La comida rápida es un tipo de alimentación que incluye como su nombre lo indica alimentos de rápido y simple preparación como también consumo. Se caracteriza por ser alimentos con alto contenido de grasas saturadas, colesterol, hidratos de carbono simple, gran cantidad de sodio y poco contenido de hidratos de carbono complejos, vitaminas y fibra; además de ser muy calóricos.⁴

En 1955 se fundó en Des Plaines ciudad ubicada en el condado de Cook, en estados unidos de Illinois, la cadena de restaurantes de comida rápida más importante en el mundo es McDonald's. Hay aproximadamente 36.000 restaurantes McDonald's en el mundo actualmente. ¹

Estos alimentos tienen una relación directa con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (como obesidad, diabetes y enfermedades del corazón); no solo por su contenido de nutrientes si no por las innumerables posibles combinaciones entre estos y las formas de prepararlos, las características del modo de comer, las dimensiones sociales y culturales de las prácticas alimentarias. El consumo está influenciado por factores como tiempo, dinero, moda, gustos, marketing, el sentimiento de identidad y pertenencia social de las personas, sensación de autonomía, y el placer brindado por la alimentación, consecuentemente con su estado de bienestar.²

No se puede dejar de lado como se han acelerado los rápidos cambios experimentados por los regímenes alimentarios, los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización

de los mercados. Esto genera grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los países en transición. Si bien han mejorado los niveles de vida, se ha ampliado la disponibilidad de alimentos, aumentado el acceso a los servicios. Acarrean hábitos alimentarios inapropiados, disminución de la actividad física, dedicación preferente del tiempo de ocio a pasatiempos que no exigen esfuerzo físico, como al mayor consumo de tabaco. ²

La consecuencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, no es solo a nivel funcional del organismo, sino que también impactan en la vida social sufriendo situaciones de discriminación y exclusión tanto en sus vínculos personales como con el ambiente, vida laboral, economía; ya que los tratamientos de muchas de ellas pueden ser costosos.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo. Por lo cual suponen una carga adicional para unos presupuestos sanitarios nacionales ya sobrecargados. ²

MARCO TEÓRICO.

3. MARCO TEÓRICO

Características de las casas de comidas rápidas.

Servicio diseñado para satisfacer al cliente en pocos minutos, de corto tiempo de atención, en el que el cocinero acelera los procesos de preparación y cocción.⁹ Son restaurantes de autoservicio, comida para llevar. Presentan servicio limitado, el cliente ordena su pedido a través de un mostrador, barra, vía telefónica o auto y abona previo o al momento de la entrega de producto; no cuentan con meseros, ofrecen un menú restringido basado principalmente en pollo apanado frito, pizza, hamburguesas, papas fritas y bebidas gaseosas; es una comida de fábrica, altamente procesada, producida, congelada, distribuida, almacenada en cantidades industriales y servida en materiales desechables de un solo uso.³

El servicio se brinda a un costo accesible fundamental en aquellos individuos que disponen de poco tiempo para comer, permiten la comida al paso, no son lujosos lo cual no requiere de una preparación anticipada para ingresar al local. Muchos de ellos dan opciones de menú para escolares como para niños, como también espacios donde puedan jugar con peloteros o diferentes clases de juguetes.³

La comida rápida, también denominada “Alimento chatarra” término usado en forma coloquial, se utiliza para referirse a productos que aportan algunos nutrientes pero que, además, contienen ingredientes que pueden afectar la salud, cuando son ingeridos con cierta frecuencia o en forma regular. Los alimentos considerados chatarra son aquellos que no necesitan preparación adicional antes de ser consumidos, aunque esta característica no define

automáticamente, que un alimento sea chatarra. Asimismo, se incluyen en este grupo de alimentos los siguientes:

- a) Productos en cuya elaboración se utiliza mucha grasa y azúcar.
- b) Aquellos que son sometidos a procesos industriales y se venden empacados, y en muchos casos no necesitan refrigeración.
- c) Alimentos que poseen un periodo de caducidad prolongado, precio relativamente barato y su amplia distribución comercial los hace muy accesibles. Este término es muy conocido y usado, pero es cuestionable su utilización, cuando no se usa correctamente o se emplea en forma selectiva. Por ello se puede plantear que las personas no saben con exactitud que es bueno, malo o regular cuando eligen y consumen sus alimentos.⁴

Los grupos de población que más consumen este tipo de comida son los niños en edad escolar y los adolescentes. La preferencia de los niños está influenciada por los medios masivos de comunicación preferentemente la televisión. Los profesionales de la publicidad sin importar las consecuencias psicológicas como física de los niños exhiben sus comerciales realzando el consumismo tanto televisivo como alimenticio a cambio de sus propios negocios económicos, en comerciales entre la programación de dibujos animados, en los programas de dibujos animados o series poniendo en peligro el desarrollo de obesidad, debido a la susceptibilidad del bombardeo sistemático de las imágenes de los mismos.

Los programas infantiles por medio de sus contenidos buscan romper los esquemas tradicionales de familia, buscan un modelo de socialización comunicación y aprendizaje propuestos por quien controla el poder ideológico al mismo tiempo que los infantes construyen su propia dialéctica en su crecimiento biológico y sociocultural sistematizada por la televisión que crea y programa el adulto del mañana.⁵ Muchas casas de comida rápida relacionan su menú de hamburguesas con personajes reconocidos por los niños, los cuales aumenta la preferencia por estos. Como métodos utilizan los muñecos de los personajes en sus combos o contratan personal y se disfrazan de estos motivando a los infantes a dirigirse al local.

En el caso de los adolescentes su elección se debe a varias razones, entre ellas se destaca el bajo costo que manejan su textura y sabor. Muchos de ellos se ven obligado al consumo condicionado por la falta de tiempo debido a la permanencia en las universidades o jornadas laborales en las cuales disponen de pocos minutos para alimentarse.

Otras causas asociadas a este grupo biológico es la ansiedad, la soledad y la depresión la cual impulsa el consumo de alimentos con mayor cantidad de azúcares y grasas.

La televisión, los comerciales de publicidad también tienen relevancia en este grupo biológico lo cuales a pesar de muchas veces poseer de conocimientos de una alimentación adecuada como en el caso de adolescentes estudiantes de la salud impacta en la elección por poner de moda dichos locales y por la reiterada influencia de las imágenes consumidas por actores reconocidos o ídolos del momento⁵

Investigaciones realizadas en España y EE. UU relacionan el consumo de comida chatarra con el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como también hacen referencia al incremento del IMC y la importancia de la educación alimentaria nutricional para prevenir estas patologías y reducir los gastos públicos del estado destinado a sanar la salud de la población.

Locales de comidas rápidas

La multinacional McDonald's abrió su primer local en 1955 y para el año 1965 el número de restaurantes llegó a 700; hoy hay más de 30.000 puntos de venta en los cinco continentes. En 1986 se inauguró el primer local en Argentina y actualmente hay 222; de los cuales 89 son McCafé y 145 son Centros de Postres. Actualmente, hay locales en Bahía Blanca, Bariloche, Buenos Aires, Chascomús, Córdoba, Corrientes, La Plata, Mar del Plata, Neuquén, Paraná, Rosario, Santa Fé, San Juan, Salta, Mendoza, Tucumán, Carlos Paz, Villa Gesell, Pinamar.

A la par de MacDonals encontramos a **Burger King** el cual nació en Miami, Florida, en 1954. En la Argentina, opera desde 1989, Burger King tiene 45 locales y emplea a 2.700 personas. Son empresas que no solo ofrecen comida al paso, rápida adquisición, brindan trabajo a la población ya que se requiere de muchas personas para agilizar la tarea.

Así como estas dos empresas muy famosas a nivel mundial, a nivel local encontramos en Argentina:

Mostaza cadena del tipo fast food -nacida en el año 2000- que cuenta con 90 locales en su país. Para 2017 la empresa prevé abrir 15 locales: 12 en Argentina, dos en Paraguay y uno en Uruguay⁶

Panchos Ricky cadena del tipo fast food- nacida en el año 2000- que cuenta con 6 sucursales en Buenos aires Argentina. Para el 2018 la empresa prevé abrir dos locales en Mar del Plata.

Cuentan con el mismo sistema de alimentos de rápido acceso y el mismo nivel nutricional.

Transiciones y los cambios en el estilo de vida.

A lo largo de la historia se produjeron cambios a nivel nutricional los cuales tienen relación con los distintos ciclos de la historia. Las modificaciones en las causas de morbi-mortalidad, el cambio de los perfiles de insalubridad y deficiencias nutricionales, con un nivel elevado de prevalencia de enfermedades infecciosas-parasitarias y malnutrición, a otro en el cual las ECNT y externas (accidentes laborales, de tránsito, etc.) poseen una dominante prevalencia e incidencia. Fue creciendo el estrés, que aumenta este tipo de patologías.

En relación a la **transición epidemiológica** disminuyeron las tasas de natalidad por diversos factores entre ellos las medidas anticonceptivas, expandiéndose la expectativa de vida con ello.

En relación a la **transición nutricional** influyo la migración, urbanización, industrialización, desarrollo económico, globalización, desestructuración familiar y las implicancias políticas. El aumento de la urbanización en los países en vías de desarrollo llevo al mayor consumo de hidratos de carbono refinados,

alimentos procesados, grasas saturadas y menos fibras, opuesto a los residentes rurales donde el consumo de estos casi ni se encontraba. Con la migración se urbanizó todo mucho más. El sedentarismo aumentó por las largas jornadas laborales y el poco tiempo para realizar actividad física. Con el aumento de la tecnología la población comenzó a pasar largas horas frente al televisor y a elegir una vida más sedentaria, en consecuencia, al aburrimiento, al aumento de las ganas de consumir alimentos con más grasa y azúcar y a la desestructuración familiar, independencia de los adolescentes que eligen su alimentación sin la supervisión de adultos. A la hora de escoger estos alimentos, juega un rol muy importante la situación económica, restaurantes donde las elaboraciones de los menús son saludables no ofrecen en su mayoría costos bajos, en consecuencia, se elige una salida donde ir a comer y poder acceder a la mayoría de los platos, característica de estos sitios.

Muchas veces, los factores emocionales intervienen en las elecciones de este tipo de alimentos ya que los hidratos de carbono refinados producen en el cerebro un aumento de los neurotransmisores serotonina y dopamina, así como de otras sustancias (endorfinas y opioides), que producen unos efectos sedantes y placenteros. Además, las grasas modulan la palatabilidad de los alimentos, su sabor, textura y olor, haciéndolos más apetecibles y sabrosos. En situaciones de estrés crónico, se produce un aumento en la intensidad del valor de recompensa que producen los alimentos muy apetitosos y calóricos. Bajo esta situación el riesgo de adicción a los alimentos está aumentando; ya que atenúan de forma inmediata la ansiedad, el estrés y otras emociones negativas como soledad, depresión, aburrimiento, generando un estado emocional positivo. Los síntomas característicos de la misma pueden ser el consumo de grandes cantidades de

alimentos en cortos periodos de tiempo, es decir, comer de modo compulsivo, los deseos e intentos repetidos de parar de comer, pero sin conseguirlo y la imposibilidad de dejar de comer a pesar de conocer las consecuencias negativas que conlleva.

Composición nutricional de la comida rápida

Hidratos de carbono-

Los glúcidos, carbohidratos, hidratos de carbono, o sacáridos son macromoléculas compuestas por carbono, hidrogeno y oxígeno, cuya función principal es aportar energía. Son los compuestos orgánicos más abundantes en la naturaleza. Se los encuentra como azucares simples (tres a siete átomos de carbono) y, como polímeros muy complejos.⁷

Se los divide en tres grupos según el nivel de polimerización: Monosacáridos: incapaces de hidrolizarse a una forma más simple. Glucosa, fructosa y galactosa. Disacáridos: pueden hidrolizarse a dos moléculas de monosacáridos, sacarosa, lactosa y maltosa. Polisacáridos: desde 10 unidades a 10.000 o más, se encuentran amiláceos o almidón (forma de almacenamiento de carbohidratos en los vegetales) y los polisacáridos no amiláceos (constituyen parte de la fibra alimentaria (celulosa-hemicelulosa-pectinas-gomas-b-glucanos) y el glucógeno (forma de almacenamiento de carbohidratos en animales). El almidón no digestible o resistente es la suma de almidón más productos de la digestión de los almidones que no se absorben en el intestino delgado sano. Las principales fuentes de almidón son los cereales, papas, tubérculos, legumbres y productos derivados. Cuando se habla de “azucares agregados”, se hace referencia a sacarosa, fructosa glucosa y productos hidrolizados del almidón (jarabe de

glucosa, de alta fructosa entre otros), utilizada en preparaciones de alimentos ultra procesados como panes tipo lactal o de hamburguesas, bebidas gaseosas, mermeladas, ketchup, postres, alfajores, cereales, barras de cereal, yogures enteros y descremados. Estos tipos de alimentos son muy frecuentes en las cadenas de comidas rápidas.⁷

Aportan 4kcal/g. La glucosa se utiliza en forma inmediata en las células para formar ATP. Existen algunos órganos que dependen exclusivamente de la glucosa como el cerebro, las glándulas suprarrenales, y los glóbulos rojos.

Ahorro de proteínas: las deficiencias calóricas de la alimentación se compensan utilizando tejido y proteínas como fuentes energéticas. Si el aporte de HC es insuficiente, las proteínas utilizarán prioritariamente para fines energéticos, relegando su función plástica. **Regulación del metabolismo de**

grasas: ante carencia de HC hay lipólisis, los ácidos grasos liberados, mediante la vía intramitocondrial de la β -oxidación producen ATP.⁸ **Organolépticas y**

metabólicas: función esencial en la alimentación humana al aumentar la palatabilidad de los alimentos mediante su poder edulcorante. Participa en la regulación de los niveles de saciación y saciedad en el vaciamiento gástrico. El sabor y la textura son elementos asociados a la industria alimentaria quien utiliza diferentes procesos tecnológicos que modifican los almidones logrando aumentar su velocidad de digestión y funcionando similar a los azúcares simples.

La ingesta elevada de HC presentes en alimentos de comida rápida puede tomar la vía de lipogénesis de novo y convertirse en grasa. Lo que colaboraría con el aumento de peso a partir de una alteración de balance energético global. Los azúcares simples junto con las grasas y la sal son los principales componentes de alimentos procesados de alta densidad energética con evidencia suficiente

de que su consumo a largo plazo aumenta el riesgo de **enfermedades crónicas no transmisibles**. Las bebidas azucaradas que se consumen en el menú típicos de estos lugares afectan la saciación y saciedad, además de aumentar el aporte calórico influyendo en la compensación posterior a la ingesta, favoreciendo mayor consumo de alimentos sólidos de alta densidad energética y aumento de peso. 7

Otro factor influyente en este tipo de alimentación ligado al desarrollo de estas patologías mencionadas es el índice glucémico provocado por los hidratos de carbono y los diversos factores de esta clase comidas. FAO/OMS definen el Índice Glucémico (IG) como el incremento del área bajo la curva de respuesta glucémica durante 1:30 a 3 horas luego de la ingesta de una porción de 50g de HC disponibles del alimento en estudio, expresado como porcentaje de la respuesta de la misma cantidad de HC de un alimento de referencia (glucosa o pan blanco) tomado en el mismo sujeto⁷. Antiguamente se asumía que los azúcares se absorbían rápidamente, generando un IG mayor a los polisacáridos amiláceos PSA, que se absorbían lentamente, hoy se sabe que no es siempre así. Por ejemplo: la fructosa tiene bajo IG y la sacarosa un IG intermedio, menor al del pan blanco. Las diferencias están dadas por distintos factores relacionados al alimento, procesos de digestión, absorción y metabolismo. También en relación a los procesos de cocción y conservación que puede alterar las características físico químicas del mismo (por ejemplo: los almidones pueden tener distinto IG dependiendo de la relación amilosa/amilopectina). La hidratación y la disolución del almidón por acción del agua caliente (gelatinización), hace al almidón accesible a las enzimas digestivas. Las barreras físicas como los granos de cereal intactos, las estructuras celulares de las

semillas de leguminosas, el parabolizado del arroz, las frutas enteras, y la red proteica de los amasados, son factores relacionados con los alimentos que disminuyen el IG. Los ácidos (acético, propiónico y láctico) disminuyen la respuesta glucémica del alimento o comida, principalmente por la inhibición del vaciado gástrico, al igual que la adición de fibra soluble y viscosa, sumado al efecto inhibitorio sobre la difusión y el transporte en el intestino delgado. Es por esta razón que en los menús de comidas rápidas el índice glucémico es elevado, ya que son alimentos de cocción prolongada donde hay predominio de HC, sobre todo refinados, poca o nula presencia de fibra, cocción prolongada favoreciendo así el ataque enzimático, con ello la mayor respuesta glucémica postprandial en los individuos. Como ya se mencionó, la respuesta glucémica luego de una comida está influenciada tanto por el IG como por la cantidad de HC de la porción del alimento ingerido. En consecuencia, en 1997 fue introducido el concepto de carga glucémica (CG) para cuantificar el efecto glucémico de una porción de comida. La CG se define como la cantidad de HC glucémicos de la porción que se ingiere multiplicado por el IG del alimento, sobre 100. La suma de la CG de cada uno de los alimentos determina la CG de la comida, y la suma de estos, la CG de la alimentación⁷. Es por eso que no siempre la interrelación con el contenido de proteínas y grasas o granos enteros logra reducir el IG de estos alimentos.

Recomendaciones según guías alimentarias Argentina: El comité WHO/FAO 2003 recomienda una ingesta de CHO de 55% del total de energía consumida. Los azúcares simples, nutrientes según la OMS, porque su exceso se asocia a

Obesidad, síndrome metabólico e indirectamente a través de la Obesidad a diabetes, ECV y cáncer. En consecuencia, es importante reducir el consumo de azúcares simples y evitar el exceso de almidones. Tanto para adultos como niños el consumo de azúcares simples se debería reducir a menos de 10% de la ingesta calórica total. Una reducción por debajo del 5% produciría efectos benéficos para la salud. 7

Grasas

Son sustancias orgánicas y una fuente importante de energía de almacenamiento con función estructural necesaria para la salud del ser humano.

7

Dentro del menú de comidas rápidas se encuentran grasas de origen animal y vegetales. Las grasas (sólidas a temperatura ambiente) o aceite (líquidas a temperatura ambiente) compuestas fundamentalmente de triglicéridos. Los ácidos grasos (AG) son los componentes más importantes de los lípidos comestibles. Pueden ser saturados (AGS) sin uniones dobles entre sus átomos de carbono, monoinsaturados (AGM) con una unión doble, y poliinsaturados (AGP) con dos o más uniones dobles, son esenciales y se dividen en dos grupos: **omega 6:** Ácido linoleico (LA) y araquidónico (AA): presentes en la mayoría de semillas, granos y sus derivados, aceites vegetales (girasol, maíz, etc.) y frutos secos. Su consumo elevado produce reducción de las concentraciones de nivel plasmático de colesterol LDL Y colesterol HDL. **Omega 3** ácido-alfa-linolénico (ALA) es de origen vegetal y se encuentra sobre todo en plantas, semillas como lino y chía, frutas secas. Son los ácidos grasos n-3 más importantes de la nutrición humana el EPA Y DHA, procedente de pescados, mariscos y aceites

de mamíferos marinos. Su consumo modifica el perfil lipídico disminuyendo las concentraciones de triglicéridos, con un efecto dependiente de la dosis, las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) Y LDL. Reducen la agregación plaquetaria. 7 Dentro del menú de comidas rápidas clásico no se encuentran estos alimentos fuentes, no son nutrientes característicos del menú-

Si tienen relevancia las grasas saturadas, encontradas principalmente en grasa láctea, carne vacuna, de cordero, cerdo y piel de pollo. También están presentes los ácidos grasos trans (AGT). Estos provienen naturalmente de rumiantes y grasas lácteas, así como de alimentos preparados a partir de aceites vegetales parcialmente hidrogenados, fuente muy utilizada a nivel comercial. Se metabolizan como (AGS), tienen efectos nocivos en los lípidos séricos, incluyendo aumento de LDL, disminución de HDL aumento de la lipoproteína (a) Además tienen una correlación directa con la probabilidad de aumentar el riesgo cardiovascular. 7 La cocción de los aceites vegetales modifica su disposición sufren oxidación, hidrolización y polimerización produciendo que se deteriore con mayor rapidez el aceite. La absorción de aceite es de 3 a 10% en condiciones óptimas, por ello es necesario reponer aceite agregando nuevo. Las guarniciones de papas y batatas como pollo son alimentos que se exponen a tiempos de frituras⁹.

El tipo de grasa consumido se relaciona con el riesgo cardiovascular, afectando los niveles de lipoproteínas, aumentando los procesos inflamatorios y de coagulación. Se destaca la importancia de la cantidad de colesterol que aportan estos menús, ya que generan efectos negativos en el organismo cuando superan la recomendación, contribuyen al riesgo de desarrollo de todo tipo de

enfermedad cardiovascular, aumento de peso y obesidad como así también enfermedades cardio-metabólicas.

Funciones: formar parte de la estructura celular. Proveer energía al organismo. Modular crecimiento y desarrollo temprano. Modular procesos relacionados a enfermedades crónicas relacionadas a la nutrición en la adultez. Tener función reguladora. Vehiculizar vitaminas y nutrientes esenciales. Dar saciedad y mayor palatabilidad a las preparaciones

Recomendaciones según guías alimentarias Argentina: las grasas aportan 9kcal/g. considerando prevención de déficit clínicas, salud óptima y reducir riesgo cardiovascular FAO/OMS determino consumo debería estar entre 25% 35% de VET. El consumo de grasa total debe ser mayor al 15% del VET, este nivel asegura la ingesta de AGE, energía necesaria y absorción de vitaminas liposolubles. En personas que realizan actividad física moderada es de un 30% del VET, mientras en personas con actividad física intensa es de 35%. AGS: total inferior al 10%. Colesterol: ingesta menor a 300mg/día.

Proteínas

Son macromoléculas orgánicas que contienen carbono, hidrógeno y oxígeno, a los que se le suma nitrógeno y a menudo azufre.

Las proteínas en sí mismas son compuestos que no tienen implicancia a nivel desarrollo de enfermedades metabólicas, pero si su elevado consumo arrastra al elevado consumo de otros macronutrientes como las grasas principalmente;

como también pueden agudizar patologías de base como la diabetes tipo 2, poniendo en riesgo con su elevado consumo el desarrollo de nefropatía diabética.

La obesidad es un factor de riesgo de daño renal debido a la presencia de insulinoresistencia que estimula al sistema nervioso simpático y la retención de sodio produciendo mayor hiperfiltración y proteinuria, por lo cual el elevado consumo de proteínas sería perjudicial.

Funciones: esenciales para el crecimiento, las grasas y carbohidratos no pueden sustituir a las proteínas porque no contienen nitrógeno. Proporcionan aminoácidos esenciales en la síntesis tisular. Suministran materias primas para la síntesis de hormonas, proteínas plasmáticas, vitaminas, enzimas jugos digestivos y hemoglobina. Suministran energía 4kcal/g en casos extremos donde carbohidratos y grasas no son suficientes.

Se encuentran dentro del menú, en los panes, hamburguesas y lácteos.

Recomendación según guías alimentarias argentina: dosis diaria según FAO / OSM Y ONU 0,8 a 1 g por kilogramo de peso corporal por día, basada en estudios de balance de nitrógeno. Aporte de proteínas total correspondiente 15 % del VET (75 gr. día). Esta recomendación coincide con el límite superior de la recomendación de FAO/OSM 2003 del informe dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas.

Sodio

Electrolito de carga positiva catión. Principal catión del líquido extracelular es indispensable para la regulación del volumen de ese líquido, la osmolaridad el equilibrio ácido base y el potencial de membranas de las células. Es también necesario para el impulso nervioso. Participa en absorción de varios nutrientes y forma parte de enzimas digestivas. 8

La sal de mesa o cloruro de sodio constituye el principal aporte de sodio en la alimentación. La alimentación moderna, basada principalmente en alimentos procesados, contiene cantidades excesivas de sal. El sodio es constituyente de varios aditivos utilizados por la industria alimentaria, como el propionato de sodio, sulfito de sodio, carbonato de sodio y el glutamato monosódico entre otros, por lo que los alimentos procesados contribuyen sustancialmente al aporte diario de sodio. Naturalmente todos los alimentos contienen sodio, mayormente se encuentran en quesos tipo provolone, parmesano, roquefort, carnes enlatadas, alimentos de copetín, dulces, panes, mayonesas, verduras enlatadas.7

La ingesta de sodio es uno de los principales determinantes del nivel de presión arterial. La ingesta elevada se asocia a mayor riesgo de eventos vasculares. En Argentina la hipertensión arterial es responsable del 28,8% de nuevos casos de enfermedad coronaria en los hombres y 27,3% en las mujeres.7 El consumo promedio es de 11 gramos de sal diarios por habitante14. Se estima que reduciendo la ingesta de 10 gramos a 5 gramos por día reduciría en un 23% el total de eventos cerebro vasculares y en un 17% los casos de enfermedades cardiovasculares.7

Recomendación establecida por consenso según guías alimentarias Argentina: se considera ingesta mínima segura 500mg/día para la población.

Hazán Carolina, Negro Carolina.

Según FAO/OMS establecen que la meta de la ingesta de sal en la población ha de ser < 5 g de sal (2000mg sodio).

Menú de Panchos Ricky. Com vs. Menú casero.

Menú de Panchos Ricky. Com:

Maxi Paty doble cheddar y panceta pan Fargo, papas fritas cheddar y panceta. Una Coca Cola ½ litro. Aderezos: mayonesa y ketchup.

ALIMENTO	GRAMOS	HDC	PROTEINAS	GRASAS	SATURADAS (MG)	COLESTEROL (MG)	SODIO (MG)	FIBRA (MG)
Carne picada	188	2	32	32	16		1350	
Queso cheddar	70	2,8	4,66	18,9	12,36	58,8	466,66	
Panceta	40	0,56	14,8	16,8	5,6	44	686,8	
Papas	150	33,52	3,52	7,05	0,7		123,52	2,4
Coca Cola	500	55					30	
Pan Fargo	50	23	5,4	2,1	0,3		237	
Aceite girasol	30			30	2,76	30		
Mayonesa	40	6,3	0,7	41,3	4,8	34	865	
Ketchup	40	12,66		-			126	
	1108	129,54	61,08	148,15	42,52	166,8	3884,98	2,4
		518,16	244,32	1333,35				
Kcal totales:		2095,83						

Menú casero:

Hamburguesa casera doble con queso porsalut, jamón natural, pan integral con papas rusticas. Jugo de naranja Citric. Aderezo: Ketchup y mayonesa.

ALIMENTO	GRAMOS	HDC	PROTEINAS	GRASAS	SATURADAS (MG)	COLESTEROL (MG)	SODIO (MG)	FIBRA (MG)
Queso portsalut	40	4	8,13	10	6		181,33	
Huevo	25		3	-	0,8	112,25	34	
Carne vacuna1	188	-	37,6	9,4	6,6	104	106	
Jamon natural	40		6	2,1	0,6		382	
Cebolla	30	0,9	0,3	-			7,75	1,6
Zanahoria	30	2,4	0,3	-			6,6	3,1
Papas	150	30	3	-			36	2,4
Pan integral	50	21	4,1	2,4	0,5		199	1,8
Aceite girasol	30			30	2,76	30		
Mayonesa	40	6,3	0,7	41,3	4,8	34	865	
ketchup	40	12,66		-			126	
jugo citric	200	19	1,3					1,1
	863	89,96	64,43	95,2	21,46	280,25	1943,68	10
		359,84	257,72	856,8				
kcal totales:		1474,36						

Fórmula sintética de ambos menús:

Menú Panchos Ricky:

Menú casero:

2096	%	GR	KCAL	1474	%	GR	KCAL
HC	24,72	129,54	518,16	HC	24,41	89,96	359,84
PROT	11,66	61,08	244,32	PROT	17,47	64,43	257,72
GR	63,62	148,15	1333,35	GR	58,12	95,2	856,8

En las tablas anteriores se compara el menú de panchos Ricky con un menú casero donde se modifica: calidad de queso, embutidos; hamburguesa marca Paty por una elaborada con carne picada, huevo, cebolla y zanahoria, el método de cocción de la papa en lugar de ser frita va ser al horno con cáscara, el pan Fargo se cambió por uno integral, la panceta por jamón natural y por último la gaseosa Coca Cola por un jugo marca Citric.

Comparando ambos menús se ve que el de panchos Ricky contiene 2096 Kcal totales y el menú casero 1474 Kcal. La diferencia en kilocalorías es de 622 Kcal que no es una diferencia relevante pero siempre se debe evaluar la composición nutricional.

En relación a la distribución de macronutrientes la diferencia más grande se ve en las proteínas, en el menú casero su porcentaje es del 17,47%, aunque sea mayor es beneficioso, ya que las mismas son de alto valor biológico. No es la misma calidad de alimento el consumo de carne procesada como la de marca Paty, que la hamburguesa elaborada en forma casera con roast beaf. Siguiendo las recomendaciones de las guías alimentarias argentina, la carne debe ser de

bajo tenor graso, hacer selección cortes magros y el consumo de embutidos debe ser ocasional.

En cuanto a las grasas totales se observa en un porcentaje más bajo en este menú, analizando las grasas saturadas se reducen el cincuenta por ciento, punto de gran importancia debido a que son las que generan predisposición a obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

En el menú de panchos Ricky el colesterol supera la recomendación diaria solamente en una comida, lo que infiere que en el total del día el colesterol va a ser mucho mayor siendo un factor de riesgo en cualquier grupo biológico.

El dato destacado evaluando los micronutrientes es el sodio, donde la cifra se duplica en el menú de comida rápida. El sodio en todos los grupos biológicos, se debe consumir con moderación siguiendo la recomendación diaria de 2000mg. Según las guías alimentarias argentinas, ya que el mismo previene hipertensión, enfermedades vasculares, cardíacas, renales, entre otras.

El contenido de fibra en el menú de panchos Ricky es prácticamente nula (2,4mg) y en el menú casero un 10g, presente en la zanahoria, cebolla, la papa y pan integral, un valor óptimo para llegar a la recomendación diaria según las guías alimentarias argentina de 25 gr. Al modificar la cocción de la papa, no solo mejora la calidad nutricional por el contenido de sodio, el colesterol, sino que aumenta la fibra por el consumo con la cáscara. El consumo de fibra es benéfico para disminuir la predisposición a obesidad ya que prologa la sensación de saciedad aumentando el volumen dentro del estómago, también favorece a la función intestinal por lo tanto es importante en prevención de cáncer. La fibra es un

nutriente fundamental que debe estar en todas las dietas, pero en tratamiento de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, es clave.

Las bebidas presentan elevado contenido calórico; en la Coca Cola se ve que sus nutrientes son básicamente hidratos de carbono y sodio. En el remplazo por el jugo Citric, este aporta carbohidratos de mejor calidad y fundamentalmente fibra. La forma de hidratación recomendada es el agua natural.

Enfermedades metabólicas. Datos epidemiológicos y consecuencias para la salud.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) agrupan a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y a las lesiones por causas externas. Las ECNT están representadas principalmente por diabetes, obesidad, dislipemia e hipertensión. Estas patologías se asocian a una serie de factores de riesgo comunes, dentro de los cuales los más importantes son: la alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. ¹⁰

A nivel mundial se estima que 6 de cada 10 muertes y el 70% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se deben a las ECNT. Asimismo, se proyecta que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial. En nuestro continente aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se atribuye a las ECNT. Esta problemática de salud era considerada una prioridad sólo para los países de ingresos altos. Sin embargo, se ha observado un incremento en la morbilidad y mortalidad por ECNT en los países de ingreso medio y bajo. Se estima que en estas naciones el 80% de las muertes y casi la mitad de la carga de enfermedad es consecuencia de este

grupo de enfermedades, por lo que estos países necesitan priorizar políticas de prevención y control efectivas.

Por otro lado, las ECNT tienen un impacto económico enorme, no sólo por los costos derivados de la atención médica sino también debido a la pérdida de productividad de las personas afectadas, ya que un cuarto de las muertes por estas causas ocurre en personas menores de 60 años. Asimismo, se prevé que la carga económica actual de las ECNT se incrementará considerablemente. La Argentina no está exenta de esta problemática. De acuerdo a publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Por otro lado, de acuerdo a la información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, en 2013 la principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares. La relevancia de los factores de riesgo de las ENT ya ha sido asimismo observada en ediciones anteriores de la ENFR en 2005 y 2009. A pesar de este escenario desalentador, estas enfermedades son prevenibles en gran medida. Se estima que, en caso de eliminar los principales factores de riesgo de las ECNT, un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebro vasculares y diabetes tipo 2 podrían evitarse. El enorme impacto de esta problemática excede la capacidad de respuesta del sector salud exclusivamente, motivo por el cual la Organización de Naciones Unidas (ONU) generó una reunión con los jefes de estados de los 194 países miembros en septiembre de 2011. En la misma se aprobó una declaración donde los países firmantes se comprometieron a incrementar los esfuerzos e impulsar políticas y acciones intersectoriales para la prevención y control de las ENT. A partir de esto la OMS desarrolló el Plan de

Acción Global para la Prevención y Control de las ENT 2013-2020, incorporando nueve metas a alcanzar al final de ese período.¹²

Obesidad:

Aumento excesivo de la grasa corporal. Enfermedad crónica caracterizada por un aumento de la energía absorbida respecto a la gastada, conlleva riesgos para la salud. ¹¹

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se encuentran entre los principales factores de riesgo de muerte y de carga de enfermedad a nivel mundial. Cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del exceso de peso. Además, gran parte de la carga de enfermedades no transmisibles pueden atribuirse al exceso de peso como el caso de la diabetes (44%) y las cardiopatías isquémicas (23%). La causa fundamental del exceso de peso es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.¹²

Diabetes tipo 2:

Disturbio metabólico crónico caracterizado por la mayor o menor capacidad del organismo de utilizar glucosa. Estas alteraciones se deben a un desequilibrio endocrino como consecuencia de la carencia de insulina efectiva que interfiere con la actividad de otras hormonas. Enfermedad donde la alteración reside en la resistencia a la acción de la insulina a nivel de los tejidos, fundamentalmente en el hígado y músculos. No se conoce su etiología, pero si existen factores desencadenantes como la obesidad. Existe un fuerte factor genético, es asintomática y la hiperglucemia se va desarrollando lentamente sin ser al inicio de la enfermedad lo suficientemente grave para que el paciente perciba los

síntomas clásicos. Debido a esto el 50% de los pacientes desconocen su situación. 11

La diabetes se ha convertido en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, y es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países, sobre todo debido al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares que conlleva. Un 50% de los pacientes con diabetes mueren de enfermedad cardiovascular, principalmente cardiopatía y accidente cerebro vascular (ACV) además constituye una de las principales causas de insuficiencia renal. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas en el mundo como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre y, según estas proyecciones, la diabetes será la séptima causa de muerte en 2030 y más del 80% de las muertes de este tipo se registran en países de ingresos bajos y medios¹².

Dislipemias o dislipidemias:

Consisten en alteraciones cualitativas o cuantitativas en las diversas familias de lipoproteínas plasmáticas. Se clasifican en primarias aquellas que se deben a errores genéticos que afectan a las apoproteínas, a las enzimas que intervienen en su metabolismo—lipoproteín lipasa LPL), lipasa hepática (LH), lecitina colesterolaciltransferasa (LCAT) o a los receptores de las lipoproteínas circulantes. Las secundarias se deben a alteraciones adquiridas en función de

alguno de estos componentes por efecto del tipo de alimentación, de fármacos o de patologías subyacentes. En forma práctica se pueden clasificar según el lípido preponderante en: Hipercolesterolemias – (aumento de colesterol) hipertigliceridemias (aumento de triglicéridos) – dislipemias mixtas (aumento de colesterol y triglicéridos). 11

El colesterol elevado es una de las principales causas de la carga de enfermedad en el mundo en tanto factor de riesgo clave para la enfermedad cardiovascular, cerebro vascular y vascular renal. Se estima que el colesterol elevado causa 2,6 millones de muertes (4,5% del total) y una pérdida de 29,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que significan el 2,0% del total a nivel mundial.12

Hipertensión arterial:

Enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad de vida y la expectativa de vida. La presión arterial (PA) se relaciona en forma lineal y continua con el riesgo cardiovascular. Umbral para el diagnóstico PA sistólica >140mm Hg, una PA diastólica >90mmHg. El riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros factores de riesgo (FR) o enfermedades como ocurre muy frecuentemente. 11

La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo de diversas patologías como la enfermedad coronaria aguda, el accidente cerebro vascular isquémico y hemorrágico, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular periférica, la enfermedad vascular renal y la hemorragia retiniana. Se estima que 9,4 millones de personas fallecen en el mundo debido a la HTA, representando el 12,8% del total de muertes anuales. En América del Sur en el 2010 se situó

entre los tres factores de riesgo principales de muerte y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en personas mayores de 50 años. 12

Interacción de macronutrientes en el metabolismo.

El exceso de glucosa puede tener consecuencias patológicas. El control de la glucosa sanguínea requiere que el excedente de glucosa se convierta y almacene como grasa, después de que las reservas de glucógeno en hígado y musculo se completan. El control homeostático de la glucosa en sangre es esencial para evitar procesos patológicos relacionados con **enfermedades metabólicas**. Después de la digestión de carbohidratos de la dieta, los monosacáridos absorbidos se transportan al hígado a través de la vena porta. El aumento de glucosa aumenta las concentraciones de insulina una hormona reguladora que se secreta en las células beta del páncreas y se inhibe la lipólisis del tejido adiposo, se interrumpe el flujo de ácidos grasos al hígado para la producción de glucosa. Cuando hay un flujo continuo y exagerado de glucosa en sangre (hiperglucemia) también los hay de insulina, el déficit de insulina o la insuficiencia de la misma para compensar la resistencia a la insulina, se conoce como **diabetes mellitus**. La insulina disminuye la concentración de glucosa en sangre al facilitar su entrada en los tejidos sensibles a esta y su captación por el hígado; ocurre por el incremento de la translocación de GLUT4 en tejidos tales como muscular y adiposo. En el hígado el ingreso de glucosa no se realiza por cambios en la función del transportador de glucosa aun cuando estos están presentes en las membranas de los hepatocitos. ¹³

El exceso de carbohidratos en la dieta es hipogénico. El excedente de pirúvato en hígado derivado de estos se convierte en triglicéridos, principalmente

derivados de glucosa y fructosa. Los SREBP son una familia de receptores de proteína unida a membrana que se une a un elemento regulador de esteroides (SER), presentes en el dominio de transcripción de genes clave que regulan el metabolismo de los lípidos. Cuando ingiere una dieta rica en carbohidratos, la captación de glucosa hepática a través de GLUT2 ocurre en forma concomitante con la activación de estos produciendo lipogenia, en particular cuando el carbohidrato se consume por encima de las necesidades energéticas, como suele esperarse de este tipo de comidas rápidas. 13

La fructosa es otro nutriente crítico cuando se ingiere en grandes cantidades como ocurre en el consumo de una bebida endulzada con sucralosa (50% de fructosa) o HFSC(55%de fructosa), la vía glucolítica se satura con intermediarios que pueden ser usados para una fracción de glicerol precursor de la síntesis de triglicéridos o puede entrar en la vía de lipogenia de Novo para formar ácidos grasos que son esterificados a triglicéridos, empaquetados con apolipoproteína-B y exportados como lipoproteína de baja densidad (VLDL). El aumento de precursores lipógenos después del consumo de fructosa ocurre en gran parte debido a que las enzimas reguladoras fructoquinasa no están sujetas a la inhibición de retroalimentación negativa por ATP y citrato como ocurre con la glucosa. Debido a las diferencias en el metabolismo hepático de la fructosa y glucosa, la fructosa es más lipógena que la glucosa. La misma aumenta los niveles de triglicéridos circulantes en el periodo postprandial. Por lo tanto, el consumo prolongado de una dieta alta en fructosa puede incrementar el riesgo de **enfermedades cardiovasculares**. Se comporta en forma similar a la grasa dietética más que a otros tipos de carbohidratos que componen la glucosa. Tanto la insulina como la leptina actúan sobre el sistema nervioso central inhibiendo la

ingesta de alimentos e incrementando el gasto de energía, generalmente mediante la activación del sistema nervioso simpático. En contraste la grasa dietética y la fructosa no estimulan la secreción de insulina y por lo tanto no aumenta la producción de leptina. La grelina, una hormona producida por células endocrinas en el estómago, aumenta la ingesta de alimentos y disminuyen la oxidación de grasas y parece tener un papel anabólico en la regulación prolongada del equilibrio energético. La secreción de la insulina es suprimida después de las comidas, pero no es suprimida con el consumo de grasas o fructosa. La ausencia de efecto sobre estas hormonas sugiere que el consumo prolongado con una dieta rica en fructosa pueda contribuir junto con la grasa dietética y la inactividad a una absorción incrementada de energía aumentando el peso y obesidad.¹³

La evidencia epidemiológica ha ligado el **índice glucémico y la carga glucémica** ya mencionados, con el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas tales como **diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular**. Varios estudios epidemiológicos de los Estados Unidos y Europa evidencian que la ingesta tanto de HC no disponibles, HC disponibles de bajo IG, como las comidas de baja CG, podrían desempeñar un rol en la prevención de enfermedades metabólicas. En un meta-análisis que evaluó el efecto de los HC de los alimentos sobre distintos parámetros metabólicos, se observaron menores valores de glucemia plasmática en ayunas en los sujetos que siguieron una alimentación con bajo IG. En varios estudios, la rama de menor IG, tenía un mayor consumo de HC no disponibles (fibra dietaría), resultando en una menor CG. Estudios adicionales de estas variables, demostraron que ambas tienen un efecto independiente sobre la glucemia. Estas dietas bajas en IG y CG, ricas en fibra alimentaria también se

asociaron a disminución en las concentraciones de proteínas glicosiladas, menor insulino-resistencia y a una reducción del peso corporal.⁷

El consumo de **grasa saturada** produce un aumento de concentración de lipoproteína total circulante y colesterol de LDL en el ser humano, principal lipoproteína portadora de colesterol, que se asocia con el riesgo de enfermedad cardiaca en general, la evidencia sugiere que el predominio de partículas LDL menores y más densas en la circulación causa un elevado riesgo de **enfermedad coronaria**. La LDL permite una eficiente absorción hepática y catabolismo de LDL. La LDL oxidada u modificada también es absorbida por macrófagos en varios tejidos incluyendo la pared arterial. Se ha comprobado el aumento de colesterol plasmático que producen los ácidos grasos saturados (SAFA), principalmente el mirístico (manteca) y el palmítico (casi todas las grasas de origen animal, lácteos, carnes, margarinas, aceites). La mayor concentración de colesterol libre en el hígado suprime la actividad de los receptores de LDL y aumentan la concentración circulatoria. La acumulación posterior a la ingesta de VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad) es más prolongada en individuos que consumen dietas ricas en SAFA comparada con dietas que contienen MUFA. Estas lipoproteínas comienzan su sistema en hígado principalmente y en menor medida en intestino delgado. Luego de la secreción a la circulación se suceden algunos intercambios entre los tejidos y la lipoproteína. La hidrólisis de triglicéridos (TAG) de la VLDL se lleva a cabo mediante la acción de LPL una enzima ubicada en el endotelio del tejido vascular que media la hidrólisis de TAG de quilomicrones (lipoproteína que transporta TAG de la dieta (sistema exógeno). Mediante la reducción de TAG de la partícula de VLDL se convierte en colesterol menor y más denso y remanente de TRL, pueden ser absorbidos por el hígado

o convertirse en LDL menores. El consumo de **ácidos grasos tras** aumenta la concentración de LDL y reduce la de HDL, lipoproteína de alta densidad, encargadas del transporte “reverso” del colesterol, mecanismo por el cual el colesterol puede ser excretado. Se sintetizan en hígado e intestino y recogen colesterol libre de las células. Ocasionando el riesgo de generar placas de ateromas y enfermedades cardiovasculares. La selección de las grasas dietéticas muestra una influencia más notable en la **colesterogenia** humana porque el consumo de grasas ricas en PUFA se asocia con la biosíntesis mejorada comparada con otras grasas animales o vegetales. La mayor frecuencia de la ingesta reduce la tasa de biosíntesis de colesterol en el ser humano, lo que puede explicar las bajas tasas de síntesis de colesterol circulante que se observan con el consumo mayor de comidas menos abundantes. Además, la insulina, que se asocia con la síntesis hepática de colesterol, puede ser liberada en mayor cantidad cuando se consumen alimentos de manera menos frecuente, pero en mayor cantidad. Los factores dietéticos capaces de modificar la síntesis de colesterol están asociados a la restricción de la energía, cualidad que no se cumple en los platos de menú de comida rápida, donde una de sus características principales es la gran cantidad de energía que aportan. 13

La ingesta excesiva de **sodio** en pacientes con hipertensión arterial se basa en estudios epidemiológicos, se ha visto una incapacidad del riñón para eliminar una determinada carga de sodio con una presión arterial sistémica normal. Se produciría como consecuencia de retención de sodio y agua con expansión del líquido extracelular del volumen plasmático y gasto cardíaco. Por el mecanismo de autorregulación (aumento del tono vascular al aumentar el flujo sanguíneo a un órgano), aumenta la tensión arterial y como consecuencia la presión de

perfusión renal restableciéndose así la normal secreción de sodio y agua. A este mecanismo se lo denomina natriuresis por presión, el cual se deteriora con el paso de los años. Por tal motivo cada vez son más necesarias mayores presiones arteriales para mantener la homeostasis correspondiente. La insulinoresistencia y/o hiperinsulinismo disparan mecanismos hipertensivos como la alteración funcional de las bombas de la membrana celular, aumento de la actividad del sistema simpático y activación del sistema renina-angiotensina (aumento de la reabsorción renal de sodio y agua con el consecuente aumento del volumen intravascular). Esta asociación entre la presión arterial y los niveles de insulina se produce con independencia de peso corporal. El aumento de la tensión arterial es un factor agresivo para la pared arterial u repercute especialmente sobre las arterias cerebrales.¹¹ Un estudio presentado en el congreso anual de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes, que se celebró hace unos días en Lisboa, ha establecido que existe una relación entre el consumo de sal y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Los autores sugieren que puede haber una relación entre la diabetes y el sodio. En concreto, han advertido que por cada gramo extra de sodio consumido al día aumenta, de media, un 65% el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Cuando el consumo sobrepasaba la cantidad recomendada en 2,9 gramos de sodio -unos 7,3 gramos de sal- por día, el riesgo se elevaba hasta un 72%.¹⁴

Estrategias medidas preventivas. Educación alimentaria nutricional

Es importante fortalecer y promover medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno y la sociedad. Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo énfasis en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables;

emplear estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

En relación al sistema de salud mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en el primer nivel de atención que incluya la prevención y un mejor automanejo. Ya que en estas enfermedades la prevención es clave.

Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia, la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración, ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de los programas.

Desde el año 2009, y en consonancia Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Argentina ha desarrollado la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las ENT, Esta estrategia, conducida por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, se propone como objetivos reducir la prevalencia de factores de riesgo para las ENT, disminuir la mortalidad por estas enfermedades y mejorar el acceso y la calidad de atención médica, a través de tres ejes de acción: Promoción de la salud y control de factores de riesgo a nivel poblacional: incluye el Plan Nacional Argentina Saludable que integra el Programa Nacional de Control del Tabaco, el Programa

Nacional de Lucha contra el Sedentarismo y la promoción de la alimentación saludable. El objetivo es canalizar las acciones de base poblacional tendientes a disminuir los factores de riesgo, lo que requiere del involucramiento de múltiples actores tanto estatales como de la sociedad civil y el sector privado, con el objeto de promover conductas y entornos saludables y la regulación de la oferta de productos y servicios. Reorientación de los servicios de salud para el manejo integrado de las ENT: este eje se integra y articula con otras iniciativas y programas existentes y lleva adelante estrategias para el rediseño de los servicios de salud hacia un abordaje integral e integrado de las enfermedades crónicas. Dentro de ellas se encuentra el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica y el diseño e implementación de herramientas para la consulta, como una historia clínica para la atención ambulatoria del adulto, una planilla de monitoreo para el seguimiento de personas con factores de riesgo vascular, etc. También incluye el desarrollo de capacitaciones destinadas a mejorar las competencias del equipo de salud en el abordaje de las ENT y favorecer la reorientación de los servicios de salud en las distintas jurisdicciones.

12

Sistema de vigilancia de las ENT y factores de riesgo: el rol de este eje es aportar información válida y confiable para el diseño, evaluación y monitoreo de las acciones realizadas para prevenir y controlar estas enfermedades. A su vez, esta área promueve el desarrollo de la vigilancia de ENT a nivel jurisdiccional articulando con las Salas de Situación provinciales.

Es de suma importancia desde el sistema de salud la prevención de este tipo de enfermedades porque luego de instaladas el costo es mayor y la calidad de vida

de las personas disminuye. Se debe dar importancia a la educación alimentaria nutricional, informar a la población sobre lo que aportan los alimentos y porque elegir cada uno de ellos.

La actividad física se debe ajustar, se ve en la última encuesta como un punto deficiente. Siendo que la actividad física mejora ya que la mayoría de la población por sus ocupaciones laborales es muy sedentaria; como por falta de tiempo o falta de consciencia de su importancia no la realizan.

En argentina se basan en el ovalo alimentario nutricional año 2015 y la nueva gráfica año 2016. Las mismas se realizaron en relación a los problemas de acceso a una adecuada alimentación ya sea por acceso o capacidad de compra basada en ingresos y a las costumbres alimentarias. También teniendo en cuenta las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, obesidad, hipertensión, problemas cardiovasculares, etc.) donde los estilos de vida relacionados a la alimentación están estrechamente asociados. También incluyen enfermedades como la desnutrición crónica o la de ciertas sustancias nutritivas específicas. Para fomentar el consumo de alimentos variados, corregir hábitos alimentarios perjudiciales y reforzar aquellos adecuados para mantener la salud.⁷

Factores de riesgo asociados a ECNT son: Sedentarismo, Malos hábitos alimentarios y el Perímetro de cintura aumentado.⁷

Factores de riesgo de asociados a cada patología en particular:

Obesidad	Diabetes	Hipertensión	Enfermedades cardiovasculares
Sobrepeso Consumo de: alimentos con alto contenido en sodio, alcohol, cafeína, tabaco. Sedentarismo. Malos hábitos alimentarios	Sobrepeso Obesidad sedentarismo	Sobrepeso Consumo de: alimentos con alto contenido en sodio, alcohol, cafeína, tabaco. Sedentarismo	Sobrepeso Consumo de: alimentos con alto contenido en sodio, alcohol, cafeína, tabaco. Sedentarismo. Malos hábitos alimentarios

Medidas de prevención

Al analizar las causas de las ECNT se detecta que hay puntos en común: como por ejemplo la mala alimentación y la inactividad física. Como vemos en las guías alimentarias es importante el consumo de todos los grupos de alimentos ya que cada uno aporta las distintas sustancias nutritivas, la reducción del consumo de sal y la realización de actividad física

Los grupos de alimentos son seis divididos de acuerdo a sus nutrientes fuentes:

1. **Cereales** (arroz, avena, cebada, trigo) **sus derivados** (harinas y productos elaborados con ellas: fideos, pan, galletas, etc.) **Legumbres secas:** (arvejas,

garbanzos, lentejas, porotos, soja): son fuente principal de hidratos de carbono y de fibra.

2. **Verduras y frutas:** son fuente principal de vitaminas C y A, de fibra y sustancias minerales como el potasio y el magnesio. Incluye todos los vegetales y frutas comestibles.

3. **Leche, yogurt y queso:** nos ofrecen proteínas completas y son fuente principal de calcio.

4. **Carnes y huevos:** nos ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Incluye a todas las carnes comestibles (de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar)

5. **Aceites y grasas:** son fuente principal de energía y de vitamina E. los aceites y semillas tienen grasas que son indispensables para nuestra vida.

6. **Azúcar y dulces:** dan energía y son agradables por su sabor, pero no nos ofrecen sustancias nutritivas indispensables.⁷

4. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

Se abocará a investigar sobre la alimentación basada en comida rápida, debido al aumento repentino de la población que asiste a los lugares. Siendo este tipo de alimentación poco saludable, adictiva, de fácil acceso, generando patologías a corto y largo plazo asociadas. Es de suma importancia, tener en cuenta que grupos son los que con mayor frecuencia basa su alimentación en este tipo de comidas dejando de lado muchos grupos de alimentos que son los que brindan una buena calidad de vida, cuidando la salud.

Hazán Carolina, Negro Carolina.

Se obtendrá con la investigación realizada la información específica; relación nutrientes-hábitos saludables para la realización de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. La cual será benéfica para profesionales de la salud, como para la población corriente. 13

OBJETIVOS.

5. OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General.

- Determinar los motivos que llevan al consumo de comida rápida en adultos de la localidad de Lanús, en el año 2017.

Objetivos Específicos

- Distinguir el sexo y rango etario que prefiere dicha comida.
- Conocer la compañía o soledad a la hora de la ingesta.
- Describir las sensaciones luego del consumo de una comida rápida.
- Evaluar el conocimiento de las personas sobre los factores de riesgo del consumo de este tipo de alimentación.
- Determinar la frecuencia de consumo.
- Conocer el monto que destina al almuerzo.
- Indagar el tiempo disponible para almorzar.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO: descriptivo, observacional y transversal

6.2. Población: todas las personas que concurren a Panchos Ricky.

6.3. Muestra: 100 personas que concurren a Panchos Ricky

6.4. Técnica de muestreo: no probabilístico (intencional)

6.5 Criterio de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión: Personas de ambos sexos, mayores de 18 años que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: personas con problemas auditivos y en la visión.

6.6 Definición operacional de Variables

- 1- **Edad:** tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Indicador: Años

Valor: 18-29/ 30-49/50-64

- 2- **Sexo:** Condición orgánica que distingue al género humano en dos grupos: mujer o varón

Indicador: Caracteres físicos

Valor: varón – mujer

- 3- **Nivel educativo:** Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.

Valores: Primario completo- Primario incompleto-Secundario Completo-secundario Incompleto – terciario - universitario.

Indicador: último año cursado según nivel.

- 4- **Cantidad de veces por semana que consumen comidas rápidas:** Cantidad de veces a la semana o de veces al mes que consume comidas rápidas.

-Indicador: días

-Valor: todos los días- 5 a 6 días- 3 a 4 días – 1 a 2 días – cada 15 días- una vez al mes.

5- Comer solos o acompañados: persona que realiza su almuerzo en soledad.

Persona que realiza su almuerzo con otras personas.

Indicador: cantidad y relación entre personas que acompañan el almuerzo.

Valor: con familia-amigos-solos-pareja amorosa- otros

6- Sensaciones del consumo: Impresión que los estímulos externos producen en la conciencia y que es recogida por medio de alguno de los sentidos al consumir o ingerir este tipo de alimentos.

-Indicador: Emociones/Sensaciones.

-Valor: angustia-depresión-ansiedad-alegría-culpa-satisfecho.

7- Conocimiento sobre factores de riesgo del consumo: el saber de un individuo sobre la relación de la ingesta de comida rápida y su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

-Valor: diabetes- Hipertensión- obesidad- enfermedades cardiovasculares.

8- Conocimiento del contenido nutricional de las comidas rápidas: el saber sobre la composición de nutrientes de los alimentos de comidas rápidas.

Valores: grasas – sodio- proteínas – fibra- hidratos de carbonos simples y complejos.

9- Dinero destinado al almuerzo: Conjunto de monedas y billetes que se usan como medio legal de pago para realizar la comida del mediodía.

Valores: 50-90 pesos argentinos / 100-150 pesos argentinos / > 150 pesos argentinos.

10- Cantidad de tiempo disponible para el almuerzo: Período determinado durante el que se realiza la comida del medio día

Indicador: minutos.

Valores: 15 a 30 min. /31-40min. /41-60min. /

11-Motivos o causas por el cual las personas consumen comida rápida: Forma de actuar de las personas que llevan al consumo de esta comida ¿?

Valor: hambre-ansiedad-gusto y sabor- porción abundante- precios accesibles- falta de tiempo- moda-otros (cuales)

6.7 Tratamiento estadístico propuesto:

Se realizó una matriz de datos en Excel, año 2007 (tripartita). Se calcularon la frecuencia absoluta, frecuencia relativa y porcentajes de los datos obtenidos. Así mismo se construyeron tablas y se calcularon promedios, valores máximos y mínimos.

6.8 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y método para el control de calidad de los datos. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Los datos se recogerán de fuentes primarias a través de una encuesta que se realizara en el local de comidas rápidas “Panchos Ricky” ubicado en la localidad de lomas de Zamora el día ... entre las 11:00hs -15:00hs a aquellas personas que concurran al lugar; serán mayores de edad y se entregara un consentimiento informado para que se autorice su realización.

Las preguntas de la encuesta serán semiabiertas y cerradas, detallarán sexo edad y serán anónimas.

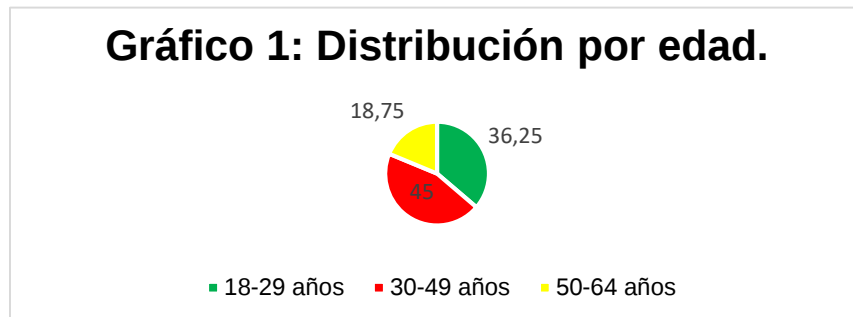
6.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos (en anexo)

La encuesta se realizará de forma anónima para poder asegurar la confidencialidad de los entrevistados, se hará en consentimiento informado que será entregada.

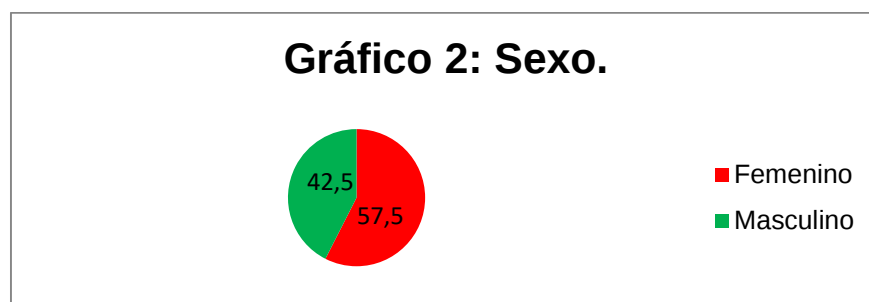
RESULTADOS.

6. RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

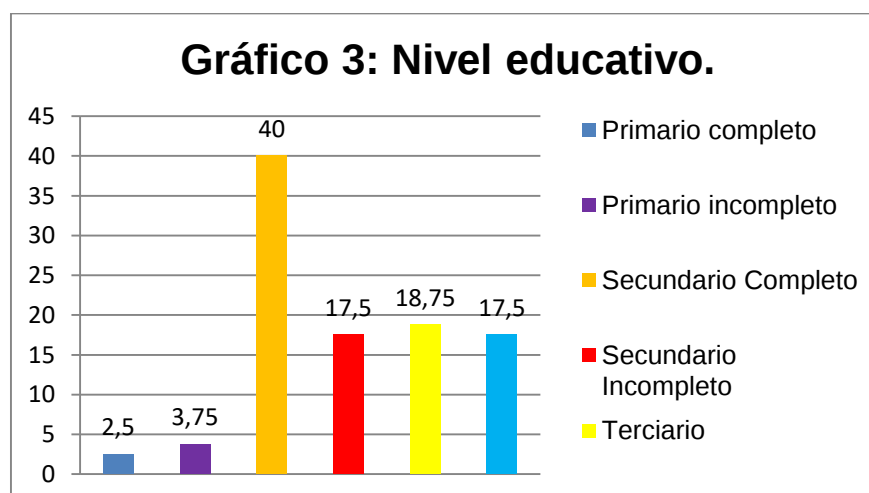
6.1. GRÁFICOS.



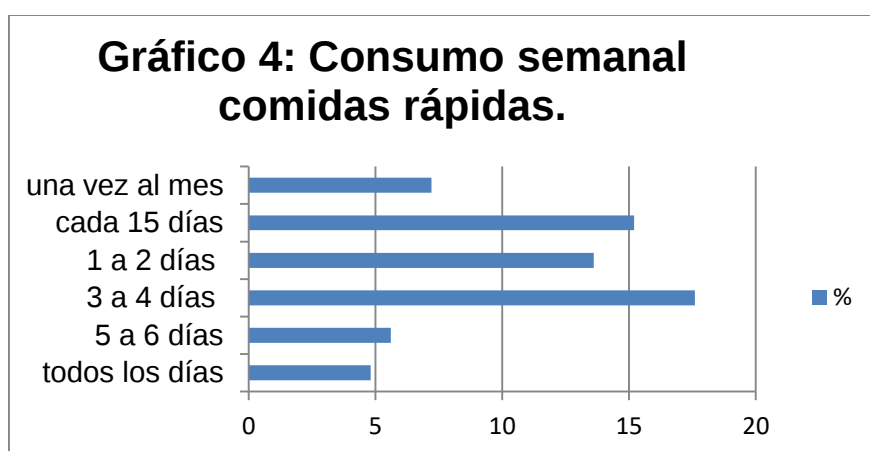
El 36,25% de las personas que respondieron la encuesta que concurren a Panchos Ricky tienen entre 18-29 años. El 45% tiene entre 30-49 años. Y la parte restante 18,75%, tienen entre 50-64 años.



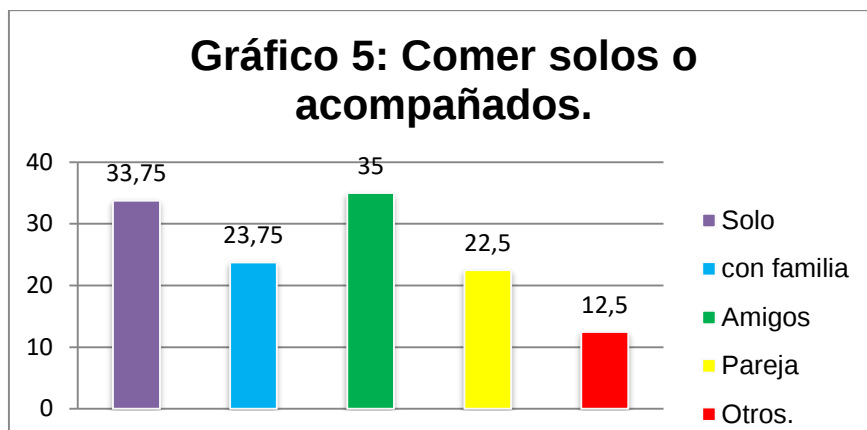
El 57,5% de las personas que respondieron la encuesta en Panchos Ricky son de género femenino, el 42,5% de género masculino.



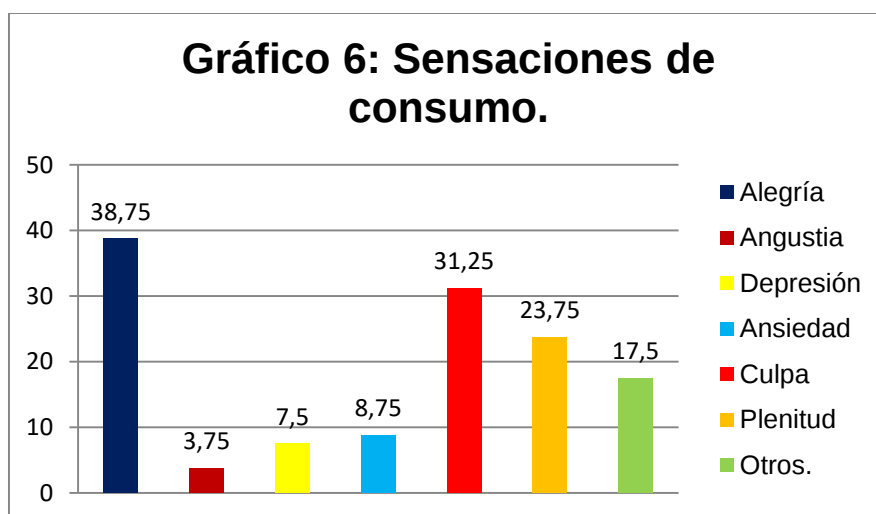
El 2,5% de las personas encuestadas que concurren a Panchos Ricky respondieron que tienen realizado el primario completo. El 3,75% respondieron que tienen realizado Primario Incompleto. El Secundario Completo el 40% de las personas encuestadas que concurren a Panchos Ricky respondieron que tienen realizado el secundario completo. El 17,5% contestaron que tienen realizado el secundario incompleto. Las partes restantes respondieron que tienen realizado terciario el 18.75% ; y 17,5% nivel universitario.



Los encuestados en Panchos ricky respondieron que concurren una vez al mes el 7,2 %. Cada 15 dias el 15,2% de los encuestados en Panchos ricky respondieron su concurrencia. El 13,6% de los encuestados contestaron cada 1 a 2 dias semanalmente. Otros de ellos, el 17,6% 3 a 4 dias semanal. Las partes restantes cada 5 a 6 dias respondieron, siendo el 5,6% de los encuestados en Panchos Ricky. Y todos los dias 4,8%.

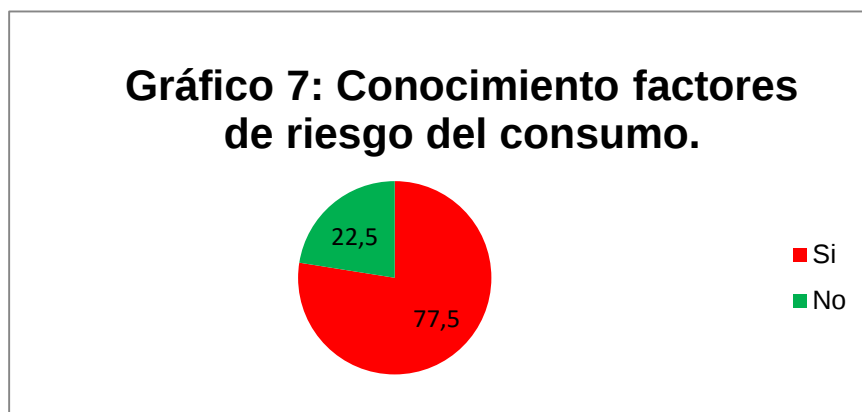


El 33,75 % de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que eligen comer solos . En familia contestaron el 23.75% de los encuestados que concurren a Panchos Ricky. Otros el 35% respondieron que eligen comer con amigos. En pareja el 22,5% de los encuestados en el local respondieron lo eligen. La parte restante el 12,5% contestó otros.

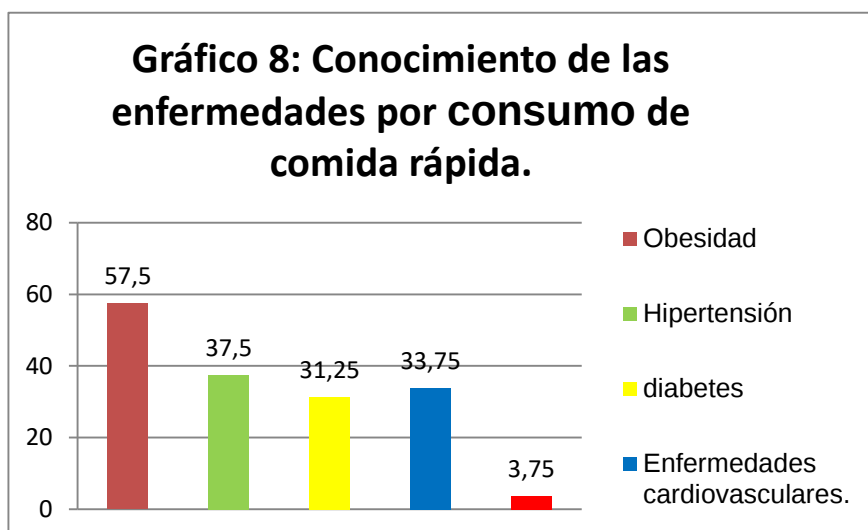


El 38,75% de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que sienten alegría al de comer. El 3,75% de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que sienten angustia al comer. Depresion respondieron que lo sienten al comer el 7,5% de los encuestados que concurren al local . Otros 8,75% de los encuestados eligen contestar que sienten ansiedad al comer . Sentimiento de Culpa al comer respondieron 31,25% de los

encuestados en Panchos Ricky. La parte que resta respondieron 23,75% plenitud y 17,5% otros.

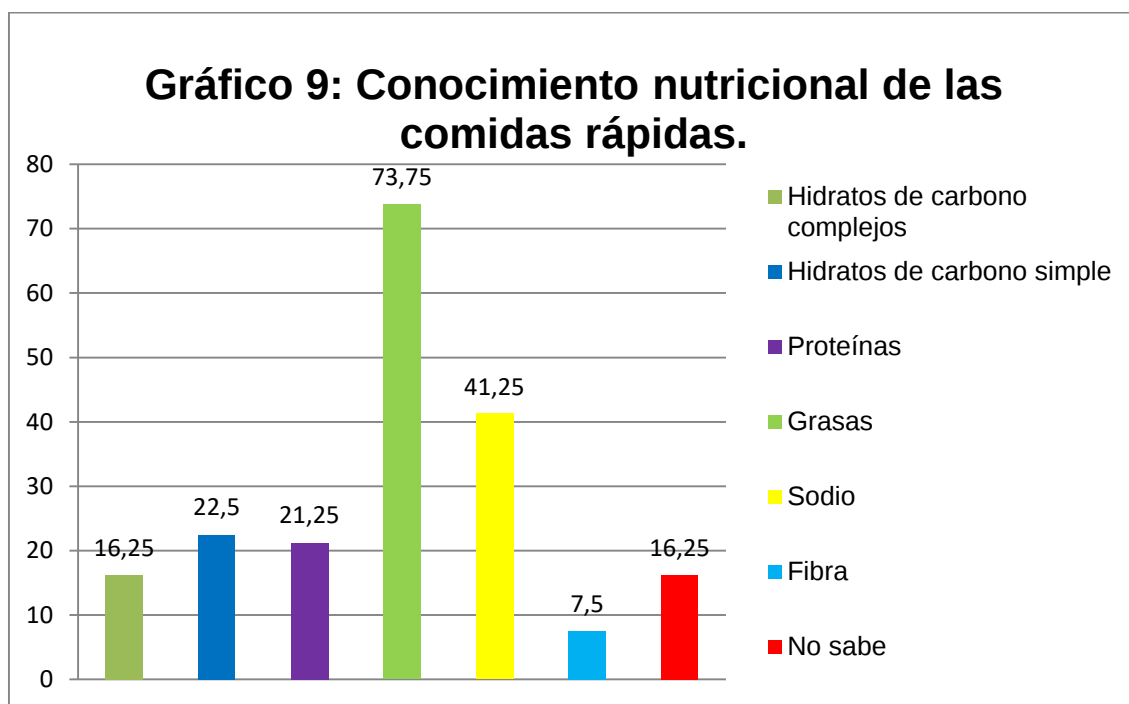


El 77,5% de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que tienen conocimiento sobre factores de riesgo del consumo. La otra parte 22,5% No.



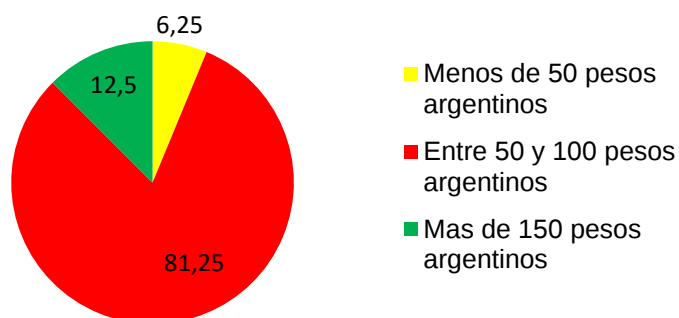
De los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que tienen conocimiento sobre la enfermedad Obesidad el 57,5%. Hipertensión, el 37,5 % de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que tienen conocimiento sobre la enfermedad. El 31,25 % de los encuestados que

concurren al local respondieron que tienen conocimiento sobre la enfermedad diabetes. Otros de los encuestados 33,75 % tienen conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares. Y el restante 3,75% no sabe.



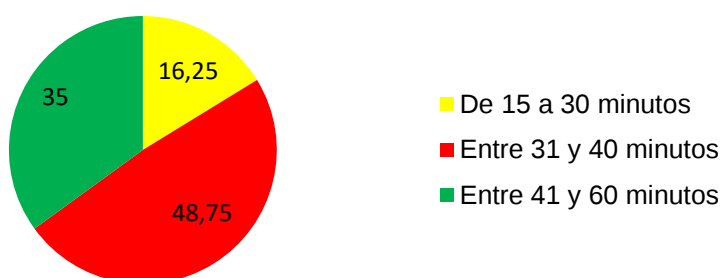
El 73,75% de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que tienen conocimiento de nutrientes de las comidas rápidas en relación a las grasas. Siguiendo con un 41,25% el conocimiento de sodio, y en partes similares los encuestados tuvieron conocimiento de su contenido en hidratos de carbono complejos y simples y proteínas. El porcentaje mas bajo 7,5% conocimiento sobre contenido de fibra. El 16,5% no sabe.

Gráfico 10: Dinero destinado al almuerzo.

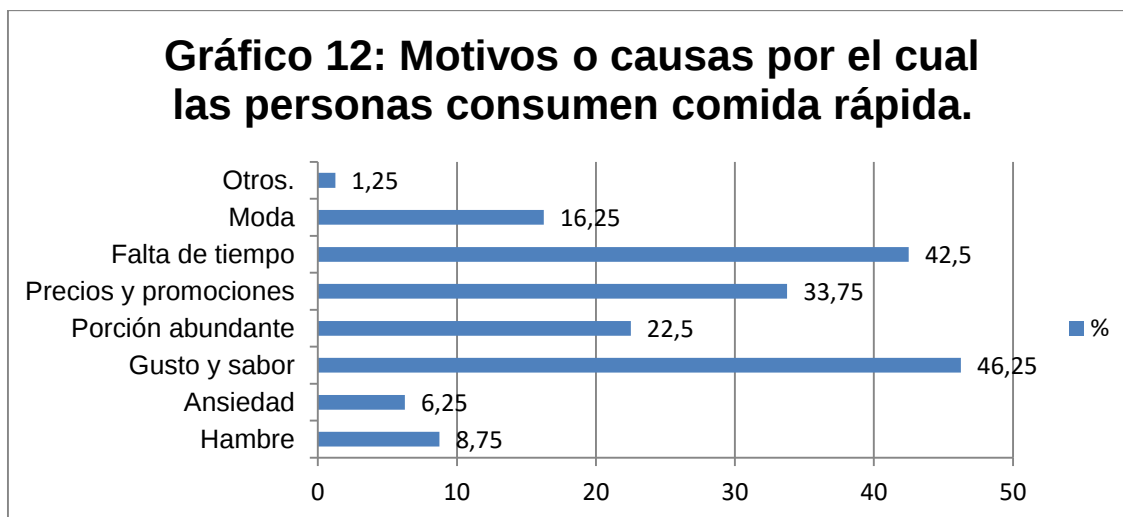


El 6,25 % de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondondieron que tienen destinado al almuerzo menos de 50 pesos argentinos. El 81,25 % de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondondieron que tienen destinado al almuerzo entre 50 y 100 pesos argentinos. Y la parte restante el 12,5% mas de 150 pesos argentinos.

Gráfico 11: Tiempo disponible destinado al almuerzo.



El 16,25% de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondondieron que tienen destinado al almuerzo de 15 a 30 minutos. Entre 31y 40 minutos el 48,75 % de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondondieron que tienen destinado al almuerzo. Y la parte restante 35% entre 41 y 60 minutos.



El 46,25% de los encuestados que concurren a Panchos Ricky respondieron que consumen comida rápida por su gusto y sabor, siguiendo el 42,5% que la elige por falta de tiempo, el 33,75% por las promociones y los precios de las casas de comidas rápidas, siguiendo la elección por la moda con un 16,25%. Los valores más bajos que se tuvo como resultado de la encuesta fueron que solo el 8,75% las elige por hambre, el 6,25 por ansiedad y el 1,25% por otras razones.

DISCUSIÓN.

7. DISCUSIÓN

El consumo de comida rápida es de gran interés debido al desarrollo potencial de enfermedades crónicas no transmisibles en el país como en el mundo.

Un estudio realizado en España presentado por la: Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007 – 7467: consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud 2013 revela que: El exceso de consumo de comida rápida no sólo puede favorecer al desarrollo de la obesidad, sino que también es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades asociadas. Por ello, hay razones de peso para crear conciencia entre la población acerca de lo que es alimento y de lo que no lo es, que le nutre y sirve al cuerpo y este es el objetivo de la presente investigación, proponerle diferentes maneras de alimentarse; ya que el exceso de peso y la obesidad, se han convertido en enemigo público de la humanidad, puesto que no son simples cuestiones de estética, sino graves problemas de salud que pueden degenerar en enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión, enfermedades cardiovasculares.

Otro estudio publicado en EE. UU con el objetivo de investigar el efecto del consumo de la comida rápida en el índice de masa corporal promedio de la población (IMC) y explorar la posible influencia de la desregulación del mercado en el consumo de comida rápida y el IMC.

Los resultados fueron los siguientes: Tras corregir las covariables, cada aumento de 1 unidad de transacciones anuales de comida rápida per cápita se asoció con un aumento de 0,033 kg/m² del IMC normalizado por edad (intervalo de confianza del 95 %, IC: 0,013–0,052). Solo la ingesta de bebidas (no la grasa animal ni las calorías totales) interfirió en la asociación observada (β : 0,030; IC del 95 %: 0,010–0,050). La libertad económica funcionó como indicador independiente del consumo de comida rápida (β : 0,27; IC del 95 %: 0,16–0,37). Cuando se usó la libertad económica como variable fundamental, la relación entre comida rápida e IMC fue más débil, pero siguió siendo significativa (β : 0,023; IC del 95 %: 0,001–0,045).

Como conclusión se llegó a que el consumo de comida rápida es un indicador independiente del índice de masa corporal promedio en países de altos ingresos.

Hazán Carolina, Negro Carolina.

Las políticas de desregulación del mercado pueden contribuir a la epidemia de obesidad, al facilitar la difusión de la comida rápida.

No se encontraron estudios similares al nuestro para hacer comparación.

CONCLUSIÓN.

8. CONCLUSIÓN.

En función a los datos recolectados de las encuestas, se pudieron sacar las siguientes conclusiones respecto del conocimiento de la población seleccionada.

- Se observó que son los jóvenes mayormente quien elige este tipo de comida. En cuanto al sexo es indistinto, ambos lo consumen. Masculino y femenino sin amplia diferencia.
- Se puede ver que el conocimiento de cuáles son los nutrientes que componen estos alimentos y el riesgo de desarrollar las enfermedades crónicas no transmisibles no impide que se elijan los mismos. A una frecuencia semanal mayor a 3 días preferentemente.
- En cuanto al nivel educativo de haber tenido más tiempo para volver a encuestar a la población seleccionada y recolectar más datos, podría revelarse su relación a la hora de escoger la comida rápida. La cual queda a una interpretación subjetiva de la misma.
- Se destacaron sentimientos de alegría, depresión y culpa a la hora del consumo. Se sugiere una nueva investigación donde cruzar esta variable con las diferentes razones de por qué se selecciona la comida rápida para determinar las causas de estos a la hora del consumo.
- Finalmente se concluye que el consumo de comida rápida está dado por gusto y sabor en su mayoría, falta de tiempo, moda y costo accesible. **Es por ello que se debe buscar realizar políticas públicas que destaquen el beneficio de una alimentación sana y equilibrada para la toma de conciencia de padecer este tipo de enfermedades. Ofreciendo menús atractivos, gustosos, rápidos y a un costo accesible que se vuelcan moda para ser tendencia y gozar de mejor salud.**

Se observa que la mayor parte de la población tiene conocimiento del riesgo potencial de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, las mismas y sus principales nutrientes. Sin embargo, se elige este tipo de alimentos más de 3 veces por semana. Es por ello que el nivel educativo podría estar relacionado con un salario escaso ya que solo alcanzaron secundario completo.

Los sentimientos de alegría y depresión principalmente están relacionados con el conocimiento del riesgo, pero a la vez por la falta de tiempo dinero y gusto y

sabor de los mismos. Por estas razones se debe buscar realizar políticas públicas que destaquen el beneficio de una alimentación sana y equilibrada, para la generar conciencia de padecer estas enfermedades. Ofreciendo menús atractivos, gustosos, rápidos y a un costo accesible saludables que se vuelvan moda. Buscando lograr que sean tendencia, de esta forma reducir el riesgo de enfermar y su consecuencia en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ¹ NavarroA. Análisis de Mcdonald's.BLOGDELINVENSOR. Disponible: <http://www.blogdelinversor.com/analisis-de-mcdonalds-mcd/>
- ² Fischler C. Gastro-nomia y gastro-anomia. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. Centre National de la Recherche Scientifique.Paris: 1978
- ³ Ramos.E.G, Castro-Sánchez.A.E.,Zambrano.A.M,Mayela.Núñez.G,Osorio.S.Aporte calórico y macronutricional de los menús infantiles de la comida rápida y convencional.Rev.Chil.Nut.2012;39:27-33 Disponible http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182012000300004&script=sci_arttext&tlng=pt
- ⁴Acevedo.Medrano.N ,Boulogne.M Alvarez.I ,Soto.B, Burgos.D. Comida chatarra en los centros escolares .San salvador: Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe (Con su acción);2009 disponible http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/red-icean/docs/Investigación%20comida%20chatarra%20en%20los%20centros%20escolares_2010.pdf
- ⁵ Moreno A, Toro L. la televisión mediadora entre consumismo y obesidad. Rev. Chilena de nutrición 2009; 36(1):46-52 Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000100005
- ⁶ Diario El observador “En mayo, Argentina Mostaza suma más fast food “(25 de enero de 2017). Disponible : <http://www.elobservador.com.uy/en-mayo-la-argentina-mostaza-suma-mas-fast-food-n1022996>
- ⁷ Ministerio de salud de la Nación. Guías alimentarias para la población Argentina. Buenos Aires ;2016
- ⁸ Lopez.L.B,Suarez.M.M.Fundamentosdenutricionnormal.2ª ed.BuenosAires.elateneo;2017
- ⁹ Medin.R,Medin.S.ALIMENTOSintroducciontecnicayseguridad.4ª ed.BuenosAires.Turísticas;2011
- ¹⁰ Organización mundial de la salud “Enfermedades crónicas”(17 de junio de 2017). Disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- ¹¹Torresani.M.E,Somoza.M.I.lineamientosparaelcuidadonutricional.3ªed.Buenos Aires.UniversitariadeBuenosAires;2014

¹²Ministerio de salud de la nación. Tercera encuesta de factores de riesgo.1ª ed. BuenosAires;2015 disponible
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

¹³ Ross.C,Caballero.B,Cousins.J,Tucker.K,Zigler.T.Nutricionenlasaludylaenfermedad.11ªedición.Barcelona(España)woltersKluwerHeakth;2012

¹⁴ Diario El mundo. “Relacionan el exceso de sal con riesgo de padecer diabetes.”(24 de septiembre de 2017). Disponible :
<http://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2017/09/24/59babb4822601d50568b45e9.html>

ANEXOS.

9. ANEXOS.

Encuesta		
1.	Edad:	18-29 años
		30-49 años
		50-64 años
2.	Sexo	Femenino
		Masculino
3.	Nivel educativo	Primario completo
		Primario incompleto
		Secundario Completo
		Secundario Incompleto
		Terciario
		Universitario.
4.	¿Cuántas veces por semana consume	todos los días
	Comidas rápidas?	5 a 6 días
		3 a 4 días
		1 a 2 días
		cada 15 días
		una vez al mes
5.	¿Sos de venir comer solo o acompañado?	Solo
		con familia
		Amigos
		Pareja
		Otros.

6.	¿Qué sensación te causa comer este tipo de	Alegría
	Comidas?	Angustia
		Depresión
		Ansiedad
		Culpa
		Plenitud
		Otros.
7.	¿Sabías que el consumo de comida rápida	Si (pasar a la 8)
	Puede ocasionar enfermedades?	No (pasar a la 9)
8.	¿Conoces alguna de las siguientes	Obesidad
	Enfermedades?	Hipertensión
		Diabetes
		Enfermedades cardiovasculares.
		No conoce
9.	¿Sabes cuáles de estos nutrientes están en mayor proporción en las comidas rápidas?	Hidratos de carbono complejos
		Hidratos de carbono simple
		Proteínas
		Grasas
		Sodio
		Fibra

		No sabe
10.	¿Cuánto dinero destinas a tu almuerzo?	Menos de 50 pesos argentinos
		Entre 50 y 100 pesos argentinos
		Más de 150 pesos argentinos
11.	¿Cuánto tiempo tenés disponible para realizar el almuerzo?	Entre 15 a 30 minutos
		Entre 31 y 40 minutos
		Entre 41 y 60 minutos
12.	¿Por qué razón elegís este tipo de comida?	Hambre
		Ansiedad
		Gusto y sabor
		Porción abundante
		Precios y promociones
		Falta de tiempo
		Moda
		Otros.

9.2. Diccionario de variables.

V1.	Edad:	01	18-29 años
		02	30-49 años
		03	50-64 años
V2.	Sexo	01	Femenino
		02	Masculino
V3.	Nivel educativo	01	Primario completo
		02	Primario incompleto
		03	Secundario Completo
		04	Secundario Incompleto
		05	Terciario
		06	Universitario.
V4.	Cantidad de veces por semana que consumen comidas rápidas	01	todos los días
		02	5 a 6 días
		03	3 a 4 días
		04	1 a 2 días
		05	cada 15 días
		06	una vez al mes
V5.	Comer solos o acompañados	01	Solo
		01	con familia
		01	Amigos
		01	Pareja
		01	Otros.
V6.	Sensaciones del consumo	01	Alegría
		01	Angustia
		01	Depresión
		01	Ansiedad
		01	Culpa
		01	Plenitud

		01	Otros.
V7.	Conocimiento sobre factores de riesgo del consumo	01	si (pasar a la 8)
		02	no (pasar a la 9)
V8.	Conocimiento de las enfermedades causadas por el consumo	01	Obesidad
	De comidas rápidas.	02	Hipertensión
		03	Diabetes
		04	Enfermedades cardiovasculares.
		05	no sabe
V9.	Conocimiento del contenido nutricional de las comidas rápidas	01	Hidratos de carbono complejos
		01	Hidratos de carbono simple
		01	Proteínas
		01	Grasas
		01	Sodio
		01	Fibra
		01	no sabe
V10.	Dinero destinado al almuerzo	01	menos de 50 pesos argentinos
		02	entre 50 y 100 pesos argentinos
		03	más de 150 pesos argentinos
V11	Cantidad de tiempo disponible para el almuerzo	01	de 15 a 30 minutos
		02	entre 31 y 40 minutos
		03	entre 41 y 60 minutos

V12.	Motivos o causas por el cual las personas consumen comida rápida	01	Hambre
		01	Ansiedad
		01	gusto y sabor
		01	porción abundante
		01	precios y promociones
		01	falta de tiempo
		01	Moda
		01	Otros.

9.3. Tablas.

Tabla 1: Distribución por edad.	%	FA
18-29 años	36,25	29
30-49 años	45	36
50-64 años	18,75	15

Tabla 2: Distribución por Sexo.	%	FA
Femenino	57,5	46
Masculino	42,5	32

Tabla 3: Nivel educativo.	%	FA
Primario completo	2,5	2
Primario incompleto	3,75	3
Secundario Completo	40	32
Secundario Incompleto	17,5	14
Terciario	18,75	15
Universitario.	17,5	14

Tabla 4: Consumo semanal de comida rápidas.	%	FA
Todos los días	4,8	6
5 a 6 días	5,6	7
3 a 4 días	17,6	22
1 a 2 días	13,6	17
Cada 15 días	15,2	19
Una vez al mes	7,2	9

Tabla 5: Con quién se comparte la comida rápida.	%	FA
Solo	33,75	27
con familia	23,75	19
Amigos	35	28
Pareja	22,5	18
Otros.	12,5	9

Tabla 6: Sensaciones del consumo.	%	FA
Alegría	38,75	31
Angustia	3,75	3
Depresión	7,5	6
Ansiedad	8,75	7
Culpa	31,25	25
Plenitud	23,75	19
Otros.	17,5	14

Tabla 7: Conocimiento de factores de riesgo del consumo.	%	FA
Si	77,5	62
No	22,5	18

Tabla 8: Conocimiento de las enfermedades causadas por el consumo.	%	FA
De comidas rápidas.		
Obesidad	57,5	18
Hipertensión	37,5	17
Diabetes	31,25	59
Enfermedades cardiovasculares.	33,75	33
No sabe	3,75	6

Tabla 9: Conocimiento del contenido nutricional de las comidas rápidas.	%	FA
Hidratos de carbono complejos	16,25	13
Hidratos de carbono simple	22,5	18
Proteínas	21,25	17
Grasas	73,75	58
Sodio	41,25	33
Fibra	7,5	6
No sabe	16,25	13

Tabla 10: Dinero destinado al almuerzo	%	FA
Menos de 50 pesos argentinos	6,25	5
Entre 50 y 100 pesos argentinos	81,25	65
Mas de 150 pesos argentinos	12,5	10

Tabla 11: Cantidad de tiempo disponible para el almuerzo	%	FA
De 15 a 30 minutos	16,25	13
Entre 31 y 40 minutos	48,75	39
Entre 41 y 60 minutos	35	28

Tabla 12: Motivos o causas por el cual las personas consumen comida rápida	%	FA
Hambre	8,75	7
Ansiedad	6,25	5
Gusto y sabor	46,25	37
Porción abundante	22,5	18
Precios y promociones	33,75	27
Falta de tiempo	42,5	35
Moda	16,25	13
Otros.	1,25	1



Estimada Lic Sofía Goldy –
Directora de la Carrera de Nutrición del
Instituto Universitario de Ciencias de la
Salud Fundación Dr. H. A. Barceló,

Por medio de la presente, dejo constancia de
que se autoriza a que las alumnas: Hazan Carolina y Negro Carolina;
pertenecientes a vuestra institución, realicen su trabajo Final de Investigación en
Nuestro Local Panchos Ricky.

Para ello se les permitirá realizar encuestas a los a las personas mayores de
edad que asisten en el horario de almuerzo al local, en la cual además solicitaran
el consentimiento escrito de cada uno de los padres/tutores.

Saluda atentamente

Firma:

Aclaración:



Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló

COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES Y TRABAJOS FINALES DEL IUCS

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo / Nosotros

Autor 1 _____, identificado(s) con DNI No. _____; Teléfono: _____; E-mail: _____

Autor 2 _____, identificado(s) con DNI No. _____; Teléfono: _____; E-mail: _____

Autor/es del trabajo de grado/posgrado titulado

_____ presentado y aprobado en el año _____ como requisito para optar al título de _____; autorizo/autorizamos a la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló la publicación de mi nuestro trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la

producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

- Permitir a la Biblioteca Central sin producir cambios en el contenido; la Consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este

Trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo de la
Tesis _____

2. Identificación de la tesis:

TITULO	del	TRABAJO:

Director/ra

:

Fecha de defensa_____/_____/_____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

a) Texto completo

☐ a partir de su aprobación

Texto parcial

☐ a partir de su aprobación

Indicar capítulos.....

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero ☐

NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en la Biblioteca Digital de Tesis mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda “Disponible sólo para consulta en sala en su versión completa, en la Biblioteca

Hazán Carolina, Negro Carolina.

Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló”

Firma y Aclaración del Autor
del Autor

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración del Autor
del Autor

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración del Director

Lugar _____

Fecha ____/____/____