

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLES

Nivel de conocimientos y hábitos alimentarios pre y post capacitación en las Guías Alimentarias del Paraguay para niños mayores a 2 años, en familias de zona urbana y rural

Level of knowledge and eating habits pre and post training Guidelines for food of Paraguay to 2 years older children, families in urban and rural

Villalba Araujo R., Dávalos Acosta A.*

RESUMEN

Introducción: Las Guías Alimentarias son un instrumento educativo que contiene doce recomendaciones orientadas a promover dietas y estilos de vidas saludables para prevenir enfermedades crónicas de la población.

Objetivo: Comparar el nivel de conocimientos y hábitos alimentarios pre y post capacitación en las Guías Alimentarias del Paraguay para niños mayores a 2 años, en familias de zona urbana y rural.

Materiales y Métodos: Estudio Semi-experimental de Series Temporales realizado en jefes de familias, donde se estudiaron datos generales de la familia, datos socioeconómicos del hogar, educación alimentaria clasificada en conocimientos, actitudes y prácticas.

Resultados: La muestra estuvo conformada por 32 adultos de zona urbana y rural, donde se compararon nivel de conocimientos antes y después de la intervención, se evidenció que ambas zonas aumentaron su conocimiento en forma similar. Respecto al conocimiento intra grupo, los jefes de familia aumentaron significativamente su nivel de conocimiento posterior a la capacitación. En relación a los hábitos alimentarios, 12 de las

SUMMARY

Introduction: Food Guides are educational instruments that contain twelve recommendations on how to promote diets and healthy life styles oriented to prevent chronic diseases in the population.

Objective: To compare the level of knowledge and the eating habits before and after training families of urban and rural areas of Paraguay in Food Guides for children over the age of 2 years.

Materials and Methods: semi-experimental Time Series study conducted in heads of families, where general information of the family, socioeconomic household data, and information on nutrition education in terms of knowledge, attitudes and practices were studied.

Results: the sample consisted of 32 adults of urban and rural areas, where knowledge before and after the intervention was compared, and in which a similar increase of knowledge was evidenced. Regarding knowledge within the group, the heads of the families significantly increased their level of knowledge after the training. Regarding eating habits, 12 out of 14 variables suffered a favorable modification after the intervention. The topics discussed during the training

*Universidad Nacional de Asunción - Facultad de Ciencias Químicas, San Lorenzo.

14 variables consideradas sufrieron una modificación favorable tras la intervención. Los temas desarrollados durante la capacitación modificaron favorablemente los hábitos alimentarios de los encuestados. La frecuencia de consumo de panificados, azúcares y grasas disminuyó significativamente tras la capacitación.

Conclusión: El impacto de la intervención fue positivo en ambas zonas al reflejar un aumento en el nivel de conocimientos y una modificación favorable en los hábitos alimentarios, de allí la importancia de fomentar la educación alimentaria-nutricional en la población.

Palabras claves: Guías Alimentarias, nivel de conocimientos, hábitos alimentarios, educación alimentaria-nutricional.

favorably modified the eating habits of those who were surveyed. The frequency of consumption of bakery products, sugars and fats decreased significantly after the intervention.

Conclusion: *The impact of the intervention was positive in both rural and urban areas, as they reflected an increase in the level of knowledge and a favorable modification of eating habits, hence the importance of encouraging nutrition education among members of the population.*

Key words: *Food Guides, level of knowledge, eating habits, nutrition education.*

INTRODUCCIÓN

Las Guías Alimentarias son un instrumento educativo que facilita a la población la selección de una dieta saludable¹. Las Guías Alimentarias del Paraguay contienen doce recomendaciones orientadas a promover dietas, estilos de vida sanos y prevenir las enfermedades crónicas de la población².

Los problemas prioritarios en Paraguay que impulsaron la elaboración de las Guías Alimentarias fueron la deficiencia de micronutrientes (bocio endémico, anemia); la parasitosis, la desnutrición crónica y el insuficiente acceso a los alimentos³.

En un estudio realizado por Salazar S, donde se aplicaron las Guías Alimentarias para Guatemala en comunidades rurales con el fin de propiciar modificaciones en el comportamiento alimentario, se observó en los participantes luego de la educación alimentaria, una adopción de las recomendaciones de las Guías Alimentarias⁴.

En nuestro país, existe una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, donde se sitúa a las enfermedades cardiovasculares, hipertensión

arterial, metabólicas y la diabetes, como las de mayor impacto. Se reconoce además factores de riesgo como la falta de adherencia a un estilo de vida saludable, consumo inadecuado de alcohol, hábitos tabáquicos, la falta de hábitos alimentarios saludables y la inactividad física o sedentarismo. Es importante además señalar que, la atención especializada de las enfermedades crónicas es inequitativa, y no llega efectivamente a territorios rurales distantes⁵, por lo cual es imprescindible pensar en hacer uso de las recomendaciones de las Guías Alimentarias del Paraguay para contribuir a minimizar la alta prevalencia de enfermedades crónicas y la promoción de un cambio en el estilo de vida.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto de la capacitación y aplicación de las Guías Alimentarias para la población de niños mayores a 2 años, para ello se define primeramente el nivel de conocimientos y hábitos alimentarios de la población, para luego realizar una capacitación acerca de las mismas, que sirva para determinar si la existencia de modificaciones en el nivel de conocimientos y en los hábitos alimentarios se ve

afectada por dicha capacitación. Se debe tener en cuenta además las modificaciones que pudieran estar asociadas a factores sociodemográficos y de esta manera obtener un panorama acerca de los cambios que se deben planificar para lograr mayor efectividad y llegada de este instrumento educativo cuyo objetivo más elevado es ser patrón o guía en la conducta alimentaria y el estilo de vida.

MATERIAL Y METODOS

Estudio Semi-experimental de Series Temporales, se estudiaron a jefes de familias cuyos hijos comprenden edades entre 2 a 18 años, sin enfermedad conocida, que habitan la zona urbana de la Ciudad de Asunción y zona rural de la Ciudad de Villarrica respectivamente en el año 2013. El trabajo correspondió a un estudio piloto basándose en una muestra de 32 jefes de familias, seleccionándose 16 para cada una de las zonas.

Se aplicó el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple para la elección de los barrios que representaron a ambas zonas.

Una vez conformada la muestra se aplicaron las 3 fases de la investigación.

- 1- Aplicación de un cuestionario inicial que recaudó información acerca de las Guías Alimentarias, hábitos alimentarios, estilo de vida y frecuencia de consumo de alimentos semanal.
- 2- Siete días después de la Fase I se llevó a cabo una Charla de Capacitación a los jefes de familias e integrantes de las mismas acerca de las Guías Alimentarias del Paraguay.
- 3- Dos semanas después de la aplicación de la Fase II, se realizó una evaluación a los jefes de familias para analizar la presencia de cambios en el conocimiento, frecuencia de consumo de alimentos y hábitos alimentarios tras la intervención, utilizando el cuestionario inicial, añadiendo preguntas abiertas y cerradas para identificar mejor los cambios en el comportamiento alimentario.

Las variables consideradas fueron:

Variable predictora: A. Zona evaluada: urbana y rural y B. Capacitación de las Guías Alimentarias del Paraguay, clasificada en antes y después de la capacitación.

Variable resultante: A. Conocimiento: Se midió a través de puntuación y porcentaje, considerando una escala y B. Cambios en la frecuencia y en los hábitos alimentarios.

Variable descriptiva: Datos generales de la familia, datos socio-económicos del hogar, educación alimentaria clasificada en conocimientos, actitudes y prácticas.

Variable comparación del nivel de conocimientos y modificación en los hábitos alimentarios.

Los datos obtenidos fueron digitalizados y analizados en una planilla electrónica de Microsoft Excel® versión 2007. Para determinar la asociación entre variables cuantitativas y categóricas, así como, para establecer diferencias de medias entre grupos independientes, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis considerándose un valor de $p < 0,05$ para la significación estadística. Mientras que para la comparación de medias intra grupo, se utilizó la prueba t o suma de rangos de Wilcoxon, también con un valor de $p < 0,05$ para la significación estadística. En el caso de comparación entre variables cualitativas se empleó la prueba Chi Cuadrado (χ^2).

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes de la investigación, que fue de forma voluntaria, se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS

En ambas zonas se observó que las familias estaban conformadas en su mayoría por madre (31/32) y padre (27/32), donde la totalidad de las familias referenció tener hijos (32/32), con un promedio de 2 hijos por familia.

La franja etaria de mayor prevalencia en las fa-

milias de ambas zonas fue la de adolescentes (22/32). 27/32 jefes de familias encuestados resultaron ser madres. La edad promedio de los jefes de familia fue similar entre las familias del área urbana y rural, 43 ± 12 (23-64) años y, 42 ± 8 (28-54) años.

Por otro lado, 17/32 encuestados refirió tener conocimiento sobre la alimentación saludable. El medio de información de prevalencia provenía de nutricionistas, en ambas zonas estudiadas (6/32). 24/32 refirió tener conocimiento de anuncios sobre alimentación saludable, siendo la televisión el medio principal por la cual accedieron a esa in-

formación (15/32). Sólo 4/16 encuestados manifestaron conocer las Guías Alimentarias del Paraguay antes de la intervención.

Al analizar el nivel de conocimiento en ambas zonas, antes de la intervención se pudo constatar que casi la totalidad de jefes de familias (15/16) tanto para las zonas urbana y rural presentaban un conocimiento insuficiente acerca de las Guías Alimentarias del Paraguay. Posterior a la intervención en la zona urbana se demostró que 11/16 de la zona urbana y 7/16 de la zona rural presentaron un conocimiento superior al conocimiento insuficiente, Tabla 1.

Tabla 1. Escala de conocimiento antes y después de la intervención

Escala de Conocimiento	Urbana		Rural	
	Inicial n=16	Final n=16	Inicial n=16	Final n=16
Conocimiento Insuficiente	15	5	15	9
Conocimiento Aceptable	0	1	0	2
Conocimiento Moderado	0	4	0	2
Conocimiento Muy Bueno	1	2	1	2
Conocimiento Excelente	0	4	0	1

En ambas zonas se observó un aumento en los promedios al final de la investigación, sin embargo no hubo diferencia significativa entre el promedio de conocimiento entre las zonas, Tabla 2.

Tabla 2. Comparación del promedio de conocimiento al final de la investigación entre las zonas estudiadas

Índices de evaluación		Área	Promedio	DE	p*
Inicial	Puntaje de conocimiento (ptos)	Rural	15	10	0,308
		Urbana	19	9	
	Porcentaje de conocimiento (%)	Rural	32	20	0,157
		Urbana	39	19	
Final	Puntaje de conocimiento (ptos)	Rural	28	9	0,157
		Urbana	32	13	
	Porcentaje de conocimiento (%)	Rural	59	18	0,308
		Urbana	66	27	

p*Prueba de Kruskal-Wallis

Se pudo observar que el conocimiento en ambas áreas aumento de 13 puntos en los indicadores del conocimiento, esta diferencia resultó estadísticamente significativa, Tabla 3.

Tabla 3. Comparación de conocimientos intra grupo antes y después de la intervención

Índices de evaluación		Media	Desviación típ.	Diferencia	p*	
Urbana	Puntaje de conocimiento (ptos)	Inicial Final	19 32	9 13	13	0,001
	Porcentaje de conocimiento (%)	Inicial Final	39 66	19 27	27	0,001
Rural	Puntaje de conocimiento (ptos)	Inicial Final	15 28	10 9	13	0,001
	Porcentaje de conocimiento (%)	Inicial Final	32 59	20 18	28	0,001

*Prueba de los rangos de Wilcoxon

Al evaluar las modificaciones en los hábitos alimentarios en cada zona antes y después de la intervención, se encontró que de las 14 variables consideradas, 12 se modificaron favorablemente tras la intervención, Tabla 4.

Tabla 4. Evaluación de modificación en los hábitos alimentarios en cada zona, pre y post intervención

	Urbana			Rural			p*
	Sin Modif.	↑	↓	Sin Modif.	↑	↓	
Utiliza utensilios para medir los ingredientes	13	3	0	11	5	0	0,005
Número de comidas que realiza	13	2	1	10	3	3	0
Mide la sal	12	4	0	13	3	0	0,001
Como mide la sal	8	4	1	8	4	1	0,003
Momento de salar las comidas	12	4	0	12	2	2	0
Utiliza sal yodada	16	0	0	15	1	0	0
Consumo de alcohol	16	0	0	14	0	2	0
Frecuencia de consumo de alcohol	3	0	0	4	1	2	0,096
Consumo de agua	15	0	1	14	1	1	0
Cantidad de agua que consume	7	3	5	8	2	3	0,06
Realiza actividad física	16	0	0	15	0	1	0
Tipo de actividad física	4	0	0	7	0	1	0,004
Frecuencia en que realiza actividad física	3	1	0	4	0	2	0,009
Tiempo que realiza actividad física	4	0	0	4	3	1	0,039

p* Prueba chi cuadrado para pruebas no paramétricas

Sin modif.: Sin modificación en la variable final respecto a la inicial.

↑: Aumento en la variable final respecto a la inicial.

↓: Disminución en la variable final respecto a la inicial.

Al tener en cuenta la modificación de hábitos alimentarios pre y post intervención respecto a los temas desarrollados durante la capacitación, todas las variables fueron consideradas favorablemente por los jefes de familias, Tabla 5.

Tabla 5. Evaluación de modificación en los hábitos alimentarios pre y post intervención respecto a los temas de la capacitación en cada zona

	Urbana			Rural			p*
	Sin Modif.	↑	↓	Sin Modif.	↑	↓	
Cambio en el método de cocción	15	1	0	16	0	0	0
Cambio en la combinación de legumbres	12	4	0	16	0	0	0
Cambio en la preparación de verduras crudas	15	1	0	16	0	0	0
Cambio de lácteos enteros a lácteos descremados	12	4	0	13	2	1	0
Cambio de azúcar a edulcorante	11	5	0	8	4	4	0,004

p* Prueba chi cuadrado para pruebas no paramétricas

Sin modif.: Sin modificación en la variable final respecto a la inicial.

↑: Aumento en la variable final respecto a la inicial.

↓: Disminución en la variable final respecto a la inicial.

Al comparar la frecuencia de consumo de alimentos pre y post intervención en ambas zonas, se hallaron modificaciones favorables en cuanto los siguientes grupos: panificados, azúcares y grasas que disminuyeron en su consumo, Tabla 6.

Tabla 6. Evaluación de la modificación en la frecuencia de consumo de alimentos entre zonas, pre y post intervención

Grupo de alimentos	Urbana			Rural			p*
	Sin Modif.	↑	↓	Sin Modif.	↑	↓	
Cereales, tubérculos y derivados	4	7	5	8	4	4	0,804
Panificados	1	4	11	1	6	9	0,000
Frutas naturales	0	4	12	3	8	5	0,009
Frutas secas	3	9	4	4	6	6	0,125
Verduras crudas	3	9	4	4	6	6	0,216
Verduras cocidas	7	4	5	8	5	3	0,261
Lácteos	1	3	11	1	8	7	0,002
Huevos, carnes y pescados	5	3	8	7	3	6	0,197
Legumbres	6	4	6	2	8	6	0,607
Azúcares	0	2	14	0	3	13	0,000
Grasas	5	4	7	11	5	0	0,016

p* Prueba chi cuadrado para pruebas no paramétricas

Sin modif.: Sin modificación en la variable final respecto a la inicial.

↑: Aumento en la variable final respecto a la inicial.

↓: Disminución en la variable final respecto a la inicial.

DISCUSION

En la mayor parte de las familias está presente un adolescente, también se hallan a niños de menor edad como los pre-escolares y escolares, que son grupos ideales para desarrollar intervenciones de educación nutricional con el objeto de modificar patrones alimentarios perjudiciales⁶.

Como lo demuestran datos del presente estudio las madres eran encargadas principalmente de la preparación de los alimentos, de allí la importancia de la educación alimentaria que ellas pudiesen recibir, lo reflejarían como un beneficio al hogar, pues se resalta en varios estudios la influencia de la madre en la alimentación de la familia⁷. Según un estudio realizado en México⁸, las madres influyen en un 30% en los hábitos alimentarios de sus hijos. Se destaca además que la influencia de las preferencias alimentarias de los padres sobre las preferencias de sus hijos es de magnitud moderada, pero aún suficiente para cambiar las preferencias de los niños⁷.

Respecto a la recepción de información sobre alimentación saludable la zona urbana se mostró más beneficiada, tal vez por presentar mayores posibilidades para el acceso a dicha información a diferencia de las zonas rurales donde podría no llegar efectivamente la educación y consejería por tratarse de territorios distantes⁵. La mayor cantidad de jefes refirió informarse sobre alimentación saludable a través de nutricionistas, en esto se denota la importancia de las funciones de dicho profesional como ser, en consejería de las estrategias alimentarias correctas para una adecuada alimentación⁹.

En cuanto a la recepción de anuncios de alimentación saludable, los hallazgos son similares tanto para la zona urbana como rural, siendo la televisión el medio principal por la cual accedieron a esta información. La televisión es un medio masivo de comunicación que se encuentra actualmente al alcance de la mayoría de los hogares, al que se le puede atribuir la adopción de hábitos o prácticas alimentarias inadecuadas⁴ pero sería importante también hacer uso de este medio para crear influencia hacia hábitos y prácticas salu-

dables, a través de la propagación de mensajes sobre educación alimentaria y sobre todo de las Guías Alimentarias del Paraguay.

Antes de realizar la intervención se encontró que sólo 2 de los 16 participantes tanto para la zona urbana y rural tenía conocimiento acerca de la existencia de las Guías Alimentarias del Paraguay, datos similares encontraron Domper y cols.¹¹ al evaluar a adultos de distinto nivel socioeconómico, donde sólo un 30% de los encuestados recordaba haber escuchado hablar sobre las Guías Alimentarias de Chile.

Si bien la mayoría de los países de América Latina ya cuentan con Guías Alimentarias, su implementación presenta grandes falencias, en general la difusión ha sido mínima, más centrada en el sector salud y en algunos casos educación pero se nota una ausencia de campañas a través de los medios masivos y su utilización a nivel de las políticas y programas alimentarios ha sido menor¹².

Al analizar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención, se observó un aumento en el nivel de conocimiento adecuado posterior a la capacitación. Los datos encontrados en esta investigación fueron similares a otro realizado en Ecuador¹⁵ donde al medir el nivel de conocimiento previo y posterior a un taller en que se aplicó un mismo cuestionario a padres, al finalizar se denoto un aumento en el conocimiento adecuado. Al comparar los promedios entre las zonas de estudio, se encontró que las familias de la zona urbana presentaron un promedio mayor de conocimientos que las familias de la zona rural antes de la capacitación, sin embargo no hay diferencia entre el promedio de conocimiento entre zonas, evidenciando que ambas zonas aumentaron su conocimiento de manera similar. (Kruskall-Wallis; $p=0,308$).

Se pudo observar que luego de la educación nutricional a las familias, el conocimiento en ambas áreas aumentó 13 puntos. Esta diferencia resultó significativa, es decir que la capacitación sirvió para un aumento en el conocimiento de los jefes de familia. (Prueba de los rangos de Wilcoxon; $p=0,001$).

Al evaluar las modificaciones en los hábitos alimentarios entre zonas, antes y después de la intervención se encontró que hubo una modificación favorable en 12 de las 14 variables consideradas, indicativas de una intervención positiva sobre los hábitos alimentarios.

En cuanto a las variables de los temas desarrollados durante la capacitación, todas resultaron positivas después de la intervención, lo que indica una influencia positiva de la capacitación en los hábitos alimentarios de los encuestados (prueba chi cuadrado para pruebas no paramétricas).

En la evaluación de la modificación en los hábitos alimentarios respecto a los grupos de alimentos en ambas zonas, se halló una respuesta favorable en los grupos de *panificados*, *azúcares* y *grasas*, los cuales disminuyeron significativamente. (prueba chi cuadrado para pruebas no paramétricas).

Conforme a los resultados obtenidos en la presente investigación podemos resaltar a la educación alimentaria-nutricional como la mejor estrategia para el control y prevención de problemas relacionados con la alimentación¹⁶ justificándola sobre todo por la necesidad de dar una respuesta de cambio hacia actitudes y conductas saludables¹⁷, se busca influir en los conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación a través de una intervención educativa participativa que demostró mejores resultados en nivel de conocimiento y un aumento en la calidad de las prácticas alimentarias¹⁸.

Para lograr un mayor impacto de las intervenciones educativas en nutrición, las prácticas deben centrarse en el acercamiento a la cotidianidad, nivel cultural e intelectual y realidad de las personas¹⁹, que les permitan socializar y reflexionar sus problemas, de manera a impactar en la calidad de vida desde lo alimentario y nutricional hasta la promoción de la salud²⁰.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En las zonas urbana y rural, las familias estaban conformadas en su mayoría por mamá y papá, donde la totalidad referenció tener hijos, hallan-

do un promedio en general y la franja etaria de mayor prevalencia fue la de adolescentes. Y un elevado porcentaje los jefes de familia resultaron ser madres.

Ambas zonas presentaron un conocimiento insuficiente acerca de las Guías Alimentarias del Paraguay.

El consumo diario y semanal de los siguientes grupos de alimentos: cereales, tubérculos y derivados, carnes en general y dulces fueron excesivos en ambas zonas.

Luego de la intervención un mayor número de jefes de familia de la zona urbana presentaron un nivel de conocimiento superior a los de la zona rural.

Al comparar entre zonas el nivel de conocimiento, la zona urbana aparentemente presentó un mayor conocimiento sin embargo no existió diferencia significativa entre el promedio de ambas. Respecto a los temas desarrollados durante la capacitación las modificaciones fueron significativas en las siguientes variables: cambio en el método de cocción, combinación de legumbres, preparación de verduras crudas, cambio de lácteos enteros a descremados y de azúcar a edulcorante.

Al comparar la frecuencia de consumo de alimentos pre y post intervención en ambas zonas, se hallaron modificaciones favorables en cuanto los siguientes grupos: panificados, azúcares y grasas.

Sería importante la inclusión de un profesional nutricionista en cada puesto de salud y unidades de salud de la familia distribuidas en el territorio nacional ya que los mismos cumplen un papel imprescindible en la educación alimentaria.

Para obtener una mejor llegada de las actividades educativas a la población, una estrategia eficaz sería la utilización de las Unidades de Salud de la Familia a fin de disminuir la brecha de exclusión social en salud, que pudiera existir en los territorios distantes y además optimizar los recursos humanos disponibles para mejorar el campo de acción en el tratamiento de enfermedades y sus complicaciones, y sobre todo en la prevención de problemas nutricionales¹⁰.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina V. *Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias. Anales Venezolanos de Nutrición. 2008; 21 (1): 31-41.*
2. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. *Guías Alimentarias. [Internet]. Asunción: INAN; citado 7 marzo 2013. Disponible en: www.inan.gov.py*
3. Morón C, Calderón T. *La elaboración de guías alimentarias basadas en alimentos en países de América Latina. FNA/ANA. 1999; 24: 19-28.*
4. Salazar S. *Aplicación de las Guías Alimentarias para Guatemala en tres comunidades rurales de Chiquimula, beneficiadas por el Instituto Benson [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2000.*
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Rol de la APS en el abordaje integrado para el manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: opciones de Políticas de salud en el contexto del sistema de salud del Paraguay. Asunción: OPS/OMS; 2011.*
6. Confederación Española de Cooperativas de Consumidores y Usuarios. *Alimentación en familia. España: Ministerio de Sanidad y Política Social- Instituto Nacional del Consumo. 2009.*
7. Del Rea S, Fajardo Z, Solano L, Páez M, Sánchez A. *Patrón de consumo de alimentos en niños de una comunidad urbana al norte de Valencia, Venezuela. ALAN [Internet]. 2005 [citado 23 junio 2013]; 55(3): [aprox 3 pant]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222005000300009&script=sci_arttext*
8. López-Alvarenga J, Vázquez-Velázquez V, Bolido-García V, González-Barranco J, Castañeda-López J, López L. *Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferente estrato económico. Gac Méd Méx. 2007; 143 (6):463-9.*
9. Oliva P, Buhning K, Godoy S, Bustos M. *Percepción de la función profesional del nutricionista por parte de los usuarios de Atención Primaria. Rev. chil. nutr. 2010; 37(2): 165-168.*
10. Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional y Nutrición Clínica y Metabolismo Documento de Consenso. *Funciones y competencias del nutricionista clínico. Panamá: FELANPE; 2012.*
11. Domper A, Zacarías I, Olivares S, Hertrampf E. *Evaluación de un programa de información al consumidor. Rev Chil Nutr. 2003; 30:43-51.*
12. Olivares S, Zacarías I. *Informe final. Estudio para revisión y actualización de las Guías Alimentarias para la población chilena. Santiago: INTA. Universidad de Chile; 2013.*
13. Jungjohann S, Zacarias I, Keller I. *Cambios de estilo de vida y conocimientos sobre alimentación saludable y actividad física en profesionales de Atención Primaria en Chile [Internet]. Rev. chil. nutr. 2002. 29(3). Citado el 23 de junio de 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182002000300005&script=sci_abstract*
14. Reyes M, Atalah E. *Intervención nutricional en prevención de enfermedades cardiovasculares: el caso de Noruega [Internet]. Rev. chil. nutr. 2006; 33(3): [aprox 13 pant]. Citado el 3 de julio de 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500002*
15. Astudillo P, González K. *Evaluación nutricional a niños(as) del Centro de Desarrollo Infantil Solidario El Cebollar y capacitación a sus padres Cuenca. Diciembre - junio 2010. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2010.*
16. Del Campo M, Vara M, Navarro A. *Educación alimentaria-nutricional en la enseñanza primaria municipal de Córdoba. Una experiencia en investigación-acción participativa (IAP). Año 2008. DIAETA (B.Aires).2010; 28(132):15-22.*
17. Herrero R, Fillat J. *Influencia de un programa de educación nutricional en la modificación del desayuno en un grupo de adolescentes. Nutr. clin. diet. hosp. 2010; 30(2):26-32.*
18. Barco M. *Efecto de una intervención educativo participativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y nutrición. An Fac Med Lima.2007; 68(1):75-88.*
19. Bimbela M, Bimbela F, Bernués L. *Estudio de la comprensión de una Guía Alimentaria en un grupo de pacientes de un programa de control de peso de atención primaria. Nutr. clin. diet. hosp. 2013; 33(1): 42.*
20. Restrepo S. *La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. Invest Educ. Enferm. 2005; 23(1): 110-117.*