

COMITÉ EDITORIAL

PROPIETARIO

Asociación Argentina de Dietistas
y Nutricionistas Dietistas (AADYND)

CUT: 30-65741337-9 // DNDA: internet/digital: en trámite

DNDA papel: 5148774

DIRECTORA DE LA REVISTA

Dra. Marina Laura Wallinger // direccion-diaeta@aadynd.org.ar

INTEGRANTES

Nut. Alicia Bastianelli (Universidad Juan Agustín Maza)

Lic. Mariela Ferrari (Universidad de Buenos Aires)

Lic. Sonia Naumann (Universidad de Buenos Aires)

Lic. Claudia Quevedo (Universidad del Salvador)

Dra Norma Sammán (Universidad Nacional de Tucumán)

Lic María Inés Somoza (Universidad de Buenos Aires)

CUERPO DE REVISORES

Nacionales

Dra. María Marta Andreatta

Universidad Nacional de Córdoba/ CONICET

Lic. Sergio Britos

Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires /

Programa de Agronegocios y Alimentos. UBA

Dra. Elvira Calvo

Dirección de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud

Dra. Margarita Olivera Carrión

Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA

Lic. Diego Diaz Cordova

Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires / CISPAN

Lic. Cecilia Drolas

Escuela de Nutrición, Universidad de Buenos Aires

Lic Natalia Elorriaga

Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires

Mgter. María Cristina de Landeta

Depto. de Ciencias Básicas. Universidad Nacional de Luján.

Lic. Elsa Longo

Dirección de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud

Dra. Laura Beatriz López

Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires

Dra. Laura Moratal Ibañez

Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires

Dra. María Luz Portela

Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires

Mgter. Adriana Ramón

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta

Mgter. Lic. Cecilia Raschio

Universidad Juan Agustín Maza

Lic. Gloria Sammartino

Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires / CISPAN

Dra. Marisa B. Vázquez

Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires

Mgter. Alicia Witriw

Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires

Internacionales

Dra. Nancy Babio

Universidad Rovira i Virgili (ESP AÑA)

Lic. Yolanda de la Garza

Facultad de Salud Pública y Nutrición;

Universidad de Nuevo León (MÉXICO)

Dra. Graciela Falciglia

Department of Nutritional Sciences

University of Cincinnati Medical Center (ESTADOS UNIDOS)

Lic. Sonia Olivares

Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (CHILE)

Misión de la Revista: "Difundir el conocimiento científico a nivel nacional y de la región a través de la publicación de investigaciones en el campo de la nutrición humana".

Bases de Datos en las que Indiza: LILACS

DIAETA (B.Aires) 2014 • Vol. 32 • Nº 146

ISSN 0328-1310 // DNDA: internet/digital: en trámite

DNDA papel: 5148774

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente Lic. Viviana Corteggiano

Vice presidente Lic. Romina Sayar

Secretaria Lic. Alejandra Basilio

Prosecretaria Lic. María Daniela Rainieri

Tesorera Lic. María Lujan Stankievich

Vocal I Lic. María Beatriz Ravanelli

Vocal II Lic. Luciana Mariel Pita

Vocal III Lic. Mariela Roslan

Vocal IV Lic. Luciano Spena

Revisora de cuentas I Lic. Silvia Jereb

Revisor de Cuentas II Lic. Claudio Magno



Editorial

AADYND DA LA BIENVENIDA A DIAETA DIGITAL

Queridos colegas :

Es una alegría enorme realizar la primera editorial de nuestra revista DIAETA DIGITAL.

Fue una de las metas propuestas en 2013 y como recompensa al esfuerzo constante lo hemos logrado.

La misión de nuestra revista es "Difundir el conocimiento científico a nivel nacional y de la región a través de la publicación de investigaciones en el campo de la nutrición humana", nuestro objetivo la divulgación de los resultados de la investigación y de la labor académica de todos nuestros colegas del País.

El mejoramiento de la calidad de una publicación esta basada en dos aspectos: el contenido y la forma. Se ha trabajado mucho en esto y por esta razón es que decidimos hacer de nuestra revista una herramienta más ágil y cercana a todos.

Quiero agradecer en esta primera Editorial a quienes colaboraron y continúan colaborando para que DIAETA DIGITAL siga avanzando, la Directora de la Revista Dra. Wallinger, el Comité Editorial, el Cuerpo de Revisores, la Coordinadora General de la Revista y a toda la Comisión Directiva que siempre esta abierta a los cambios que sean necesarios realizar día a día para avanzar y alcanzar un mayor reconocimiento de nuestra labor en todos los campos.

"Alcanzar los objetivos es una tarea heroica"

Lic. Viviana Corteggiano
Presidente



Sumario

1 Editorial

■ TRABAJO ORIGINAL

6 Ingesta alimentaria, actividad física y estado nutricional de niños de dos localidades de Santa Fe con distinto grado de urbanización

BRAC JESICA, AIMARETTI NORA, WALZ FLORENCIA, MARTINELLI MARCELA

14 Metodología para determinar el riesgo de síndrome metabólico en escolares

DE PIERO ALEXIA JULIANA, RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ ELENA, GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ LILIANA GUADALUPE, LÓPEZ-SOBALER ANA MARÍA

20 Proceso de transición epidemiológica nutricional en Villa 20. Enfoques y miradas sobre la situación nutricional de la población infantil en la última décadas

CONCILIO M. CELESTE

27 Significaciones de los modos de organización y las preparaciones culinarias en torno a la vulneración del derecho a la alimentación

GIECO MARBELA, EANDI MARIANA, IAVICOLI TERESA, BUTINOF MARIANA

35 Prácticas alimentarias y actividad física en adultos de una población Toba de la provincia de Formosa, Argentina

LAGRANJA ELENA SOFÍA, VALEGGIA CLAUDIA R, NAVARRO ALICIA

■ COMITÉ CIENTÍFICO

42 Actividades científicas 2014

Organización Publicitaria
Lic. María Luján Stankievich
publicidad@aadynd.org.ar

Traducción

Mariana Gallina
gmariana13@yahoo.com.ar

Diseño interior/tapa

Claudia Solari
info@claudiasolari.com.ar
www.claudiasolari.com.ar
tel: 4543 8892 / cel: 15 6262 0496

Impresión

Impreso en Marzo de 2014
AYA RIVA Comunicación Grafica
Esquiú 1359 (C1437JPI)
Capital Federal. Tel: 4919-2941
imprensa@ayariva.com.ar
www.ayariva.com.ar

Coordinación Web

Lic. Luciano Spena

Diseño Web

Diego Nedelcu

Coordinación General

Lic. Luciana Pita
info@aadynd.org.ar

Producción General

AADyND

Asociación Argentina de Dietistas
y Nutricionistas Dietistas
Viamonte 1328 • Piso 7° of. 25 (1053)
Capital Federal • Argentina
Tel: 4374-3090/3301
[mail: info@aadynd.org.ar](mailto:info@aadynd.org.ar)
[site: www.aadynd.org.ar](http://www.aadynd.org.ar)



DIAETA (B.Aires) 2014 • Vol.32 • N° 146
Foto: Viviana Corteggiano

Reglamento de publicaciones

La revista DIAETA es la revista científica de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-Dietistas (AADYND). Publica artículos científicos que han sido revisados en forma anónima por especialistas en el tema. La revista, de publicación trimestral, acepta artículos originales, revisiones, actualizaciones y comunicaciones breves en nutrición clínica y hospitalaria, dietoterapia, nutrición comunitaria y salud pública, nutrición básica y aplicada, educación alimentaria, tecnología alimentaria y bromatología, sociología y antropología de la alimentación, y, en definitiva, todas las áreas relacionadas a la nutrición humana.

Para la preparación de manuscritos, la revista se ha adecuado a los requerimientos del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en su más reciente actualización, disponible en <http://www.icmje.org>

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA SECCIÓN O CATEGORÍA DE ARTÍCULO

Artículos originales

Se entiende por artículo original a los manuscritos que respeten los pasos del método científico y que recojan los siguientes apartados: Introducción, objetivo/s, metodología, resultados principales, discusión y bibliografía. Tendrán una extensión mínima de 5 y una máxima de 15 hojas (o 4000 palabras), incluyendo ilustraciones, tablas y bibliografía.

Los trabajos originales deberán ser inéditos y si fueron comunicados en sociedades científicas en forma de resúmenes, deberá mencionarse.

No podrán publicarse posteriormente en otra revista, a menos que este comité lo autorice por escrito. En tal caso se dejará constancia al pie de la reproducción de la referencia bibliográfica correspondiente a la publicación original.

El orden requerido para la presentación será el siguiente:

a- Página de Título y Autores: En la primera hoja figurará el título del artículo en castellano y en inglés, los nombres y apellidos de los autores, su grado académico, Institución de procedencia del trabajo, dirección postal, teléfono y mail de cada autor, indicando cuál de los autores será quien reciba la correspondencia. Los nombres de los autores solo deben figurar en esta primera página.

b- Resumen: no excederá las 300 palabras, deberá incluir los principales hallazgos del trabajo así como las conclusiones del mismo. Recomendamos ordenar los resúmenes con sus correspondientes partes de la siguiente forma: Introducción con su/su objetivo/objetivos; Material y Métodos; Resultados y Conclusión. Se incluirá también el resumen en inglés. Al pie de cada resumen deberán figurar las palabras clave: 4 ó 5 palabras que describan el tema del artículo. Se incluirán también en inglés.

c- Introducción: Incluir una breve reseña de la problemática a tratar, sus antecedentes, la justificación que motiva la realización del trabajo y el propósito del mismo.

d- Material y métodos: Explicitar las técnicas y materiales empleados. Los términos matemáticos, fórmulas, abreviaturas, unidades y medidas serán concordantes con los usados en publicaciones sanitario-biológicas. Todas las unidades de medida se expresarán en sistema métrico, y cuando una abreviatura aparezca por primera vez estará precedida por su nombre completo.

e- Resultados: Presentar los resultados siguiendo una secuencia lógica mediante texto, tablas y figuras. No repetir en el texto los datos de los cuadros o las ilustraciones, destacando o resumiendo solo las observaciones importantes.

f- Discusión: Mencionar brevemente la concordancia o no de los resultados con otros trabajos publicados, destacando los aspectos más novedosos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se deducen.

g- Bibliografía: Se citarán según las normas internacionales que se ilustran con los ejemplos a continuación. Mayor información acerca de la forma de citar otro tipo de publicaciones puede consultarse en: <http://www.icmje.org>. Las referencias se citaran entre paréntesis numeradas en forma correlativa, según orden de aparición en el texto, sin utilizar subíndices, comillas ó tipología cursiva en las citas.

Ejemplo de lista bibliográfica:

• Revistas:

Santoro KB, O'Flaherty T. Children and the ketogenic diet. *J Am Diet Assoc.* 2005 May; 105(5):725-6.

Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo empleado en el Index Medicus (en: <http://www.nlm.nih.gov>)

Nota: si son más de 6 autores, indicar los 3 primeros y luego del nombre de éstos agregar "y col" para los artículos en español y "et al" para los artículos en inglés.

• Libros:

Longo E, Navarro E. *Técnica Dietoterápica*. 2da Edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2002.

• Capítulos de libros:

Guerrero Lozano R, Alvarez Vargas D. Desarrollo del sistema digestivo. En: Rojas Montenegro C, Guerrero Lozano R. *Nutrición Clínica y Gastroenterología Pediátrica*. Bogotá. Editorial Médica Panamericana, 1999. P 19-29.

• Artículos de revistas en internet:

Abood. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* (serie en internet). 2002

Jun (citado 12 de agosto de 2002); 102 (6): (aprox 3 p.). Disponible en: <http://nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

• Trabajos presentados en reuniones científicas:

Graciano A, Risso Patrón V. Diseño de una canasta básica de alimentos para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2010. Presentado en el XVIII Encuentro Anual de Nutricionistas. Buenos Aires, Argentina.

h- Tablas: En hojas separadas del texto, numeradas, si son indispensables y comprensibles, con título explicativo del contenido. Las notas aclaratorias se ubicarán al pie, y no en el título. No emplear líneas verticales de separación entre columnas ni horizontales, excepto tres: las que separan el título de la Tabla, los encabezamientos del resto, y la que indica la terminación de la Tabla.

i- Figuras: Es todo el material que no pueda ser escrito a máquina (fotografías, dibujos lineales, gráficos, diagramas o trazados). Cada figura estará numerada y tendrá título y una leyenda explicativa al pie. Los gráficos se presentaran en tonos de grises, utilizando como efectos del relleno tramas diferentes si se utilizan varias series de datos.

Artículos de revisión y actualización

Se entienden aquellos que implican un análisis crítico de publicaciones relacionadas con un tema de relevancia para la profesión y que permitan alcanzar conclusiones lógicas y racionales. Su extensión será de un mínimo de 5 y un máximo de 10 hojas. Deberá incluir como mínimo 10 citas bibliográficas de los últimos 5 años.

Deberá incluir los apartados: página de Título y Autores; Resumen; Introducción y Discusión. La bibliografía deberá ser lo más completa y actualizada según las necesidades de cada tema.

Comunicaciones breves

Se entiende por artículos breves de opinión o de comunicación de actividades o programas en el área de la nutrición que aporten una metodología y resultados de interés para los profesionales. Su extensión máxima será de 5 páginas y deberá incluir referencias bibliográficas.

Deberá incluir los apartados: página de Título y Autores; Resumen; Texto y Bibliografía.

Casos clínicos

Incluyen la descripción de uno o más casos que posean cierto interés diagnóstico, o formas clínicas extrañas o que presenten anomalías en la evolución o en la respuesta terapéutica en los cuales el tratamiento nutricional sea de relevancia. Su extensión tendrá un máximo de 5 páginas y deberán incluirse referencias bibliográficas.

Deberá incluir los apartados: página de Título y Autores; Resumen; Texto y Bibliografía.

Cartas al comité editorial

Estarán referidas preferentemente a artículos publicados en la revista. No excederán las 800 palabras, pueden incluir hasta 5 referencias bibliográficas y una tabla o figura.

Sección composición de alimentos

En esta Sección se publicarán artículos originales, revisiones o actualizaciones referidas a la composición química de los alimentos

Sección resúmenes de trabajos publicados en revistas extranjeras

En esta Sección se publicarán resúmenes de trabajos publicados en revistas extranjeras sobre nutrición humana. Incluirá la cita completa, para una rápida localización del trabajo original

Noticario

Versará sobre las actividades y eventos realizados por el Comité Científico de la AADYND.

REQUISITOS PARA EL ENVÍO DE TRABAJOS

Los trabajos estarán escritos en formato Word, con tipología Arial 12, a 1,5 espacios, en papel tamaño A4, con márgenes de al menos 25 mm, escritas de un solo lado. Las páginas se numerarán en forma consecutiva comenzando con la del título.

Cada trabajo deberá presentarse con:

Página de Autoría: Se enviará en página aparte, una solicitud para la publicación del artículo firmada por todos los autores en donde se deja constancia que el trabajo no ha sido publicado ni total ni parcialmente en ninguna otra revista científica ni ha sido enviado para su consideración a otra revista. Disponible en: www.aadynd.org.ar (link Diaeta).

Carta dirigida a la Directora de la Revista: En la misma se solicita la consideración del trabajo para su publicación, aclarando en qué categoría se presenta y quien será el autor con quien se mantenga la correspondencia

Copia del trabajo: Se enviarán dos copias impresas y una electrónica (CD). Se aceptará en forma anticipada el envío de una versión electrónica por mail a: revistadiaeta@aadynd.org.ar

La dirección para los envíos es:

REVISTA DIAETA
Viamonte 1328. 7mo Piso Of.25
1053 Ciudad de Buenos Aires
ARGENTINA

Los trabajos recibidos serán remitidos para su evaluación a miembros del Cuerpo de Revisores. El Comité Editorial informará a los autores sobre la aceptación o no del trabajo, las correcciones y sugerencias realizadas por los revisores.

El Comité Editorial se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado o que no posean el nivel de calidad mínimo exigido, acorde a la jerarquía de la revista.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los artículos publicados pertenece exclusivamente a los autores.

Cada uno de los autores tendrá derecho a cuatro ejemplares del volumen en el que sea publicado, pero serán diez como máximo por trabajo.

AVISO

Ingesta alimentaria, actividad física y estado nutricional de niños de dos localidades de Santa Fe con distinto grado de urbanización

Food intake, physical activity and nutritional status of children of two towns in Santa Fe with a different level of urbanization

BRAC JESICA¹, AIMARETTI NORA², WALZ FLORENCIA³, MARTINELLI MARCELA⁴

¹Licenciada en Nutrición. ²Dra. en Ciencias Químicas. ³Mgster. en Didáctica de las Ciencias Experimentales. ⁴Dra. en Ciencias Biológicas. ^{1,2,4} Universidad Nacional del Litoral. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Dpto de Ciencia Biológicas. ³Universidad Nacional del Litoral. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Dpto de Matemática y Estadística Aplicada

Correspondencia: mmartine@fbc.unl.edu.ar - **Recibido:** 08/07/2013. **Aceptado en su versión corregida:** 28/11/2013.

Resumen

Introducción: Los entornos urbanos desalientan la actividad física y posibilitan más fácil acceso a una amplia variedad de alimentos que generalmente son de baja calidad nutricional. Esto afecta a toda la población, incluido los niños. **Objetivo:** Determinar si la ingesta de alimentos, actividad física y estado nutricional de niños pre-púberes son similares según residan en el pueblo de Santa Clara de Sagüier o en la ciudad Santa Fe. **Metodología:** Participaron niños de 4° y 5° grado de una escuela de Santa Clara de Sagüier (escuela pueblo) y de una escuela de Santa Fe (escuela ciudad). Se valoró la ingesta de alimentos según las Guías Alimentarias Infantiles y la realización de actividades físicas y sedentarias. Se calculó el IMC y se evaluó según OMS. **Resultados:** Se observaron muy pocas diferencias entre los niños de la escuela de la ciudad y de la escuela del pueblo. La alimentación de la mayoría de los niños en ambas escuelas fue poco variada: bajo consumo diario de cereales, legumbres, frutas, verduras y pescado; y aproximadamente el 50% consumió gaseosas y jugos artificiales diariamente. En los niños de pueblo se destaca menor consumo de lácteos. Todos los niños realizaron actividad física escolar 2 veces por semana y hay mayor proporción de niños en la ciudad que nunca realizan actividad física extraescolar. Sólo 25% de los niños de ambas escuelas cumplen con los 60 minutos diarios recomendados actividad física. La mayoría realiza más de 3 hs diarias a actividades sedentarias. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en ambas escuelas fue similar (aproximadamente 40%). **Conclusión:** Aparentemente los niños de la ciudad como los de zonas menos pobladas tienen hábitos alimentarios y patrones de actividades similares, no demasiado saludables; debidos, posiblemente, al amplio alcance de los medios sociales de comunicación y a la masiva publicidad de productos atractivos de baja calidad nutricional.

Palabras clave: Alimentación infantil, Actividad física, Urbanización, IMC.

Abstract

Introduction: Urban environments discourage physical activity and allow easy access to a wide variety of foods that generally have low nutritional quality. This affects all the population, including children. **Objective:** To determine if food intake, physical activity and nutritional status of pre-pubertal children are similar, whether residing in Santa Clara de Sagüier town or Santa Fe city. **Method:** Children of 4th and 5th grade from a school in Santa Clara de Sagüier (town school) and a school in Santa Fe (city school). Food intake was assessed according to the Dietary Guidelines for Children and physical and sedentary activities. BMI was calculated and evaluated according to WHO. **Results:** Very few differences between the children from the town school and the ones from the city school were observed. The eating habits of the majority of the children in both schools was slightly varied: low daily intake of cereals, legumes, fruits, vegetables and fish, and about 50% consumed soft drinks and artificial juices daily. In town children a lower consumption of dairy products was observed. All the children did physical activity at school twice a week and in the city there is a higher proportion of children that never do extracurricular physical activity. Only 25% of children from both schools meet the daily recommended 60-minute physical activity. Most of them take more than three hours per day in sedentary activities. The prevalence of overweight and obesity in both schools was similar (approximately 40%). **Conclusion:** Apparently city and town children have similar eating habits and activity patterns, not too healthy, maybe due to the wide scope of social media and massive advertising of attractive products with low nutritional quality.

Keywords: Child's Nutrition, Physical Activity, Urbanization, BMI.

Introducción

La problemática de la urbanización y modernización de los países aunada a la crisis económica y social que afecta a Latinoamérica, es factor desencadenante de cambios importantes en el modo de vida de sus habitantes, que frecuentemente se reflejan en el abandono de la alimentación tradicional. Esto trae aparejado efectos biológicos posteriores que se manifiestan en un primer momento, en los cambios que experimentan variables como el peso y la composición corporal. A esto le sigue en segunda instancia, una disminución de la actividad física (1).

Los hábitos alimentarios de la población argentina han cambiado en todos los grupos etarios (2,3). En particular, la dieta de los escolares argentinos se caracteriza por muy bajo consumo de verduras frescas y frutas; progresivo reemplazo de leche por bebidas azucaradas y exceso en la ingesta de productos con alta concentración de azúcares y grasas (4,5). Estos cambios han determinado que la ingesta energética resulte superior a la recomendada, lo que sumado a la actividad física inadecuada que se viene observando desde hace un tiempo, han conducido a un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad (2,3,6).

Los cambios en el estilo de vida y los hábitos alimentarios de los niños no pueden ser considerados en forma aislada de otros cambios sociales, tales como la tendencia de la mujer a trabajar fuera del hogar, los avances en la tecnología alimentaria, la creciente influencia de la TV, la disponibilidad económica de los niños para comprar sus alimentos, entre otros (7,8). En nuestro país las Guías Alimentarias para la Población Argentina han destacado que, al igual que en otras regiones del mundo, la urbanización es uno de los determinantes de los cambios en el estilo de vida actual (5,9). Los entornos urbanos tienden a desalentar la actividad física y propician el consumo de alimentos insalubres. La actividad física se ve obstaculizada por diversos factores urbanos que incluyen el hacinamiento, el gran volumen de tráfico, el intenso uso de medios de transporte motorizados, la mala calidad del aire y la falta de espacios públicos seguros y de instalaciones recreativas y deportivas, aumentando la cantidad de horas destinadas a actividades sedentarias como mirar televisión, jugar videojuegos, etc. (10) Además es más fácil el acceso a una amplia variedad de alimentos

y existen locales de venta de comidas rápidas que ofrecen productos de alta densidad calórica y de baja calidad nutricional (8,9). En áreas rurales existen diferencias relacionadas al mantenimiento de hábitos dietarios tradicionales, particularmente, en lo relativo a productos derivados de la agricultura o ganadería local.

Resulta de gran interés determinar si la ingesta de alimentos, actividad física y estado nutricional de niños pre-púberes son similares según residan en el pueblo de Santa Clara de Sagüer o en la ciudad Santa Fe, considerando características sociales y económicas semejantes.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se invitaron a participar a todos los pre-púberes de 4° y 5° grado de una escuela de Santa Clara de Sagüer (pueblo) y de una escuela de la ciudad de Santa Fe (ciudad). Ambas Instituciones son Escuelas Públicas y los alumnos pertenecían a hogares con un nivel socioeconómico medio, información que fue aportada por los directivos de las escuelas, según las evaluaciones del Ministerio de Educación de las encuestas realizadas a los padres al inicio del año lectivo. El protocolo de trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la UNL y la confidencialidad de los datos fue asegurada. Los padres y/o tutores que firmaron el consentimiento para participar del estudio, fueron convocados a una reunión programada por la escuela. En esta instancia los integrantes del Proyecto realizaron una breve explicación de los objetivos del estudio y se suministraron las instrucciones pertinentes para completar los cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos y de actividad física. La muestra quedó constituida por 41 niños de la escuela de pueblo y 38 niños de la escuela de ciudad.

Para la valoración antropométrica se midió la talla (m) y el peso (kg) según las técnicas establecidas por las Guías para la evaluación del crecimiento de la Sociedad Argentina de Pediatría (11). Se calculó el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$) y se clasificó el estado nutricional de cada niño, según los estándares OMS 2007 para niños de 5-19 años (12).

Se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, para obtener datos de ingesta de cada uno de los seis grupos básicos de alimentos: cereales y derivados y legumbres (los derivados de cereales fueron divididos en: bajo tenor graso como pan, pastas, etc. y alto tenor graso como facturas, bizcochos, etc.); frutas y verduras; lácteos y derivados; carnes y huevos; aceites y grasas; azúcares y dulces. El cuestionario fue validado previo a su aplicación con alumnos de una escuela primaria pública de la ciudad de Santa Fe, a cargo de un Licenciado en Nutrición (n=18). La frecuencia de ingesta de alimentos se evaluó teniendo en cuenta las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Infantil de la República Argentina. Las mismas consideran que "una alimentación equilibrada se logra combinando alimentos de los seis grupos básicos, porque uno solo no puede proporcionar la energía y los nutrientes que el cuerpo humano necesita para crecer, desarrollarse y funcionar". Dichas guías incluyen recomendaciones para los alimentos cuya ingesta debe ser limitada (embutidos, frituras, golosinas, etc.) (13) La frecuencia de consumo de alimentos se analizó considerando 4 categorías: diario (6-7 días por semana), a veces (2-5 días por semana), 1 vez por semana o cada 15 días, nunca. -

Para evaluar la actividad física se consideraron las preguntas número 66 a 70 de la Encuesta Mundial de Salud Escolar que están relacionadas con el tiempo empleado en actividad física escolar y extraescolar, medios y tiempo de traslado a la escuela, tiempo que transcurren sentados frente a pantalla cuando no están en la escuela (14).

El análisis estadístico de los datos se efectuó con el programa Infostat. Los valores antropométricos se expresaron como la media y el desvío estándar. Para las variables cualitativas se expresaron las frecuencias observadas en cada categoría. La comparación de proporciones para las distintas variables categóricas entre ambas escuelas se analizó con el test Z para muestras independientes, considerando una significancia de 0,05.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los resultados de peso, talla e IMC de los niños evaluados. En la Ta-

bla 2 se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue 39% en la escuela de ciudad y de un 46% en la escuela de pueblo.

El 31% de los niños de la escuela de ciudad omitió una de las cuatro comidas, siendo el desayuno lo más frecuentemente omitido (29%). En los niños de la escuela de pueblo el 24% omitió una de las comidas, pero al desayuno solamente lo omitió un 4%.

En la Tabla 3 se presenta la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos. En cuanto a los cereales, sólo 5% de los niños de ambas escuelas los consumió diariamente. En general, los niños de ambas escuelas prefieren productos derivados de cereales de bajo tenor graso. Observándose cierta tendencia a un mayor consumo de derivados de alto tenor graso en la escuela del pueblo. Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas entre las dos escuelas para ninguno de los dos tipos de productos. Respecto al consumo de legumbres, más de la mitad de los niños en ambas escuelas nunca las consume.

El consumo diario de verduras fue menor al 15% en ambas escuelas, sin encontrarse diferencias significativas. En la escuela del pueblo se observó cierta tendencia a mayor consumo diario de frutas frescas, sin ser estadísticamente diferente al de la escuela de ciudad.

El 71% de los niños de la ciudad consumió lácteos diariamente, siendo significativamente inferior en el pueblo (37%).

En la Tabla 3 se evidencia que el 37% de los niños de la escuela de la ciudad y el 56% de los niños de la escuela del pueblo consumen diariamente carne de vaca, pollo o cerdo; sin diferencias estadísticamente significativa entre ellos. La mitad de los niños de ambas escuelas nunca consume pescado.

En la Tabla 4 se presenta la frecuencia de consumo de alimentos de alta densidad calórica. Las gaseosas y jugos artificiales son consumidos a diario por, aproximadamente, el 50% de los niños de ambas escuelas. Si bien el consumo diario de golosinas en la escuela del pueblo fue superior, no hubo

Tabla 1. Peso, talla e IMC de los escolares

	Escuela ciudad	Escuela pueblo
Peso (kg)	40,5 (10,6)	41,8 (10,8)
Talla (m)	1,44 (0,1)	1,45 (0,1)
IMC (kg/m ²)	19,2 (3,3)	19,7 (3,6)

*Valores se expresan como Media (Desvío estándar)

Tabla 2. Distribución porcentual del estado nutricional de los escolares

	Escuela ciudad	Escuela pueblo	Diferencia proporciones (IC 95,0%)	Valor p
	(%)	(%)		
Bajo peso	0	2	-0,14 – 0,043	0,508
Normopeso	61	51	-0,15 – 0,337	0,545
Sobrepeso	18	29	-0,32 – 0,103	0,389
Obesidad	21	17	-0,16 – 0,239	0,870

Tabla 3. Frecuencia de consumo de alimentos de los escolares

	Esc.	Diario		A veces		1 vez/ semana o c/15 días		Nunca	
		%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p
Cereales	ciudad	5	0,663	63	0,137	26	0,042	5	0,441
	pueblo	5		44		51		0	
Derivados Cereales bajo contenido grasa(1)	ciudad	85	0,164	13	0,864	5	0,743	0	0,508
	pueblo	68		17		10		5	
Derivados Cereales alto contenido grasa (2)	ciudad	37	0,290	47	0,921	11	0,106	5	0,441
	pueblo	51		49		0		0	
Legumbres	ciudad	0		2,4	0,239	29	0,799	68	0,185
	pueblo	0		13		35		52	
Verduras	ciudad	11	0,834	53	0,921	18	0,870	19	0,881
	pueblo	15		51		20		15	
Frutas	ciudad	26	0,460	45	0,775	19	0,648	8	0,743
	pueblo	37		39		12		7	
Lácteos	ciudad	71	0,005	24	0,062	5	0,743	0	0,267
	pueblo	37		46		10		7	
Carnes vaca, pollo, cerdo	ciudad	37	0,137	63	0,089	0	0,970	0	
	pueblo	56		42		2		0	
Carnes pescado	ciudad	0		0		53	0,582	45	0,571
	pueblo	0		0		44		54	

(1) Incluye: pan blanco y de cereales, galletitas agua y de salvado, pastas simples, galletitas dulces simples, bizcochuelos.

(2) Incluye: facturas, bizcochos, productos de repostería.

Tabla 4. Frecuencia de consumo de alimentos de alta densidad energética de los escolares

	Escuela	Todos los días		Varias veces /semana		1 vez/semana	
		%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p
Gaseosas y Jugos comerc.	ciudad	55	0,571	29	0,967	10	0,607
	pueblo	46		27		17	
Golosinas	ciudad	18	0,185	37	0,850	26	0,189
	pueblo	34		41		12	
Productos de copetín	ciudad	5	0,930	3	0,045	37	0,399
	pueblo	7		19		48	
Fiambres	ciudad	3	0,508	10	0,119	37	0,682
	pueblo	2		27		44	
Frituras	ciudad	5	0,743	29	0,799	37	0,239
	pueblo	10		34		36	
Mayonesa	ciudad	16	0,864	53	0,921	16	0,890
	pueblo	15		51		20	
Pizza, sándwiches	ciudad	0	0,508	27	0,651	58	0,558
	pueblo	2		19		49	

Tabla 5. Tiempo que los escolares destinaron a actividades físicas y sedentarias

Tipo de Actividad	Frecuencia	Escuela ciudad	Escuela pueblo	Valor p
Traslados a la escuela (bici o caminando)	Todos los días	40%	78%	0,001
	2-4 días	15%	17%	0,881
	1 día	0%	2,5%	0,970
	Nunca	45%	2,5%	0,000
Actividad física escolar (45 minutos diarios)	2 días	100%	100%	
Actividad física extraescolar (60 minutos diarios o más)	5-7 días	24%	23%	0,932
	2-4 días	58%	74%	0,233
	1 día o nunca	18%	3%	0,048
	< 1 hora/día	8%	8%	0,743
Mirar TV, estudiar, jugar en computadora y videojuegos	1-2 hs/día	42%	36%	0,786
	3-4 hs/día	34%	41%	0,666
	>5 hs/día	16%	15%	0,864

diferencia estadística. El consumo de productos de copetín, varias veces por semana, fue significativamente mayor en los niños de la escuela pueblo ($p=0,045$). Respecto a los fiambres, hubo tendencia de mayor consumo en los niños de la escuela del pueblo pero no fue significativa la diferencia. Los niños de ambas escuelas consumen mayonesa y frituras varias veces por semana en igual proporción.

La mayoría de los niños de la escuela del pueblo manifestó ir y volver en bicicleta o caminando a la escuela todos los días de la semana, empleando en promedio 12 minutos por día, lo que fue estadísticamente diferente a lo detectado en los niños de la escuela de la ciudad ($p<0,001$) (Tabla 5). En cuanto a la actividad física extraescolar, en la ciudad, la proporción de niños que no la realiza o lo hace solo una vez por semana es significativamente superior a los niños de pueblo ($p=0,048$). Por otro lado, la mitad de los niños en ambas escuelas dedicó más de 3 horas a actividades sedentarias.

Discusión

En las zonas urbanas es característico, la disminución de la actividad física y la alta frecuencia de horas pasadas ante las pantallas (televisor y juegos electrónicos), lo que contribuye significativamente a disminuir el gasto energético. En los últimos años se ha observado un consumo creciente de alimentos de origen animal, materias grasas y productos industriales muy elaborados, lo que determinó un aumento en la ingesta energética. Estos elementos

en su conjunto se constituyen en factores de riesgo de obesidad y de las enfermedades que de ella se derivan (1,10).

En el presente estudio se intentó establecer si estas características observadas en los niños que viven en zonas urbanas, también se han trasladado a los pueblos. En cuanto al análisis de la alimentación, la recomendación de distribución diaria de comidas en el presente estudio reveló que el 70% de los niños de ambas escuelas realizaron las 4 comidas principales. La omisión del desayuno es significativamente superior en los niños de la escuela de ciudad y probablemente puede atribuirse a que las distancias son más largas para trasladarse a la escuela y por lo tanto se dispone de menos tiempo para la preparación y consumo del desayuno. Es importante destacar que esta comida aporta al organismo la energía y nutrientes necesarios para comenzar el día luego de varias horas de ayuno, mejorando la capacidad de atención y el aprendizaje. De esta manera evita sentir hambre excesiva durante la mañana, lo que podría llevar a consumir alimentos de alta densidad de energía, grasas y azúcares. (15).

Las Guías Alimentarias Argentinas para la Población Infantil establecen claramente la importancia de que la alimentación debe ser variada (13). En el presente estudio se detectó muy bajo consumo diario de cereales en ambas escuelas. Si bien la mayor parte de los niños prefirieron consumir diariamente derivados de cereales de bajo tenor graso, el consumo de derivados de cereales de alto tenor graso también fue elevado en ambas escuelas, siendo ligeramente superior en la escuela del pueblo. Estos productos generalmente tienen mayor contenido de grasas saturadas y trans así como también azúcares simples, por lo que sería conveniente respetar los consejos de las guías alimentarias, que sugieren consumirlos como máximo, 2 veces por semana (16). En cuanto a las legumbres, los resultados revelaron una ingesta muy baja o nula, en ambos grupos de estudio. Es probable que esta situación esté relacionada a las costumbres, hábitos y gustos alimentarios. En concordancia, Britos ha detectado que tanto los niños como las mujeres no consumen exceso de pastas, cereales y legumbres, aunque sí de alimentos como panificados de alto tenor graso y productos de repostería de alta densidad calórica (17).

El patrón de consumo de verduras fue similar en ambas escuelas, y es de destacar que menos del 15% de los niños presentó un consumo diario. En lo que respecta a las frutas, solo el 30% de los niños en ambas escuelas las consumieron diariamente. Además, hay que considerar que no se indagó sobre la cantidad de porciones de alimentos ingeridas en el día, y es probable que los niños que las consumen diariamente, no lleguen a cumplir con la recomendación de 4 a 5 porciones diarias de frutas y verduras (16). Una investigación en niños de la misma edad de la ciudad de Buenos Aires, también registró un bajo consumo diario de verduras (12%) y frutas (17%) (6). En nuestro país esta situación no sólo se presenta en niños sino que es característica de la población en general (3,17). En contraposición, en un estudio realizado en España los niños de zonas rurales consumieron más verduras y frutas (9).

Con respecto a los lácteos, el consumo diario fue significativamente menor en los niños de la escuela de pueblo (Valor $p=0,005$). De manera similar, una encuesta realizada por la FAO registró que solamente el 52% de los niños consumía lácteos diariamente (18). Si el bajo consumo de lácteos conduce a menor ingesta de calcio en los niños, sería preocupante ya que este mineral junto con el fósforo y la vitamina D, intervienen en el crecimiento y la mineralización ósea. Lo más llamativo es que en un país como Argentina, que posee la cuenca lechera más importante de Latinoamérica, exista un consumo tan bajo de leche y derivados.

El consumo diario de carnes de vaca, pollo y cerdo no presentó diferencias significativas en ambas escuelas. La causa del bajo consumo de carnes podría atribuirse a su alto valor económico. Además, esta situación podría ser reflejo de lo que ocurre a nivel nacional, ya que en el año 2010 se registró el menor consumo de carnes de los últimos 50 años (19). Este patrón de consumo podría significar un problema ya que las carnes constituyen una fuente de proteínas de alto valor biológico, hierro y zinc que son de vital importancia en la edad escolar para el crecimiento y desarrollo y evitar enfermedades (2). En cuanto al consumo de pescados se observó que aproximadamente el 50% de los niños de ambas escuelas nunca los consumen o lo hacen solo 1 vez por semana o cada 15 días. En el pueblo, podría atribuirse a la falta de disponibilidad, debido a que no existen comercios

que expendan este producto. Hay que considerar que en nuestro país, la elección de carne vacuna es el reflejo de una cultura alimentaria y constituye una barrera para el consumo de otras carnes.

Gran parte de los niños de ambas escuelas manifestaron consumir golosinas varias veces a la semana. Esto puede estar asociado a la gran oferta de estos productos en los kioscos, y a la gran cantidad de avisos publicitarios que promocionan su consumo. Cabe destacar que las guías alimentarias aconsejan como máximo consumirlas dos veces por semana y en cantidad moderada (ej. un alfajor chico, una porción de postre o helado) (16).

Es de destacar que la mitad de los niños de cada escuela consumió diariamente gaseosas y/o jugos artificiales. Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio realizado en escolares y adolescentes de Buenos Aires (20). El consumo de gaseosa tiene efectos nocivos para los niños, algunas favorecen el desarrollo de caries dentales y en exceso desplazan la ingesta de otros alimentos, desequilibrando la dieta del niño (21).

Los niños de la escuela del pueblo presentan un consumo de fiambres y embutidos varias veces a la semana ligeramente superior respecto a la escuela de ciudad, aunque sin diferencias significativas. Este dato estaría reflejando una de las costumbres mantenidas en el pueblo Santa Clara de Sagüier, donde la preparación casera de chacinados para el consumo familiar es característica. En la escuela del pueblo se observó mayor consumo de productos de copetín varias veces a la semana (Valor $p=0,045$), que junto a los chacinados forman parte del aperitivo consumido antes de la comida principal.

La proporción de niños de la escuela del pueblo que se trasladaron a la escuela en bicicleta o caminando es significativamente superior a la escuela de ciudad, lo que está directamente relacionado con la urbanización. En Santa Clara de Sagüier hay poca circulación de autos y las distancias son más cortas, lo que permite que los niños se trasladen en bicicleta, contrario a lo que ocurre en la ciudad.

Todos los niños de ambas Instituciones asistieron dos veces a la semana a clases de educación física. Fuera del horario escolar la mayoría manifestó realizar actividad física, de forma no estructurada, al menos 2 veces por semana, pero sólo el 25% de los niños aproximadamente alcanzó los 60 minutos diarios, recomendados por la OMS (22). Es

notable destacar que se encontró una proporción significativamente superior de niños de la escuela de ciudad que no realizó ninguna actividad física fuera del horario escolar o sólo la realizaron 1 día por semana (Valor $p=0,048$). Esta prevalencia fue mucho mayor en un estudio en escolares de la ciudad de Corrientes, donde el 64% no realizaba actividad física extraescolar (23). Los resultados del presente estudio podrían atribuirse a que los niños del pueblo pasan más tiempo fuera del hogar jugando con amigos, lo que está positivamente relacionado con la actividad física. También podría estar vinculado a la seguridad percibida en las áreas rurales, sumado a la mayor disponibilidad de espacios libres (24).

En los últimos años, en la población en general, no solo se ha observado una disminución en la actividad física sino también un aumento del tiempo destinado a actividades sedentarias. En el presente estudio la mitad de los niños de ambas escuelas destinaron más de 3 horas a estas actividades. Una situación similar fue observada en otro estudio, donde la mayoría de los niños manifestó pasar entre 2 y 4 horas frente a las pantallas (6). Coincidentemente, la *American Academic of Pediatrics* (AAP) asegura que en la actualidad los niños y adolescentes pasan más tiempo frente a las pantallas que leyendo, haciendo ejercicios o jugando con amigos (25).

Respecto a los resultados antropométricos analizados a partir de las tablas de IMC/E de la OMS 2007, se pone en evidencia que el principal problema nutricional de los niños evaluados, es el sobrepeso y la obesidad. En nuestro país no existen encuestas oficiales actuales que evalúen el estado nutricional de la población infanto-juvenil. Específicamente en la Provincia de Santa Fe, resultados preliminares de la encuesta antropométrica iniciada en 2009, revelaron 32% de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 19 años. Cabe aclarar, que no se consideraron las consultas pediátricas privadas, por lo que los resultados no son representativos de la población total (26). Un trabajo realizado en niños de entre 10 y 12 años provenientes de 80 escuelas públicas del área metropolitana de Buenos Aires (6) y un estudio llevado a cabo en 2011 en niños de 6 a 13 años de edad en dos escuelas privadas de la ciudad de Rosario (27), encontraron

porcentajes de sobrepeso similares a los obtenidos en los niños de la escuela de ciudad de este estudio, utilizando la categorización establecida por la OMS. En localidades con menor grado de urbanización como Villa Cañas (Santa Fe), en niños de 9 a 12 años que concurrían a 3 escuelas públicas se detectó un 52% con sobrepeso y obesidad según criterios de la OMS (28). Otro estudio realizado en Bigand (Santa Fe), con niños de 6 a 12 años, indicó que el sobrepeso y obesidad afecta al 49% y que sólo el 1% presenta bajo peso, evaluados según criterio SAP 2001(29). Estos resultados son similares a los encontrados en el presente trabajo en los niños de la escuela del pueblo. Lo que corrobora lo afirmado en diversas investigaciones que manifiestan que la obesidad infantil y juvenil constituyen un problema de salud pública de gran relevancia en nuestro medio (4,6,10).

Conclusión

En este estudio los niños de la ciudad como los de zonas menos pobladas tienen hábitos alimentarios y patrones de actividades similares, no demasiados saludables. Se observa una alimentación poco variada con bajo consumo diario de cereales, legumbres, frutas, verduras y pescado y una alta ingesta diaria de gaseosas y jugos artificiales en ambos lugares. Sólo un 25% de los niños de ambas escuelas cumplen con los 60 minutos diarios recomendados de actividad física, observándose una mayor proporción de niños en la escuela de la ciudad que nunca realizan actividad física extraescolar. Sus razones podrían asociarse al hecho que en el pueblo se mantiene la tradición de ir a la escuela caminando o en bicicleta, debido a distancias más cortas entre el hogar y el establecimiento educativo y al menor grado de urbanización. Es preocupante la cantidad de horas que los niños de ambas escuelas destinan a actividades sedentarias. Es de destacar que solo un poco más de la mitad de los niños son normopeso, con alto porcentaje de sobrepeso y obesidad en ambas escuelas. Lo observado llevaría a pensar que la globalización prevalece por sobre los distintos grados de urbanización afectando de manera similar los hábitos de los niños.

Referencias bibliográficas

- Pérez Betty M. Efectos de la urbanización en la salud de la población. *An Venez Nutr* 2003; 16(2): 97-104
- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005 (ENNyS). Documento de resultados 2007. (Citado 28 de febrero de 2013) (183p.) Disponible en: http://msal.gov.ar/hm/site/ennys/pdf/ENNyS_Documento-de-resultados-2007-II.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2011. (Citado 28 de febrero de 2013) (245 p.). Disponible en: http://www.msal.gov.ar/fesp/descargas_home/seg_encuesta_nac_factores_riesgo_2011.pdf
- O'Donnell A, Camuerga E. La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños. *Boletín CESNI* Marzo 1988. (Citado 21 Diciembre de 2012) (24 p.). Disponible en: http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/68-Volumen_6.pdf
- Longo E. Situación nutricional de la República Argentina. Guías Alimentarias para la Población Argentina. 2da edición. Buenos Aires, 2004.
- Kovalskys I, Indart Rougiera P, Amigo M y col. Ingesta alimentaria y evaluación antropométrica en niños escolares de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(1):9-15.
- Patrick H, Nicklas T. A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. *J Am College of Nutr* 2005; 24(2):83-92.
- Organización Mundial de la Salud/Organización para la Alimentación y la Agricultura. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de informes Técnicos 916. Ginebra. OMS, 2003.
- Fernández San Juan P. Dietary habits and nutritional status of school aged children in Spain. *Nutr Hosp* 2006; 21(3):374-8.
- Boletín de la OMS. Urbanización y salud. (Citado 20 de octubre de 2013). Disponible: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/es/>
- Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la evaluación del crecimiento. 2da Edición. Buenos Aires. Ideográfica, 2001. 2da reimpresión: 2004.
- Growth reference 5-19 years. WHO 2011. (Citado 21 Diciembre de 2013). Disponible en: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. Guías Alimentarias para la Población Infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Buenos Aires, 2006.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resultados de 2007 para Argentina. (citado 27 Diciembre de 2012) (51 p.). Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/2007_Argentina_Spanish_GSHS_questionnaire.pdf
- Deshmukh-Taskar P, Nicklas T, O'Neil C, et al. The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: The National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2006. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110 (6): 869-878.
- Lema S, Longo E, Lopresti A. Guías Alimentarias: manual de multiplicadores. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas. Buenos Aires, 2006.
- Britos S, Saraví A, Vilella F. Buenas prácticas para una alimentación saludable de los argentinos. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, 2010
- Oyarzún T, Yofre F. FAO. Aprender a alimentarse. *Revista Alimentos Argentinos* 2007; 10:7-10.
- Schiariti M. Cámara de la industria y comercio de carnes y derivados de la República Argentina. Informe económico mensual. Documento Nº 120 – Diciembre 2010.
- Torresani M, Raspini M, Acosta Sero O y col. Consumo en cadenas de comidas rápidas y kioscos: preferencias de escolares y adolescentes de nueve colegios privados de Capital Federal y Gran Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(2):109-14.
- Lorenzo J, Guidoni ME, Díaz M, Bozal A. Nutrición del niño sano. Buenos Aires. Corpus, 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Suiza. OMS, 2010
- Poletti O, Barrios L. Sobre peso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes (Argentina). *Rev Cubana de Pediatr* 2007; 79(1): 8p.
- Joens-Matre R, Welk G, Calabro M, et al. Rural-urban differences in physical activity, physical fitness, and overweight prevalence of children. *J Rural Health* 2008; 24: 49-54.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, Adolescents and television. *Pediatrics* 2001; 107:423-6.
- Preocupa el aumento de la obesidad infantil en el territorio provincial. *Diario El Litoral*. Domingo 22 de mayo de 2011. (Citado: martes, 16 de abril de 2013). Disponible en: <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2011/05/22/metropolitanas/AREA-01.html>
- Bassan ND, Solís C, Soldano OR, Vinesa MA. Sobre peso y Obesidad en escolares de Rosario. Argentina. Relevancia de los factores hereditarios. *Rev. Med. Rosario* 2011; 77: 130-136.
- Biasizzo M. Hábitos alimentarios, estilo de vida y peso de un grupo de escolares de la ciudad de Villa Cañas en relación con su nivel de presión arterial. Centro Regional Rosario de la Universidad de Concepción del Uruguay. 2006. (Citado 15 Septiembre de 2012) (98 p.) Disponible en: www.nutrinfo.com/pagina/info/hipten06-01.pdf
- Berardi M, García R. Características alimentarias de los escolares de 6 a 12 años con sobre peso y obesidad de la Escuela Nº 215 Octavia Ricardone. Bigand, Provincia de Santa Fe. [tesis Licenciatura en Nutrición] Centro Regional Salta de la Universidad de Concepción del Uruguay. 2010 (Citado 15 Septiembre de 2012) (130 p.). Disponible en: [http://www.nutrinfo.com/pagina/info/tesis_berardi-garcia\[1\].pdf](http://www.nutrinfo.com/pagina/info/tesis_berardi-garcia[1].pdf)

Metodología para determinar el riesgo de síndrome metabólico en escolares

Method to determine the risk of metabolic syndrome among schoolchildren

DE PIERO ALEXIA JULIANA¹, RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ ELENA²,
GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ LILIANA GUADALUPE³, LÓPEZ-SOBALER ANA MARÍA⁴

^{1,3}Doctora en Nutrición. ^{2,4}Doctora en Farmacia.

¹Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Bioquímica Química y Farmacia. Instituto de Química Biológica.

^{2,3,4}Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Farmacia.

Correspondencia: ajdepiero@hotmail.com - **Recibido:** 25/07/2013 . **Aceptado en su versión corregida:** 12/12/2013.

Resumen

El incremento de obesidad infantil se ha asociado con resistencia a la insulina (RI) y factores individuales de riesgo de enfermedad cardiovascular. El objetivo del trabajo fue valorar el riesgo de síndrome metabólico (SM) de un colectivo de escolares españoles según diferentes criterios diagnósticos. En el estudio se incluyeron 505 escolares (8 a 13 años) de diferentes localidades españolas, empleando diferentes métodos para la recopilación de los datos. Se evaluó el riesgo de padecer síndrome metabólico según diferentes criterios diagnósticos. Los resultados mostraron un elevado porcentaje de sobrepeso (15,9%) y obesidad (17,3%). Un 6,7% de los escolares podrían padecer el riesgo de SM según el criterio Cook aplicado en este estudio. Es recomendable utilizar el criterio diagnóstico de Cook para evaluar el riesgo de padecer SM empleado en este estudio, porque es aplicable a diferentes grupos poblacionales, incluye a niños menores de 10 años y es una metodología más simple que otras.

Palabras clave: Obesidad, Escolares, Síndrome metabólico.

Abstract

The increase in childhood obesity has been associated with insulin resistance (IR) and individual risk factors for cardiovascular disease. The objective of this work was to assess the risk of metabolic syndrome in a group of Spanish schoolchildren according to different diagnostic criteria. 505 schoolchildren (8-13 of age) from different Spanish locations were included in the study, and different methods were used to collect data. What was evaluated was the risk of having metabolic syndrome (MS) according to different diagnostic criteria. The results showed a high percentage of overweight (15,9%) and obesity (17,3%). A 6,7% of schoolchildren may suffer the risk of MS according to the Cook criterion applied in this study. It is recommended to use the diagnostic criteria of Cook to assess the risk of MS because it is applicable to different population groups, it includes children under 10 and it is simpler than other methods.

Keywords: Obesity, Schoolchildren, Metabolic Syndrome

Diaeta (B.Aires) 2014;32 (146):14-19. ISSN 0328-1310

Introducción

El interés en el riesgo cardiovascular en niños y adolescentes ha aumentado recientemente debido al aumento de la prevalencia de la obesidad infantil, lo que está asociado con la resistencia a la insulina (RI) y factores individuales de riesgo de enfermedad cardiovascular (1). De esta manera, la existencia de RI en niños podría aumentar el riesgo cardiovascular de los mismos, aunque de momento no existen evidencias claras sobre el mecanismo fisiopatológico que explique este proceso (2).

La RI es el trastorno metabólico primario asociado con la obesidad, y se define como la disminución del efecto de la insulina sobre la absorción, metabolismo y almacenamiento de la glucosa, sumado a una disminución de la insulina de ejercer sus acciones en los tejidos diana como son el músculo esquelético, hígado y tejido adiposo (3).

Aunque es frecuente la aparición de RI asociada al padecimiento de obesidad, es importante considerar que también está presente en personas sin obesidad (4) y, al mismo tiempo, que no todas las personas obesas la presentan, pudiendo aparecer

hiperinsulinemia como consecuencia del funcionamiento fisiológico normal del organismo, como ocurre en el embarazo o la pubertad (5).

Cabe mencionar que la existencia de RI, junto con la presencia de obesidad, dislipemias, hipertensión arterial e hiperglucemia, son criterios utilizados para definir el síndrome metabólico (SM) (6-9).

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, el objetivo de este estudio es valorar el riesgo de síndrome metabólico de un colectivo de escolares españoles según diferentes criterios diagnósticos.

Material y Métodos

Sujetos

Se ha estudiado una muestra de conveniencia de niños y niñas españoles, de 8 a 13 años de edad, que realizaban sus estudios de Educación Primaria en colegios públicos de 5 localidades diferentes españolas (A Coruña, Barcelona, Madrid, Sevilla y Valencia). En cada localidad se contactó con dos colegios, y se solicitó autorización al director y al consejo escolar, se organizó una reunión con los padres y tutores de los escolares pertenecientes a los cursos de 4º a 6º de EP, se explicó en detalles el estudio y se solicitó el consentimiento para la participación de los niños en el estudio. La muestra inicial estuvo integrada por 505 niños de los cuales 259 fueron niños y 246 niñas. El protocolo del presente estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Facultad de Farmacia, de la Universidad Complutense de Madrid.

Los criterios de exclusión fueron:

- Ausencia de autorización firmada por parte de los padres o tutores legales.
- Inasistencia al centro los días concertados para hacer las pruebas o entrevistas.
- Presencia de enfermedades (endocrinas, metabólicas) que pudieran contribuir a modificar la ingesta o utilización de los nutrientes.
- Consumo de fármacos que pudieran interferir en los resultados del estudio.
- Estar fuera del rango de edad marcado en el estudio.

Métodos

Para la recopilación de la información de los escolares que aceptaron participar en el estudio se aplicó un cuestionario para recapitular datos personales y se llevaron a cabo mediciones antropométricas y bioquímicas, con el previo consentimiento y autorización de los padres y/o tutores. Además, se concertó con el centro escolar y con los padres los días en los que se llevarían a cabo los distintos estudios y se explicaron los requisitos necesarios para la realización de los mismos.

- *Mediciones antropométricas:* El peso y la talla fueron determinados utilizando una báscula digital electrónica (modelo Seca Alpha; rango: 0.1-150 kg; precisión 100 g) y un estadiómetro digital Harpenden (Pfiffter, Carlstadt, NJ, USA; range 70-205 cm, precisión 1 mm), respectivamente. El Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó a partir de las medidas de peso y talla ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{talla [m}^2\text{]}$) y se ha utilizado para clasificar a la población según su estado ponderal estableciéndose los siguientes criterios (10).

- Delgadez: < P25
- Normopeso: < P85
- Sobrepeso: >P85 y < P97
- Obesidad: >P97

Se tomaron las circunferencias de cintura y de cadera utilizando una cinta métrica inextensible de acero marca Holtain (rango: 0-150 cm; precisión de 1 mm), las mediciones de las circunferencias se realizaron en centímetros. Se tomó como punto de corte para la circunferencia de cintura >P90 para clasificar a los niños con obesidad central (11).

Los índices cintura/cadera (IC/Ca) y cintura/altura (ICA) se calcularon mediante las siguientes fórmulas:

IC/Ca = Circunferencia de cintura (cm) / Circunferencia de cadera (cm)

ICA = Circunferencia de la cintura (cm) / Altura (cm)

Se considera normal para hombres y mujeres un valor del ICA por debajo de 0,5. Entre 0,5 y 0,6 se considera riesgo moderado y riesgo importante por encima de 0,6 (12).

- *Datos sanitarios del escolar:* se procedió a tomar la **tensión arterial, siguiendo** las indicaciones de la OMS (1987) (13).

Para el **diagnóstico de hipertensión arterial** en la infancia y la adolescencia los criterios fueron (14):

- Presión arterial normal: tensión sistólica y diastólica $\leq P90$ según sexo, edad y estatura.
 - Pre hipertensión: presión arterial diastólica o sistólica $\geq P90$ y $\leq P95$.
 - Hipertensión arterial: presión arterial sistólica o diastólica $\geq P95$.
- *Parámetros bioquímicos*: se utilizaron los siguientes, tomando muestra de suero y plasma:
 - Glucosa sérica: La glucosa fue valorada por método enzimático basado en la conversión de glucosa en presencia de adenosintrifosfato (ATP) y la acción de la hexocinasa en glucosa-6-fosfato esta a su vez por la adición de fosfato de dinucleótido de nicotinamida y adenina (NADP) en presencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa se obtiene 6-fosfogloconato y NADPH (CV= 2,1%) (15).
 - Insulina ($\mu\text{g/ml}$): Se empleó un ensayo de insulina en suero con una técnica de inmunoensayo tipo sándwich de dos puntos midiendo quimioluminiscencia directa (CV 5,8%) (16). Valor de referencia de insulina de $<15 \text{ mU/L}$ (17).
 - Determinación del modelo homeostático de evaluación de la resistencia en insulina (HOMA-IR): con los valores anteriores se calculó el HOMA-IR
HOMA-IR = [insulina ($\mu\text{U/ml}$) x glucosa (mmol/L)]/22,5
 Se determinó como punto de referencia un valor de HOMA-IR ≥ 3.16 (18; 19).
 - Triglicéridos: Se determinó utilizando una prueba enzimática (CV= 1,46%) (20).
 - HDL-c: Se determinaron por medio de un método enzimático (CV= 2,4%) (21).

Análisis estadístico

Los datos se procesaron utilizando el software Rsigma Babel (Horus Hardward, Madrid). Se determinaron valores medios, desviación estándar (DS), y porcentuales (%). Para la significación de las diferencias entre medias, se utilizó el test de la "t" de Student. En el caso de pruebas no paramétricas

con distribución no homogénea mediante el test de Mann-Whitney. Se utilizó ANOVA de una vía o dos vías, en el caso de ser necesario analizar los cambios entre variables, empleando para el análisis el Test de Newman-Keuls para muestras homogéneas. Se consideraron significativas las diferencias con $p < 0,05$.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los diferentes criterios de diagnóstico y factores de riesgo asociados al SM en la infancia. La nueva definición de la International Diabetes Federation (IDF) para el SM se ha dividido según los siguientes grupos de edad: de 6 a <10 ; de 10 a <16 y ≥ 16 años y establece que en los tres grupos de edad, la obesidad abdominal es una condición. Incluso sugiere que en el grupo de 6 a 10 años, no se debe diagnosticar SM. Aunque se cumpla esta indicación, deben extremarse las modificaciones del estilo de vida si existen antecedentes familiares de SM, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, hipertensión y/o obesidad. En el grupo >10 años, se diagnostica SM en aquellos que cumplen al menos tres de los cinco criterios mencionados (22). Las definiciones de Cook y col., de Ferranti; Weiss; Viner; y López-Capapé (23-26, 28) también indican que para definir el SM, se deben cumplir con tres o más de los criterios mencionados. En cambio Invitti (27) establece que para definir el SM se debe tener intolerancia a la glucosa (IG o diabetes) y/o insulino resistencia más dos o más de los criterios citados. En este estudio se definió el SM, siguiendo el criterio de Cook (23) adaptado a valores de referencias españoles: glucosa $\geq 100 \text{ mg/dL}$; perímetro de cintura $\geq P90$ (11); triglicéridos $>P90$ y HDL $\leq P10$ (29); y presión arterial PAS o PAD $>P90$ (edad y sexo) (14), debiendo cumplir con al menos tres de los cinco criterios mencionados.

En la Tabla 2 se presentan los resultados de datos personales y antropométricos de los niños objeto de estudio. La edad media de la muestra fue $10,6 \pm 0,96$ años; 50,0% de la población fueron niñas, y no se observaron diferencias de edad, peso, talla o IMC en cuanto al género. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 15,9% y 17,3%, respectivamente, siendo mayor la prevalencia de

Tabla 1. Diferentes definiciones de SM en la infancia

	IDF ²² OC+2o+	ATPIII modificado			OMS		OMS+ATPIII
		Cook ²³ ≥3	de Ferranti ²⁴ ≥3	López-Capapé ²⁵ ≥3	Viner ²⁶ ≥3	Invitti ²⁷ IG+2o+	Weiss ²⁸ ≥3
Edad	≥10 años		12-19 años	11.2±2.8	2-18 años	6-16 años	4-20 años
Glucosa	≥100 mg/dl ADA	≥100 mg/dl ADA	≥100 mg/dl ADA	≥100 mg/dl ADA	≥100 mg/d ó IR ó IG	≥100 mg/dl ó Diabetes	≥140 mg/dl
Determinante de obesidad	PC≥P90 [OC]	PC≥P90 [OC]	PC>P75 (edad, sexo) [OC]	>P97 IMC Hernández	>P95 IMC	≥P97 IMC ó PC≥P97	>P97 IMC
Triglicéridos	≥150 mg/dl	>P90	≥100 mg/dl	≥110 mg/dl	≥150 mg/dL	>P95	>P95 (edad, sexo, raza)
HDL-C	≤40 mg/dl	≤P10	<50 mg/dl	≤40 mg/dl	<35 mg/dL	<P5	<P5 (edad, sexo, raza)
Presión Arterial	PAS ≥130 mmHg PAD ≥85 mmHg	PAS o PAD ≥P90 (edad, sexo) Estudio Ricardin II	>P90 (edad, sexo, altura)	>P95 PAD y/o PAS (edad, sexo, altura)	PAS ≥P95 (edad, sexo)	>P95 (edad, sexo, altura)	>P95 PAS o PAD (edad, sexo)
País	Uso internacional		EEUU	España	Reino Unido	Italia	EEUU

IDF: Federación Internacional de Diabetes; OC: Obesidad central; ADA: Asociación Americana de la Diabetes; PC: Perímetro de cintura; PAS: Presión arterial sistólica; PAD: Presión arterial diastólica; IMC: Índice de masa corporal; IR: Insulino resistencia; IG: Intolerancia a la glucosa; OMS: Organización Mundial de la Salud; ATPIII: III Panel de tratamiento del Adulto.

Tabla 2. Datos personales y antropométricos de la población en función del género

	Total (n= 505)	Niños (n= 259)	Niñas (n= 246)	p
Edad (años)	10,6±0,96	10.5±0.99	10,6±0,92	-
Peso (kg)	40,0±9,5	39.8±9.5	40,2±9,6	-
Talla (cm)	143,8±8,6	143.1±8.3	144,5±8,8	-
IMC (kg/m2)	19,1±3,1	19.2±3.1	19,0±3,0	-
Valoración Ponderal [%]				
Delgadez	28,0	26,8	29,2	-
Normal	38,7	38,5	39,0	-
Sobrepeso	15,9	10,1	21,9	***
Obesidad	17,3	24,5	9,7	***
Circ. de cintura (cm)	67,1±8,9	67,6±9,2	66,5±8,5	-
Circ. de cadera (cm)	78,4±8,7	77,7±8,6	79,2±8,8	-
IC/Ca	0,85±0,05	0,86±0,05	0,83±0,05	***
ICA	0,46±0,05	0,47±0,05	0,46±0,05	*
Tensión Arterial				
Sistólica (mm Hg)	106,4±14,7	106,7±13,8	106,1±15,7	-
Diastólica (mm Hg)	63,1±10,9	63,1±10,8	63,1±11,1	-
Hipertensión Arterial [%]				
Normal	85,3	82,2	88,7	*
Prehipertensión	5,0	6,7	3,3	-
Hipertensión	9,5	11,0	7,9	-

***p<0,001, **p<0,01, *p<0,05

(*) Valores son promedio y se expresan como X±DE.

sobrepeso en mujeres (21,9%) y la de obesidad en varones (24,5%) (p<0,001). Los parámetros indicadores de distribución de la grasa corporal, tanto el IC/Ca (p<0,001) como el ICA (p<0,05) fueron

Tabla 3. Parámetros bioquímicos. Diferencias en función del género.

Parámetros	Total (n= 505)	Niños (n= 259)	Niñas (n= 246)	p
Bioquímica				
Glucosa (mg/dL)	85,6±8,2	86,1±7,3	85,2±8,9	-
Insulina (mU/L)	6,8±4,6	5,6±3,3	7,8±5,3	***
HOMA-IR	1,45±1,0	1,22±0,72	1,68±1,2	***
Lípidos				
Triglicéridos (mg/dL)	68,0±27,3	65,1±27,1	71,1±27,1	*
HDL-c (mg/dL)	60,9±12,6	61,8±12,9	60,2±12,2	-

***p<0.001, *p<0.05.

(*) Valores son promedio y se expresan como X±DE.

significativamente superiores en los varones, pero el riesgo cardiovascular fue menor (p<0.05), por ser la media del ICA <0,5. En relación a la tensión arterial, los resultados no mostraron riesgo de hipertensión ni diferencias estadísticamente significativas en función al género.

En la Tabla 3 se presentan los datos bioquímicos de los niños objeto de estudio. Los valores medios de glucosa sérica y HDL-c (mg/dL) fueron 85,6±8,2 y 60,9±12,6 no observándose diferencias significativas por género. En cambio, los valores medios de insulina (mU/L), HOMA-IR y triglicéridos (mg/dL) fueron 6,8±4,6; 1,45±1,0 y 68,0±27,3 respectivamente, observándose diferencias significativas con respecto al género, siendo estos valores más elevados en las niñas (p<0,001; p<0,001; p<0,05), respectivamente.

En la Tabla 4 se observan los porcentajes de niños que presentan factores de riesgo del SM según los diferentes criterios diagnósticos utilizados por diversos autores.

Tabla 4. Porcentaje de niños que presentan factores de riesgo de SM según los diferentes criterios diagnósticos (%).

	IDF22	ATPIII modificado			OMS		OMS+ATPIII
	OC+ 26+FR	Cook ²³ ≥3	de Ferranti ²⁴ ≥3	López Capapé ²⁵ ≥3	Viner ²⁶ ≥3	Invitti ²⁷ IG+2 ó +	Weiss ²⁸ ≥3
Glucosa	2,77	2,77	2,77	2,77	2,77	2,77	0,20
Determinante de obesidad *	14,4	24,75	38,61	17,23	20,40	17,23	17,23
Triglicéridos	1,78	17,82	9,11	6,93	1,78	13,27	13,27
HDL-C	3,76	20,20	16,83	3,76	0,40	90,69	90,69
Presión Arterial	8,91	16,24	24,75	16,44	8,32	16,44	16,83
Síndrome Metabólico	4,95	6,73	7,13	2,18	0,20	2,38	9,31
4,32 (≥10 años)							

IDF: Federación Internacional de Diabetes; OC: Obesidad central; IG: Intolerancia a la glucosa; OMS: Organización Mundial de la Salud; ATPIII: III Panel de tratamiento del Adulto; FR: Factores de riesgo.

Discusión

La población objeto de este estudio es sana, se declara libre de patologías endocrinas y/o metabólicas. Atendiendo a los datos antropométricos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al género para los valores de peso, talla o IMC (Tabla 2) ($p < 0,05$).

A pesar de esta condición, se observó una elevada prevalencia de sobrepeso (15,9%) y obesidad (17,9%). Estos resultados son similares al estudio realizado por Álvarez (30), en donde se ha observado un 31% de prevalencia de sobrepeso y un 10,9% de prevalencia en obesidad, no observándose diferencias significativas con respecto al género.

Así como para población adulta están bien establecidos los criterios diagnósticos y puntos de corte para identificar cada uno de los componentes del SM, en población infantil no es así. No siempre hay unanimidad en los criterios establecidos para definir cada uno de los factores de riesgo; los puntos de corte que los identifican son diferentes en cada criterio, lo que hace que no sea fácil comparar estudios entre sí.

Si se atiende al criterio del IDF (2007) (22), éste indica que solo puede diagnosticarse el SM en niños mayores de 10 años, y en el caso de edades menores, solo se identifica la presencia de obesidad central como un importante factor de riesgo de padecer SM en el futuro.

Al contrario, si se considerara el criterio de Invitti (27), se dificultaría el diagnóstico por la necesidad de determinar intolerancia a la glucosa (IG);

considerando que la población de estudio representa el grupo escolar, llevar a cabo esa determinación representaría más gasto y generaría en los niños menor participación.

En cambio, si se tomara el criterio de Cook (23), se podría incluir los niños menores de 10 años. Para aplicar la propuesta de Cook sería importante emplear los puntos de referencia de la población en estudio, lo que representa otra ventaja. Aplicando estos puntos de corte en la población de este estudio se encontró un 6,7% de niños entre 8 y 13 años de edad con riesgo de padecer SM. Estos resultados coinciden con los datos de Ferranti y López-Capapé quienes aplicaron los criterios de Cook con valores de referencia adaptados a sus poblaciones de estudio (23-25).

Conclusión

Los resultados muestran que el criterio diagnóstico de Cook es adecuado para evaluar el riesgo de SM en escolares, porque presenta la ventaja de incluir a niños menores de 10 años de edad, es un criterio flexible que permite aplicar valores de referencia adaptados a diferentes poblaciones en estudio y solo requiere mediciones bioquímicas de rutina. Por otro parte, los demás criterios no contemplan a niños con rangos menores de 10 años y requieren estudios bioquímicos de mayor complejidad.

Sería posible aplicar los criterios diagnósticos de Cook para evaluar riesgo de SM en poblaciones de escolares utilizando los puntos de corte de los diferentes factores de riesgo establecidos por cada país.

Este artículo está basado en la tesis presentada por A. De Piero Belmonte en cumplimiento de los requisitos para el grado de Doctor por la Universidad Complutense de Madrid, España.

La investigación fue financiada por un contrato Universidad-Empresa (Nº Expediente 210/2008) y una beca pre-doctoral de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Referencias bibliográficas

- Hirschler V, Maccallini G, Karam C, Gonzalez G, Aranda C. Are girls more insulin-resistant than boys? *Clinical Biochemistry* 2009;42:1051-1056.
- Bonadonna R. The syndrome of insulin resistance and its links to atherosclerosis. En R De Fronzo, E Ferrannini, H Keen, P Zimmet, *International textbook of diabetes mellitus*. (págs. 1379-94). Willey & Sons, 2004
- Formiguera X, Cantón A. Obesity: epidemiology and clinical aspects. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2004;18(6):1125-1146.
- Caceres M, Teran C, Rodríguez S, Medina M. Prevalence of insulin resistance and its association with metabolic syndrome criteria among Bolivian children and adolescents with obesity. *BMC Pediatrics* 2008;8: 31.
- Goran M, Gower B. Longitudinal study on pubertal insulin resistance. *Diabetes* 2001;2444-2450.
- Alberti K, Zimmet P. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabetes Med* 1998;15:539-53.
- NCEP. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. *Circulation* 2002;106:3143-3421.
- Grundt S, Cleeman J, Daniels S, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-52.
- Alberti K, Zimmet P, Shaw J, IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome-a new worldwide definition. *Lancet* 2005;366:1059-62.
- Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruíz I, Sánchez E, y cols. Estudio longitudinal de crecimiento. Curvas de 0 a 8 años. Instituto de Investigaciones sobre crecimiento y desarrollo. Fundación F. Orbegozo. Madrid: Garsi. 1988
- Moreno L, Fleta J, Mur L, Rodríguez G, Sarría A, Bueno M. Waist circumference values in Spanish children-gender related differences. *Eur J Clin Nutr* 1999;53:429-433.
- Urbano JM. Tesis Doctoral. Validación de métodos antropométricos alternativos como marcadores de riesgo cardiovascular. Universidad de Extremadura. Facultad de Medicina. Departamento de Ciencias Biomédicas. 2009
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Hipertensión arterial. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos, 628. Ginebra (Suiza). 1987
- Grupo Colaborativo Español. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Estudio Ricardin II: valores de referencia. *An Esp Pediatr* 1995;43:11-7.
- FDA. In vitro diagnostic products for human use, proposed establishment of glucose. 1974
- Stuart J, Weeks I. Chemiluminescence immunoassay. *Pure & Appl Chem* 1985;7 (3):523-529.
- Williams C, Hayman L, Daniels S, Robinson T, Steinberger J, Paridon S, et al. Cardiovascular health in childhood: a statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* 2002;106:143-160.
- Acosta A, Escalona M, Maiz A, Pollak F, Leighton F. Determinación del índice de resistencia insulínica mediante HOMA en una población de la Región Metropolitana de Chile. *Rev Méd Chile* 2002;130(11):1227-1231.
- Keskin M, Kurtoglu S, Kendirci M, Atabek M, Yazici C. Homesotasis model assessment is more reliable than the fasting glucose/insulin ratio and quantitative insulin sensibility check index for assessing insulin resistance among obese children and adolescents. *Pediatrics* 2005;115:500-503.
- Koditschek L, Umbreit W. Alpha-glycerophosphate oxidase in streptococcus faecium F 24. *J Bacteriol* 1969;98:1063-1068.
- Warnick G, Wood P. National cholesterol education program recommendations for measurement of high density lipoprotein cholesterol: Executive Summary. *Clin Chem* 1995;41(10):1427-1433.
- Zimmet P, Alberti K, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al. The metabolic syndrome in children and adolescents - an IDF consensus report. *Ped Diabetes* 2007;8:299-306.
- Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz W. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:821-7.
- de Ferranti S, Gauvreau K, Ludwig D, Neufeld E, Newburger J, Rifai N. Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Circulation* 2004;110:2494-2497.
- López-Capapé M, Alonso M, Colino E, Mustieles C, Corbatón J, Barrio R. Frequency of the metabolic syndrome in obese Spanish pediatric population. *European Journal of Endocrinology* 2006;155:313-319.
- Viner R, Segal T, Lichtarowics-Krynska E, Hindmarsh P. Prevalence of the insulin resistance syndrome in obesity. *Arch Dis Child* 2005;90:10-14.
- Invitti C, Maffei C, Gilardini L, Pontiggia B, Mazzilli G, Girola A, et al. Metabolic syndrome in obese caucasian children: prevalence using WHO-derived criteria and association with nontraditional cardiovascular risk factors. *International Journal of Obesity* 2006;30:627-633.
- Weiss R, Dziura J, Burgert T, Tamborlane W, Taksali S, Yeckel C, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004;350 (23): 2362-74.
- Elcarte R, Villa I, Sada J. Manual práctico para la prevención de las enfermedades cardiovasculares desde la infancia. Barcelona: Nestlé España. 2003
- Álvarez F, Díaz J, Riaño I, Pérez D, Venta R, Málaga S. Factores de riesgo cardiovascular clásico y emergentes en escolares asturianos. *An Pediatr (Barc)*. Artículo en Prensa. 2011

Proceso de transición epidemiológica nutricional en Villa 20.

Enfoques y miradas sobre la situación nutricional de la población infantil en la última década

Epidemiological and nutritional transition in a shanty town in Buenos Aires (Villa 20).
Approaches and perspectives on the nutritional status of children in the last decade.

CONCILIO M. CELESTE

Lic. en Nutrición. CeSAC 18 (GCBA)

Correspondencia: celesteconcilio@gmail.com - Recibido: 10/10/2013 . Aceptado en su versión corregida: 30/12/2013.

Resumen

Introducción: La desnutrición infantil es un problema grave que resurgió en el debate durante la crisis vivida en Argentina en 2001, sin embargo a nivel mundial se destaca el carácter epidémico y progresivo de la obesidad en niños. El presente estudio se propone describir el proceso de transición nutricional en los últimos 10 años de la población infantil que asiste a comedores comunitarios o escolares e identificar las representaciones construidas en torno al estado de nutrición infantil y sus cambios por parte de los padres y responsables de estas instituciones.

Material y Métodos: Diseño cuali-cuantitativo que incluyó el análisis de registros antropométricos históricos (2001-2011), realización de entrevistas en profundidad a referentes de instituciones con dación de alguna prestación alimentaria a los niños/as y encuestas a padres usuarios de las mismas.

Resultados: El bajo peso muestra una prevalencia baja y constante inferior al 1% en todo el periodo. Se observa una recuperación favorable de baja talla y un aumento del sobrepeso y obesidad que llega al 45,8%. Se observa una falta de percepción del problema en padres y referentes y una naturalización del mismo, así como un conflicto en el rol de estos actores como formadores de hábitos alimentarios en los niños, que impacta en el modo de hacer y pensar con un detrimento de la comensalidad familiar.

Conclusión: Lograr mayor visualización de la magnitud y consecuencias del sobrepeso y obesidad resulta clave para trabajar desde el sector salud. Toda acción que se pretenda realizar para modificar esta situación tiene que estar precedida por un fuerte trabajo previo de concientización de este problema.

Palabras clave: Estado nutricional, Infancia, Transición epidemiológica, Obesidad

Abstract

Introduction: Child malnutrition is an issue that resurfaced in the debate during the crisis experienced in Argentina in 2001, but globally highlights the epidemic nature of obesity in children. Objectives: Describe the nutritional transition process in the last 10 years of the child population that assists community or school canteens and identify representations built around the child nutritional status and its changes.

Methods: Qualitative and quantitative research that included anthropometric analysis of historical records (2001-2011). It included interviews conducted to coordinators of community kitchens, schools and institutions that provide some food to these children. Surveys were performed with the users of the food service.

Results: The low weight shows a constant low prevalence lower than 1% on average throughout the period. There is a favorable recovery of stunting and overweight and obesity increased reaching 45.8%. There is little perception of obesity problem in parents and referents. Care takers have a great difficulty in assuming the role of guide in teaching eating habits in children, which impacts the way of doing and thinking with a detriment of family commensality.

Conclusion: Achieve greater visibility of the magnitude and consequences of overweight and obesity is key to work in the health sector. Any action that seeks to change this situation must be preceded by a strong awareness raising of the problem.

Keywords: Obesity, Schoolchildren, Metabolic Syndrome

Introducción

La problemática alimentaria en Argentina está más ligada a la distribución que a la producción de alimentos. Luego de la profunda crisis social y económica por la que atravesó el país hacia fines de 2001 y 2002, y con la consiguiente proliferación y consolidación de programas de apoyo alimentario, la problemática de la desnutrición y el hambre movilizaron sobre todo a la opinión pública y fueron moldeando en el imaginario social distintas representaciones acerca del "buen estado de nutrición" (1,2).

Una década después, no hay estudios que demuestren un impacto real en el deterioro del estado de nutrición de los niños y niñas en términos de aumento de la desnutrición. Por el contrario, tanto la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS, 2005), como diversas investigaciones (1,3-5), muestran un proceso de "transición nutricional" en donde la desnutrición es una problemática en descenso, a expensas de un aumento progresivo del sobrepeso y obesidad, lo que constituye hoy una prioridad de la política alimentaria. Sin embargo, muchas de las experiencias y proyectos comunitarios puestos en marcha siguen funcionando con la misma lógica que durante la crisis.

Resulta prioritario entonces, revisar los Programas Alimentarios aún vigentes para evaluar de qué modo aportan a la problemática nutricional prevalente, en términos positivos o negativos; así como también identificar las percepciones y representaciones de los padres en torno a la nutrición de sus hijos (6).

Dentro de las acciones de APS, desde el año 2000, el Centro de Salud n°18 (Villa 20, Lugano, área programática del Hospital Piñero, CABA) realiza relevamientos antropométricos sostenidos en diferentes instituciones barriales y conformó el "Programa de Bajo Peso" para el abordaje de niño/as con algún grado de desnutrición crónica o aguda.

Promediando la década, se reemplazaron algunos programas centrados en la dación directa de alimentos condicionados por el diagnóstico nutricional por otros más universales (ticket social y tarjeta de ciudadanía porteña). Todo esto, sumado a la adopción del patrón de crecimiento de la OMS para la evaluación antropométrica (2009-2010) contribuyó al descenso de casos de niños en riesgo de desnutrición (7,8). Por este motivo, y observan-

do desde siempre un perfil predominante y creciente en la población infantil de malnutrición por exceso (3,9) el dispositivo del abordaje del Centro 18 se readapta para la atención de niños con todo tipo de malnutrición (déficit o exceso). Sin embargo, muchas familias han permanecido bajo una modalidad de asistencia alimentaria aún con recuperación de la capacidad de compra de alimentos desde la crisis, naturalizando el hecho de comer fuera del hogar (10,11).

La situación de crisis no se tradujo, al menos a nivel poblacional, en un incremento de la desnutrición aguda, hecho observado en varias investigaciones del país. Un estudio llevado a cabo en el norte de Argentina para describir la situación antropométrica y nutricional durante la crisis del 2002 (Proyecto ecuNa), encontró un 5% de emaciación, siendo más relevante el déficit de Talla para edad (24-30%) (4,5,12,13). En contraposición, se observó una tendencia elevada hacia el sobrepeso y obesidad, que emerge como una problemática de riesgo. Asimismo, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) constata la importancia que adquieren el sobrepeso y la obesidad por sobre el bajo peso, así como la persistencia del retraso de talla y de la anemia. Del total de niños y niñas entre 6 y 60 meses de edad, la prevalencia de obesidad alcanzó el 10,4%; el retraso de talla el 8%; el bajo peso, el 2,1%; y el bajo peso para la talla el 1,3%. En CABA, el Programa Nutricional dependiente del GCBA, viene alertando sobre la misma tendencia (14).

Se puede afirmar que en las familias de los sectores más pobres, el aumento de la obesidad puede asociarse a causas más específicas relacionadas con el acceso a una alimentación monótona, al aumento de la comensalidad institucional, la superposición y reiteración de ingestas en los niños (sobreasistencia), las representaciones corporales históricamente construidas ligadas al uso del cuerpo en la pobreza y que llevan a considerar al "plato lleno" como algo valioso, debido a experiencias previas de períodos de escasez de alimentos, la rigidez de las normas de comensalidad y la falta de información de las consecuencias del sobrepeso y obesidad (15,16).

Hasta la actualidad, no existen programas que apunten masivamente a enfrentar la problemática del sobrepeso y la obesidad en el país, y los esfuer-

zos que se observan por trabajar sobre este flagelo no logran revertir el perfil que se sigue instalando a nivel mundial.

Es por todo esto, que la presente investigación se propuso como objetivos:

1- *Describir el proceso de transición epidemiológica nutricional en la primer década post-crisis de la población de 1-19 años de Villa 20, Lugano, que asiste a comedores comunitarios y otras instituciones del barrio, ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires*

2- *Identificar las miradas aportadas por diversos actores sociales y por los propios usuarios de estas instituciones (padres, madres o cuidadores), acerca de las representaciones construidas en torno al estado de salud de los niños y niñas.*

La finalidad del trabajo es poder realizar un análisis y reorientar las acciones que se vienen realizando desde los distintos espacios de Atención primaria y que sea un insumo para desarrollar nuevas propuestas que se traduzcan en cambios reales en la salud de la población infantil y el mejoramiento de su calidad de vida.

Material y métodos

Se trató de un estudio descriptivo cuali-cuantitativo. Para el primer objetivo se utilizaron los datos disponibles (registros de peso y talla) generados en los screening sostenidos realizados entre 2001-2011 a niños entre 1-19 años. Los mismos fueron digitalizados, verificados y procesados con el programa *WHO Antro Plus (OMS)*, utilizando el patrón de Crecimiento OMS. El análisis de datos se realizó con el *Programa EPI info versión 3.5.4*.

Para el segundo objetivo se consideraron dos poblaciones:

1- Referentes comunitarios/responsables de instituciones barriales que brinden alguna prestación alimentaria a niños menores de 19 años. Se seleccionó una muestra no probabilística, intencionada, de informantes clave. Se incluyó a un total de 9 referentes, con los cuales se realizaron entrevistas en profundidad, encontrando saturación teórica de la muestra. Se indagaron variables cualitativas ligadas a la organización de la ingesta y normas institucionales, las percepciones sobre el perfil nutricional de los niños y la visualización de su propio rol en el tema.

2- Padres o cuidadores de dichos niños. Se seleccionó una muestra con procedimiento de estimación de parámetro (proporción), asumiendo una $p=0.37$, un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta específica del 5%. Se estimó una muestra final de 240 casos. Se realizaron encuestas semi-estructuradas incluyendo variables cualicuantitativas relacionadas con: las prestaciones recibidas, los significados atribuidos a las mismas, la percepción del estado de nutrición de sus hijos y valoraciones. Las encuestas fueron procesadas en una base Excel 2007 y analizadas utilizando el Programa *EPI info versión 3.5.4*.

Resultados

El análisis final se realizó con 9534 registros de peso y talla, que fueron relevados entre el 2001 y 2010 inclusive. La distribución por sexos fue similar, representada por un 49.8% de mujeres y un 50.2% de varones.

En los menores de un año ($n=367$), la prevalencia global total o de periodo (PGP) de bajo peso fue de 1.4% (IC95% 0.5-3.3) observándose un pico en el año 2003, de un 4,3%. Para toda la serie, el estado nutricional predominante fue el normopeso. La prevalencia de sobrepeso para el total del periodo evaluado fue del 21.5% (IC95% 17.5-26.1) y la de obesidad de un 6% (IC 95% 3.9-9)¹.

Estado nutricional en mayores de un año ($n=9167$): la PGP de bajo peso fue del 0.4% (IC 95% 0.3-0.6). En la tabla n° 1 puede observarse la evolución anual, que no muestra un incremento del bajo peso post-crisis, sino prevalencias constantes e inferiores al 1% durante toda la década. La carga de malnutrición por exceso sin embargo, arroja resultados superiores, encontrándose una prevalencia global de sobrepeso del 29.1% (IC95% 28.1-30) y de obesidad de 13.7% (IC 95% 13-14.5)².

En relación al sobrepeso la prevalencia inicial en 2001 fue del 27.8%, luego se observa un aumento hacia mitad de periodo que asciende al 33% en 2006 y 2007 y el valor para el año 2010 desciende y se ubica

1 Bajo peso: $\leq -2SD$ de P/E. Sobrepeso: $+1SD$ y $+2SD$ de P/E. Obesidad: $+2SD$ de P/E (patrón OMS)

2 Bajo peso: $\leq -2SD$ de IMC/E. Sobrepeso: $+1SD$ y $+2SD$ de IMC/E. Obesidad: $+2SD$ de IMC/E (patrón OMS)

Tabla n°1. Estado nutricional en mayores de un año según antropometría en el periodo 2001-2011 (n=9167)

Categoría	2001			2002			2003			2004			2005		
	n	%	IC 95%	N	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Bajo peso	1	0.3	0-1.8	5	1.0	0.4-2.4	4	0.4	0.1-1	7	0.4	0.2-0.9	2	0.2	0-0.7
Normopeso	233	63.5	58.3-68.4	335	65.4	61.1-69.5	734	67.0	64.1-69.7	1003	57.9	55-60.2	620	54.2	51.3-57.1
Sobrepeso	102	27.8	23.3-32.7	133	26.0	22.3-30	256	23.4	20.9-26	514	29.7	27.5-31.9	351	30.7	28-33.5
Obesidad	31	8.4	5.9-11.9	39	7.6	5.5-10.4	102	9.3	7.7-11.2	209	12.1	10.6-13.7	171	14.9	13-17.2
Total	367	100.0		512	100.0		1096	100.0		1733	100.0		1144	100.0	
Categoría	2006			2007			2008			2009			2010		
	n	%	IC 95%	N	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Bajo peso	2	0.2	0-0.9	2	0.4	0.1-1.8	7	0.7	0.3-1.5	4	0.3	0.1-1	4	0.5	0.1-1.2
Normopeso	455	52.8	49.4-56.2	203	45.0	40.4-49.7	566	58.2	55-61.3	582	50.7	47.8-53.7	474	53.7	50.4-57.1
Sobrepeso	286	33.2	30.1-36.4	150	33.3	29-37.8	254	26.1	23.4-29	357	31.1	28.5-33.9	262	29.7	26.7-32.9
Obesidad	119	13.8	11.6-16.3	96	21.3	17.7-25.4	146	15.0	12.9-17.4	204	17.8	15.6-20.2	142	16.1	13.8-18.7
Total	862	100.0		451	100.0		973	100.0		1147	100.0		882	100.0	

Fuente: elaboración propia

en un 29.7% (estas diferencias no resultan significativas). En cuanto a la obesidad, la prevalencia en 2010 casi duplica a la del 2001 (16.1% vs 8.4%), con un pico en el 2007 ($t=4.04$, diferencia significativa, para un nivel de significación de 0.01) (gráfico n° 1).

En la serie estudiada, la PGP de baja talla promedio de la década fue del 7.4% (IC 95% 6.9-7.9). En el año 2001 la baja talla afectó a 20 niños cada 100, cifra que decrece durante todo el periodo y se encuentra en el año 2010 en valores de 4/100, es decir, que se redujo cinco veces. El descenso de baja talla resulta igualmente significativo para un nivel de $p=0.01$ ($t=7.2$)³.

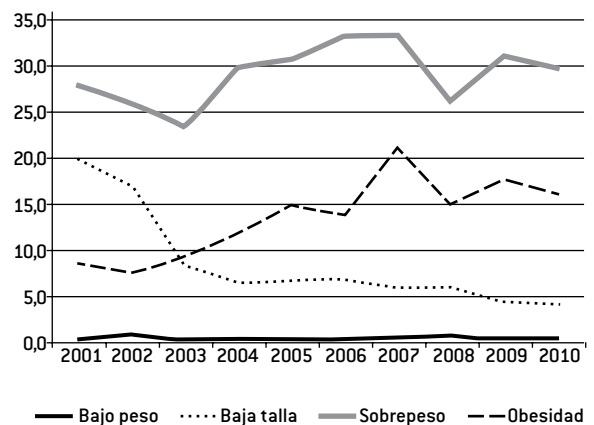
El sobrepeso predomina entre las mujeres (PGP de 30.1% en mujeres vs 28% en varones); entre tanto, la PGP de obesidad en los hombres, duplica a la del sexo femenino (18.1% en hombres vs 9.3% en mujeres), con una diferencia altamente significativa para una $p=0.01$ (tabla n° 2).

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad agrupadas aumentan pasando de un 31.4% a un 42.7% en mujeres y de un 41.5% a un 49,2% en varones en todo el periodo.

La población en estudio presenta una distribución desviada a la derecha para los indicadores Peso/edad e IMC/edad (puntaje z), indicando mayor aparición de sobrepeso en la población en función a la población de referencia (patrón OMS). Para la Talla/edad, por el contrario, la curva se desvía hacia la izquierda, representando una población con una talla promedio inferior a la de la población de referencia.

3 Baja talla: definida en $\leq -2SD$ de Talla/Edad (patrón OMS)

Gráfico n° 1. Evolución del bajo peso, baja talla, sobrepeso y obesidad en niños mayores de un año. (series 2001-2011) (en porcentaje %).



Fuente: elaboración propia

Encuestas realizadas a padres, madres o cuidadores usuarios de las distintas instituciones relevadas.

Se incluyeron 246 encuestas, que representan a 10 de las 13 instituciones relevadas en los screening. El 52% (n=128) correspondió a mujeres y el 48% (n=118) a varones. El promedio de edad de las mujeres fue 6.93 años (DS 3.93) y de los varones de 7.07 años (DS 3.94).

Se encontró una baja prevalencia de omisión de comidas principales, pero en contraposición, se encontró un alto nivel de sobreasistencia (30% repite el almuerzo, 16,3% de los niños desayuna dos veces y un 11.4% repite la merienda). En total, un 47% superpone al menos una de las comidas (la realiza dos veces).

Tabla nº 2. Porcentaje comparado por sexo de bajo peso, sobrepeso, obesidad y baja talla (2001-2011)

Año	Bajo peso [%]		Sobrepeso [%]		Obesidad [%]		Baja talla [%]	
	mujeres	varones	mujeres	varones	mujeres	varones	mujeres	varones
2001	0.5	0.0	26.2	29.5	5.2	11.9	22.0	17.6
2002	1.5	0.4	24.8	27.3	4.4	11.2	20.0	13.6
2003	0.5	0.2	23.4	23.3	6.2	12.7	10.0	6.6
2004	0.4	0.4	32.1	27.4	8.8	15.1	7.2	5.9
2005	0.0	0.3	32.0	29.4	8.8	20.9	6.7	7.3
2006	0.2	0.2	34.9	31.4	7.1	20.8	6.2	7.5
2007	0.9	0.0	32.1	34.4	17.4	25.1	4.9	7.0
2008	1.1	0.4	28.9	23.5	9.8	19.9	5.7	6.2
2009	0.2	0.5	32.3	30.1	13.1	22.0	5.7	3.3
2010	0.4	0.5	30.4	28.9	12.3	20.2	3.9	4.2

Fuente: elaboración propia

Tabla nº 3. Estado nutricional percibido por el padre, madre o cuidador global y según sexo (n=246)

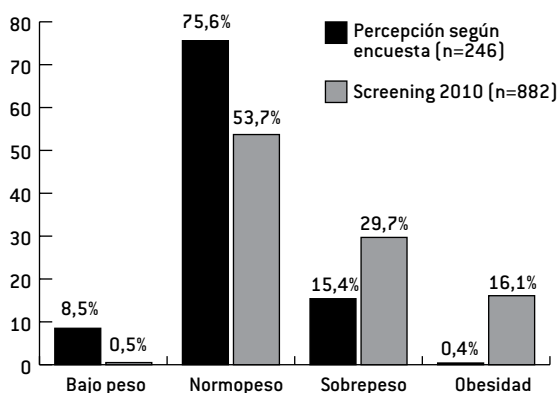
	Mujeres			Varones			Total		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Bajo peso	9	7	3.3-12.9	12	10.2	5.4-17.1	21	8.5	5.4-80.8
Normo-peso	103	80.5	2.5-86.9	83	70.3	61.2-78.4	186	75.6	69.7-80.8
Sobrepeso	15	11.7	6.7-18.6	23	19.5	12.8-27.8	38	15.4	11.2-20.6
Obesidad	1	0.8	0-4.3	0	0	0-3.1	1	0.4	0-2.2

Fuente: elaboración propia

El nivel de comensalidad familiar resultó pobre. Un 10% no realiza ninguna de las comidas en familia y en más de la mitad de los casos sólo se comparten dos comidas en familia. La comida más realizada en familia es la cena (82%).

Más de la mitad de los padres (55.7%) identifica a la falta de acceso a alimentos como motivo principal de concurrencia a un comedor. En segundo lugar aparece la ausencia de los padres en las comidas como motivo, y una menor proporción resalta cuestiones más bien ligadas a la organización familiar que a la necesidad (*“me queda cómodo”, “me queda cerca de mi casa”, “para no cocinar”*). Un 25% afirma además que prefieren que su hijo/a coma en el comedor debido a que allí la alimentación *“es mejor que en el hogar”,* o bien porque *“allí les ponen límites”,* o para que *“sociabilicen y se acostumbren/adapten a comer con otros”*. La idea de que la comida que ofrece el comedor *“alimenta”* aparece como muy enraizada entre los padres, en oposición a la pérdida de valor de la *“comida ofrecida en el hogar”*. En estos beneficios percibidos se manifiesta un *“corrimiento”* del rol de la familia en la alimentación de sus hijos y debemos analizarlo, de mínima, como un llamado de atención, ya que los relatos paternos hablan de una comensalidad

Gráfico nº 2. Comparación del estado nutricional percibido por los padres vs estado nutricional real (según screening 2010) -en porcentajes-



Fuente: elaboración propia

familiar desmembrada, en donde algunas funciones vinculadas al rol de la familia se trasladan a estas instituciones, como puede ser el hecho de poner límites durante las comidas a los niños o el aprendizaje sobre gustos y formación de hábitos alimentarios.

En la tabla nº3 se muestran las percepciones acerca del estado nutricional que los padres tienen de sus hijos, en donde puede observarse, en comparación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad real encontrada, que los padres no logran visualizar en los niños el problema del sobrepeso y obesidad y tienden a naturalizar o minimizar el problema (gráfico nº 2), así como está sobreestimada la percepción de bajo peso. Entre las causas atribuidas por los padres al sobrepeso de sus hijos se visualiza al consumo exagerado de alimentos, o al carácter hereditario (*“es gordito como el papá”*) o la falta de actividad física, o la *“mala digestión”*. También aparecen comentarios que dan cuenta de la tendencia a naturalizar el problema (*“ya va a estirar”*),

Entrevistas realizadas a los responsables de Comedores Comunitarios o referentes de Jardines, Escuelas o Centro de Acción Familiar.

Existe una idea generalizada de que los niños “tienen que comer en el comedor”, para favorecer el control de la ingesta. En cuanto a las normas internas, se tiende a “obligar” a terminar el plato de comida y a ser más flexible cuando “quieren repetir la porción”.

La mayoría de los coordinadores han observado una recuperación paulatina del acceso a los alimentos y de la capacidad de compra de las familias en los últimos años, manifestando que muchas familias concurren actualmente a sus comedores no por una cuestión de necesidad alimentaria real, sino más bien por comodidad o acostumbramiento a esta situación de asistencia.

Al analizar las representaciones construidas en los referentes en torno al estado nutricional actual de los niños que asisten a sus propios establecimientos a comer, se percibe el bajo peso como algo más negativo y que implica una responsabilidad mayor para el comedor en términos de gestión de soluciones y alternativas en comparación con un estado nutricional de malnutrición por exceso. Al indagar su percepción acerca de las causas de aumento de la obesidad, la responsabilidad recae casi fundamentalmente sobre las familias, ubicándose a ellos mismos como grupo comunitario por fuera de la responsabilidad en el problema.

Discusión y conclusiones

El perfil del estado nutricional de la población infantil no dista del reportado en otras investigaciones en tanto se observa una prevalencia baja y sostenida de malnutrición por déficit, inferior al 1% en toda la serie. En el otro polo, se observa una prevalencia de sobrepeso y obesidad elevada desde el comienzo del estudio, que se magnificó en forma progresiva con los años y se constituye como problema más prevalente en esta población, mostrando una evolución desfavorable. Un dato alentador en esta población, es que las tasas de prevalencia de baja talla decrecieron en forma considerable y significativa, pasando de un 20% a

un 4% hacia fines de 2010. Si se comparan estos resultados con los de las últimas encuestas antropométricas realizadas por el Programa Nutricional (GCBA) en la Ciudad de Buenos Aires en población infantil atendida en Centros de Salud y Acción Comunitaria y Centros Médicos Barriales, que es la población de referencia más cercana, se trasluce una tendencia similar en el perfil del antropométrico, salvo en la talla.

La función de los Comedores Comunitarios, resultó clave para enfrentar la crisis en poblaciones vulnerables y por eso, estos mismos grupos, por su trayectoria y trabajo comunitario, podrían ser actores clave para enfrentar el problema de aumento de la obesidad infantil, contribuyendo a mejorarlo y visibilizarlo. Pero la mirada aportada por los referentes en este estudio, pone de manifiesto que hay una tendencia a la banalización del problema como un problema serio de salud. Por el contrario, “el bajo peso” es más tenido en cuenta y “atendido” por la mayoría de los referentes incluidos en este análisis. Las concepciones y representaciones que se construyen sobre la gravedad de los problemas de salud y sus prioridades fundamentan el hacer en cada lugar, y en este caso, se expresa también en las normas establecidas al interior de cada comedor. Es así como se sostienen determinadas prácticas, como la obligatoriedad de “terminar siempre la ración servida”, o “la flexibilidad de repetir el plato” si se desea. Subyace a estas prácticas un discurso que sostiene la necesidad de asistencia a pesar de percibir una recuperación económica en la población.

Los referentes logran reconocer el aumento del sobrepeso en la población infantil, pero se ubican por fuera de este problema, responsabilizando a las familias. Es necesario un proceso de “reflexión sobre el hacer” profundo que implique adaptarse a los cambios de paradigma que impone la situación actual.

Se demostró una sobreasistencia en las prestaciones alimentarias, que alcanzó al 47% de la muestra estudiada. Esto pone en duda la real necesidad de concurrir a una institución a comer y puede también contribuir a explicar probablemente el incremento de sobrepeso y obesidad que se ha registrado en la población infantil.

Desde la mirada de los padres, se evidencia una falta de registro o percepción del sobrepeso y obe-

sidad, y una sobreestimación del bajo peso en sus hijos. Son los mismos padres los que ven como positivo que su hijo sea “exigido” a terminar el plato o “coma en más de un lugar” alguna comida.

Vale la pena mencionar una suerte de “falta de apropiación del rol familiar en la formación de hábitos alimentarios en sus hijos”, en donde los mismos padres también se ubican “por fuera del problema” y en muchos casos reposan y deslindan esta responsabilidad a las instituciones (escuelas, comedores). Esto queda de manifiesto cuando se expresan ideas ligadas a las ventajas de concurrencia a comedores relacionadas con que los niños “allí comen bien”, o “allí los controlan”, “les ponen límites”, o “en el comedor aceptan comer cosas que en el hogar rechazan”, o “en el comedor logra comer

en horario”. Pareciera ser que las familias están perdiendo poder en relación a la educación alimentaria de sus hijos y la realidad muestra una situación de gran complejidad, en tanto ni los padres ni las instituciones toman las riendas identificándose como parte responsable de esta formación. Así, se observa un desmembramiento de la comensalidad familiar, y la falta de mensajes claros hacia los niños, que en definitiva son los que crecen en el seno de esta complejidad.

Toda acción que se pretenda realizar para modificar esta situación tiene que estar precedida por un fuerte trabajo previo de concientización del problema como tal. Las acciones realizadas desde el Centro de Salud hasta la fecha, no han podido modificar el curso de esta tendencia, resultando escasas.

Referencias bibliográficas

1. Calvo E, Aguirre P. Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. Arch.argent.pediatr 2005; 103(1): 77-90
2. Britos S, Saravi A. Brechas en el consumo de alimentos de alta densidad de nutrientes. Impacto en el precio de una canasta básica saludable. Actualización en Nutrición, Vol 11, n° 1, año 2010
3. Popkin B. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. Am. J. Clin Nut 2006; 84: 289 – 298
4. Bolzán A y col. Evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino: Proyecto encuNa. Arch.argent.pediatr 2005; 103(6):545- 555.
5. Mercer R y col. Encuesta de nutrición de la niñez del norte argentino: Proyecto encuNa Parte II: El estado nutricional y el contexto familiar y social. Arch.argent.pediatr 2005; 103(6):556-565.
6. Graciano A, Korman D. ¿Cuál es el grado de percepción de las madres acerca del sobrepeso/obesidad de sus hijos y de su propio estado nutricional?, trabajo presentado en las III Jornadas de la Residencia de nutrición. Año 2002 (observaciones no publicadas).
7. Calvo E y col. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Primera edición, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, año 2009.
8. Sguassero Y y col. Nuevos estándares de crecimiento de la OMS para niños de 0 a 5 años: su validación clínica en Centros de Salud de Rosario, Argentina. Arch Argent Pediatr 2007; 105(1):38-42.
9. Duran P. Transición epidemiológica nutricional o “el efecto mariposa”. Arch.argent.pediatr 2005; 103(3): 195-197.
10. Britos S y col. Programas Alimentarios en la Argentina. CESNI. Centro de Estudios sobre nutrición infantil. Noviembre de 2003.
11. O'Donnell A. Obesidad en la Argentina ¿Hacia un nuevo fenotipo? CESNI. Julio de 2004.
12. Maceira D, Stechina M. Intervenciones de política alimentaria en 25 años de democracia en Argentina. Revista Cubana de Salud Pública; 2011. 37(1)44-60.
13. Orden A, y col. Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional. Arch. argent. pediatr 2005; 103(3): 205-211.
14. Informe anual 2010 -Centros de salud y cobertura porteña de salud-Plan médico de cabecera. Estadísticas de salud (DGDyPS – MS - GCBA) (20-2-2012). Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2010/aps_2010/informe_aps_2010.pdf.
15. Aguirre P. Estrategias de consumo:¿Qué comen los argentinos que comen?, Miño y Dávila, Buenos Aires, 2005
16. Elgart J y col. Obesidad en la Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. Rev Argent Salud Pública, Vol. 1 - Nº 5, Diciembre 2010.

Significaciones de los modos de organización y las preparaciones culinarias en torno a la vulneración del derecho a la alimentación

The significance of the modes of organization and culinary preparations around the violation of the right to food

GIECO MARBELA¹, EANDI MARIANA², IAVICOLI TERESA³, BUTINOF MARIANA⁴

^{1,2,3}Licenciada en Nutrición. ⁴Doctora en Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. ^{1,4}Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Nutrición. Cátedra de Epidemiología General y Nutricional. ²Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Nutrición. Cátedra de Metodología de la Investigación y Epidemiología General y Nutricional. ³Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Nutrición.

Correspondencia: mariana@butinof.com.ar - **Recibido:** 17/10/2013 . **Aceptado en su versión corregida:** 12/12/2013.

Resumen

El Derecho a la Alimentación tiene significaciones propias y diversas para los sujetos sociales. Las crisis socioeconómicas vulneran su garantía y promueven la configuración de estrategias de organización social para asegurar el sustento alimentario. Las mismas se reflejan en las preparaciones culinarias desplegadas, e inscriben en las comunidades un sello simbólico cargado de significaciones y sentimientos. Este trabajo expone algunas reflexiones desarrolladas junto a mujeres y organizaciones de barrios sociosegregados del sudeste de la Ciudad de Córdoba, en un proceso de reconstrucción de la memoria histórica de los modos de organización y los platos culinarios generados en contextos de crisis/pobreza urbana y el análisis de las miradas de sus protagonistas en torno al derecho a la alimentación. El estudio tiene un enfoque cualitativo y los instrumentos utilizados fueron entrevistas en profundidad (n=12), talleres participativos (n=3) y observaciones participantes que se realizaron desde agosto del 2010 hasta octubre del 2011. La comunidad de referencia ha dejado huellas sobre su capacidad de movilizarse y organizarse cuando tal derecho se percibe colectivamente violado en su expresión más cruda: el hambre. Los dos casos aquí citados y analizados de organización territorial fueron la olla popular y el comedor comunitario, en momentos históricos diferentes en Argentina: la crisis del '89 y el 2001. En estos períodos las preparaciones y prácticas que giran en torno a la alimentación adquieren connotaciones sentimentales y emocionales diferentes. La configuración de las representaciones y significados que tienen los sujetos, las mujeres, no pueden ser escindidos de las políticas sociales contextuales de dichos procesos, como a los modos de pertenencia y participación que tienen en la estructura general de la sociedad y su comunidad, mutando de protagonistas locales a efectoras de programas.

Palabras clave: Derecho a la alimentación, Organización comunitaria, Córdoba.

Abstract

The Right to Food has our own meanings and diverse ones for the social subjects. The socioeconomic crises violate its guarantee and promote the configuration of strategies of social organization to ensure food sustenance. These are reflected in the culinary preparations used, and seal a symbolic stamp in the communities that is full of meanings and feelings. This paper presents some reflections that were developed together with women and organizations of sociosegregated neighborhoods of southeast Córdoba City, within a process of reconstruction of the historical memory regarding the modes of organization and culinary dishes generated in settings of crisis/urban poverty and the analysis of the point of view of the protagonists around the right to food. The study has a qualitative approach and the method used included in-depth interviews (n=12), participatory workshops (n=3) and participant observations carried out from August 2010 to October 2011. The reference community has left its mark on its ability to mobilize and organize when that right is collectively perceived as violated in its crudest expression: hunger. The two cases of territorial organization cited and analyzed here were: community kitchen and soup kitchen, at different historical moments in Argentina: the crisis of 1989 and the one of 2001. In these periods the preparations and practices around food acquire different emotional and sentimental connotations. The configuration of the representations and meanings that subjects have, women, cannot be excised from the social policies of such processes. In the same way, the modes of belonging and participation they have in the general structure of the society and their community, mutating from local protagonists to effectors of programs.

Keywords: Right to Food, Community Organization, Córdoba.

Introducción

La alimentación es reconocida como derecho humano básico en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es parte competente del derecho a la vida y precede a cualquier otra situación de naturaleza política o económica (1). El Comité General de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) considera que el contenido básico del derecho a la alimentación adecuada comprende la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, aceptables para una cultura determinada y accesibles de manera sostenible, sin que dificulten el goce de otros derechos humanos (2).

El derecho a la alimentación se entiende violado cuando el Estado, teniendo capacidad, no garantiza la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos necesarios para la satisfacción del nivel mínimo esencial para estar protegido contra el hambre (2). La teoría de Amartya Sen desliga la disponibilidad de alimentos del hambre. Según Raúl Compés, José M^a García y Ernest Reig se trata de un problema relacionado más con la distribución de la capacidad adquisitiva que con la insuficiencia de la producción alimentaria mundial (3). Siguiendo esta línea, la accesibilidad de los alimentos constituye un elemento central para garantizar el Derecho a la alimentación; y problemas socioeconómicos como la desocupación, la hiperinflación y la ausencia de políticas estatales son factores que vulneran la garantía de este derecho.

A fines del siglo XX y principios del siglo XXI en Argentina han ocurrido diversas crisis socioeconómicas y políticas, en las cuales estos factores confluyeron y eclosionaron en movilizaciones y organizaciones sociales múltiples: algunas más violentas y conocidas por su repercusión mediática, como son los saqueos a centros de compra (4); y otras experiencias que han quedado fuera de la agenda de los medios de comunicación, como han sido la creación de almacenes, huertas, hornos de pan comunitarios y ollas populares, entre otros, a los fines de garantizar el consumo de ciertos bienes alimentarios a través de mecanismos solidarios (5). Reflejando estrategias gestadas en el seno de las comunidades que permitieron responder activa y colectivamente a las

consecuencias visibles de la vulneración del derecho a la alimentación.

Según Claude Fischler (1995:14) “nos nutrimos de alimentos, pero también de lo imaginario (...); los alimentos no sólo nutren sino que también significan”. El sociólogo indica que “la alimentación es una función biológica vital y al mismo tiempo una función social esencial (...). Sus facetas innumerables se ordenan según dos dimensiones, por lo menos. La primera se extiende de lo biológico a lo cultural, de la función nutritiva a la función simbólica. La segunda, de lo individual a lo colectivo, de lo psicológico a lo social. El hombre biológico y el hombre social, la fisiología y lo imaginario, están estrecha y misteriosamente mezclados en el acto alimenticio” (6). Comprender el funcionamiento de las significaciones imaginarias en la configuración de la sociedad permite entender el lugar de los individuos en ella, su función es proporcionar un modo particular de respuestas a interrogantes primordiales del colectivo, a partir de las cuales cada sociedad define su identidad. Las significaciones imaginarias operan en lo implícito y su eficacia está dada por su capacidad para entrelazar lo afectivo con lo vivencial. Los significados que los individuos les otorgan a los objetos y fenómenos le dan coherencia a la totalidad de creencias del grupo, haciendo de sí una matriz de significados incuestionables y de autorrepresentación. Sólo así las cosas, los hechos y los procesos cobran sentido. En síntesis, la significación imaginaria no se refiere a algo percibido o representado, sino a aquello a partir de lo cual las cosas son y significan. Sus funciones son, por tanto, estructurar las representaciones del mundo, designar las finalidades de la acción y establecer tipos de afectos característicos de una sociedad (7). Dice Mary Douglas (1966:61): “todo sistema culinario está ligado, o es parte de, una visión del mundo, una cosmología. La “comida”, considerada como un código, traduce un mensaje que puede ser descifrado en el marco de las normas y relaciones sociales que expresa: el mensaje es a cerca de jerarquías sociales, inclusiones y exclusiones, refiriendo tanto aspectos sociales como biológicos” (8). Asimismo, Claude Fischler (1988) expresa que el principio de incorporación [de los alimentos] está en la base de la identidad colectiva, o dicho de otro modo, de la noción de alteridad; siendo la comida y la cocina componentes centrales del sentimiento de pertenencia colectiva (9).

Esta publicación expone una reflexión en el marco de un proyecto llevado a cabo junto a mujeres y organizaciones de una comunidad socio-segregada del sudeste de la ciudad de Córdoba y barrios vecinos en el marco de un proceso de reconstrucción histórica de las últimas dos décadas sobre: las significaciones de los modos de organización en torno a la alimentación y el análisis de las miradas que tienen las protagonistas respecto al derecho a la Alimentación.

Objetivos

- Recuperar las significaciones de los modos de organización y las preparaciones culinarias que se gestaron en una comunidad al sudeste de la ciudad de Córdoba durante los períodos críticos de Inseguridad Alimentaria recientes en Argentina (1989-2001).
- Analizar el Derecho a la Alimentación desde la perspectiva de las mujeres que forman parte de una red de comedores comunitarios de barrios del sudeste de la ciudad de Córdoba.

Material y método

El estudio tiene un enfoque cualitativo el cual nos permitió abordar la historia, las relaciones, las representaciones, las creencias, las percepciones y las opiniones, producto de las interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan (10).

Las significaciones sociales imaginarias no se pueden reducir a estructuras lógicas, no se pueden medir ni cuantificar, no son estructuras propiamente semióticas, pero están ancladas en procesos semióticos. El sentido no puede ser dado independiente de todo signo y para que los signos existan es necesario que las personas hayan hablado primero. Son signos: los discursos, las narraciones y acciones que lo encarnan (7).

Por lo cual los instrumentos utilizados para este estudio fueron entrevistas en profundidad (n=12), talleres participativos (n=3) y observaciones participativas. Los talleres se organizaron de forma conjunta con una red de comedores de barrios del

sudeste de la ciudad, (modalidad ya conocida y utilizada por las mujeres); este dispositivo nos permitió captar e interpretar las vivencias de manera colectiva y tuvo una utilidad inmediata para quienes la experimentaron. Las entrevistas en profundidad se realizaron a referentes barriales de una comunidad localizada al sudeste de la capital, que fueron contactados a partir la técnica "bola de nieve" (11). Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento de los participantes con el fin de obtener el relato literal y completo de las voces para su posterior interpretación. Los encuentros cara a cara permitieron conocer la percepción que tienen los sujetos respecto de sus experiencias tal como las expresan con sus propias palabras. La observación participante permitió el acercamiento de las investigadoras a la vida cotidiana y al mundo subjetivo de las personas, logrando reconocer sentimientos y emociones que no pueden ser registrados por medio de preguntas o documentos cuantitativos. Los talleres, entrevistas y observaciones se realizaron desde agosto del 2010 hasta octubre del 2011 con miembros de la comunidad y mujeres que participan de la red de comedores de los barrios aledaños.

El análisis de datos se realizó en base a la selección de fragmentos discursivos significativos que dieron origen y conformaron a las distintas categorías de análisis. Luego se llevó a cabo la contrastación de las categorías y finalmente un proceso de teorización que permita aportar al desarrollo de los conceptos teóricos y revelar los significados subjetivos implícitos que conforman el universo de los actores sociales, en su lógica más profunda.

Resultados y Discusión

Fines de la década del 80': la Olla Popular, la necesidad alimentaria como motor de la organización comunitaria

El proceso hiperinflacionario que comienza a gestarse a fines del año 1988 y que se desata violentamente a partir de febrero de 1989, marca el punto de quiebre de un Estado atravesado por múltiples demandas (12). La hiperinflación dio lugar a la incontrolable subida de los precios e im-

factó ferozmente en el poder adquisitivo de los hogares, dejando, a fines de la década, al 38.2% de los hogares y al 47.3% de la población bajo la línea de pobreza (13). En la comunidad en estudio la crisis impacta fuertemente en la accesibilidad a los alimentos, ya que las ocupaciones principales eran de carácter precario e inestable: changas, trabajos de albañilería, operarios de talleres de chapa y pintura, vendedores ambulantes, cirujeo, empleados del Mercado de Abasto, entre otros (14). Los índices socio-económicos tenían su correlato a nivel de salud, y la comunidad presentaba elevados porcentajes de desnutrición infantil, y de enfermedades infecciosas (14). Una de las mujeres entrevistadas referencia lo crítico de la situación con las siguientes palabras:

“había muchos chicos desnutridos, familias numerosas, no había trabajo ni recursos para que los chicos comieran”¹ (Susana, 53 a., vecina, cocinera de un comedor comunitario).

Alfonso Torres Carrillo (2002) analiza los vínculos comunitarios en la construcción social y expone que ante la magnitud de los problemas, y ante la inaplazable necesidad de resolver las adversidades, se activan vínculos de solidaridad y apoyo mutuo entre los afectados; según este autor, en situaciones en las que hay un vacío o insuficiencia institucional, los mecanismos de control quedan cortos y emergen respuestas territoriales de los vínculos locales (15). La comunidad había iniciado en 1988 un proyecto de compras comunitarias, actividad que era articulada entre el centro de salud local y la Cooperativa del barrio; las compras fueron declinando a finales de 1988 y principios de 1989 por el escaso poder adquisitivo de los consumidores para acceder económicamente a los productos a un mínimo costo. En este contexto surge de un grupo reducido de mujeres la iniciativa de cocinar para la comunidad, la “olla popular”. Nos lo relata con las siguientes palabras una referente:

“Estábamos conversando con Marta y ella dijo: ¿Qué te parece si hacemos una comida así la gente puede comer? Le respondí: ¿Con qué Marta?, si no

hay nada. Me contestó: bueno, ya vamos a empezar con algo... Y así arrancamos.” (Rosario, 46 a., participó de la olla popular y de un comedor comunitario).

Desde la perspectiva de Torres Carrillo (2002), las experiencias asociativas que tuvieron como escenario de nacimiento y consolidación el barrio, no son sólo una reacción a necesidades del medio, sino que hay una decisión y opción por las ventajas de resolverlas colectivamente (15). Un comentario al respecto:

“La olla popular nació de la necesidad de la gente, en aquel tiempo había muy mucha pobreza. Nosotros hicimos esto por la necesidad de la gente y por los chicos. Porque los grandes... se aguantan el hambre; y no era solamente por los demás, sino que uno mismo estaba castigado por esta escasez. Nació de la necesidad propia, de una también...” (Mónica, 51 a., referente local de trabajo comunitario).

En la esquina de la Cooperativa barrial, las mujeres aprovecharon los cimientos de poca altura de un futuro centro comunitario, que nunca llegó a construirse, para hacerle reparo al fuego y cocinar el almuerzo. Las preparaciones culinarias principalmente fueron las de olla: guisos, sopas y estofados. De los recuerdos y vivencias recuperadas se concluye que no existieron recetas con una estructuración interna rígida y excluyente, más bien fueron combinaciones adaptadas a la disponibilidad de alimentos. Las preparaciones no sólo reflejaron durante las entrevistas aspectos relacionados a los conocimientos y a las condiciones sociales económicas y políticas, sino que también imprimieron significaciones imaginarias sociales que se pueden leer a través de los signos que dejan las mujeres en la rememoración de sus vivencias.

Para las mujeres entrevistadas las ollas populares están cargadas de significaciones sociales ligadas a sentimientos de unidad y solidaridad comunitaria, que se desprenden de la identificación con el otro y al esfuerzo del trabajo mancomunado entre “vecinos”. Algunas mujeres lo expresan de la siguiente manera:

“yo añoro el tiempo de la 1ª crisis del 89 (...) había más solidaridad y mucho amor. Hacíamos la olla po-

1 En todos los casos se utilizaron nombres de fantasía para identificar a los participantes, respetando así el principio de confidencialidad.

pular en la esquina de la cooperativa juntos: con los vecinos pedíamos en el Mercado de Abasto, juntábamos leña y juntos hacíamos la comida (...)" (Claudia, 61 a., participante de la olla comunitaria y cocinera de un comedor); "había más unión con la gente porque la gente veía que nosotros le dábamos a los chicos, entonces la gente bueno, te doy una papa, lo que sobra" (Rosario, 46 a., referente local de trabajo comunitario); "entre vecinos nos ayudábamos, nosotras salíamos a pedir con una bolsa a los almacenes y a las casas de familia, nos donaban también. Los chicos que trabajaban en el mercado llevaban la fruta, la verdura, para que nosotras hiciéramos la comida..." (Liliana, 42 a., referente local, participante de la olla comunitaria).

La ausencia de respuestas políticas a la problemática y la sensibilización de la realidad local de este grupo reducido de mujeres, las convirtieron en protagonistas de un proceso en el que fueron iniciadoras, organizadoras y ejecutoras: la olla popular. Mónica, 51 a., una referente local de trabajo comunitario comenta:

"Nosotras veíamos que teníamos que echarle comida a la olla, porque si no, no iba a haber de comida"; "nos echábamos la responsabilidad de un barrio completo..."

Audry Richards, antropóloga funcionalista citada por Claude Fishler en su obra *El (H) Omnívoro* (1995:19), describe y analiza el sistema nutricional de un pueblo primitivo; examina las relaciones humanas en tanto están determinadas por las necesidades nutricionales. En sus estudios muestra cómo el hambre forja los sentimientos que ligan entre sí a los miembros de cada grupo social; analizó cómo la comida se vinculaba con el ciclo de vida, las relaciones interpersonales, la estructura de los grupos sociales y el problema de la "comida como símbolo". Abordó el patrón específico de relaciones sociales a través del estudio de los hábitos alimenticios. De ahí que estudiara cómo la preparación y distribución de la comida funcionaba para mantener la estructura social. (6). A pesar que las condiciones materiales de existencia en la comunidad referida han sido definidas por estas mujeres como "durísimas"; en la actualidad el recuerdo está matizado por la nostalgia y añoranza.

Inicios del milenio 2000: el Comedor Comunitario, nuevo escenario de significaciones y representaciones

A fines del 2001 y comienzos del 2002, Argentina comenzó a afrontar una de las crisis más profundas de toda su historia. Este proceso no puede comprenderse sin enmarcarlo dentro de las consecuencias de la implementación durante más de diez años del denominado proceso de «ajuste estructural» que, entre otras consecuencias directas, trajo aparejado el 57,4% de la población en situación de pobreza y el 27,5% en situación de indigencia (16). En ese contexto, el 17,5% (1.381.945) de los hogares de Argentina pasaron hambre en 2002 (reducción extrema de ingesta de alimentos) y la población con insuficiencia alimentaria o riesgo nutricional abarcaba, en ese momento, cerca del 75% de las personas en condición de pobreza (17).

El incremento exponencial de la pobreza e indigencia, del desempleo, de la precariedad laboral y de la brecha entre los más ricos y los más pobres, vivido a nivel nacional, tiene su correlato a nivel local en la comunidad de estudio. En el 2001, anexo a la Capilla barrial, se encontraba un comedor comunitario de dependencia parroquial, que junto a otros tres de la zona, funcionaba con fondos de programas sociales articulados por Cáritas Arquidiocesana de Córdoba; pues a partir de la crisis hiperinflacionaria de 1989 se reconfiguraron vínculos entre el Estado y la sociedad civil, surgiendo nuevas formas de relación con viejos actores sociales, (como la Iglesia o Cáritas), a partir del papel que se le atribuía a éstos en el diseño y en la implementación de los programas(12). En la actualidad la red de comedores se encuentra financiada por un programa social alimentario nacional².

Desde el inicio de los comedores los menús fueron confeccionados desde los programas y contaban con una planificación semanal. Las preparaciones culinarias no se han modificado significativamente a largo de estas dos décadas, pueden variar en el cronograma diario más que en su composición alimentaria y en la práctica el menú se adapta

2 Al momento de realizar el estudio los servicios que prestaban los comedores eran almuerzo y copa de leche. Los fondos para ello provenían del Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR), Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

a la disponibilidad de alimentos. Las preparaciones son: hamburguesa; puré³ de papa o mixto con zapallo; fideos; arroz blanco/amarillo; pizza; sopa⁴; ensalada de papa; pollo y/o pescado en forma de medallones; de postre: fruta, generalmente naranja y, esporádicamente dulce de batata y queso. En el plato principal se combina la carne con el cereal o almidón, a excepción de la pizza que se entrega acompañada de sopa.

En los primeros años las familias comían en el comedor y éste significaba para los referentes religiosos un espacio de socialización y transmisión de saberes; el primer Párroco de los comedores nos comenta al respecto:

“Se les enseñaba a comer porque las madres eran jóvenes y no te olvides que en los barrios pobres no hay tradición familiar, generalmente son madres jóvenes, familias que vienen de otros lados y no tiene la abuela, la tía que le dice. Son mujeres que de golpe tienen hijos, de golpe están en esta situación, entonces era ayudar a enseñar cómo se alimenta un niño, la higiene, como comer en la mesa...entonces era la sociabilización de la persona (...)” (Jorge, 55 a., ex-párroco de la comunidad)

Desde sus comienzos hasta la actualidad la accesibilidad a la prestación alimentaria, siempre estuvo determinada por las restricciones de las políticas sociales que Susana Hintze (2006) denomina como compensatorias asistenciales, de mayor visibilidad en la primera década de los 90 y dirigidas a grupos sociales y biológicamente vulnerables (18). Al respecto comentan dos mujeres que participan en diferentes comedores:

“Pueden venir los que se anotan: los niños de 0 a 5 años, las mujeres embarazadas o lactantes y los abuelos” (Mercedes, 45 a., cocinera de un comedor

3 Puré: preparación culinaria que consiste en lograr una pasta a través de las técnicas de aplastar, machacar y triturar diversos alimentos vegetales, principalmente hortalizas o legumbres.

4 Sopa: preparación culinaria que consiste en un caldo en el cual se cuecen fideos, arroz, vegetales u otros alimentos, y que se sirve antes de la comida principal. Incluye una gama de preparaciones de diferentes texturas, sabores e ingredientes que puede incorporar pequeñas variaciones en su elaboración, pero todos ellos comparten una estructura básica de elaboración: picado, molido, hervido.

comunitario). Luisa, 59 a., coordinadora de un comedor afirma: *“si no estás inscripto no puedes comer”*.

Laura Golbet (1996) analiza las políticas limitadas a los más pobres, señalando que éstas no sólo tienen un sesgo paternalista sino que conllevan el peligro de estigmatizar a sus destinatarios por destacar un grupo dentro de la sociedad no por sus méritos sino por sus carencias. Se conforman así dos sujetos: uno que otorga y otro que recibe, unidos en una relación asimétrica; los que reciben la ayuda se convierten en meros receptores de esta política que tiene la particularidad de no otorgar a sus beneficiarios un «derecho» que eventualmente se puede reclamar: sólo es posible recibir lo que el Estado u otras organizaciones públicas están dispuestas a otorgar (19). Desde el marco del comedor la entrega del alimento se interpreta como una práctica, sin desearlo, que reproduce vínculos de dependencia entre la institución y las familias. Relata una referente:

“A veces los recursos están, pero nosotros los mal acostumbramos a que ya le damos la comida hecha y ahora no saben cocinar” (Inés, 37 a., coordinadora de la red de comedores), respecto a la participación e interés en las actividades del comedor otra mujer nos dice: *“Nunca lo están, están acostumbrados a que les des”* (Luisa, 59 a., coordinadora de un comedor).

Así se configuran significaciones en torno al alimento entendido como un bien, servicio, prestación o mercancía; y al sujeto de derecho como un beneficiario de los planes alimentarios. Dichas construcciones no pueden escindirse de las políticas sociales neoliberales de la década del '90, cuyo criterio de intervención estatal radica en la focalización de las demandas de necesidades básicas de determinados sectores portadores de carencias con un borramiento de la universalidad en el acceso a los derechos sociales (20).

El trabajo en el comedor tiene para las mujeres que lo han transitado múltiples significaciones. Algunos relatos coinciden con estudios de Patricia Aguirre (2006:27-65) en referencia al despliegue de la capacidad y energía de las participantes fuera del ámbito hogareño y el logro de un crecimiento personal (21), María, 38 a., actualmente cocinera del comedor comunitario, comenta: *“No es sólo dar una viandita y andate. Esto sé que es para mi bien y que voy*

a crecer”; sin embargo para otras su labor no tiene reconocimiento local ni político, algunos ejemplos son las expresiones de Mercedes y Claudia: “no te reconocen nada, te critican no más” (Mercedes, 45 a., cocinera); “yo tenía que laburar sí o sí, por eso me quedé acá. Pero ahora me arrepiento, si me hubiera metido de sirvienta hoy tendría jubilación, pero me quedé acá, y ahora no tengo nada” (Claudia, 61 a., participante de la olla comunitaria y cocinera de un comedor). Para muchas de las mujeres el comedor significa a nivel individual un espacio de contención, Mercedes lo refiere de la siguiente manera: “si alguna tiene un problema, quiere contarlo...que se yo, lo cuenta, a veces necesitas contarle a alguien. Nos divertimos, nos reímos, nos llevamos bien” (Mercedes, 45 a., cocinera de un comedor comunitario).

Para Ximena Cabral, Juliana Huergo e Ileana Ibáñez (2012) la participación actual en los comedores comunitarios —bajo el rol de colaboradoras— se mide en términos de costo (tareas a realizar) / beneficios (beca en dinero, alimentos) obtenidos en un tiempo individual y cronometrado; engranaje esencial de los programas alimentarios actuales. Mecanismo que puso fin a la reciprocidad basada en la confianza de lucha por una causa colectiva que dio materialidad a la “olla popular” (22).

Perspectiva del Derecho a la Alimentación: mirada de las Mujeres de la red de Comedores

El derecho a la Alimentación es abordado desde los marcos jurídicos internacionales-nacionales y analizado por diversos autores en múltiples documentos, algunos de ellos incorporados en la introducción de éste trabajo. Como una mirada más, este proyecto rescata la percepción que tienen las mujeres que trabajan en la red de comedores sobre el derecho a la alimentación desde sus vivencias y experiencias.

Las participantes consideraron que el Derecho a la Alimentación es integral a indivisible a otros derechos, relacionándolo con: “estar sanos”⁵, vinculado a los controles médicos y al cumplimien-

to de las vacunaciones; “tener un trabajo digno”; “tener espacio-tierra”; disponer de los servicios de agua potable y gas; un ambiente limpio y saludable; “descansar correctamente: física y mentalmente”; “tener una adecuada higiene”, relacionado a las buenas prácticas de manufactura y éstas por último a otro aspecto importante del derecho a la alimentación: la comunicación y capacitación.

Desde la percepción de las protagonistas este derecho tiene carácter universal: “es para todos: pobres, ricos, todos los seres humanos”. Su garantía recae sobre el Estado, el cual según las participantes se cumplimenta a través de la generación de: “trabajo digno y educación”; y la transparencia y efectividad de la gobernabilidad de los actores sociales de representación.

El trabajo y la educación no sólo aparecen ligados como aspectos propios de la garantía del Derecho a la Alimentación, constituyen puntos centrales que surgen en las entrevistas y notas de campo realizadas, se repiten con diferente profundidad en torno al trabajo precario, inestable, insalubre; la desocupación; la deserción escolar adolescente. Reclamar por la garantía de un derecho pareciera ser consecuente con una realidad concreta en la que son vulnerados cotidianamente.

Para las protagonistas el derecho a la alimentación cobra significaciones en el seno familiar relacionadas al “comer juntos”; al poder compartir el lugar, el tiempo y el alimento alrededor de la mesa familiar. Este espacio es interpretado por las mujeres como uno de los momentos que tiene la familia para comunicarse, transmitirse información; “saber del otro”.

Conclusión

Este trabajo incorpora la cuestión del significado y la intencionalidad como inherentes a los actos alimentarios y a las estructuras sociales, abordados desde los recuerdos, el cotidiano y las experiencias, interpretadas por los sujetos que las viven: referentes de la comunidad y las mujeres de la red de comedores.

Los sujetos de investigación reconocen el derecho a la alimentación como universal, integral e indivisible a otros derechos, como educación, trabajo, esparcimiento, etc. Sin embargo, el discurso dista de su realidad en la cual el derecho es vulnerado cotidianamente desde el significado e interpretación que ellos le otorgan.

5 Todos los fragmentos textuales de las voces de las mujeres, se han seleccionado del taller sobre de Derecho a la Alimentación desarrollado con la red de comedores, que quedaron plasmados en los instrumentos de recolección de datos.

La comunidad de referencia ha dejado huellas sobre su capacidad de movilizarse y organizarse cuando tal derecho se percibe colectivamente violado, en su expresión más cruda: el hambre. Los dos casos aquí citados y analizados fueron la olla popular y el comedor comunitario. En ambos, las preparaciones y prácticas que giran en torno a la alimentación adquieren connotaciones significativas, sentimentales y emocionales diferentes. La olla popular constituye un símbolo de autonomía comunitaria, por sentirse capaz de sobrellevar colectivamente situaciones críticas, genera sentimientos de añoranza y melancolía en la actualidad, a pesar de las condiciones paupérrimas que se vivenciaban en la comunidad en 1989; constituye un ícono de la unidad local en el imaginario barrial. En el caso del comedor, las significaciones de las

encargadas están teñidas por los vínculos que se establecen entre las políticas sociales focalizadas, la institución y los beneficiarios, resignificando sus roles a meras efectoras de los programas, de accionar determinado y limitado por los lineamientos y fondos de los mismos y cuyas prácticas parecen reproducir relaciones asistenciales más que tener un enfoque de derecho, el derecho a la Alimentación identificado y representado por ellas mismas.

La configuración de las representaciones y significados que tienen los sujetos que ocupan ambos espacios no pueden ser escindidos de las políticas sociales contextuales de dichos procesos, como a los modos de pertenencia y participación que tienen las mujeres en la estructura general de la sociedad y su comunidad, mutando de protagonistas a la doble condición de efectoras/beneficiarias.

Referencias bibliográficas

- Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. (serie en Internet). (citado el 23 de julio de 2013) Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. (serie en internet) Mayo 2004 (citado el 8 de julio de 2013): 7. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument)
- Agricultura, comercio y alimentación. Raúl Compés, José M^o García y Ernest Reig. Serie Estudios. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Neufeld M R, Cravino M S. Entre la hiperinflación y la devaluación: "saqueos" y ollas populares en la memoria y trama organizativa de los sectores populares del Gran Buenos Aires (1989-2001). En: Cravino, M. C. (Edit.), Resistiendo en los barrios. Acción colectiva movimientos sociales en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Prometeo/ Universidad de General Sarmiento, Los Polvorines, Argentina, 2007: 13-38.
- Gregorio L, Tabora A, Villarreal M, Gianna S, Torcigliani I, Huergo J, Butinof M. La Investigación Acción Participativa. Una Mirada de las prácticas alimentarias sociales. Córdoba, Argentina: Editorial Espartaco; 2008.
- Fishler C. El (H)Omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama; 1995.
- Agudelo P A. Tramar el sentido, tejer los signos, narrar las acciones. Una mirada semiótica a las significaciones imaginarias sociales. Lenguaje (serie en internet) Junio 2011 (citado 31 de julio de 2013); 39 (1): 231-252. Disponible en: <http://revistalenguaje.univalle.edu.co/index.php?seccion=REVISTA&revista=39-1>.
- Douglas M. Myth, Symbol, and Culture. Daedalus, 101 (1): 61-81, Winter 1972.
- Fischler C. "Food, Self and Identity" Social Science Information. 1988, 27:275-293.
- Souza Minayo M C. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Vogt WP. Dictionary of Statistics and Methodology: A Nontechnical Guide for the Social Sciences, London: Sage; 1999.
- Castellani A G. Implementación del modelo neoliberal y restricciones al desarrollo en la Argentina contemporánea. (serie en internet) 2002 (citado 27 de julio de 2013). Disponible en: <http://168.96.200.17/ar/libros/unesco1/castellani.pdf>
- Di Virgilio M M, Camou A. Participación ciudadana, gestión social y gobernabilidad: las especificidades del nivel local en el conurbano bonaerense (Argentina). UNLP - UDESA
- Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Nutrición. Cátedra de Prácticas en Salud Pública. Informe de las prácticas 1988/1989. Córdoba.
- Torres Carrillo A. Movimientos Sociales, Organizaciones Populares y Constitución de Sujetos Sociales. Reconstruyendo el vínculo social. Bogotá: Ediciones Hispanoamericanas Ltda; 2002.
- Arcidiácono P. Inclusión social, enfoque de derechos y políticas de transferencias de ingresos en Argentina: ¿una combinación posible? Ambrosio L. Rioja (serie en internet) 2011 (citado 28 de julio de 2013); 5, Número Especial: 261-274. Disponible en: http://www.derecho.uba.ar/revistagioja/articulos/R000E01A005_0030_p-d-der-humanos.pdf
- Fiszbein A., Giovagnoli P. Hambre en Argentina, documento de trabajo de la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay – Documento de Trabajo N. 4/03. 2003.
- Hintze S. Exclusión, derechos y políticas sociales. La promoción de formas asociativas y trabajo autogestivo en la Argentina. FERMENTUM Revista venezolana de sociología y antropología, 16 (45): 100-137, Enero-abril 2006.
- Golbet L. Viejos y nuevos problemas de las políticas asistenciales. (serie en internet). Mayo 1996. (citado 17 de junio de 2013). Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/MU2042.pdf>
- Boito ME, Huergo J. El hambre como punto de origen y de llegada de las políticas alimentarias vigentes. Boletín Científico Sapiens Research, 1 (2): 49-53, junio 2011.
- Aguirre P. Estrategias de Consumo. Qué comen los argentinos que comen. 2^a Edición. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2006: 27-65.
- Cabral X, Huergo J, Ibáñez I. Políticas alimentarias y comensalidad en el avance de la frontera sojera. Papeles del CEIC (serie en internet). Marzo 2012 (Citado 29 de julio de 2013); 1 (78). Disponible en: <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/78.pdf>

Prácticas alimentarias y actividad física en adultos de una población Toba de la provincia de Formosa, Argentina

Feeding practices and physical activity among adults of a Toba population in the province of Formosa, Argentina

LAGRANJA ELENA SOFÍA¹, VALEGGIA CLAUDIA R², NAVARRO ALICIA³

¹Lic. en Nutrición. ²Dra. en Antropología Biológica. ³Dra. en Ciencias de la Salud con mención en Nutrición

^{1,3}Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Doctorado en Ciencias de la Salud. ^{1,2}Universidad de Pennsylvania. Programa de Ecología Reproductiva del Gran Chaco. ³Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Nutrición.

Correspondencia: elenagranja@hotmail.com - **Recibido:** 21/10/2013 . **Aceptado en su versión corregida:** 01/02/2013.

Resumen

Introducción y objetivo: Los pueblos originarios del Gran Chaco han sido en su gran mayoría cazadores-recolectores-pescadores. En la actualidad, estos pueblos están atravesando una rápida transición hacia una economía de mercado. Este estudio es parte de un proyecto que evalúa la prevalencia de riesgos de enfermedades cardiovasculares en una población Toba periurbana de la ciudad de Formosa. El objetivo de este estudio fue describir las prácticas alimentarias y el nivel de actividad física de la población.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo simple, de diseño transversal entre marzo y diciembre del 2010. Se seleccionaron al azar 275 individuos mayores de 20 años de edad (141 mujeres y 134 hombres). Se obtuvieron datos de prácticas alimentarias y de nivel de actividad física habitual. Se respetaron las normas bioéticas correspondientes.

Resultados: Los resultados indican que la alimentación es monótona, a base de guisos y tortas fritas, rica en grasas y mate cebado o tereré, con pocas verduras, frutas y lácteos. El consumo de bebidas alcohólicas es significativamente superior en hombres que en mujeres. El sedentarismo es marcado en ambos sexos, pero los hombres exhiben un nivel de actividad física mayor que las mujeres.

Conclusión: El tipo de alimentación hipercalórica y los bajos niveles de actividad física actuales contribuyen a crear un ambiente obesogénico, lo que hace pronosticar un panorama desalentador respecto a los riesgos de enfermedades cardiovasculares en esta población.

Palabras clave: Alimentación, Actividad física, Aborígenes, Toba, Transición nutricional.

Abstract

Introduction and Objective: the indigenous peoples of the Gran Chaco were mostly hunters-gatherers-fishers. Today, these people are going through a rapid transition to a market economy. This study is part of a project to evaluate the prevalence of cardiovascular disease risk in a peri-urban Toba population of the city of Formosa. The objective of this study was to describe the feeding practices and the level of physical activity of the population.

Materials and Method: a simple descriptive, cross-sectional study between March and December 2010. We randomly selected 275 individuals over 20 (141 women and 134 men). Data was obtained from feeding practices and level of habitual physical activity. Relevant bioethical standards were respected

Results: the results indicate that food is monotonous, based on stews and fried cakes, high in fat and mate or tereré, with few vegetables, fruits and dairy products. Consumption of alcoholic drinks is significantly higher in men than women. A sedentary lifestyle is marked in both sexes, but men show a higher level of physical activity than women.

Conclusion: the type of food, hipercaloric, and the current low levels of physical activity contribute to an obesogenic environment, which forecasts a grim picture with respect to the risks of cardiovascular disease in this population.

Keywords: Diet, Physical Activity, Indigenous Peoples, Toba, Nutrition Transition.

Introducción

Los Toba (Qom)¹ representan una de las etnias originarias que habitan en la región del Gran Chaco argentino (1). Los grupos originarios de esta región han sido tradicionalmente cazadores-recolectores nómades o semi-nómades (2). En la mayoría de los casos, su alimento provenía de la caza, de la pesca, de la recolección de frutos y miel. La desintegración del estilo de vida tradicional, así como la degradación de su hábitat original, han forzado la migración de grupos de zonas rurales a localidades urbanas y peri-urbanas. Esta adecuación a un nuevo estilo de vida produjo efectos en la composición de la dieta y en los patrones de actividad física. Estos pueblos han atravesado, en mayor o menor grado, un proceso de *occidentalización* caracterizado por un cambio en las prácticas tradicionales de subsistencia, de la agricultura o el forrajeo hacia una participación en la economía de mercado y un aumento en la urbanización (3-6). Para algunas poblaciones originarias, particularmente las mesoamericanas, el proceso de occidentalización empezó con la llegada de los españoles y otros colonizadores europeos y continúa hasta el presente. Para otras, ya sea por una cuestión de aislamiento geográfico como el caso de los grupos amazónicos o por un fenómeno de resistencia a la colonización (por ejemplo, grupos chaqueños) la exposición completa a la influencia occidental ha sido más reciente.

Si bien históricamente el sobrepeso y la obesidad eran característicos de las poblaciones industrializadas y con mayores recursos, los problemas de exceso de peso se están transformando en endémicos dentro de las comunidades de países en desarrollo (7,8). En consecuencia, existe una fuerte preocupación por la creciente prevalencia de desórdenes nutricionales y las enfermedades agudas y crónicas asociadas con ellos, en especial las cardiovasculares, en poblaciones en las que, hasta hace relativamente poco tiempo, primaba la desnutrición. Numerosas poblaciones indígenas latinoamericanas están dentro de esta categoría (9-14).

Las prácticas alimentarias de un grupo social resultan de complejos sistemas de representaciones relacionadas con prescripciones y prohibiciones, asociaciones y exclusiones (15) y juegan un papel fundamental en el desarrollo de desórdenes nutricionales. En este contexto, el objetivo de este estudio fue describir las prácticas alimentarias y los niveles de actividad física en adultos de una población indígena (Toba/Qom) de la provincia de Formosa, Argentina. En nuestro país la información sobre el estado nutricional de los pueblos originarios es prácticamente inexistente. Por ende, los resultados de esta investigación contribuirán al conocimiento de los efectos de la transición nutricional y epidemiológica en poblaciones indígenas y aportarán datos importantes para la implementación de estrategias de salud pública.

Material y métodos

Población bajo estudio

El presente trabajo se realizó en el barrio Namqom, ubicado a 11 km al oeste de la ciudad de Formosa, al norte de Argentina en donde actualmente viven unas 3000 personas provenientes, en su mayoría, de la provincia de Chaco y de comunidades y pueblos del interior de Formosa. Las familias de Namqom dependen del ingreso de trabajos temporarios que realizan los hombres, de subsidios y planes gubernamentales y de la venta de artesanías por parte de las mujeres.

Diseño de investigación y métodos

Se realizó un estudio descriptivo cuali-cuantitativo, de diseño transversal entre marzo y diciembre de 2010. El tamaño muestral óptimo se calculó mediante el programa Raosoft (Raosoft, Inc. 2004) (16), con los siguientes parámetros: tamaño del universo poblacional: 1500 adultos, tamaño de efecto = 30% (basado en un estudio piloto realizado en el año 2006 por una de las autoras), error 5% e intervalo de confianza 95%. La muestra quedó constituida por 275 individuos (141 mujeres y 134 hombres). Los criterios de inclusión fueron: Adultos Tobas mayores de 20 años, residentes en

1 Toba es término que usaban los guaraníes para referirse a esta etnia y significa "frentones", haciendo referencia a la costumbre de este pueblo de afeitarse los primeros centímetros de cabello a la altura de la frente. Los Toba se llaman a sí mismos Qom o Qom'pi (1).

la comunidad durante el período 2010; y b- Conformidad para participar en la investigación según normas bioéticas. Se excluyó a mujeres embarazadas y a individuos con discapacidades físicas o mentales y a personas ya diagnosticadas con dislipidemias, hipertensión arterial, hiperglucemia o diabetes. El muestreo se realizó al azar, tomando las parcelas habitacionales para el sorteo. Se visitó a las familias escogidas en sus hogares. La participación en el estudio fue voluntaria. Luego de una explicación de los objetivos del trabajo y de los correspondientes procedimientos, se solicitó el consentimiento verbal de los sujetos para ser incluidos en la muestra. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Pennsylvania (Protocolo #811348). Se realizaron entrevistas individuales para indagar sobre las prácticas alimentarias y el nivel de actividad física habitual.

Para obtener una imagen completa de las prácticas alimentarias es necesario contar con información cuantitativa y cualitativa (17), para ello se utilizó la triangulación de datos (17). Los datos sobre alimentos de consumo habitual se obtuvieron a través del método Frecuencia Alimentaria Cualitativa con el instrumento Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (CFCA) (18) y los datos cualitativos, mediante la observación participante a través de un diario de campo. El CFCA, el cual se utilizó con éxito para un estudio previo en la misma población (18), se estudió a través de dos dimensiones: a) **Tipo de alimentos consumidos habitualmente:** lista de alimentos existentes en la zona. A los fines del posterior procesamiento estadístico, los alimentos se agruparon en 14 categorías. b) **Frecuencia de consumo:** periodicidad habitual con la que los individuos ingieren los alimentos que integran su alimentación. Categorías: Muy frecuente o diario (todos los días), Frecuente o semanal (de 1 a 6 veces por semana), Poco frecuente o mensual (1 a 3 veces por mes) y Nunca (no se consume). Con anterioridad a la aplicación definitiva de la encuesta alimentaria se hizo una prueba piloto de la misma, para realizar ajustes

Para evaluar el nivel de actividad física se realizó un recordatorio de 24 horas de actividades diarias. Esta variable se refiere a una categorización del gasto energético realizado por una persona durante sus actividades habituales diarias. Se adaptaron

los criterios recomendados por el Comité de Expertos FAO/OMS de 1985 con las recomendaciones del Colegio Americano del Deporte de 1993, basados en datos etnográficos (observación participante) durante etapas preliminares a este proyecto (18). Se consideró sedentario a todo aquel que realizó como actividad principal solo una de intensidad ligera, es decir, la desarrollada durante la jornada laboral (estatal o por cuenta propia) u otra actividad realizada de forma habitual (quehaceres del hogar como lavado de ropa, preparación de alimentos, confección de artesanías, atención a bebés lactantes y/o hijos, la socialización, etc) y que ocupara el 75% del tiempo o más sentado o de pie.

Se consideró como NO sedentario en caso que el entrevistado realizara actividad física adicional, es decir, la realizada fuera de la jornada laboral o de forma habitual, como el uso de la bicicleta, las caminatas, el deporte y otras actividades físicas como bailar, hachar y/o cargar leña, buscar totoras, cazar, pescar, caminar con algún peso, entre otros.

Análisis estadístico

Para describir la muestra se utilizó media y desvío estándar y los datos se analizaron mediante el test de Chi cuadrado de Pearson (χ^2). Para analizar las diferencias entre sexos en el consumo de alimentos y en los niveles de actividad física se utilizó el test t de Student para muestras independientes. Se trabajó con un nivel de significación de $p < 0.05$.

Resultados

La población de Namqom está mayoritariamente compuesta por individuos que se reconocen como Toba o Qom (95%), pero también viven en este barrio familias de origen Pilagá, Wichí y Criollos. La gran mayoría de las familias dependen de ingresos que deviene de planes sociales del gobierno nacional, trabajos temporarios que realizan los hombres y venta de artesanías por parte de las mujeres. Muy pocos poseen trabajos estables como maestros MEMA (Maestros Especiales Modalidad Aborigen), en la Municipalidad de la ciudad de Formosa u otras dependencias del gobierno provincial.

La muestra quedó conformada por 275 individuos: 141 mujeres (51,3%) y 134 hombres (48,7%), con edad promedio de $37,6 \pm DE 12,9$ años. La edad promedio de las mujeres fue de $37,1 \pm DE 12,4$ años y la de los hombres fue de $38,0 \pm DE 13,5$ años. No se encontraron diferencias significativas entre sexos en la edad de los entrevistados ($t = -0,54, p=0,59$).

Prácticas alimentarias

La alimentación típica de la comunidad consiste en una comida central para cual se utiliza un sólo recipiente sobre un único fuego. Por lo general, es un guiso a base de carbohidratos donde se utilizan arroz, fideos o, en menor proporción, harina de maíz. Según disponibilidad, se añade carne de vaca de alto tenor graso ("corte" o puchero), puré o salsa de tomates, papas y cebollas, previamente salteadas en aceite. Ocasionalmente, cuando cuentan con disponibilidad de dinero para adquirirlos, agregan morrón, zanahoria, zapallo y/o arveja. Como dijeron dos de los entrevistados "Cuando hay plata" [haciendo referencia a la zanahoria] y "No llegamos todavía" [haciendo referencia al dinero para comprar zanahoria y morrón]. Acompañan este guiso con pan blanco, en su mayoría comprado en los kioscos locales, o con torta frita. La *torta frita* es una masa a base de harina de trigo con el agregado de aceite o grasa, sal y agua, que se somete a un baño de fritura en grasa animal o aceite. Ésta es la variante más usada y el alimento más consumido dentro del grupo de productos grasos. También está la *torta parrilla* que se cocina en la parrilla y *nabolé*, que se cocina a las brasas. Estas dos últimas variantes suelen contener más cantidad de grasa entre sus ingredientes que la torta frita. Además preparan el "moloc" que es una especie de engrudo de harina de trigo que se agrega a la olla en el momento de la preparación de la comida.

Al levantarse toman mate cebado amargo. Luego desayunan pan o torta frita y en algunos casos acompañan con mate cocido dulce o leche con azúcar. El resto del día beben *tereré* (mate cebado frío) siendo su consumo muy frecuente en casi toda la población (95,3%) (Tabla 1).

El consumo diario habitual de esta comunidad Toba se caracteriza por incluir principalmen-

te 4 grupos de alimentos: **cereales y derivados, hortalizas no feculentas, sustancias grasas** y las **infusiones** (Tabla 1).

El 81% de los entrevistados también utilizan frecuentemente **hortalizas feculentas**, en especial papa y en menor proporción batata y mandioca (Tabla 1).

La proporción de la población que indicó consumir **carnes** fue ligeramente menor (71%). Los cortes de vaca elegidos son de alto tenor graso, los cuales no quitan la grasa visible antes de cocinarlas y las aves las consumen con piel. El método de cocción utilizado es la fritura. En referencia al empleo de las **bebidas azucaradas**, poco más de las dos terceras partes de la población (69,1%) las ingiere todos los días, optando por gaseosas, jugos artificiales en polvo bebidos solos o dentro del *tereré*, jugos naturales (aloja) y mate cocido con azúcar. Dentro del grupo de **lácteos**, la frecuencia de consumo de la leche es de 2 ó 3 veces por semana o, en el caso de las familias numerosas, 2 ó 3 veces al mes. En el caso de los quesos consumen los primeros días del mes que es allí cuando comprar porque cobran su salario.

Dentro de las **frutas**, el pomelo es la más consumida, pero también optan -en menor proporción- por mandarina, banana, manzana y naranja. En la época del año en la que fue realizada la encuesta, las frutas de estación eran los cítricos, de los cuales esta población sólo menciona el consumo de pomelo. La mayoría de las familias en Namqom posee una o dos plantas de pomelo en su parcela. A esta fruta la

Tabla 1. Porcentaje de entrevistados que indicaron consumir las diferentes categorías de alimentos de manera diaria, semanal, mensual o nunca.

Grupos de alimentos	Diario	Semanal	Mensual	Nunca
Cereales	99,6	0,4	0	0
Legumbres	0	17,1	16,7	66,2
Hort. feculentas	81,5	16,4	0,4	1,8
Hort. no feculentas	100	0	0	0
Frutas	28	49,8	13,8	8,4
Lácteos	21,8	51,3	21,1	5,8
Carnes	71,3	28,7	0	
Fiambres	1,1	40,4	42,2	16,4
Huevos	0,7	36,4	37,1	25,8
Sust. grasas	98,9	1,1	0	0
Prod.grasos	40,7	54,9	2,9	1,5
Beb.azucaradas	69,1	28	0	2,9
Golosinas	6,9	21,1	4	68
Infusiones	95,3	2,5	0	2,2
Beb.alcohol.	1,45	14,9	3,35	80,3

Tabla 2. Consumo habitual de bebidas alcohólicas para ambos sexos, expresado en porcentajes.

Frecuencia de consumo	Femenino	Masculino
Diario	1,4	1,5
Semanal	0,7	29,1
Mensual	0,7	6
Nunca	97,2	63,4

“toman”, esto consiste en pelar la cáscara y ahuecar un extremo del pomelo desde donde succionan el jugo y luego desechan el resto de la fruta. También preparan “aloja”, que es el jugo exprimido, diluido en agua y endulzado con azúcar. Una vez pasada la época de cítricos sólo se registró consumo semanal (49,8%) y mensual (13,8%) de otras frutas ya que el mismo depende también de factores como disponibilidad de dinero y acceso a través de vendedores ambulantes o de los comedores.

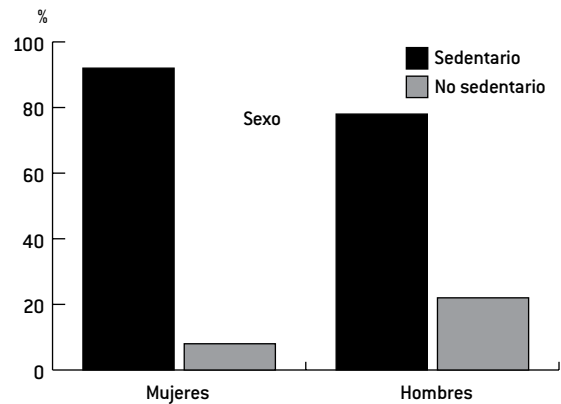
Dentro de los **fiambres, embutidos, vísceras y conservas de carne**, el 42,2% de los entrevistados indicó que su consumo es poco frecuente, mientras que el 40,4% indicó que los consume semanalmente (Tabla 1). Los más consumidos son picadillo, corned beef, hígado, salame y chorizo. Es esporádico el consumo de **productos de copetín** como *chizitos* (palitos de maíz fritos) y papas fritas. El consumo de **huevos** es variable. El 25% de los entrevistados indicó que nunca come huevos, mientras que aproximadamente 1/3 de la población lo consume semanal o mensualmente.

Sólo una quinta parte de la población indicó consumir **bebidas alcohólicas** (19,7%). Éste es el único grupo de alimentos para el cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($\chi^2 = 53,8$, $p < 0,000$) ya que el 36,6% de los hombres las ingiere, en comparación con 2,8% de las mujeres. Como se muestra en Tabla 2, la mayoría de los hombres que ingiere alcohol lo hace de manera semanal. El vino y la cerveza son las más frecuentemente consumidas.

Actividad física habitual

Existe un alto grado de sedentarismo entre los adultos ya que el 92,2% de las mujeres y el 77,6% de los hombres no realizan actividad física adicional (Figura 1). Hubo diferencias significativas entre sexos ($\chi^2_{(275, 1)} = 11,5$, $p = 0,01$) en el nivel de actividad física habitual. Los recordatorios de 24 horas

Figura 1. Porcentaje de mujeres y hombres adultos categorizados como sedentarios o no sedentarios en la población de estudio.



indicaron que la mayor parte del tiempo los adultos de Namqom permanecen sentados, ya sea para descansar, tomar mate o tereré, mirar televisión, escuchar radio y/o socializar. Las mujeres además dedican su tiempo en arreglar la casa, confeccionar artesanías, lavar ropas, cocinar, atender a los bebés lactantes y cuidar a los hijos. Si bien algunos indicaron que acompañan caminando a sus hijos a la escuela o al jardín maternal, esto no se considera como actividad física adicional debido a que en el barrio las distancias son muy cortas (sólo caminan entre 2 a 6 cuadras por día). Si bien algunos poseen bicicleta para movilizarse, cuando van hacia el centro de la ciudad (11 km) lo hacen en motocicleta, colectivo o remis. Ninguna de estas actividades está asociada con un gasto energético moderado o elevado. Muy pocas mujeres realizan actividad física moderada como bailar en eventos de la iglesia evangélica y/o caminar con algún peso como cargar leñas o totoras.

En comparación con las mujeres, los hombres exhiben un nivel de actividad física mayor ya que realizan deportes como fútbol, vóley y rugby y otros utilizan la bicicleta como medio de transporte al centro urbano o a los campos para la recolección de leña para el fuego.

Discusión

Los resultados indican que la alimentación en la comunidad toba del barrio Namqom de Formosa es monótona, a base de guisos y tortas fritas, rica en grasas y mate cebado o tereré, con pocas verduras, frutas y lácteos. Además se le suma el marcado sedentarismo entre los adultos de la comunidad.

Esta combinación podría aumentar los riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles en esta población.

En la población argentina, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) se observó un incremento significativo de la inactividad física, de la alimentación menos saludable (19) y de prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los años 2005 y 2009 (19). Situación similar ha sido comunicada para la población de Namqom (20) y otras etnias originarias sudamericanas que están pasando por una transición demográfica y nutricional (21-26). Un ejemplo de este fenómeno se registró en la población rural Tehuelche y Mapuche de la Patagonia (provincia de Chubut). Al igual que los pobladores de Namqom, estos pueblos originarios fueron radicados en territorios delimitados produciéndose la sedentarización forzada de grupos cazadores y recolectores nómades (27). En contraste, se observó que en la comunidad rural toba de Cacique Sombrero Negro de Formosa la alimentación es mucho más variada ya que consumen más frecuentemente carnes, frutas y miel provenientes del monte (28).

Con respecto al consumo diario de frutas, la prevalencia en la población adulta argentina es un poco mayor que la de Namqom y en el grupo de las hortalizas es menor (19). Sin embargo habría que considerar las formas de preparación de estas últimas, ya que en Namqom, las preparan con agregado de un componente graso. Además es importante destacar que en la población estudiada las hortalizas que se consumen son poco variadas y siempre sometidas a cocción. En cambio, las guías alimentarias para la población argentina recomiendan consumir diariamente, además de un plato de hortalizas cocidas, un plato de hortalizas crudas ya que éstas al no someterse a cocción no pierden vitaminas (29). Ocurre algo similar con las carnes, si bien la mayoría las consume diariamente, escogen carnes de alto contenido graso y no quitan la piel a las aves y la grasa visible de las carnes antes de cocinarlas. Además eligen preparaciones a las que se agregan grasas. Estas prácticas no son las recomendadas ya que está comprobado que las grasas saturadas tienden a aumentar los niveles de colesterol en sangre (30).

Si se comparan las recomendaciones de las guías alimentarias para la población argentina con

la alimentación de los pobladores de Namqom, podría considerarse que la alimentación de éstos es deficiente en algunos nutrientes (29). Tal es el caso del calcio, ya que se recomiendan dos tazas de té diarias de leche o su equivalente en yogur o queso, cantidades que no se ven reflejadas en estos pobladores ya que sólo consumen lácteos los primeros días del mes, por lo que se deduce que no estarían cubriendo el consumo mínimo recomendado.

Las prácticas de preparación de comidas contribuyen al ambiente obesogénico que rodea a muchas poblaciones de escasos recursos. Al igual que la población no aborígen que vive en situación de pobreza, en las familias aborígenes predominan los platos colectivos. Esto limitaría las preparaciones posibles a comidas como sopas, guisos y frituras. Además, las frituras, a su vez, tienen la ventaja de dar mayor saciedad debido a su contenido de grasa (31). Se interpreta de esta manera que los alimentos seleccionados cuando hay bajos ingresos deben "llenar" (31). Esto se evidencia en Namqom, ya que la fritura es forma primaria de cocción usada y se la emplea en las dos principales comidas que se realizan en el día: tortas fritas y guisos.

Asimismo, los guisos tienen la ventaja de saciar ya que se preparan con cortes grasos de carne y con verduras salteadas en aceite. El guiso es frecuentemente acompañado por pan blanco, cuya frecuencia de consumo aumenta a medida que caen los ingresos (31). Si bien estas preparaciones poseen la ventaja de brindar "saciedad", el efecto sobre la salud es perjudicial, ya que el consumo de grasa vacuna se asocia positivamente con la probabilidad de tener mayor riesgo de ECV (32).

Al consumo muy frecuente de alimentos de alto valor calórico se le suma el marcado sedentarismo entre los adultos de la comunidad. En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina que se realizó en el año 2009, los datos de sedentarismo son menores que los hallados en Namqom, pero coincide en que existe mayor prevalencia de actividad física baja en mujeres que en hombres de la región Noreste del país (19).

En conclusión, la alimentación habitual en la población adulta de Namqom consiste en comidas rendidoras, económicas y poco variadas en su composición, a base de cereales y derivados, algunas verduras salteadas, carnes de alto tenor

graso, alto consumo de sustancias grasas y mate. El consumo de bebidas alcohólicas es típico del sexo masculino al igual que un mayor nivel de actividad física.

El proceso de occidentalización que esta comunidad está atravesando conlleva una disminución de la actividad física típica de su etnia y una alimen-

tación habitual a base de comidas poco variadas y de alta densidad energética, lo cual provocaría un desequilibrio entre el aporte y gasto de energía mismo. Dado que el exceso de energía metabólica disponible se almacena en forma de tejido adiposo, esto explicaría los altos índices de sobrepeso y obesidad reportados previamente.

Referencias bibliográficas

- Ottonello M, Lorandi A. Introducción a la Arqueología y Etnología, diez mil años de Historia Argentina. Eudeba, editor. Buenos Aires; 1987.
- Miller E. Peoples of the Gran Chaco. Native Peoples of the Americas. Westport, CT, Bergin & Garvey. 1999.
- Caldwell JC. Toward A Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*. 1976; 2(3/4):321–66.
- Caldwell JC, Caldwell BK, Caldwell P, McDonald PF, Schindlmayr T. *Demographic Transition Theory*. Springer, editor. 2006.
- Kirk D. Demographic transition theory. *Pop Stud*. 1996; 50(3):361–87.
- Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition*. 2002 Dec 22;5(1A):93–103.
- Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull WHO*. 2004; 82(12):940–6.
- Popkin BM. Dynamics of the nutrition transition and its implications for the developing world. *Forum Nutr*. 2003; 56:262–4.
- Candib LM. Obesity and diabetes in vulnerable populations: reflection on proximal and distal causes. *Ann Fam Med*. 2007; 5(6):547–56.
- Frisancho AR. Reduced rate of fat oxidation: a metabolic pathway to obesity in the developing nations. *Am J Hum Biol*. 2003, 15(4): 522–32.
- Lourenco AE, Santos RV, Orellana JD, Coimbra CEA Jr. Nutrition transition in Amazonia: obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. *Am J Hum Biol*. 2008; 20(5):564–71.
- Orden AB, Oyhenart EE. Prevalence of overweight and obesity among Guaraní-Mbyá from Misiones, Argentina. *Am J Hum Biol*. 2006;18(5):590–9.
- Tavares EF, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):759–68.
- Tavares EF, Vieira-Filho JPB, Andriolo A, Sanudo A, Gimeno SGA, Franco LJ. Metabolic profile and cardiovascular risk patterns of an Indian tribe living in the Amazon Region of Brazil. *Hum Biol*. 2003;75:31–46.
- Uribe Merino JF. Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín, Colombia. *Boletín de Antropología de la Universidad de Antioquia*. 2006; 20 (37): 227–50.
- Programa Raosoft, disponible en www.raosoft.com.
- Díaz Cordova DM. Los métodos cualitativos y la antropología alimentaria. *Diaeta*. 2012; 30 (141): 25–36.
- Barragán BG, Lagranja ES. Relación entre pautas culturales y hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de la comunidad Toba de Namqom (Formosa, 2003–2004). Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. 2004.
- Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Rev Argent Pública*. 2011; 2 (6): 34–4.
- Valeggia C, Orlando MF, Lagranja ES. Peso y Sobrepeso en los qom de una comunidad periurbana. I Jornadas Interdisciplinarias de Investigación en Salud y Pueblos Originarios. 2013. Puerto Iguazú, Provincia de Misiones Instituto Nacional de Medicina Tropical.
- Benefice E, López R, Monroy SL, Rodríguez S. Fatness and overweight in women and children from riverine Amerindian communities of the Beni River (Bolivian Amazon). *Am J Hum Biol*. 2007;19(1):61–73.
- Coimbra CEA Jr, Santos RV. Emerging health needs and epidemiological research in indigenous peoples in Brazil. En: Salzano F.M., Hurtado A.M., editors. *Lost paradises and the ethics of research and publication*. Oxford: Oxford University Press. 2004;89–109.
- Godoy R, Reyes-García V, Valdez V, Leonard WR, Huanca T, Bauchet J. Human capital, wealth, and nutrition in the Bolivian Amazon. *Econ Hum Biol*. 2005;3(1):139–62.
- Lourenco AE, Santos RV, Orellana JD, Coimbra CEA Jr. Nutrition transition in Amazonia: obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. *Am J Hum Biol*. 2008;20(5):564–71.
- Orden AB, Oyhenart EE. Prevalence of overweight and obesity among Guaraní-Mbyá from Misiones, Argentina. *Am J Hum Biol*. 2006;18(5):590–9.
- Santos RV, Coimbra CEA Jr. On the (un) natural history of the Tupí-Mondé Indians: Bioanthropology and change in the Brazilian Amazon. In: *Building a new biocultural synthesis: Political-economic Perspectives on Human Biology*. Goodman A, Leatherman T, editors. Ann Arbor:University of Michigan Press. 1998.
- Ferrari M, Morazzani F, Pinotti LV. Patrón alimentario de una comunidad aborigen de la Patagonia Argentina. *Rev. Chil. Nutr*. 2004;31(2):110–7.
- Valeggia CR, Lanza NA. Tiempos de cambio: Consecuencias de la transición nutricional en comunidades Toba de Formosa. *Actas del XXIV Encuentro de Geohistoria Regional, Resistencia*. 2005;615–23.
- Lema S. Guías alimentarias: manual de multiplicadores / Silvia Lema, Elsa N. Longo y Alicia Lopresti. - 1ª. ed. 1ª reimp. - Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, 2003.
- Torrejón C, Uauy R. Calidad de grasa, arterioesclerosis y enfermedad coronaria: efectos de los ácidos grasos saturados y ácidos grasos trans. *Rev Med Chile*. 2011; 139: 924–31.
- Aguirre P. Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen. 2da ed. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2006.
- Polychronopoulos E, Pounis G, Bountziouka V, Zeimbekis A, Tsiligianni I, Qira BE, et al. Dietary meat fats and burden of cardiovascular disease risk factors, in the elderly: a report from the MEDIS study. *Lipids in Health and Disease*. 2010; 9 (30):1–6.

Comité científico

Actividades científicas 2014

COORDINADORA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS: LIC. SOLEDAD FREIJO
SECRETARIA: LIC. JULIETA PATANÉ
COLABORADORAS: LIC. LUCIANA AMPUERO Y LIC. CECILIA LABARTHE

:: Cursos Presenciales ::

MARZO

EVALUACIÓN NUTRICIONAL POR FRACCIONAMIENTO ANTROPOMÉTRICO. APLICACIÓN EN LA CLÍNICA Y EN DEPORTE. (ENFA I)

Fecha: 15 y 16 de marzo
15 y 16 noviembre (Se repite el curso)

Horario: 9 a 17 hs.

Horas de capacitación: 24 horas cátedra

Modalidad: Teórico práctica

Destinado a: Lic. En Nutrición y estudiantes avanzados de la carrera de nutrición.

Coordinación: *Magister Alicia M. Witriw*. Profesor Adjunto de Evaluación Nutricional de la Universidad de Buenos Aires. Ex – Profesor Adjunto de Evaluación Nutricional de la Universidad del Salvador. Ex – Profesor Adjunto de Antropometría de la Universidad de Maimónides

Objetivos:

- Divulgar el conocimiento del método para el estudio de la Composición Corporal y la Valoración Nutricional en sujetos sanos, enfermos y deportistas.
- Capacitar en la técnica de medición y en la interpretación de los resultados

Temario:

Historia, metodología, aplicabilidad.

Técnicas de realización. Confección de resultados. Interpretación.

Práctica de técnicas de medición.

Interpretación de casos.

Aranceles y medios de pago (en pesos):

Categoría	Profesionales	Estudiate
Socio AADYND (*)	500	400
No Socio	1000	800

(*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos Presenciales ::

ABRIL

EVALUACIÓN NUTRICIONAL POR FRACCIONAMIENTO ANTROPOMÉTRICO. TALLER DE MEDICIONES (ENFA II)

Fecha: 26 y 27 de abril

Horario: 9 a 17 hs

Horas de capacitación: 24 horas cátedra

Modalidad: Teórico-Práctica

Destinado a: Licenciados en Nutrición y alumnos del último año de la carrera

Coordinación: **Magister Alicia M. Witriw.** Profesor Adjunto de Evaluación Nutricional de la Universidad de Buenos Aires. Ex – Profesor Adjunto de Evaluación Nutricional de la Universidad del Salvador. Ex – Profesor Adjunto de Antropometría de la Universidad de Maimónides

Objetivos:

- Divulgar el conocimiento del método para el estudio de la Composición Corporal y la Valoración Nutricional en sujetos sanos, enfermos y deportistas.
- Capacitar en la técnica de medición y en la interpretación de los resultados.

Temario:

Toma de medida a todos los integrantes del grupo por el docente.

Práctica en la toma de medidas de los integrantes comparando los datos con los obtenidos por el docente.

Interpretación de resultados de informes de los participantes.

Aplicación y ejemplos en diferentes situaciones fisiopatológicas, crecimiento, embarazo y deporte de alto rendimiento.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	Profesionales	Estudiatas
Socio AADYND (*)	300	250
No Socio	600	450

(*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos Presenciales ::

ABRIL

DIPLOMATURA EN SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD E INOCUIDAD ALIMENTARIA CON ENFOQUE EN SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN**Fecha:** 11 de abril al 28 noviembre**Horario:** 18 a 21 hs**Horas de capacitación:** 160 horas cátedra**Modalidad:** quincenal. 2dos y 4tos viernes de cada mes.**Destinado a:** Lic. en Nutrición con experiencia en el área de Alimentos (Servicios de Alimentación, Industrias, Organismos Gubernamentales, ONG), con conocimientos básicos en Buenas Prácticas de Manufactura y todos aquellos que deseen especializarse en calidad e inocuidad alimentaria.**Coordinación:** **Lic. Luciano M. Muscio** Lic. en Nutrición. Master Internacional en Tecnología de los Alimentos (Universidad de Buenos Aires- Università Degli Studi Di Parma). Auditor certificado del Sistema ISO 9001. Formación específica en la temática de calidad e inocuidad alimentaria. Se desempeñó como Responsable de Aseguramiento de la Calidad y Asuntos Regulatorios en reconocidas Empresas de Alimentos.**Objetivo:**

- Que el alumno adquiera los conocimientos fundamentales para desempeñarse como Responsable de la Gestión de la Calidad e Inocuidad Alimentaria en un Servicio de Alimentación.

Temario:

1. Legislación Alimentaria Nacional e Internacional.
2. Microbiología de los Alimentos
3. Seguridad Alimentaria.
4. Gestión de Calidad en Servicios de Alimentación.
5. Implementación del Sistema HACCP en Servicios de Alimentación.
6. Gestión de Calidad e inocuidad en Servicios Especiales.
7. Manuales y Procedimientos de Gestión de Calidad e Inocuidad Alimentaria.
8. Auditorías de Alimentos basadas en el enfoque Peligro-Riesgo.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$4500	1ª cuota 2500\$ - 2ª cuota 1500\$- 3ª cuota-1400\$
No Socio	\$5500	1ª cuota 3000\$ - 2ª cuota 2000\$- 3ª cuota-1600\$

(*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde. Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos Presenciales ::

JUNIO

HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO PSICONUTRICIONAL DE PACIENTES CON SOBREPESO

Fecha: Martes 3, 10, 17 y 24 de Junio

Horario: 17 a 20 hs.

Horas de capacitación: 18 horas cátedra

Modalidad: Teórico práctica, con evaluación.

Se abordarán distintas estrategias para obtener una mayor adherencia y continuidad al tratamiento por parte del paciente. Se analizarán las posibles intervenciones mediante la presentación de diversos casos clínicos

Destinado a: Lic. En Nutrición y alumnos del último año de la carrera

Coordinación: *Lic. Vanina Gutiérrez.* Egresada de la Universidad de Buenos Aires (UBA), especializada en obesidad con 14 años de experiencia en el campo. Ex Coordinadora general en área terapéutica de los centros Dieta Club del país, dirigidos por el Dr. Cormillot. Ex miembro capacitador del staff del Dr. Cormillot en el entrenamiento de profesionales de Dieta Club del país y el exterior. Ex Coordinadora de grupos para el descenso de peso en Dieta Club. Directora del centro Nutrición Mía y Coordinadora del área nutricional de Viandas Mía. Ex Docente de la Escuela de Gastronomía Gato Dumas. Escuela de Cocineros. Ex Docente de la Escuela de Nutrición (Facultad de Medicina UBA).

Objetivo: Desarrollar habilidades y poner en práctica herramientas para mejorar la adherencia de los pacientes con sobrepeso

Temario:

Primera parte

Aspectos biológicos y medioambientales de la obesidad
Psicología del paciente con sobrepeso y obesidad.

Segunda parte

Manejo de la primera entrevista nutricional.
Herramientas en el seguimiento Psico-Nutricional.

Tercera parte

Obstáculos en la continuidad del tratamiento nutricional - adherencia al tratamiento.
Taller. Presentación de viñetas clínicas.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$400	1ª cuota 300\$ - 2ª cuota 200\$
No Socio	\$800	1ª cuota 500\$ - 2ª cuota 300\$

(*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos Presenciales ::

AGOSTO

ATENCIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DBT TIPO I Y II**Fecha:** 5-12-19-26 de agosto y 2 de septiembre**Horario:** Martes de 18 a 20.30 hs**Horas de capacitación:** 19 horas cátedra**Modalidad:** Teórico-práctico**Destinado a:** Licenciados en Nutrición y estudiantes avanzados de la carrera de nutrición.**Coordinación:** **Dra. María Isabel Rosón.** Dra. en Nutrición UBA. Área Nutrición. Integrante de la División Nutrición del Hospital de Clínicas José de San Martín. Docente de la carrera de Médicos especialistas en Nutrición de la UBA. Docente de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Belgrano. Coordinadora del Plan de Prevención de la Desnutrición Infantil. Iced Asociación.**Objetivo:**

- Acercar a los profesionales de la salud los conocimientos actualizados en el Tratamiento Médico Nutricional de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2, siendo una de las características distintivas del curso el estudio y resolución de casos clínicos que permiten acercar a los profesionales a la realidad del tratamiento de esta patología.

Temario:

Definición. Clasificación. Realidad mundial. Impacto en la población

Medicación en DBT2

Atención Nutricional del paciente con DBT1

Modo de calcular la relación hidratos de carbono /insulina

Actividad física.

Aranceles y medios de pago (en pesos):

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$450	1ª cuota 300\$ - 2ª cuota 240\$
No Socio	\$850	1ª cuota 600\$ - 2ª cuota 400\$

(*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301

:: Cursos Presenciales ::

SEPTIEMBRE

TALLER DE ROTULADO DE ALIMENTOS

Fecha: 10, 17 y 24 de septiembre

Horario: Miércoles de 18 a 21 horas

Horas de capacitación: 12 horas cátedra

Modalidad: Teórico-práctico

Destinado a: Lic. en Nutrición con experiencia en el área de Alimentos.

Coordinación: *Lic. Luciano M. Muscio* Lic. en Nutrición. Master Internacional en Tecnología de los Alimentos (Universidad de Buenos Aires- Università Degli Studi Di Parma). Auditor certificado del Sistema ISO 9001. Formación específica en la temática de calidad e inocuidad alimentaria. Se desempeñó como Responsable de Aseguramiento de la Calidad y Asuntos Regulatorios en reconocidas Empresas de Alimentos..

Objetivo:

- Formar profesionales nutricionistas para el desarrollo del rotulado de productos alimenticios.

Temario:

- Marco Normativo
- Principios Generales para el rotulado de alimentos
- Rotulado Nutricional de los Alimentos.
- Confección de la tabla nutricional.
- Información nutricional complementaria: claims
- Leyendas obligatorias y particulares.
- Declaración de propiedades saludables.
- Introducción a la publicidad de alimentos.
- Nueva normativa 2012 para la información nutricional complementaria
- Legislación Internacional
- Actividades de aplicación.

Aranceles y medios de pago (en pesos):

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$1000	1ª cuota 800\$ - 2ª cuota 400\$
No Socio	\$1300	1ª cuota 1000\$ - 2ª cuota 600\$

(*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos Presenciales ::

OCTUBRE

PACIENTE CRITICO: VALORACION Y NUTRICION**Fecha:** Miércoles 1, 8, 15, 22 y 29 Octubre 2014**Horario:** 17 a 18hs**Horas de capacitación:** 15hs cátedra**Modalidad:** Teórico-práctico**Destinado a:** Licenciados en Nutrición y estudiantes avanzados de la carrera de nutrición.**Coordinación:** **Magister Alicia M. Witriw.** Profesor Adjunto de Evaluación Nutricional de la Universidad de Buenos Aires. Ex – Profesor Adjunto de Evaluación Nutricional de la Universidad del Salvador. Ex – Profesor Adjunto de Antropometría de la Universidad de Maimónides**Objetivo:**

- Divulgar las características de un área de asistencia para pacientes en Cuidados Intensivos

Temario:

- 1) Valoración Nutricional del paciente crítico
- 2) Fisiología de la Nutrición. Estado de las reservas orgánicas.
- 3) Estados de ayuno. Fisiología.
- 4) Estados de trauma. Fisiopatología.
- 5) Estados de sepsis. Fisiopatología.
- 6) Estado de shock. Características. Utilización de nutrientes.
- 7) Balance como herramienta
- 8) Método de valoración del estado hidro-electrolítico.
- 9) Inmunonutrición. Generalidades.
- 10) Pancreatitis Aguda.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$400	1ª cuota 300\$ - 2ª cuota 200\$
No Socio	\$800	1ª cuota 600\$ - 2ª cuota 350\$

*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos de posgrado en convenio con Universidad del Salvador ::

ABRIL

CURSO DE POSGRADO EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

Fecha: 1 sábado/mes (26/4, 24/5, 28/6, 12/7, 23/8, 20/9, 18/10 y 15/11, 13/12)

Horario: 9 a 18hs en USAL (Tucumán 1845 – CABA)

Horas de capacitación: 200hs cátedra

Modalidad: Teórico- práctico

Destinado a: Licenciados en Nutrición

Coordinación:

Lic. Mercedes Paiva. Docente de la cátedra de Educación Alimentario Nutricional UBA. Docente Prácticas de Salud Pública USAL. Consultora de Programas Comunitarios. Tesista de la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales FLACSO.

Lic. Verónica Risso Patrón. Programa de Apoyo a Grupos Comunitarios. Ministerio de Desarrollo Social - CABA. Docente Economía General y Familiar y Nutrición Comunitaria UAI. Docente Prácticas de Salud Pública UBA. Tesista de la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales FLACSO.

Objetivo:

- Contribuir a la formación de recursos humanos capacitados para la intervención en grupos comunitarios y el abordaje interdisciplinario de la problemática alimentario nutricional comunitaria.

Temario:

Políticas Social y Alimentaria. Política en salud. Enfoque de derechos. Seguridad alimentaria. Educación alimentaria nutricional y comunicación. Economía alimentaria. Formulación y evaluación de proyectos sociales y alimentarios.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	TOTAL A PAGAR	Matrícula	Cuota/s
NO SOCIO - PAGO TOTAL (00) CONTADO	\$ 5.500	\$ 650	\$ 4850
NO SOCIO - PAGO EN CUOTAS (2C) 2 CUOTAS	\$ 5.900	\$ 650	\$ 2.625
NO SOCIO - PAGO EN CUOTAS (5C) 5 CUOTAS	\$ 6.600	\$ 650	\$ 1190
SOCIO - PAGO TOTAL (00) CONTADO	\$ 4.700	\$ 650	\$ 4.050
SOCIO - PAGO EN CUOTAS (2C) 2 CUOTAS	\$ 5.100	\$ 650	\$ 2.225
SOCIO - PAGO EN CUOTAS (5C) 5 CUOTAS	\$ 5.800	\$ 650	\$ 1030

*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos de posgrado en convenio con Universidad del Salvador ::

ABRIL

CURSO DE POSGRADO EN SOPORTE NUTRICIONAL EN LA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE

Fecha: Sábados mensual

Horario: Sábados de 9 a 18 hs en USAL (Tucumán 1845 – CABA)

Horas de capacitación: 200hs cátedra

Modalidad: Teórico- práctico

Destinado a: Licenciados en Nutrición

Coordinación:

Lic. Karin Nau. Nutricionista de los sectores de Terapia Intensiva y paciente post-quirúrgico del Hospital Británico. Rotante de la Clínica Mayo (USA), Servicio de Soporte Nutricional. Certificación Experto en Soporte Nutricional por la AANEP.

Lic. Gabriela Cánepa. Nutricionista Jefa del Servicio de Alimentación del Hospital Británico. Rotante de la Clínica Mayo (USA).

Temario preliminar:

Introducción al Soporte Nutricional. Valoración nutricional. Alimentación enteral – Generalidades. Alimentación Parenteral – Generalidades. Alimentación Parenteral y diabetes. Transplante de órganos: soporte nutricional. Paciente crítico. Cirugía y soporte nutricional. Renal y soporte nutricional. Pancreatitis y soporte nutricional. Neurología y soporte nutricional. Alimentación en el paciente quemado. Soporte nutricional en el paciente pediátrico. Ejercitación.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	TOTAL A PAGAR	Matrícula	Cuota/s
NO SOCIO - PAGO TOTAL (00) CONTADO	\$ 5.500	\$ 650	\$ 4850
NO SOCIO - PAGO EN CUOTAS (2C) 2 CUOTAS	\$ 5.900	\$ 650	\$ 2.625
NO SOCIO - PAGO EN CUOTAS (5C) 5 CUOTAS	\$ 6.600	\$ 650	\$ 850
SOCIO - PAGO TOTAL (00) CONTADO	\$ 4.700	\$ 650	\$ 4.050
SOCIO - PAGO EN CUOTAS (2C) 2 CUOTAS	\$ 5.100	\$ 650	\$ 2.225
SOCIO - PAGO EN CUOTAS (5C) 5 CUOTAS	\$ 5.800	\$ 650	\$ 735

*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos a distancia. Plataforma virtual AADYND ::

MARZO

NUTRICIÓN PARA EL DEPORTE PROFESIONAL Y AMATEUR

Fecha: 27 marzo al 24 julio 2014

Horas de capacitación: 139hs cátedra

Modalidad: A distancia

Destinado a: Licenciados en nutrición, graduados ó diplomados en nutrición humana y dietética o su equivalente en cada país, licenciados en ciencias de la actividad física y el deporte, profesores de educación física, médicos, fisioterapeutas y otras profesiones relacionadas, así como estudiantes del último año de cualquier de las carreras mencionadas.

Coordinación: **MSc. Lic. Noelia Bonfanti** (Argentina-España). Licenciada en Nutrición por la Universidad de Buenos Aires (Argentina), Antropometrista Nivel 3 ISAK, Máster en Nutrición y Metabolismo por la Universidad de Córdoba (España) y Máster en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte por la Universidad Politécnica de Madrid (UPM, España).

Docentes asociado: **Dr. Alberto Lorenzo Calvo** (España). Doctor en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte por la Universidad Politécnica de Madrid (UPM), Diplomado en Fisioterapia por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Máster en Alto Rendimiento por la Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivo:

- Conocer la influencia de la nutrición y alimentación en el deporte profesional y amateur para realizar un manejo nutricional óptimo del deportista con el objetivo final de optimizar al máximo el rendimiento deportivo, cuidar la salud, prevenir lesiones y adecuar la composición corporal.

Temario:

Módulo 1: introducción a la nutrición y su aplicación en el deporte

Módulo 2: recomendaciones nutricionales en el deporte

Módulo 3: entrenamiento y preparación física del deportista

Módulo 4: objetivos y estrategias nutricionales para el entrenamiento

Módulo 5: planificación nutricional para la competencia

Módulo 6: cuestiones nutricionales para los atletas que viajan

Módulo 7: suplementos nutricionales en el deporte

Módulo 8: situaciones especiales de manejo nutricional para la mejora de la composición corporal

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$1500	1ª cuota 1000\$ - 2ª cuota 800\$
No Socio	\$2000	1ª cuota 1500\$ - 2ª cuota 900\$

*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Para residentes en España y resto del mundo

	Opción pago en Euros	Opción de pago en dólares
1 Pago	300 €	330 U\$S

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 14 a 20 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Pago por internet mediante tarjeta de crédito/débito desde Argentina o desde el extranjero. Para mayor información, comunicarse con Secretaría: (0054) 11 4374 -3090/3301 o en la página de facebook de AADYND: <https://www.facebook.com/pages/AADYND/307701649248192?fref=ts> O al mail: aadynd@aadynd.org.ar

:: Cursos a distancia. Plataforma virtual AADYND ::

ABRIL

MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO I Y CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO**Fecha:** 7 de abril al 7 julio de 2014**Horas de capacitación:** 85hs cátedra**Modalidad:** A distancia de carácter Teórico-Practico**Destinado a:** Lic. En Nutrición y estudiantes del último año de la carrera**Coordinación:** **Dra. María Isabel Rosón.** Licenciada en Nutrición. Dra. Área Nutrición de la UBA. Integrante de la Sección Manejo Nutricional de la División Nutrición, Hospital de Clínicas "José de San Martín", en la actualidad como Profesional visitante. Docente de la carrera de Médicos especialistas en Nutrición de la UBA. Profesora Adjunta de Práctica Profesional y Nutrición Normal de la Carrera de Nutrición de la Ftd de Ciencias de la Salud de la Univ. de Belgrano. Autora del libro "Atención Nutricional del paciente con Diabetes Tipo 1. Conteo de hidratos de carbono". Cursos dictados en el exterior: Chile, Colombia, Bolivia y Uruguay.**Docente invitada:** **Dra. Mariana Novo.** Médica especializada en Diabetes de la Sociedad Argentina de Diabetes. Miembro titular SAD y SAN.**Objetivos:**

- Actualización de los conocimientos sobre el manejo nutricional de la DBT1 y la utilización del método de conteo de hidratos de carbono en las diferentes circunstancias y con distintos esquemas de insulino terapia.
- Adquirir habilidades para el manejo del plan de alimentación y la adecuación del mismo a las circunstancias concretas de cada paciente con DBT1.

Temario:

Módulo 1: Introducción. DCCT.

Módulo 2: Insulinoterapia convencional y optimizada.

Módulo 3: Complicaciones agudas y crónicas.

Módulo 4: Uso de bomba de infusión continua.

Módulo 5: Diabetes y embarazo.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$1100	1ª cuota 800\$ - 2ª cuota 500\$
No Socio	\$1250	1ª cuota 1000\$ - 2ª cuota 500\$

*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.

:: Cursos a distancia. Plataforma virtual AADYND ::

ABRIL

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE: UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Fecha: 21 de Abril al de 14 de Julio del 2014

Horas de capacitación: 100hs cátedra

Modalidad: A distancia de carácter Teórico-Practico que consta de 5 módulos dictados en 10 clases (1 clase por semana) y un examen final integral.

Destinado a: Profesionales de la Salud y Educación, y a estudiantes de carreras afines (Médicos, Lic. en Nutrición, Nutricionistas, Nutricionistas dietistas, Profesores en Educación Física, Lic. En Psicología, Trabajadores sociales y estudiantes avanzados de carreras afines.

Coordinación: **Lic. María Laura Sansalone** Lic. en Nutrición. Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Curso de Docencia del Posgrado en Salud Pública. Departamento de Salud Pública. Alicante, España . Coordinadora Provincial del Programa de Prevención de la obesidad infantil y adolescente: "Armando Salud". Coordinadora del Curso "Entornos Saludables en el Crecimiento". Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As. Nutricionista del Centro de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital Zonal Especializado en Crónicos de Ensenada. Profesora titular de la Cátedra de Fisiopatología y Dietoterapia del Niño. Carrera Licenciatura en Nutrición. Universidad Católica de La Plata (UCALP). Profesora Adjunta en la Cátedra Practicas IV. Carrera Licenciatura en Nutrición. UCALP. Nutricionista del CEMDDE (Centro Especializado en Medicina del Deporte y el ejercicio). Supervisora Nutricionista de la Provincia de Buenos Aires en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYs) 2005.

Objetivos:

- Brindar herramientas efectivas en el abordaje preventivo y terapéutico de la obesidad infantil.
- Promover la formación de equipos interdisciplinarios para el desarrollo de intervenciones oportunas y efectivas.

Temario:

Modulo I: Situación actual de la Obesidad Infantil. Etiopatogenia de la Obesidad.

Modulo II: Diagnostico de la Obesidad Infantil. La adopción temprana de hábitos de vida.

Modulo III: Sociedades y familias obeso génicas. El rol de la industria alimentaria.

Modulo IV: Abordaje nutricional en la prevención y el tratamiento del niño obeso. El ejercicio y el juego durante el crecimiento.

Modulo V: Abordaje integral. Importancia de la interdisciplina. Estrategias actuales de prevención y tratamiento.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$1250	1ª cuota 1000\$ - 2ª cuota 500\$
No Socio	\$1700	1ª cuota 1200\$ - 2ª cuota 800\$

*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

:: Cursos a distancia. Plataforma virtual AADYND ::

AGOSTO

MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DBT TIPO II**Fecha:** 4 agosto al 4 noviembre**Horas de capacitación:** 85hs cátedra**Modalidad:** A distancia de carácter Teórico-Practico**Destinado a:** Lic. En Nutrición y estudiantes del último año de la carrera, Médicos Interesados en Diabetes, Profesionales de la salud que trabajan en Diabetes**Coordinación:** **Dra. María Isabel Rosón.** Licenciada en Nutrición. Dra. Área Nutrición de la UBA. Integrante de la Sección Manejo Nutricional de la División Nutrición, Hospital de Clínicas "José de San Martín", en la actualidad como Profesional visitante. Docente de la carrera de Médicos especialistas en Nutrición de la UBA. Profesora Adjunta de Práctica Profesional y Nutrición Normal de la Carrera de Nutrición de la Ftad de Ciencias de la Salud de la Univ. de Belgrano. Autora del libro "Atención Nutricional del paciente con Diabetes Tipo 1. Conteo de hidratos de carbono". Cursos dictados en el exterior: Chile, Colombia, Bolivia y Uruguay.**Docente invitada:** **Dra. Mariana Novo.** Médica especializada en Diabetes de la Sociedad Argentina de Diabetes. Miembro titular SAD y SAN.**Objetivo:**

- Actualizar los conocimientos sobre el manejo nutricional de la diabetes tipo 2. Adquirir habilidades para el manejo del plan de alimentación y la adecuación del mismo a las circunstancias de cada paciente con diabetes tipo 2.

Temario:

Módulo 1: Definición. Clasificación. Realidad mundial.

Módulo 2: Medicación en DBT2

Módulo 3: Utilidad del Índice glucémico y carga glucémica

Módulo 4: Complicaciones de la DBT2 y su manejo higiénico-dietético

Módulo 5: Diabetes gestacional.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$1100	1ª cuota 800\$ - 2ª cuota 500\$
No Socio	\$1250	1ª cuota 1000\$ - 2ª cuota 500\$

*) Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener tres meses pagos.

Medios de pago:

- Pago en efectivo o con tarjeta de crédito o débito VISA/MASTERCAD en sede ubicada en Viamonte 1328, piso 7º, of. 25, Cap. Federal los días lunes a viernes de 11 a 19 hs.
- Pago a distancia en Banco Galicia: para abonar a distancia debe realizarse el depósito correspondiente en cualquier sucursal del Banco Galicia en la "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.
- Transferencia bancaria. A la cuenta "Cuenta Corriente Especial" a nombre de AADYND, N° 9750468-3005-7 DEL Banco Galicia desde cualquier banco, para lo cual informamos nuestro N° de CUIT: 30-65741337-9 Y CBU:0070005430009750468370. Enviar el comprobante por fax o mail a aadynd@aadynd.org.ar aclarando su nombre, apellido y número de socio si corresponde.

Para mayor información, comunicarse con Secretaría: 4374 -3090/3301.



MITOS DEL AGUA

Evidencia científica para desterrar creencias erróneas sobre la ingesta de agua.

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO MITOS DEL AGUA

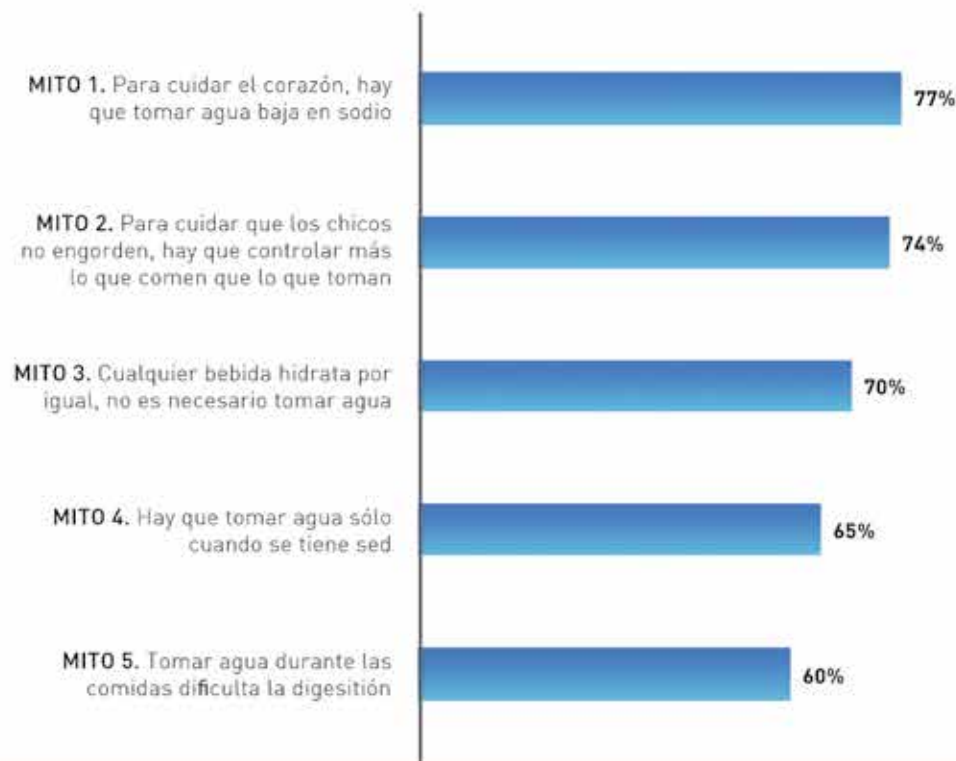
Identificar y desterrar, a través de la evidencia científica disponible, creencias erróneas que tienen influencia sobre la ingesta de agua, con el objetivo de educar y promover una hidratación más saludable.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CREENCIAS*

Para la selección de creencias sobre hidratación, se tuvieron en cuenta investigaciones previas de Aguas Danone, sobre mitos y barreras de consumo, a partir de las cuales se obtuvo un listado de creencias vinculadas a la hidratación. Para evaluar la influencia de estas creencias respecto a la ingesta de líquidos en la población argentina, se solicitó a TNS Argentina la realización del trabajo de campo. Es por ello que, durante el mes de marzo 2013 se realizaron 1014 entrevistas con una cobertura nacional. Las entrevistas fueron directas, domiciliarias a individuos de ambos sexos mayores de 18 años de edad. Se aplicó un muestreo probabilístico, polietápico y estratificado con cuotas de sexo y edad en el hogar.

* Adaptado de: Iglesias R., Carmuega E., Spena L., Casávola C. Creencias, mitos y realidades relacionadas al consumo de agua. Rev Insuficiencia Cardíaca, 2013, vol 8, N° 2.

PORCENTAJE DE INFLUENCIA SOBRE LA INGESTA DE LÍQUIDOS SEGÚN LA CREENCIA (n: 1014)





MITOS DEL AGUA

Evidencia científica para desterrar creencias erróneas sobre la ingesta de agua.

CUALQUIER BEBIDA HIDRATA POR IGUAL, NO ES NECESARIO TOMAR AGUA.



LIC. LUCIANO SPENA

Director de la Lic. en Nutrición de la Universidad de Morón.
Miembro de Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Nutricionistas (AADYND)
Dpto. de Nutrición Quilmes Athletic Club (1ª división AFA).

FALSO. En términos de calidad, cualquier bebida no hidrata por igual, es decir, los aportes son variables según el tipo de bebida. La cantidad y la calidad de los líquidos ingeridos generan un impacto en el estado nutricional. Un estudio¹ que describió el perfil de ingesta de líquidos de la población argentina demostró que el 50% de los líquidos ingeridos correspondía a bebidas e infusiones azucaradas, mientras que los hidratos de carbono simples representaron el 9-15% del valor calórico diario, superando en la mayoría de los casos la recomendación de la Organización Mundial de la Salud².

Asimismo, existen evidencias^{3,4,5,6,7} que indican que la energía consumida a través de las bebidas azucaradas no se compensaría con una menor ingesta de alimentos sólidos, resultando un balance energético positivo, y aumentando el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad. Por otro lado, no es importante dejar de lado las calorías aportadas por las bebidas alcohólicas.

Por estas razones, es fundamental la adquisición de hábitos de hidratación saludables durante la primera infancia, etapa en la que se fijan los hábitos alimentarios. Es por ello que la educación alimentaria nutricional a padres y a niños es un factor clave.

1. Chamorro MV, Valletta A, Carmuega E. Perfil de ingesta de agua y bebidas no alcohólicas en Argentina. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 2010.
2. WHO technical report series. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003.
3. Schulze MB, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004, 292:927-34.
4. Pan A, Hu FB. Effects of carbohydrates on satiety: differences between liquid and solid food. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2011, Jul;14(4):385-90.
5. McKiernan F, Houchins JA, Mattes RD. Relationships between human thirst, hunger, drinking, and feeding. *Physiol Behav*. 2008 Aug 6;94(5):700-8.
6. Almiron-Roig E, Drewnowski A. Hunger, thirst, and energy intakes following consumption of caloric beverages. *Physiol Behav*. 2003 Sep;79(4-5):767-73.
7. DiMeglio DP, Mattes RD. Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000 Jun;24(6):794-800.

:: Cursos a distancia en convenio con Nutrinfo (www.nutrinfo.com) ::

MARZO

CURSO DE POSTGRADO: HERRAMIENTAS PARA FAVORECER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Fecha: 14 marzo al 20 junio

Horas de capacitación: 130hs cátedra

Modalidad: A distancia de carácter Teórico-Practico

Destinado a: Médicos, Nutricionistas, Lic. en Nutrición y demás Profesionales de la Salud interesados en la temática. (No se permitirá la inscripción de estudiantes)

Director del curso: **Lic. Silvia Lema** Licenciada en Nutrición (UBA) y Psicóloga Social. Miembro de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas (AADYND). Integrante del Equipo Técnico a cargo del diseño de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Sub Directora de la Carrera de Especialización en Nutrición Clínica para Licenciados en Nutrición (UBA). Profesora Titular de la Cátedra de Educación y Comunicación Alimentario Nutricional en la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Bromatología de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Docente de la Cátedra de Educación en Nutrición de la Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Autora y Co- Directora: **Lic. Paula Guastavino** Licenciada en Nutrición. Certificada como experta en Soporte Nutricional (AANEP). Profesor Asociado en Evaluación Nutricional y Nutrición Clínica en la Universidad del Salvador.

Objetivos:

- Desarrollar habilidades para la escucha activa, el acompañamiento y la contención del paciente y su entorno
- Articular la clínica con la educación alimentaria mediante intervenciones comunicacionales adecuadas a las características singulares de cada paciente
- Reconocer diferentes dispositivos posibles para el tratamiento y seguimiento nutricional de pacientes crónicos
- Reforzar competencias en la comunicación escrita para la documentación de acciones en historias clínicas e informes nutricionales que agilicen la comunicación entre profesionales responsables de los tratamientos clínico-nutricionales.
- Diseñar instrumentos y estrategias que agilicen la consulta y favorezcan la adherencia del paciente al tratamiento.

Temario:

Módulo I: Aspectos emocionales en juego en las situaciones de enfermedad.

Módulo II: Las diferentes "puertas de entrada" al tratamiento.

Módulo III: Estilos de abordaje nutricional.

Módulo IV: La Educación Alimentaria y la Comunicación integradas al tratamiento

Módulo V La relación profesional-paciente

Aranceles:

Aranceles y más información en: www.nutrinfo.com

:: Cursos a distancia en convenio con Nutrinfo (www.nutrinfo.com) ::

ABRIL

BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM) Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN

Fecha: 7 abril al 29 septiembre

Horas de capacitación: 184hs cátedra

Modalidad: A distancia de carácter Teórico-Practico

Director del curso: **Lic. Bernarda Soler.** Licenciada en Nutrición UBA. Capacitadora de Manipuladores de Alimentos acreditada ante el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – 2009. Auditor Líder de Sistemas de Gestión de la Calidad, certificado por el IRCA (International Register of Certificated Auditors) Reino Unido. IRAM – 2007. Auditor Interno de Buenas Prácticas de Manufactura según la norma ISO 19011. IRAM – 2007. Participación en congresos y eventos y autora de artículos y publicaciones varias sobre la especialidad.

Temario:

Módulo I: BPM. Conceptos básicos

Módulo II: BPM. Materia prima.

Módulo III: BPM. Formulación y Procesamiento.

Módulo IV: BPM. El personal manipulador.

Módulo V: Limpieza y desinfección.

Módulo VI: Servicio. Distribución.

Módulo VII: Análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP).

Módulo VIII: Auditoria.

Módulo IX: Administración de los recursos

Módulo X: Gerenciamiento del desempeño.

Aranceles y más información en: www.nutrinfo.com

NUTRICIÓN INFANTIL NIVEL 2: CUANDO APARECEN LOS PROBLEMAS

Fecha: 9 abril al 8 septiembre

Horas de capacitación: 152hs cátedra

Modalidad: A distancia de carácter Teórico-Practico

Directoras del curso: **Lic. Jessica Lorenzo** Lic. en Nutrición. Docente Adscripta U. B. A. Jefe de Trabajos prácticos de "Alimentación del niño sano" Licenciatura en Nutrición. U. B. A. Co- autora del libro "Nutrición del niño Sano". Ed. Corpus 2007. Gerente Científico Regional Abbott Nutrición Argentina - Uruguay. Ex Jefe de Residentes de Nutrición del Hospital Gral. de Agudos "J. M. Ramos Mejía" C. A. B. A.

Lic. Marisol Díaz Lic. en Nutrición. Docente Adscripta de la Cátedra "Alimentación del Niño Sano" UBA. Profesor Asociado de las Cátedras de Nutrición Infantil, Dietoterapia Pediátrica y Evaluación Nutricional de la Lic. en Nutrición de la Universidad del Salvador. Docente de la Carrera de Nutrición de las materias Nutrición Pediátrica y Fisiopatología y Dietoterapia del Niño de la Universidad Abierta Interamericana. Coautora de libro "Nutrición del Niño Sano".

Objetivos:

- Adquirir conocimientos básicos sobre las patologías nutricionales prevalentes en la niñez y adolescencia.
- Actualizar sus conocimientos en lo referente a las patologías nutricionales prevalentes en la niñez y adolescencia.
- Encarar adecuadamente los tratamientos dietoterápicos de las patologías nutricionales prevalentes en la niñez y adolescencia.
- Adquirir herramientas prácticas para la resolución de los problemas frecuentes que surgen en los tratamientos dietoterápicos de las patologías nutricionales prevalentes en la niñez y adolescencia.

Temario:

- Módulo I: Introducción y generalidades de las patologías nutricionales frecuentes.
- Módulo II: Sobrepeso / Obesidad infantil. Dislipemias en la infancia
- Módulo III: Trastornos renales en pediatría
- Módulo IV: Diabetes tipo 1 y 2
- Módulo V: Enfermedad celíaca
- Módulo VI: Soporte nutricional

Aranceles y más información en: www.nutrinfo.com

:: Cursos a distancia en convenio con Nutrinfo (www.nutrinfo.com) ::

MAYO

ABORDAJE COMUNITARIO EN PROGRAMAS NUTRICIONALES

Fecha: 12 mayo al 12 octubre

Horas de capacitación: 114hs cátedra

Modalidad: A distancia de carácter Teórico-Practico

Directoras del curso: **Lic. Verónica Riso** Patrón. Programa de Apoyo a Grupos Comunitarios. Ministerio de Desarrollo Social - CABA. Docente Economía General y Familiar y Nutrición Comunitaria UAI. Docente Prácticas de Salud Pública UBA. Tesista de la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales FLACSO.

Lic. Mercedes Paiva. Docente de la cátedra de Educación Alimentario Nutricional UBA. Docente Prácticas de Salud Pública USAL. Consultora de Programas Comunitarios. Tesista de la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales FLACSO.

Temario:

Módulo I : enfoque de derechos

Módulo II : seguridad alimentaria

Módulo III : introducción a las políticas vigentes

Módulo IV: programas alimentarios y sociales. modalidades

Módulo V: economía alimentaria

Módulo VI: educación alimentaria nutricional y comunicación.

Módulo VII: formulación y evaluación de proyectos sociales y alimentarios

Aranceles y más información en: www.nutrinfo.com

PRÓXIMOS CURSOS: 2DO SEMESTRE

Presenciales: AADYND

- **TALLER DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**
inicio miércoles 11 junio.
Coordinación: Lic. en Bibliotecología Adina Bonorino.
- **TALLER DISEÑO EXPERIMENTAL**
inicio 9 de septiembre

Próximamente más información en: www.aadynd.org.ar

Cursos a distancia en convenio con Nutrinfo

- **NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR:**
inicio 2 de mayo al 5 de octubre. (120 hs cátedra)
Directora: Lic. F. Garat
- **SOPORTE NUTRICIONAL:**
10 julio al 7 diciembre (170hs cátedra)
Directora Lic. K. Nau, Lic. G. Canepa.
- **NUTRICIÓN INFANTIL NIVEL 1:**
13 agosto al 20 diciembre (130hs cátedra)
Directoras: Lic. J Lorenzo-Lic. M. Díaz

Próximamente más información en: www.nutrinfo.com

XXI Encuentro Anual de Nutricionistas

Miércoles 13 de Agosto de 2014 de 9 a 13 hs

Presentación de Trabajos de investigación

Áreas Temáticas: Nutrición Clínica (Adulto y Niño), Salud Pública /EAN y Alimentos

- Dichas áreas temáticas podrán postularse a Premio o No Premio.
- La evaluación de los trabajos es por jurados.
- Para Postularse a Premio, al menos uno de los autores debe ser socio AADYND activo, con cuota societaria al día.
- Reglamento de presentación de trabajos al XXI Encuentro Anual de Nutricionistas y Especificaciones para la Exposición Oral de Resúmenes próximamente en www.aadynd.org.ar
- La fecha de presentación de trabajos se extenderá hasta el **11 de Julio 2014**.

V Jornadas de Nutrición de la Ciudad de Buenos Aires

Miércoles 13 de Agosto de 2014 de 15 a 18 hs.

Jueves 14 de Agosto de 2014 de 9 a 18 hs.

**¡MANTENETE AL TANTO DE LAS
NOVEDADES EN:**

www.aadynd.org.ar

[@aadynd](https://www.facebook.com/aadynd)

Y... NUESTRO FACEBOOK!