

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 Morat Ibañez

Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires

Dr. Mario Perman

Medico Especialista Terapia Intensiva

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 Sarmartino

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 • Neº 147

ISSN 0328-1310 (impresa) // ISSN 1852-7337 (en línea)

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

"Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado.

Un esfuerzo total es una victoria completa".

Mahatma Gandhi

En esta editorial es necesario hablarles de la producción científica. Sabemos que no es fácil destinar un tiempo para idear, planificar un proyecto, y finalmente ejecutarlo, muchos quedan en el camino y con etapas sin cumplir. Podemos intentarlo, escribamos registremos todas nuestras actividades, guemos nuestro esfuerzo a lograrlo, no importa el tiempo que demande.

Las revistas científicas son uno de los principales medios de transmisión de conocimientos, su objetivo es dar a conocer las investigaciones, son una herramienta muy útil para todos los profesionales y los investigadores.

La publicación de los resultados de las investigaciones realizadas es de trascendental importancia. Deben ser compartidos con la comunidad científica y divulgadas a través de artículos en revistas científicas, en Jornadas, en Congresos y luego al público en general. El estilo y el lenguaje, deberán adecuarse a una u otra situación.

La enseñanza de todos los detalles que rodean a la preparación y luego publicación de artículos científicos es un aspecto que muchas veces no es tenido en cuenta en la formación de grado y posgrado. La gran mayoría, enfrenta situaciones difíciles cuando deben demostrar que son capaces no sólo de hacer la investigación y obtener resultados y discutirlos, sino también de publicar dicho material.

Por esta razón es que considero fundamental fomentar la incorporación formal de estos aspectos en las Universidades e Instituciones de Investigación, para conocer la importancia, limitaciones y alternativas, en temas de redacción científica y publicación.

Con la demanda creciente de los usuarios por publicaciones accesibles en Internet, se podrán incorporar otras áreas de interés. Espero que DIAETA DIGITAL, la Revista Científica de AADYND, sea la revista elegida para la publicación de sus trabajos.

Lic. Viviana Corteggiano

Presidente



Sumario

1 Editorial

■ ACTUALIZACIÓN

7 Aproximación al Soporte Nutricional desde una mirada Bioética: Todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente admisible?

GONZÁLEZ GRACIELA A, RAINIERI MARIA DANIELA

16 Notas para identificar el modelo de producción agroalimentario hegemónico actual

GLORIA VERÓNICA SAMMARTINO

■ COMUNICACIÓN BREVE

26 Estudiantes universitarios: ¿Qué comen mientras estudian?

VÁZQUEZ MARISA BEATRIZ, COLOMBO MARÍA ELENA, LEMA SILVIA, WATSON DANA ZOE

■ ARTÍCULO ORIGINAL

30 Descripción de parámetros alimentarios de jugadores de futbol del seleccionado de la Universidad de Buenos Aires

ONZARI MARCIA

■ COMITÉ CIENTÍFICO

35 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
imprenta@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
site: www.aadynd.org.ar



DIAETA (B.Aires) 2014 • Vol.32 • N° 147
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 cita 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, Riso 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 presentarán 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

AVISO

Aproximación al Soporte Nutricional desde una mirada Bioética: Todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente admisible?*

Approach to Nutritional Support from a Bioethical point of view: All technically possible, is ethically admissible?

GONZÁLEZ GRACIELA A¹, RAINIERI MARIA DANIELA²

^{1,2}Licenciada en Nutrición.

¹Jefa de la División Alimentación. Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

²Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández". Residencia de Nutrición. 3º año.

Correspondencia: danie_rainieri@hotmail.com - Recibido: 23/11/2013. Aceptado en su versión corregida: 19/03/2014.

Resumen

Introducción: la decisión sobre la administración, no instauración o retirada de nutrición e hidratación artificiales (NHA) en situaciones clínicas límite es fuente de dilemas éticos.

Objetivo: Realizar una aproximación al debate bioético en materia de NHA en pacientes en Estado Vegetativo Persistente, con demencia avanzada y enfermos terminales; analizar los valores que más frecuentemente pueden entrar en conflicto; analizar el proceso de toma de decisiones sobre administración, no instauración, o retirada de NHA; destacar el rol del Licenciado en Nutrición en el mismo.

Desarrollo: Existen posiciones encontradas en cuanto al valor de la vida y la consideración de la NHA como cuidado básico o tratamiento médico; los beneficios, riesgos y costos objetivos y subjetivos de la NHA, y la consecuente valoración de su utilidad/futilidad; y los valores de los sujetos en cuestión. El paciente competente tiene el derecho de decidir sobre su propio tratamiento. El Licenciado en Nutrición puede jugar un rol inestimable en el proceso deliberativo de toma de decisiones bioéticas en estos casos.

Conclusiones: El debate sobre dilemas éticos que involucran a la NHA en situaciones clínicas límite puede ser incómodo, pero debe ser ineludible. Los Licenciados en Nutrición están en posición de ofrecer una mirada distintiva, por lo que pueden y deben ser capaces de promover y participar activamente del proceso deliberativo de toma de decisiones.

Palabras clave: Soporte nutricional, Bioética, Toma de decisiones.

Abstract

Introduction: The decision on the administration, no introduction or withdrawal of artificial nutrition and hydration (NHA) in limit clinical situations is a source of ethical dilemmas.

Objective: To develop an approach to bioethical debate on NHA in Persistent Vegetative State patients with advanced dementia and terminally ill; to analyze the values that can most often be in conflict; to analyze the process of decision-making on administration, no introduction or withdrawal of NHA; to highlight the role of the Bachelor of Nutrition in this process.

Development: There are mixed views with respect to the value of life and the consideration of the NHA as basic care or medical treatment; the benefits, risks and objective and subjective costs of the NHA, and the consequent assessment of their utility / futility; and the values of the people involved. The competent patient has the right to decide about his/her own treatment. The Bachelor of Nutrition can play an invaluable role in the deliberative process of bioethical decision-making in these cases.

Conclusions: The debate on ethical dilemmas involving the NHA in limit clinical situations can be uncomfortable, but should be inescapable. The Bachelors of Nutrition are able to offer a distinctive point of view, and so they can and should be able to actively promote and participate in the deliberative decision-making process.

Keywords: Nutritional support, Bioethics, Decision-making

Introducción

La Medicina moderna se caracteriza por haber desarrollado una enorme capacidad tecnológica para mantener funciones orgánicas comprometidas. La Nutrición Clínica forma parte de esta Medicina moderna, ya que ha realizado avances que permiten modificar el panorama asistencial a nivel hospitalario y en la atención a domicilio de aquellos pacientes que puedan precisar de las técnicas de nutrición artificial. La regulación de su uso supone hoy en día uno de los problemas éticos más valorados (1).

Como señala la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (*ASPEN*, sus siglas en inglés), la nutrición e hidratación artificiales (NHA) son terapias viables y altamente efectivas para aliviar los efectos de condiciones temporarias o crónicas en aquéllos que están incapacitados para ingerir alimentos y líquidos. El dilema ético se presenta cuando el tratamiento no está clínicamente indicado, o cuando se piensa que será inefectivo o potencialmente dañino. A pesar de la evidencia clínica, algunos pacientes y familias creen que la abstención de NHA es cruel, inhumana, o equivalente a la inanición (2).

Existen colectivos de pacientes bien delineados que habitualmente son protagonistas de los conflictos éticos mencionados: los pacientes en Estado Vegetativo Persistente (EVP), los pacientes dementes (particularmente aquéllos en estadios avanzados de la enfermedad), y los pacientes enfermos terminales.

Las preguntas que surgen son múltiples, y de difícil respuesta: ¿Son útiles la NHA en estos pacientes? ¿Las NHA constituyen tratamientos médicos o cuidados básicos que están moralmente requeridos? ¿Los beneficios potenciales sobrepasan los riesgos y los costos potenciales, en términos de dolor, sufrimiento e incomodidad? ¿Qué rol juegan en la toma de decisiones el pronóstico y los deseos o valores conocidos del paciente? ¿Se valora la calidad de vida? ¿Es lo mismo no instaurar o retirar la NHA, que negar comida y bebida? Si el paciente no come, ¿podemos dejar que se desnutra hasta morir?

Cabe aclarar que la nutrición artificial y la hidratación artificial no son lo mismo. La primera incluye la administración de nutrientes por vías enteral y/o parenteral, mientras que la segunda implica la pro-

visión de agua en forma de solución a través de una vena periférica o central, o por vía subcutánea. Si bien en el presente trabajo se hablará en forma conjunta de nutrición e hidratación artificiales, el proceso deliberativo sobre alimentar e hidratar debe realizarse por separado, en tanto las implicancias de cada acción son diferentes, pudiendo aceptarse implementar una medida (generalmente, la hidratación) al tiempo que se decide dejar de lado la otra.

Aun no siendo posible prevenir todos los desacuerdos en relación al uso de NHA, sí es posible, y de hecho esencial, enunciar un modo de actuación claro que oriente las decisiones en la práctica clínica y ayude a la resolución de los conflictos éticos que se plantean en relación a ello (4,5).

Discusión

Nutrición e hidratación artificiales y situaciones clínicas límite

Son varias las situaciones clínicas en las cuales los criterios de indicación de NHA deben incorporar consideraciones de un orden superior a las meramente biológicas: pacientes en EVP; pacientes con daño orgánico cerebral o demencia avanzada que tienen disfagia o se niegan a comer por la boca; pacientes oncológicos considerados como "terminales" (1).

La actitud del médico ante la muerte puede adoptar básicamente tres formas (6):

- **Rechazo:** es la primera y más antigua, que conduce al abandono del paciente cuando ya no hay nada que hacer.
- **Negación:** fruto del desarrollo de la tecnología, lleva al profesional de la Salud a tratar de combatir la muerte más allá de sus posibilidades, con lo que se cae en lo que se ha dado a llamar "encarnizamiento terapéutico". Ambas actitudes (rechazo y negación) irían unidas a un sentimiento de fracaso de la ciencia ante la presencia de la muerte.
- **Aceptación:** constituye la filosofía y la razón de ser de los Cuidados Paliativos. Aquí se distinguen tres elementos de actuación: control del síntoma, apoyo emocional, y comunicación abierta, es decir,

reconocimiento de la autonomía del enfermo, entendida como capacidad de autogobierno.

El profesional de la salud puede optar por distintas modalidades de abordaje terapéutico (3):

- *Cuidados dirigidos a prolongar la vida*: no hay límites al tratamiento. Todo lo técnicamente posible es admisible.
- *Cuidados limitados*: su objetivo es mantener el estado físico y mental en funcionamiento.
- *Cuidados de confort*: su objetivo es aliviar el dolor.

Asimismo, se distinguen tres fases en el tratamiento de la enfermedad desde el punto de vista del soporte nutricional específicamente (6):

- La *curativa*, en la que hay que atender a la supervivencia y en la que la hidratación y nutrición serían obligatorias.
- La *paliativa*, en la que prima la calidad de vida restante del paciente, y en la cual la hidratación y nutrición son posibles, pero dependiendo de esta calidad de vida.
- La *agónica*, en la que hay que tener en cuenta la calidad de muerte y donde la nutrición e hidratación estarían contraindicadas.

La NHA debería formar parte de los cuidados paliativos integrales siempre que su objetivo sea conseguir o mantener el estado de bienestar del paciente y no simplemente mejorar el estado nutricional o alargar la vida a cualquier costo (7-10). También, evitar que sobrevenga la muerte por inanición en pacientes terminales con expectativas de vida más largas se convierte en un objetivo terapéutico (1).

Un plan de cuidados paliativos no excluye automáticamente el uso de soporte nutricional más o menos agresivo. Todas las opciones pueden ser consideradas (11).

En todos los casos de terminalidad de la condición clínica, el consejo dietético puede ayudar a aumentar la ingesta y mejorar el manejo de los síntomas que interfieren con la alimentación. Las dietas específicas deberían ser discontinuadas o menos restrictivas, de modo tal que permitan res-

ponder a las preferencias alimentarias de los pacientes (8, 12).

Estado Vegetativo Persistente: estado caracterizado por vigilia sin consciencia. Tiene un pobre pronóstico de recuperación una vez hecho el diagnóstico, para cuando la probabilidad de convertirse en un estado vegetativo *permanente* es muy alta (13).

Para Gamboa Antiñolo (2010), el beneficio médico objetivo que se proporciona a estos pacientes al alimentarlos es evidente: mantenerlos con vida, pues la vida sería un bien en sí misma. Además, sostiene que si no se les administrara alimento y líquido, los pacientes morirían, siendo la casusa de la muerte no una enfermedad o el estado vegetativo, sino únicamente la inanición y la deshidratación (14). Sin embargo, la Academia Americana de Neurología defiende la suspensión de la NHA en los pacientes con EVP, pues afirma que esta medida terapéutica no les proporciona ningún beneficio. Pero si la NHA no supone medidas complejas ni riesgos excesivos para el paciente, se debe optar por la alimentación de éstos como medida cautelara (14). Para la ASPEN, estos pacientes no experimentan hambre ni sed, y que por lo tanto no es probable que sufran (2). Así, cuando el diagnóstico ha sido determinado con un grado razonable de certeza científica, y el resultado de las preferencias previas del paciente o un proceso de toma de decisiones compartido con la familia y/o el sustituto designado llega a la conclusión de que la NHA implica una carga excesiva para el paciente, entonces el tratamiento puede ser retirado (2, 15).

Demencia: es un estado de deterioro cognitivo crónico, global, que involucra al intelecto, la memoria y la personalidad, sin impedimento de la consciencia. Es usualmente irreversible, y afecta principalmente a los ancianos, aunque puede suceder a una edad más temprana (16).

Los pacientes en etapas avanzadas de demencia presentan pérdida progresiva de las funciones corticales, del discurso coherente, del movimiento intencional y de la habilidad para comer por la boca, volviéndose totalmente dependientes (2, 16, 17).

Garreta y Arellano (2003) señalan las principales razones que aparecen en la literatura para la utilización de NHA en estos pacientes, a saber:

prevención o corrección de la malnutrición, del deterioro de la piel y desarrollo ulterior de úlceras por presión, de la deshidratación, reducción de las sensaciones de hambre y sed, y prevención de la broncoaspiración y consecuentemente, de neumonías aspirativas, todo lo cual debería llevar a una prolongación de la vida del paciente, y a una mejoría en su calidad de vida (17). Sin embargo, son numerosos los trabajos que concluyen que no hay evidencia de que el soporte nutricional redunde en ninguno de estos beneficios clínicos en estos pacientes (18-23). La futilidad clínica de la NHA es avalada tanto por la Academia de Nutrición y Dietética de los Estados Unidos (ex ADA – *American Dietetics Association*), como por la ASPEN, cuya posición al respecto es que esta modalidad de nutrición e hidratación no sólo no proporciona beneficios, sino que además puede estar asociada a riesgos en este colectivo de pacientes (2, 11).

Sin embargo, los médicos podrían sentirse legalmente obligados a administrar alimentación por sonda a los pacientes con demencia avanzada que dejaran de comer, aunque existen leyes que los protegen de actuar de manera que consideren fútil. A su vez, la colocación de una sonda puede estar tan profundamente arraigada en las normas culturales y ser tan psicológicamente gratificante para el que tiene que tomar la decisión por el paciente, que el inicio de NHA se lleva a cabo por razones esencialmente de complacencia (2, 3, 24, 25).

Para McNamara y Kennedy (2001), inevitablemente, la NHA será necesaria para una minoría de pacientes con demencia, pero sólo debería ser iniciada una vez que es claro que todos los esfuerzos para mantener la alimentación por la boca se han intentado, y no han funcionado, incluyendo el uso de suplementos orales (16). Sin embargo, si esta modalidad de alimentación es utilizada para prolongar la vida, pero se evidencia que está reduciendo su calidad, entonces su uso debe ser seriamente cuestionado. Una ingesta subóptima podría ser más apropiada que una NHA que implique demasiadas cargas (11).

Por otro lado, no debe perderse de vista que la pérdida del apetito y la sed son características que indican terminalidad de esta fatal condición, como en otras enfermedades terminales en sus últimas etapas (16, 26).

Paciente Oncológico Terminal: la NHA habitualmente es iniciada durante la fase de tratamiento. Pero cuando los pacientes terminales entran en una etapa paliativa, tanto la ASPEN como la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (*ESPEN*, sus siglas en inglés) recomiendan en sus guías de manejo clínico que el tratamiento debería estar dominado por la necesidad de proveer al paciente confort y alivio de sus síntomas, priorizando la calidad por sobre la cantidad de vida, más que por cualquier forma de soporte nutricional agresivo (2, 15).

El soporte nutricional enteral en ningún caso va a curar la enfermedad ni va a evitar la progresión hacia la muerte, pero podría mejorar la calidad de vida, evitar complicaciones, y hacer que el deterioro sea menos rápido. Siempre que se cuente con el consentimiento del enfermo, lo éticamente correcto sería aplicarlo, no así la nutrición parenteral, cuyo uso sería excepcional (7).

La NHA en pacientes terminales murientes ha sido asociada con mayores náuseas, vómitos, diarrea y repetidos episodios de broncoaspiración, mientras que los fluidos pueden causar o exacerbar la disnea, secreciones bronquiales, frecuencia de la diuresis, distensión de la vejiga, edema pulmonar y ascitis. La administración de NHA requiere de intervenciones adicionales como catéteres, extracciones sanguíneas, restricción física y medicación para manejar las complicaciones que pueden surgir, lo cual puede causar malestar al paciente. Irónicamente, la NHA puede evitar la cetosis y deshidratación, que son mecanismos de protección contra los potencialmente dolorosos síntomas del proceso de muerte en los últimos días (2).

La posición de la ASPEN es que la NHA puede ser discontinuada sobre bases clínicas y éticas en tanto dicha discontinuación no entre en conflicto con la legislación vigente, políticas institucionales y el consentimiento de los encargados de la toma de decisiones (2).

Factores determinantes para la toma de decisiones sobre no instauración o retirada de nha.

Cuidados Básicos vs. Tratamiento Médico: De ser considerada como *cuidado básico*, la adminis-

tración de la NHA sería obligatoria para todos los sujetos, aún siendo fútil, en tanto tiene un fin fundamental, que es mantener la dignidad y el confort del paciente (9). Su implementación no sólo no sería objeto de disposición por parte del paciente, sino que debería considerarse verdadero derecho humano, y por tanto, un medio de mantenimiento irrenunciable, que no pretende corregir la enfermedad o disfunción, sino que responde a necesidades naturales del ser humano para mantenerse vivo (5).

Si la NHA cae bajo la categoría de *tratamiento*, cuando el paciente ejercitara la toma de decisiones acerca de qué medios quiere que se le apliquen o no, sería objeto de libre disposición y por ende renunciable: nadie puede ser obligado a un tratamiento (5).

Consideraciones sobre el Valor de la Vida: Santidad vs. Calidad de Vida: Cuando se generan tensiones en el campo ético-médico es frecuentemente por los jalones entre la mirada que aboga a favor de la *santidad de la vida*, y la que aboga por la *calidad de la vida*.

La idea de que la vida es intrínsecamente valiosa deriva de las creencias tradicionales judeocristianas sobre la santidad de la vida. La forma extrema de este pensamiento sostiene que la vida es un bien absoluto que debería ser siempre preservado sin importar los costos. La visión más moderada reconoce que la misma no necesita ser preservada a toda costa, pero sí es un bien básico con valor intrínseco. Ambas posturas aceptan que “los pacientes nunca deben ver sus vidas intencionalmente acortadas (por acción u omisión) o retirarse/abstenerse tratamientos que prolonguen la vida so pretexto de que, dada su incapacidad, sus vidas valen menos o no tienen valor” (27).

La postura alternativa considera el valor de la vida por el beneficio instrumental que proporciona, como la consciencia sobre sí mismo y la habilidad de experimentar e interactuar con el ambiente que lo rodea (27).

Los juicios sobre la calidad de la vida son mejor realizados por la persona de cuya vida se trata. Hay ocasiones, sin embargo, en las cuales el paciente no es capaz de tomar decisiones (7, 17, 27).

Análisis de Riesgos, Beneficios y Costos: Deben valorarse los beneficios objetivos, conocidos a través de lo documentado, de acuerdo al concepto de Medicina Basada en la Evidencia, y los beneficios

subjetivos, es decir, en relación a la optimización de la calidad de vida relacionada con la Salud (1, 4, 6).

La evidencia científica disponible revela la ineficacia de la medida terapéutica para la mayoría de los objetivos clínicos, para prolongar la vida o mejorar el estado funcional (12). Además, la NHA no necesariamente es inocua, sino que comporta posibles complicaciones tanto mecánicas (obstrucción de sonda o catéter, lesiones por decúbito, desplazamiento de sonda, flebitis e infección generalizada, y otras), como metabólicas (hiperglucemia, hipertrigliceridemia, alteraciones hidroelectrolíticas, otras) y gastrointestinales (diarrea, constipación, distensión abdominal, náusea, vómitos) (28).

Por otro lado, no deja de ser una técnica agresiva y molesta para el paciente. Cuando la enfermedad es progresiva e irreversible, las desventajas de la alimentación superan a los beneficios siempre que sea necesario el uso de medidas de sedación farmacológica o de restricción física, violando éstas los fundamentos básicos de los cuidados humanitarios y la dignidad del enfermo. ¿Tiene sentido instaurar NHA en un paciente anciano con demencia avanzada que permanentemente se arranca la sonda nasogástrica o la sonda de gastrostomía, y debe permanecer, entonces, atado a la cama? Los autores están de acuerdo en que las medidas restrictivas deben usarse sólo cuando la NHA es imprescindible para el sostén de la vida durante una enfermedad aguda y reversible, y no en casos de padecimientos irreversibles y con nulas posibilidades de recuperación de la enfermedad o la consecución de la independencia alimentaria (3, 5, 7, 17).

Utilidad vs. Futilidad: Futilidad hace referencia a un procedimiento médico que no merece la pena administrarse: su utilidad es muy escasa, la probabilidad de conseguir su efecto es remota, el paciente estima que no le producirá ningún beneficio o, simplemente, su excesivo costo comparado con la ínfima probabilidad de que alcance el efecto deseado desaconseja su empleo (14)

No se duda que no hay obligación moral de proporcionar un tratamiento fútil, el problema es determinar la futilidad del tratamiento en situaciones clínicas límite (14).

El significado de futilidad está abierto a la interpretación, pudiendo distinguirse entre la futilidad cuantitativa u objetiva (o fisiológica) – cuando un

tratamiento no funciona e incluso puede ser maleficiente-, y la futilidad cualitativa o subjetiva – cuando un tratamiento no beneficia al paciente como un todo (“lo que es inútil para mí”) - en relación con la autonomía: el mismo paciente decide hasta dónde quiere llegar y considerar el tratamiento como fútil para él (6, 26, 27). Entonces, es importante, cuando se considera una medida fútil, establecer para qué y para quién lo es.

Tanto la ESPEN como la ASPEN, y otros autores indican que, en caso de duda sobre la utilidad o los beneficios que puede aportar la NHA, es recomendable implementar el tratamiento a modo de prueba, pero siendo capaces de retirarlo en caso de futilidad (2, 3, 6, 15). Sin embargo, debe recordarse que un tratamiento puede ser útil o no fútil, pero su aplicación puede ser desproporcionada dado el riesgo, los costos o la condición del paciente (5).

No instauración o retirada de NHA, eutanasia y suicidio asistido: en el lenguaje de la Ética, no iniciar o retirar un tratamiento de soporte vital es moralmente diferente a la eutanasia o el suicidio asistido. Los profesionales de la Salud que se oponen a estas últimas dos prácticas son moralmente capaces de proporcionar a sus pacientes alivio del dolor adecuado al final de la vida a través del “principio del doble efecto”, por el cual la provisión al paciente de un adecuado alivio puede intencionalmente acelerar su muerte. Al abstenerse de la NHA, la enfermedad de base del paciente causa la muerte, dado que éste no puede vivir sin el tratamiento (11, 29).

No inicio vs. retirada de NHA: no hay diferencia entre las decisiones de no iniciar un procedimiento o retirarlo cuando ya no se considera necesario o útil, en tanto ambas tienen igual finalidad. Sólo es una diferencia emocional (2, 7, 12, 14, 15).

Otras barreras emocionales, culturales y religiosas: el marco religioso, cultural y étnico de los pacientes y sus familias, así como el consentimiento, el respeto y la preservación de la dignidad, deben ser respetados en la medida en que son consistentes con otros principios éticos y deberes (2).

Conflictos de Valores entre el Profesional de la Salud y el Paciente o sus Representantes: Los individuos tienen el derecho tanto de solicitar como de rechazar NHA como tratamientos médicos (11). Sin embargo, las solicitudes de tratamiento debe-

rían enmarcarse dentro del campo de lo que se considera razonable por los profesionales de la Salud, quienes no deben ni pueden ser obligados a proveer tratamiento fútil (30, 31). Por otra parte, las creencias religiosas y valores culturales de los profesionales de la Salud también pueden entrar en conflicto con recomendaciones clínicas. Cuando el profesional de la Salud tiene creencias sobre la NHA que impiden apoyar el proceso de toma de decisiones de un paciente y/o su familia en un modo no sesgado, deberían considerar transferir el cuidado del paciente hacia otro profesional (2, 4, 6, 7).

Proceso de toma de decisiones éticas sobre nha en situaciones clínicas límite: quienes, como.

Autonomía: Distintos autores e instituciones, incluyendo a la Academia de Nutrición y Dietética de los Estados Unidos, la ASPEN y la ESPEN coinciden en que, en primer lugar, es el paciente quien tiene el derecho de decidir qué medidas aceptar o no, bien sean consideradas como tratamiento, o incluso como cuidado básico (1, 2, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 27, 30, 33).

La defensa al principio de autonomía obliga a tener en cuenta que una determinada decisión tomada por un paciente capaz no debe ser considerada equivocada sólo porque no coincida con la idea que sus familiares, su médico u otros profesionales tengan de lo que se debería hacer. Sin embargo, es necesario establecer la competencia de un individuo para la toma de decisiones (27).

Por otra parte, un problema muy serio frente a la autonomía es la conspiración del silencio, es decir, los familiares que se oponen a que el enfermo tenga información (14). En ocasiones, tampoco el Equipo de Salud informa al paciente de todos los aspectos que hacen a su diagnóstico y pronóstico. Al respecto, surge el concepto de “verdad tolerable”, que implica informar a los pacientes atendiendo a sus requerimientos y los de sus familiares, emitiendo información que resulte positiva para el paciente y respetando siempre el derecho a no ser informado (33).

Directivas Anticipadas: Cuando un paciente es incapaz de tomar decisiones sobre sus tratamien-

tos médicos, debe indagarse si ha expresado su voluntad al respecto con anticipación. Esta expresión de voluntades puede ser oral, y ha venido haciéndose así desde siempre. En la actualidad se pide más previsión y ayuda para concretarla, surgiendo los *testamentos vitales* o *documentos de directivas anticipadas* (también llamados “de voluntades/directrices/instrucciones anticipadas/previas”), en donde haya quedado expresada la voluntad del paciente en relación a los tratamientos médicos a implementar o no. De cualquier manera, hay que cumplir con la voluntad del paciente aunque sólo haya sido manifestada oralmente, bien sea al profesional de la Salud, o a sus familiares o amigos cercanos o a su representante legal. Frente a la falta de directivas anticipadas, no puede asumirse que el paciente desea NHA (1, 2).

Decisiones de Terceros: En la ausencia de directivas anticipadas válidas (expresadas oralmente o en un documento escrito), la tercera opción es que otra persona decida en nombre del paciente. Puede tratarse de familiares (desde los más cercanos a los más lejanos), un amigo (en caso de no haber familiares), una persona designada por el paciente (oralmente o por escrito) como representante para la toma de decisiones, o, en última instancia, el profesional/Equipo de la Salud, cuando no hay nadie más. Las posturas para decidir acerca de aquello que es “en el mejor interés” del paciente son dos (27):

- ❶ La visión de lo que una persona razonable afectada en modo similar elegiría.
- ❷ La visión de lo que el paciente particular en cuestión habría querido para sí mismo, si hubiese sido capaz de elegir.

Modelo de Proceso Deliberativo de Toma de Decisiones Éticas.

El proceso de deliberación ético identifica y clarifica los conflictos morales como preparación para considerar las posibles opciones para la acción. La justificación de una opción en particular es el objetivo de la deliberación ética (11). Existen varias guías para orientar el proceso de toma de decisiones éticas en la práctica clínica en relación a la discontinuación o no instauración de NHA (11,

34-36). En última instancia, todos involucran una misma serie de pasos:

1. Analizar todo lo referente a diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, evidencia científica y otros;
2. Evaluar los valores en conflicto y la base en que se sustentan.
3. Analizar las cargas y los beneficios de las distintas opciones en que entran en conflicto los valores, describiendo las consecuencias de cada una.
4. Identificar quién tiene la capacidad de decisión.
5. Tomar la decisión, justificando la misma y analizando los “contraargumentos”.
6. Replantear la decisión en el tiempo.

Rol del licenciado en nutrición

La posición de la Academia de Nutrición y Dietética de los Estados Unidos es que “los Nutricionistas que tengan amplia experiencia en soporte nutricional deberían trabajar colaborativamente para formular recomendaciones sobre la provisión, retirada o no instauración de nutrición e hidratación en casos individuales y servir como miembros activos de Comités de Ética institucionales” (11).

Estos profesionales deberían ser responsables de poner en conocimiento de los pacientes las opciones de manera que estos puedan tomar una decisión informada.

Asimismo, es responsabilidad de los mismos asegurarse de que las cuestiones relativas a la alimentación de los pacientes sean discutidas de manera que todas las opciones apropiadas sean consideradas. Para poder hacer ello con idoneidad, los Nutricionistas deben (11):

- ❶ Tener conocimientos de nutrición clínica, valores culturales y religiosos, razonamiento moral, legislación en materia de Salud, política institucional.
- ❷ Tener habilidades para el análisis de situaciones, pensamiento crítico, facilitación de discusiones, negociación, comunicación, toma de decisiones éticas.

Los profesionales de la Salud necesitan continuar educándose sobre las cargas y beneficios

que implican la NHA y el poder simbólico habitualmente atribuido a ello. Aquéllos que no tengan un punto de vista claro sobre las cuestiones éticas y clínicas relacionadas con la NHA no están capacitados para aconsejar a los pacientes y sus familias, más allá de sus buenas intenciones (3, 27).

Conclusiones

Si bien la no instauración o retirada de la NHA en pacientes en situaciones clínicas límite (como EVP, demencia avanzada y terminales) han sido avaladas y hasta recomendadas por los distintos autores y organizaciones de Salud, y por tanto, ética y legalmente aceptadas, en el proceso deliberativo de toma de decisiones deben considerarse aspectos que van más allá de los meramente legales, técnicos y biológicos, respecto de las cuales puede (y suele) haber disenso, y que son el corazón del conflicto ético resultante.

Si el Licenciado en Nutrición quiere reafirmarse como parte del Equipo de Salud, debe ser capaz de promover y participar activamente del proceso deliberativo de toma de decisiones bioéticas en relación a la NHA, realizando un aporte constructivo al mismo. Idealmente, aquéllos que cuentan con amplia experiencia en soporte nutricional están en posición de ofrecer una mirada distintiva del rol de la NHA en las diferentes situaciones generadoras de conflicto ético, atendiendo y poniendo de plano tanto cuestiones técnico-científicas como relativas a los significados que aquella puede tener para los pacientes y sus familias.

Los conflictos deben prevenirse mediante un adecuado proceso de acercamiento e información del paciente y sus familiares desde el más absoluto respeto a los valores del enfermo.

“La respuesta ética ante el otro debe considerar a ese sujeto como fin en sí mismo, aunque esté en situaciones de precariedad o de sufrimiento. Esta preocupación central por el otro es el meollo de la responsabilidad” (15).

Referencias bibliográficas

1. Álvarez Hernández J. Ética y desnutrición hospitalaria. En: Ulíbarri JL. El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Edición Acción Médica, 2004. P 121-136
2. Barrocas A, Geppert C, Durfee S, et al. A.S.P.E.N. Ethics Position Paper. *Nutr Clin Pract* (serie en internet). 2010.
3. Hortelano Martínez JE, Azulay Tapiero A, Castillo Blasco M. Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad terminal. *Nutr Hosp*. 2002; 17 (6): 279-283.
4. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate Use of Artificial Nutrition and Hydration — Fundamental Principles and Recommendations. *N Engl J Med*. 2005; 353: 2607-2612.
5. Collazo Chao E, Girela E. Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. *Nutr Hosp*. 2011; 26 (6): 1231-1235.
6. Del Cañizo Fernández-Roldán, A. Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético. *Nutr Hosp*. 2005; 20 (2): 88-92.
7. Azulay Tapiero A, Hortelano Martínez E. El soporte nutricional en la situación de enfermedad terminal. Dilemas éticos. *An Med Interna*. 2003; 20 (8): 434-437.
8. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP et al. Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer (2001). *British Journal of Cancer*. 2003; 89 (1): S107-S110.
9. García de Lorenzo A, Barbero J, Castaño S y col. Conclusiones del III Foro de Debate SENPE. Soporte nutricional especializado: aspectos éticos. *Nutr Hosp*. 2006; 21 (3): 300-302.
10. Valero Zanuy MA, Álvarez Nido R, de Diego Muñoz R y col. ¿Se debe limitar el esfuerzo terapéutico en nutrición artificial? *Rev Clin Esp*. 2003; (12): 582-8.
11. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Ethical and Legal Issues in Nutrition, Hydration, and Feeding. *J Am Diet Assoc*. 2008; 108 (5): 873-882.
12. Danis M. End of life care: Stopping nutrition and hydration. Up to Date. 2001.
13. Moreno Villares JM, Álvarez Hernández J, Wanden-Berghe Lozano C y col.. Glosario de términos y expresiones frecuentes de Bioética en la práctica de la Nutrición Clínica. *Nutr Hosp*. 2010; 25 (5): 543-548.
14. Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin*. 2010; 135 (9): 410-416.
15. Körner U, Bondolfi A, Bühler E et al. Ethical and Legal Aspects of Enteral Nutrition. *Clin Nutr*. 2006; 25: 196-202.
16. McNamara EP, Kennedy NP. Tube feeding patients with advanced dementia: an ethical dilemma. *Proc Nutr Soc*. 2001; 60 (2): 179-185.
17. Garreta M, Arellano M. Conflictos éticos en la toma de decisiones. *Rev Mult Gerontol*. 2003; 13 (1): 47-50.
18. Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson J et al. Predictors of pressure ulcer healing among long-term care residents. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45 (1): 30-4.
19. Finucane TE. Malnutrition, tube feeding and pressure sores: data are incomplete. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43 (4): 447-51.
20. Finucane TE, Bynum JP. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. *Lancet*. 1996; 348: 1421-24.
21. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA*. 1999; 282 (14): 1365-1370.

22. Kaw M, Sekas G. Long-term follow up of consequences of percutaneous endoscopic gastrostomy tubes in nursing home patients [resumen]. *Dig Dis Sci.* 1994; 39 (4): 738-43.
23. Peck A, Cohen CE, Mulvihill MN. Long-term enteral feeding of aged demented nursing home patients. *J Am Geriatr Soc.* 1990; 38 (11): 1195-8.
24. Aita K, Takahashi M, Miyata H et al. Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: a qualitative study. *BMC Geriatrics.* 2007; 7, 22.
25. Cano L. Aspectos éticos del soporte nutricional en el paciente con enfermedad neurodegenerativa. En: Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R. (s.f.). *Aproximación bioética a la nutrición clínica* (cáp. 1). Barcelona. Ed. Glosa (s.f.).
26. The AM, Pasman R, Onwuteaka-Philipsen B et al. Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. *BMJ.* 2002; 325 (7376): 1326.
27. Sayers GM, Lloyd DAJ, Gabe SM. Parenteral nutrition: ethical and legal considerations. *Postgrad Med J.* 2006; 82: 79-83.
28. Torresani ME, Somoza MI. Cuidados para el apoyo nutricional. En: Torresani ME, Somoza MI. *Lineamientos para el cuidado nutricional* (cáp. 3). Buenos Aires. Ed. Eudeba. 2005. 120-142.
29. Slomka J. Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues. *Cleve Clin J Med.* 2003; 70 (6): 548-552.
30. Barrocas A. Nutrition support and the troubling trichotomy: a call to action. *Nutr Clin Pract.* 2006; 21, 109.
31. Conroy SP, Luxton T. Continuing care – should geriatricians re-engage? *Age and Ageing.* 2004; 33: 525-527.
32. Gostin LO. Ethics, the constitution, and the dying process: the case of Theresa Marie Schiavo. *JAMA.* 2005; 293 (19): 2403-7.
33. Arajano Márquez, JM. Algunas consideraciones bioéticas sobre la información a pacientes de los resultados positivos de cáncer de mama en estudios mamográficos. *Rev Med Electrón.* 2010; 32 (6).
34. Ackermann RJ. Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment. *Am Fam Physician.* 2000; 62 (7): 1555-1560.
35. American Nurses Association. *Position Statement: Forgoing Nutrition and Hydration.* 2001.
36. Bacon D, Williams MA, Gordon J. Position statement on laws and regulations concerning life-sustaining treatment, including artificial nutrition and hydration, for patients lacking decision-making capacity. *Neurology.* 2007; 68 (14): 1097.

Fe de erratas

DIAETA (B. Aires) 2013; 31 (145): 7-14

El grado académico de la autora Natalia Basset es Licenciada en Biotecnología

Notas para identificar el modelo de producción agroalimentario hegemónico actual

Notes to identify the current model of hegemonic agro-alimentary production

GLORIA VERÓNICA SAMMARTINO¹

¹Licenciada en Antropología. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Escuela de Nutrición-CISPAN

Recibido: 25/03/2014 . Aceptado en su versión corregida: 25/04/2014.

Resumen

En este trabajo nos proponemos bosquejar algunas conceptualizaciones básicas para comprender la lógica de funcionamiento del sistema agroalimentario actual. En este sentido, bajo la noción de modelo agroalimentario hegemónico tenemos en cuenta algunos ejes que nos permiten identificar los rasgos claves y ubicar los sujetos sociales vinculados al mismo, para lo cual relacionamos dimensiones interdependientes, tanto sociales, económicas, políticas y ecológicas, como locales, nacionales y globales así como entre diferentes temporalidades. Una vez descriptos los rasgos más importantes del modelo agroalimentario hegemónico nos ocupamos de enfocarnos en las características más generales que el mismo asume en el contexto de nuestro país. El propósito es poder explorar y visualizar algunos aspectos que hacen al entramado de fondo dado por las condiciones del entorno económico, social y político que establece poderosamente los términos en los que "decidimos" buena parte de nuestra alimentación.

Palabras clave: Sistema agroalimentario, Hegemónico, Entorno económico, Entorno político, Entorno social.

Abstract

In this paper we propose to outline some basic conceptualizations to understand the logic of the current agro-alimentary system . Following this, under the notion of hegemonic agro-alimentary model, we consider some axes that allow us to identify the key features and to locate the social subjects that are involved. In this sense, we related interdependent dimensions, both social , economic, political and ecological and local, national and global, in different temporalities. Once the most important features of the hegemonic agro-alimentary model were described, we focused on the most general characteristics that this model has in the context of our country. The purpose is to explore and visualize some aspects that explore the real reasons - given by the conditions of the economic , social and political environment- that strongly establish the terms in which " we decide " much of our feeding.

Keywords: Agro-alimentary system, Hegemonic, Economic environment, Political environment, Social environment.

Dieta (B.Aires) 2014;32 (146):16-25. ISSN 0328-1310

Introducción

El estudio de la comida, tal como lo comprendemos, no puede dejar de tener en cuenta ciertos desarrollos y posiciones teóricas acerca de cómo se producen y abastecen los alimentos en la actualidad. En este sentido nos proponemos bosquejar algunas conceptualizaciones ordenadoras básicas, útiles para comprender el funcionamiento

y la lógica de lo que aquí denominamos modelo agroalimentario hegemónico actual. Guiándonos por la propuesta del antropólogo Sidney Mintz. (1) distinguimos dos tipos de significados: el externo y el interno. El primero se refiere a las condiciones estructurales que inciden en el acceso y consumo de los alimentos, dentro de esta categoría están in-

volucrados básicamente el sistema de producción y distribución de los mismos, los precios, las condiciones ecológicas y climáticas para producirlos, las condiciones laborales que establecen horarios y formatos de comida de la gente, así como la organización doméstica. Los significados internos constituyen lo que quieren decir las cosas para quien las usa, de manera que se vuelva familiar el mundo material. Aquí nos proponemos explorar el significado externo que depende de los “cambios de trasfondo” dados por las condiciones del entorno económico, social y político que fijan a modo de “límites exteriores” los significados internos que pueden ser aprehendidos en las condiciones de consumo alimentario en la vida diaria. Nuestro objetivo apunta entonces a visualizar algunos aspectos que constituyen este entramado de fondo que establece poderosamente los términos en los que “decidimos” buena parte de nuestra alimentación.

Antes debemos explicitar que entendemos por los términos que empleamos. Por agroalimentario abarcamos el papel de la agricultura y la alimentación con el fin de visualizar las relaciones dentro de las cuales los alimentos son producidos. Por modelo entendemos la construcción de un instrumento metodológico propuesto por nosotros, a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico, que no puede explicar cada una de las situaciones históricamente determinadas, pero sí actúa como referencia y como un primer nivel explicativo, debiendo ser articulado con el análisis de situaciones específicas. (2) Por hegemónico entendemos al cuerpo de prácticas y expectativas que constituye un sentido de realidad para la mayoría de las gentes de la sociedad en un sentido de lo absoluto. (3)

Así, para la elaboración de este modelo tenemos en cuenta algunos ejes que nos permiten identificar los rasgos claves y ubicar los sujetos sociales vinculados, para lo cual relacionamos dimensiones interdependientes, tanto sociales, económicas, políticas y ecológicas, como locales, nacionales y globales así como entre diferentes temporalidades. Una vez descriptos los rasgos más importantes del modelo agroalimentario hegemónico nos ocupamos de enfocarnos en las características más generales que el mismo asume en el contexto de nuestro país. Para ello nos guiamos del aporte de autores que inves-

tigan en el área de la producción agroalimentaria para el caso argentino.

El modelo agroalimentario hegemónico orientado al mercado

El punto de inicio del sistema agroalimentario hegemónico lo ubicamos con las grandes transformaciones aparejadas a la industrialización que surgen en el marco de un proceso más amplio, conocido como la revolución agrícola que desarticula por la fuerza la utilización de las tierras comunales en espacios privados para criar grandes rebaños con fines comerciales, gestado en Europa durante el siglo XVII y denominado *acumulación originaria*, categoría que presupone la combinación de dos presupuestos históricos. Por un lado la disolución violenta que había permitido la reproducción autosuficiente de la vida en relación con la tierra; por el otro, significó la separación de los productores de los medios de producción; situación que los arrojó al mercado de trabajo en calidad de “proletarios totalmente libres”. (4) Este conjunto de procesos crea una base material nueva, signada por la mecanización y el cambio en la organización del sistema productivo y la subordinación de las periferias, ya sea mediante el dominio técnico o de mercado, la conquista o colonización. Su magnitud ha sido tal que ningún rincón del mundo ha quedado fuera del sistema y eso no solo ha afectado a las economías locales, sino también a la organización social, a las formas de vida y a la identidad de los pueblos. (5) En este contexto ubicamos la entrada de la racionalización de la producción agroalimentaria, caracterizada por la productividad permanente a través del agregado de tecnología basada en la utilización del petróleo como insumo principal, y cuya mayor consecuencia es la creciente intensificación de la producción capitalista en relación a la alimentación, devenida en producción de beneficios y no de alimentos, a consecuencia de lo cual “lo bueno para comer se transforma en lo bueno para vender”, a despecho de su capacidad nutricional. (6)

Dentro del proceso signado por el capitalismo industrial moderno los productores de alimentos se convierten, tras distintas temporalidades, en

gigantescas corporaciones que determinan que muy poca gente participe directamente de la producción de alimentos y la mayoría, a nivel global, se transforme en “consumidores puros”, (7) dependientes de la cocina industrial y la agricultura industrializada. Lo cual rompe con el sistema de producción de alimentos orientado al autoconsumo que prevalecía, marcado por la relación que se establecía con la naturaleza, donde los insumos para la producción no provenían del mercado, sino que eran aportados por los propios productores: Trabajo, fuerza de tracción, semillas, abonos orgánicos. (8) Lo cual ha sido así prácticamente durante diez mil años, desde la invención de la agricultura, donde los productores rurales han producido los alimentos necesarios para las sociedades teniendo en sus manos el control de los recursos. A lo largo de este período buena parte de la producción de alimentos se mantuvo bajo el control de estos actores sociales, independientemente de su posición con respecto a la propiedad de la tierra, siendo que ellos conservaban los saberes necesarios para llevar adelante todas las etapas vinculadas a la producción de los mismos. Ello sin dejar de considerar que las economías agrarias de subsistencia enfrentaron serios problemas para producir suficientes alimentos para la generalidad de la población, por la escasez permanente y las hambrunas cíclicas.

El tipo de agricultura que se corresponde con la producción industrializada de alimentos surge conjuntamente, hacia finales del siglo XIX, en los países donde se produce la revolución industrial y los territorios agrícolas destinados a la producción diversificada de alimentos para el autoabastecimiento es sustituida, tras los diferentes períodos, por la agricultura comercial en la que la producción “hiperhomogeneizada” se destina al mercado, a tal punto, que prácticamente en todo el globo los paisajes agrícolas modernos se transforman en campos monovariales. Los territorios agrícolas quedan inscriptos así en el marco de los sistemas de producción agroalimentaria de escala internacional, debido al creciente desarrollo de los intercambios comerciales transnacionales, y ya no en el de los subsistemas locales o regionales. Esta situación induce a la disminución de la variedad intraespecífica de los alimentos vegetales, como por ejemplo en Francia, donde en el siglo XIX estaban

inventariados 88 variedades de melón, no encontramos ahora más que cinco, y de 28 variedades de higos, se encuentran solo dos o tres. (7). Ello implica a su vez la homogeneización de los alimentos, que hace que los productos que encontramos en los supermercados sean cada vez, con mayor frecuencia los mismos en las diversas regiones.

Los distintos ciclos del modelo agroalimentario industrial hasta llegar al sistema corporativo actual

El **primer ciclo** del sistema agroalimentario podemos ubicarlo entre el período que va de 1870 a la década de 1930/1940, marcado por la hegemonía de Inglaterra, que asigna una división colonial del trabajo agrícola, imponiendo a las colonias tropicales el monocultivo de café, azúcar, banana, aceite de palma, etc., con lo cual abastece de alimentos baratos a los trabajadores europeos y a la vez controla el mercado para la exportación de los productos manufacturados europeos a las colonias. (9) Hasta la primera mitad del siglo XX, aún la mayor parte de los insumos para la producción no se adquirían en el mercado sino que, como hemos dicho, eran aportados por los propios campesinos (trabajo, fuerza de tracción, semillas, abonos orgánicos). Aunque lentamente *los cambios técnicos fueron modificando esta situación y acentuando la dependencia del mercado para producir y creándose las condiciones para el surgimiento y la ampliación acelerada de una agricultura intensiva, casi fabril, en la que los recursos productivos de los campesinos comenzaban a costar cada vez menos.* (8)

Este período lo caracterizamos también con el origen de la *cocina industrial* (10) constituida por la emergencia y vinculación de varios *adelantos* técnicos, como: 1) **Conservación**, donde los frascos, latas y congelados sustituirán los viejos sistemas de conservación a base de sal, grasa, vinagre, ahumado, secado, embutido, etc. 2) **Mecanización**, con la aplicación de máquinas para la producción de alimentos industriales que incidirán en el desplazamiento cada vez mayor de la preparación pe- cuniaria de la cocina a la fábrica, brindando alimentos pre-procesados. 3) **Transporte**, gracias a las nuevas redes de trenes, barcos frigoríficos, etc., la

distribución se mecaniza posibilitando el traslado de grandes cantidades de alimentos preparados a un mercado masivo. 4) **Venta mayorista-minorista**, proceso a través del cual retrocede la feria, el mercadeo a cielo abierto de productos frescos, de proximidad, funcional en ciudades pequeñas y aparecen nuevas modalidades (los almacenes) para el comercio de los nuevos tipos de alimentos estandarizados que pasan por redes de intermediarios (fábrica, mayorista, distribuidor, minorista) hasta llegar al consumidor. Asimismo, la fabricación a gran escala, agrega el autor, trajo consigo el aumento de la distancia entre productor y consumidor, de modo que ante la necesidad de una forma nueva de comunicación, este tipo de comercialización se da de la mano de las campañas publicitarias. 5) **Seguridad Biológica**: A medida que la sociedad urbana se divorcia de la producción primaria, surge un sistema experto con la función de garantizar el producto sin adulteraciones, su origen, procesamiento, calidad, higiene, etc. El mercado proveerá tal garantía recurriendo a las marcas y el estado por su parte los garantizará a través del control bromatológico y a través de la persecución de las adulteraciones. (10) Es precisamente en este período en el que emergen muchas de las industrias procesadoras de alimentos, cuyas marcas se han hecho mundialmente famosas, como Campbell (1869), Coca Cola (1998), Purina (1894), Nestlé (1905), Unilever (1930), Cargill (1865). (9)

El **segundo ciclo** del modelo agroalimentario hegemónico lo ubicamos en el período de la posguerra, con el advenimiento de la hegemonía de EUA y el establecimiento de las nuevas relaciones comerciales, productivas y culturales en el plano mundial (9). Estas modificaciones técnicas fueron acompañadas por cambios institucionales en las esferas gubernamentales durante la primera mitad del siglo XX en Estados Unidos, generando un poderoso y complejo aparato para el apoyo a la agricultura, que puso a disposición la organización científica que aportaba conocimiento y tecnologías básicas, traducidas en la expansión de la llamada agricultura científica, con el crecimiento de los factores técnicos, como la mejora del material genético y la fertilización de semillas con productos químicos, los insecticidas y los herbicidas químicos. Todo ello comercializado por

fábricas agropecuarias a veces propiedad de grandes corporaciones. A partir de la década de los '50, las políticas productivistas que constituyeron el modelo de "desarrollo rural" imperante en los países periféricos pusieron el acento en el empleo de todos estos recursos, que con la llamada "revolución verde" buscaban los incrementos en los niveles de rendimiento de la producción agrícola y el propósito de configurar la respuesta técnica para el problema del hambre (8, 9, 11). Asimismo este período se caracteriza por la creciente artificialización de los alimentos y por la suma de tecnología, como la empleada para la revolución verde, con la que se buscaba ampliar la oferta de alimentos básicos, estimulando la industrialización alimentaria y promoviendo la dependencia alimentaria a largo plazo.

Resumiendo lo que venimos diciendo, los hitos que marcan este período son la agroindustrialización y proteccionismo de EUA, estableciéndose una nueva división internacional del trabajo agrícola, a partir de la creación de complejas transnacionales de commodities. (12) Aun así, la tendencia entre los gobiernos, en línea con las políticas del período anterior, era estimular la producción de alimentos y garantizar una remuneración razonablemente satisfactoria a los productores agrícolas con el fin de estabilizar los precios de los mismos en niveles bajos. Tendencia que irá transformándose hacia finales de ese período, pues el principio organizador de la economía mundial estaba cambiando el estado por el capital.

El comienzo del **tercer ciclo** del modelo agroalimentario hegemónico se ubica a fines de 1970, con la acrecentada hegemonía estadounidense en el plano internacional, junto a un nuevo patrón que comprende desde el tecnológico, los modos de consumo, pasando por la reorganización de sus prácticas políticas, (9, 13) su estructura productiva y de distribución. Es bajo la "libertad de comercio", o desregulación que se produce en los mercados, que se encuadra la diseminación del poder monopolista corporativo que explosiona a nivel global (9). Por esta vía, las grandes corporaciones, a quienes ubicamos como los sujetos actores del modelo agroalimentario hegemónico, pasan a aumentar su área de actuación por medio de fusiones y adquisiciones que tienden a una concen-

tración cada vez mayor. La industria alimentaria, acorde a la evolución del capitalismo industrial, va centralizando y eliminando las fronteras entre la producción de alimentos y otros sectores de la vida económica. Las empresas de alimentos se convierten en compañías holding cada vez más poderosas y diversificadas, que a su vez aparecen integradas en complejas redes interconectadas que abarcan una gran diversidad de especialidades económicas, atadas a numerosos intereses que obligan a ponderar los resultados económicos de la producción alimentaria con estrategias alternativas para incrementar los beneficios de las corporaciones. (14)

Por otra parte, la aproximación de la industria alimentaria con sectores químicos y farmacéuticos genera un proceso de transición tecnológica en dirección a la ingeniería genética que implica nuevos paquetes tecnológicos -de los cuales derivan la combinación de semillas genéticamente modificadas, los agroquímicos y fertilizantes que las acompañan y la técnica de cultivo de la siembra directa-, que demandan alta inversión de capital por hectárea, utilización de insumos externos y bajo empleo de mano de obra. Son usadas para que por medio del monocultivo se puedan obtener productos uniformes adecuados al procesamiento industrial. Esto, junto a escalas cada vez mayores de producción que reducen los costos de transporte y acerca a las empresas de procesamiento de alimentos a otros fabricantes de alto volumen que utilizan las mismas tecnologías y modelos de negocio, así como la incesante innovación de productos como si fueran el rubro, por ejemplo de ropas y cosméticos. El suceso del sector agroalimentario es que ha tenido la capacidad de hacer que los alimentos se comporten como cualquier otro producto de consumo, es decir, producidos donde el costo es menor, enviados para donde la demanda es mayor y administrados por medio de los mismos contratos, mercados a futuro, e instrumentos utilizados para por ejemplo, el estaño, hierro, madera, etc. Por esta vía, los productores de alimentos convertidos en gigantescas corporaciones con una inmensa cantidad de recursos bajo su control, se constituyen como el principal agente de producción, distribución y comercialización de alimentos en el mundo, a través de su capacidad de influenciar políticas

agrícolas, comerciales y de abastecimiento que determinan la dependencia de la mayoría de las personas a la cocina industrial y la agricultura industrializada. (9) Estas corporaciones de alimentos cuentan asimismo "con una gran capacidad para divulgar, mediante la publicidad y/o el monopolio de los mercados alimentarios, criterios de presentación o envasado de los productos, a la vez que procuran el establecimiento de unos modelos y cotas de producción alimentaria acordes con el mantenimiento de niveles de precios en consonancia con sus intereses. (15)

Consideramos que la caracterización del modelo agroalimentario hegemónico no está acabado si no consideramos, a grandes rasgos, el cuerpo de críticas que emerge por parte de los mismos autores que traemos aquí y teorizan acerca de la producción y abastecimiento de los alimentos. Las críticas acerca de este modo de producir alimentos giran básicamente en dos aspectos: en la ineficacia en términos de costos y beneficios entre los insumos de producción y la producción generada, y en los problemas vinculados a la seguridad alimentaria a nivel global, ambos cuestionamientos íntimamente relacionados entre sí. Respecto al primer punto hallamos que la mecanización combinada con la fertilización intensa implican un gasto de energía cada vez más alto y en este sentido, un saldo negativo: más unidades energéticas, casi todas inorgánicas - fertilizantes herbicidas, pesticidas, insecticidas y fungicidas dependientes de petroquímicos- se invierten en la producción de las que se cosechan como alimentos. (6, 8) Este alto coste se maximiza si consideramos que en la distribución y abasto se gasta tres veces más energía que en la producción agropecuaria, junto al paulatino deterioro del clima y la ecología global, lo cual genera profundas dudas acerca de la capacidad de la humanidad para alimentarse basándose en un modelo de agricultura industrial. (16, 17)

La seguridad alimentaria mundial es otro de los eslabones débiles en la cadena que entrelaza la crisis ecológica y económica que afectan al planeta. Desde los trabajos de Amartya Sen, (18) sabemos claramente que el problema no es de escasez de alimentos, sino de distribución y acceso a la alimentación. Es decir, no importa realmente tanto la cantidad de alimentos que se produzcan como la

posibilidad de las personas de tener acceso a ellos. Esto se hizo evidente, por ejemplo, en 2008 con la alarmante subida del costo de los alimentos - los precios del arroz se incrementaron 3,2 veces, 2,1 los de trigo y 2,5 los del maíz- que solo en un año envió a 75 millones de personas en la fila de hambrientos del mundo. (19) El mismo año que las corporaciones proveedoras de insumos y semillas lograron enormes ganancias. Los analistas concluyeron que la inversión financiera empujó el precio de muchos cultivos a valores mucho más elevados de lo que normalmente hubieran alcanzado. Esto nos conduce a pensar que mientras el alimento sea distribuido vía los mercados neoliberalizados junto a la reducción de intervención del estado, la barrera para acceder a estos no dependerá de la oferta de alimentos ni la cantidad que circule, sino de los recursos de la gente que pueda hacer frente a la volatilidad de los precios, lo cual las hace más vulnerables, pues dependerá de sus recursos que podrán o no, acceder al tipo de alimentos que hacen a una alimentación sana y equilibrada, y no tan solo al tipo de productos que generan malnutrición - como los alimentos saturados de grasas, elaborados con hidratos de carbono simple y excedidos en azúcar, que suelen ser los de más fácil acceso para los más empobrecidos, y en este sentido, los más vulnerables. Añadido a esto la situación se agrava con el desmantelamiento sistemático de la capacidad de la producción nacional en muchos países que es reemplazada por la promoción de la producción para la agro-exportación y agrocombustibles.

La cocina industrial, prácticas de consumo

Como hemos ya reseñado, la cocina industrial se constituye tras un conjunto de pasos que tuvieron lugar en la primera etapa de la industrialización alimentaria, que a partir de entonces va reemplazando la experiencia artesanal, ocupándose de muchos de los pasos que antes se realizaban en las cocinas de los hogares y que en adelante perfilarán la creciente homogeneización de las dietas, a correlato de lo cual se modifican sustancialmente los hábitos alimentarios a escala global. Con la evolución del proceso de produc-

ción y la distribución agro-alimentarias, las dietas se deslocalizan y desestacionalizan. (7) Paulatinamente se pierde el contacto con el ciclo productivo de los alimentos, junto al conocimiento de los procedimientos y las técnicas utilizadas en la producción de los mismos. Asimismo los progresos tecnológicos e industriales en el campo de la alimentación van acompañados de una baja (real o imaginaria) de las cualidades gustativas, debido a los procesos de estandarización de los productos, su pasteurización, esterilización, saborización, coloración, etc. Por otra parte, el desconocimiento que existe acerca de muchos de los procesos que los alimentos sufren durante su procesamiento, las sustancias que se le agregan para su envasado y conservación, tales como colorantes, conservantes, espesantes, etc., para mejorar la textura, el color, el olor, el gusto de los alimentos y estimular su consumo, generan dudas respecto a la inocuidad y conduce a una preocupación del consumidor sobre el riesgo de los alimentos. Pese a que el sistema alimentario funciona sobre la retórica de los alimentos seguros, navega entre los peligros desconocidos que anidan en la ingeniería genética de los alimentos. (13) Asimismo el incremento del agregado de azúcar "invisible": alimentos que dentro de nuestras categorías culturales, serían salados y no dulces, contienen sin embargo cantidades importantes de azúcar (7) como por ejemplo, fiambres, salsas, mayonesa, salchichas, etc. Respecto a las actitudes socioculturales vinculadas al consumo de alimentos industrializados, la gradual pérdida de autonomía en lo que se refiere a la determinación de los hábitos alimentarios se asocia a una mayor monotonía alimentaria y una pérdida del saber-hacer culinario. (20) Esto se vislumbra sobre todo en los medios urbanos, con la simplificación de la estructura de las comidas, donde las despensas y heladeras se colman de alimentos-servicio, y aumenta la alimentación informal en detrimento de la alimentación estructurada. (7) Asimismo, las extensas jornadas laborales y los tiempos de traslado en las ciudades someten la alimentación a los ritmos del trabajo, reduciendo el número de comidas consumidas en el hogar. Esto afecta a los distintos miembros de la familia, dada la mayor incorporación femenina en el trabajo extradoméstico remunerado, la baja

incorporación masculina en el trabajo doméstico cotidiano, y el aumento de las comidas institucionales de los niños y niñas. (21) Este declive de la actividad culinaria y la comensalidad familiar en los hogares también se ha asociado a una desestructuración del “lenguaje” de lo culinario. (7) en este sentido hace referencia a la carencia de normas de los comportamientos relativos a la alimentación contemporánea como reflejo del proceso de individualización característico de la modernidad, provocando un debilitamiento de las normas o una “gastro-anomía”, pues los dispositivos de regulación social son cada vez menos eficaces y no hay criterios unívocos, sino una gama de criterios a veces contradictorios o “cacofonía alimentaria”.

A pesar de que el sistema agroalimentario moderno se caracteriza por la creciente producción agrícola estandarizada y dirigida al mercado de consumo masivo, siendo uno de los efectos ya vistos la tendencia a la creciente homogeneización de las dietas, simultáneamente ello implica una búsqueda de la diversidad que tiende a intensificarse precisamente como reacción frente a dicha homogeneización. (15) Por esta senda, en las últimas décadas del siglo XX el mercado agroalimentario experimenta una segmentación que se expresa en el mantenimiento de un consumo de productos masivos pero acompañado del surgimiento, entre sectores de ingresos medios y altos de áreas urbanas sobre todo, de una demanda que exige ciertos estándares de calidad. Parte de esta demanda es “fabricada” por las grandes empresas que buscan elevar su rentabilidad, en un marco de creciente apertura de mercados y competencia. (22) Estos productos son de diverso tipo y se los identifica con distintas denominaciones (*specialities*, productos “de lujo”, “alimentos de alto valor”, “productos de nicho”): En este sentido los aspectos vinculados con los cambios en el consumo de alimentos residen en la importancia otorgada a la calidad de los productos en lo que concierne a la salud en relación a sus cualidades nutricionales. (22) Asociado a estos intereses se diversifica el consumo de productos orgánicos, sin agregados de sustancias químicas y producidos de manera artesanal, rescatando técnicas de producción que habían sido descartadas. Al mismo tiempo surgen movimientos que promueven ciertas formas de

alimentación en consonancia con nuevas formas de vida. Por otra parte, emerge el compromiso del consumidor frente a lo que consume, en relación con las condiciones en que los alimentos se producen o comercializan (22). Así, se manifiesta una preocupación ecológica por los impactos sobre el medio ambiente que la producción de alimentos puede generar o las condiciones laborales, sanitarias y de seguridad en las que se producen. Esto se vincula con el surgimiento de nuevas ideas como aquellas vinculadas al consumo responsable y el comercio justo. Asimismo estas autoras destacan el interés que despiertan el origen geográfico y el contexto cultural de lo que se consume, donde lo que se rescata es la exotividad de los productos, sus técnicas artesanales y tradicionales de elaboración, supuestamente en vías de desaparición”, donde los productos típicos de determinadas regiones que mantienen ciertas características propias serán objeto de interés para los consumidores que buscarán incorporarlas a su vida cotidiana o consumirlos en los lugares de origen (22). Podemos entrever que los cambios de este último tipo en el consumo de alimentos se vinculan estrechamente con otros procesos sociales más amplios de valorización de lo natural y lo cultural asociados con los cuestionamientos a la globalización del sistema alimentario que homogeneiza las dietas, pero que por el momento parecieran asociarse estrechamente con las demandas de los sectores más pudientes de la sociedad que cuentan con recursos suficientes para pagar por alimentos con estas características “de distinción”.

Ubicando el lugar del modelo agroalimentario hegemónico en Argentina

En Argentina la producción agroalimentaria estuvo históricamente marcada a partir de la década de 1870 por la diferenciación entre la región pampeana, signada por la mundialización de los mercados cuya producción se orientó a la industria frigorífica y la elaboración de harinas para exportar a los países centrales, del resto de las provincias que producían para los mercados interno, volcadas a los llamados cultivos regionales demandados por

el mercado interno (yerba mate, vid, caña de azúcar, etc.). Desde mediados del siglo XX en esta misma región, ya diferenciada del resto, la articulación con la industria alimenticia se profundiza. Ello implica, en consonancia al proceso que describimos a escala general para el resto del globo, el uso creciente de insumos de origen industrial para la producción agraria, que progresivamente irá pasando a manos de empresas transnacionales.

Sin detenernos en la complejidad de transformaciones que se dieron en nuestro país entre los procesos comprendidos por el modelo agroexportador y el período neoliberal, nos centramos en el inicio de este último, a fines de la década de 1970 y comienzos de 1980, marcado por la liberalización de los mercados, el debilitamiento de los marcos regulatorios nacionales y la creación de mecanismos que fomentaron la inserción del capital financiero en la economía real, tendencia que como hemos visto se da a escala global, Argentina pasará gradualmente de ser un país de cadenas agroindustriales nacionales -en lo que se refería a carne y harinas-, a la configuración de un nuevo complejo agroexportador (9). Es en la década de 1990 entonces, con el afianzamiento del neoliberalismo, la retirada del estado como agente financiador y la consolidación del papel regulador de las empresas del sector agroalimentario, que surge un nuevo régimen de acumulación. En este sentido, uno de los hitos que marca el impulso de este proceso fue el decreto 2284 de desregulación económica del 31 de octubre de 1991, que entre otras medidas eliminó todas las entidades reguladoras de actividad agropecuaria, como la Junta Nacional de Grano y la Junta Nacional de Carnes que operaban desde el año 1930. (22) A partir de entonces crece la influencia de las grandes empresas transnacionales que definen los aspectos esenciales de las políticas agropecuarias articuladas con el sector financiero a través de los *pools de siembra*, es decir, los grupos financiadores ligados a las actividades agropecuarias, que impulsan la "nueva agricultura", (16) orientada a la producción de commodities, donde los productores agrícolas tradicionales, que colocaban sus productos al mercado local, pasaron a sufrir enormes competencias de mercaderías importadas, que aunque no tuviesen las mismas cualidades eran ofrecidas a menores precios, como la

proliferación de productos agropecuarios de bajo costo y calidad estándar, ejemplo de lo cual es el caso de los híbridos de tomate "larga vida" de mala calidad, pero que producidos en invernáculos se adaptan a la producción global en escala. Es decir, se pierde calidad al privilegiar el rendimiento y la fácil comercialización en los supermercados e hipermercados.

En la actualidad este tipo de agricultura conforma un conjunto de prácticas y representaciones caracterizadas por la ampliación e intensificación del papel del capital en los procesos productivos agrarios, la intensificación en el uso de insumos de origen industrial y la estandarización de las tecnologías basadas en la aplicación de *biotecnología* -proceso que implica la manipulación del ácido desoxirribonucleico (ADN) mediante técnicas recombinantes, para la creación de nuevas plantas que reciben rasgos de otras especies-. Hasta ahora los logros más importantes en la producción agrícola son las semillas genéticamente modificadas (GM), resistentes a herbicidas y enfermedades en un número reducido de cultivos, que apuntan a reducir las especificidades biológicas y climáticas del agro, cuya optimización requiere de escalas cada vez mayores en forma creciente (16). Se trata de un patrón tecnológico, también conocido como agro-negocio que implica una extensión de la concentración empresarial en las etapas de procesamiento, provisión de insumos y comercialización, que posibilita el desarrollo de variedades para ser cultivadas en zonas cuyas características naturales del suelo o clima lo hubieran hecho impensable. Esto crea modificaciones en las formas preexistentes de división de la oferta agrícola entre zonas templadas y tropicales al interior del país, generando los diferentes procesos de expansión de fronteras agropecuarias que involucran la tala de bosques y montes, agotamiento de recursos naturales y la destrucción de la biodiversidad, así como la explotación comercial de tierras anteriormente dedicadas a producciones de subsistencia. El cultivo emblemático que representa este modelo es el de la soja, cuyo avance, llevado adelante por grandes empresas y sujetos que controlan sectores claves del sistema agroexportador, ha implicado la reducción del área dedicada a cultivos destinados a la alimentación, como hortalizas y legumbres o a

la actividad ganadera.

Para resumir, podemos decir que en este proceso de transformación descrito – que no solo se da en nuestro país, se extiende en el resto del mundo rural de América Latina, África y Asia (22) - se desmantelan estructuras agrarias y campesinas previamente existentes, que pese a sus limitaciones continúan vigentes, caracterizadas por la relativa diversidad de cultivos que producen de acuerdo a las características del entorno y cada contexto en particular, utilizando técnicas productivas intensivas en trabajo y con menor participación de los combustibles en los costes de producción. El modelo por el cual han sido sustituidas, son estructuras basadas en explotaciones orientadas a la exportación con menos trabajadores y más insumos energéticos, generando la expulsión de mano de obra a los suburbios urbanos y reducción de la importancia relativa del abastecimiento de pequeños mercados locales. De esta forma, los patrones tecnológicos consistentes con otros modelos de producción, como el orientado al autoconsumo, son subordinados y excluidos por el paquete biotecnológico que dirige el sendero tecnológico del modelo agroalimentario dominante, registrándose la pérdida de importancia en la producción de este tipo alimentos (22). Desde organismos internacionales, las pequeñas unidades campesinas pasan a conceptualizarse en términos de “pobres rurales”, vistas como “atrasadas” y marginadas de la tierra y de los mercados, perdiendo peso como actores significativos de la producción de alimentos.

Si bien en la última década el Estado argentino generó algunas iniciativas destinadas a promover la mejora de la producción orientada al autoconsumo no generó políticas que se tradujeron en una mayor presencia estatal y consideración de los sectores de la *agricultura familiar*.(24) Categoría que está adquiriendo en el país un uso muy amplio y difundido desde el ámbito de las políticas públicas y organizaciones representativas del sector popular sobre las

cuales, si bien recaen diversos tipos de programas, han quedado fuera del alcance de estos, cuestiones vitales como el acceso a la tierra o a infraestructura, así como políticas que apunten a las asimetrías entre estos productores y los compradores de sus productos. Se trata de iniciativas a destacar en tanto han sido las únicas existentes, pero que en sus limitaciones señalan la falta de un marco institucional y político que contemple estas otras formas de agricultura como actores económicos (16).

Así, del análisis de estos lineamientos generales que hemos procurado marcar para el caso de la producción agroalimentaria en Argentina, podemos vislumbrar que la misma funciona bajo la lógica del modelo agroalimentario hegemónico, quedando como marginal el modo campesino de producir alimentos. Para finalizar con el bosquejo de los lineamientos que atraviesan el sistema de producción, distribución y consumo de alimentos de la actualidad, nos queda solo proponer la reflexión a los profesionales y futuros profesionales vinculados al área de la nutrición, acerca de algunas cuestiones estructurales, como lo son las decisiones políticas y económicas tomadas (o no tomadas) que atraviesan el funcionamiento del sistema agroalimentario actual. Las mismas, consideramos, constituyen en buena medida alguna de las causas de fondo que inciden en la conformación de los patrones alimentarios de la actualidad, y donde los individuos, a pesar de ser ajenos a este tipo de decisiones, se ven totalmente afectados en tanto marcan indudablemente las decisiones que ellos mismos toman a la hora de proveerse de los alimentos, pues como dice Patel (17) “no somos nosotros los que elegimos por nuestra cuenta”. Ello nos permite visualizar aspectos estructurales que indudablemente están vinculados a nuestros gustos y elecciones alimentarias y que deberían ser incluidos en los abordajes e implementación de estrategias en el campo de la nutrición.

Referencias bibliográficas

1. Mintz S. Sabor a comida, sabor a libertad. Ediciones de la Reina Roja. México. 2003.
2. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Campos Navarro R, comp. La antropología médica en México. Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, 1992. 97-114.
3. Williams R. Marxismo y literatura. Barcelona. Biblos 2000.
4. Marx K. El capital: crítica de la economía política (1867), México, Fondo de Cultura Económica, 2000.
5. Argemir D. Antropología Económica. Barcelona. Ariel, 1998.
6. Harris M. Bueno para comer. Alianza Editorial. Madrid. 1989
7. Fischler C. Gastro-nomia y gastro-anomia. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. En Jesús Contreras. Alimentación y cultura. Barcelona. Universidad de Barcelona. 1995. P357-380.
8. Warman A. La historia de un bastardo: maíz y capitalismo. Fondo de Cultura Económica. México. 1988
9. Goldfarb Y. O estabelecimento do Regime Alimentar Corporativo no Brasil e na Argentina: neoliberalismo, financeirização e empoderamento das corporações. O caso da Cargill. En: Crítica y Emancipación. Revista latinoamericana de ciencias sociales. 2013. Año V Nº 10 / Publicación semestral / Segundo semestre de 2013. pp 253-294.
10. Goody J. Cocina, cuisine y clase. Barcelona. Gedisa. 1995.
11. Hintze S. Apuntes para un abordaje multidisciplinario del problema alimentario. En: Alvarez, M y Pinotti, L (comps.) Procesos Socioculturales y alimentación. Buenos Aires. Ediciones del Sol 1997. P 11-33.
12. Friedman H. From colonialism to green capitalism: social movements and the emergence of food regimes. En: F.H. Buttel and P. McMichael, eds. New directions in the sociology of global development. Research in rural sociology and development, Vol. 11. 2005. Oxford: Elsevier, pp. 229-67.
13. Van Daer Ploeg J. ¿O que é, então, o campesinato? In: Camponeses e imperios alimentares. Lutas por autonomia e sustentabilidade na era da globalização. Ed. UFRGS. Porto Alegre. 2008.
14. Ross E. Una revisión de las tendencias dietéticas desde los cazadores recolectores hasta las sociedades capitalistas modernas. En Alimentación y cultura. J,Contreras comp. Publicacions Universitat de Barcelona. 1995
15. Duran F. Globalización, identidad social y hábitos alimentarios. Rev. Ciencias Sociales 2008. 119:27-38/2008 (I).
16. Teubal M, Palmisano T. Crisis alimentaria y crisis global: la Argentina de 2001/2002 y después. En realidad económica 279 1º de octubre/15 de noviembre de 2013. Disponible en <http://www.ger-gemsa.org.ar/wp-content/imagenes/5TeubalPalmisano.pdf> (consultado diciembre 12 de 2013)
17. Patel R. Obesos y famélicos. Marea. Buenos Aires. 2008.
18. Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta. 2000
19. McMichael P. A food regime genealogy. The Journal of Peasant Studies 36.1 (2009): 139-169.
20. Arnaiz Gracia A. Comer bien, comer mal, la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Pública. Vol. 49, Nº 3. México, 2007. 236-240
21. Piaggio L; Concilio C; Rolón M; Mcedra G y Dupraz S. Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. 2011. Salud colectiva vol. 7 no. 2 Lanús, mayo/ago
22. Arzeno M y Troncoso C. Alimentos tradicionales andinos, turismo y lugar: definiendo la nueva geografía de la Quebrada de Humahuaca (Argentina) Revista de Geografía Norte Grande 2012. 52: 71-90
23. Gras C. Agronegocios en el Cono Sur. Actores sociales, desigualdades y entrelazamientos transregionales. 2003. Working Paper Series 50, Berlin, desigualdades.net International Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America. Disponible en http://edocs.fu-berlin.de/docs/receive/FUDOCS_document_00000019110 (consultado en diciembre 2012).
24. Manzanal M y González F. Soberanía alimentaria y agricultura familiar. Oportunidades y desafíos del caso argentino. Realidad Económica Nº 255, 2010.

Estudiantes universitarios: ¿Qué comen mientras estudian?

University students: What do they eat while studying?

VÁZQUEZ MARISA BEATRIZ¹, COLOMBO MARÍA ELENA², LEMA SILVIA³, WATSON DANA ZOE⁴

¹Doctora de la Universidad de Buenos Aires. ^{2, 3, 4}Licenciada en Nutrición.

^{1, 2, 3, 4}Escuela de Nutrición, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: mbvazquez@fmed.uba.ar - **Recibido:** 11/12/2013. **Aceptado en su versión corregida:** 25/02/2014.

Resumen

Al momento no se disponen de suficientes datos sobre las elecciones alimentarias de los estudiantes universitarios. Las técnicas proyectivas permiten recabar información que no se conseguiría mediante un interrogatorio directo ni por otros medios. El presente trabajo intenta conocer localmente la preferencia y motivos de la elección de alimentos o preparaciones alimenticias de los estudiantes durante su estadía en las facultades de la Universidad de Buenos Aires.

Palabras clave: Elecciones alimentarias, Técnicas proyectivas, Estudiantes universitarios.

Abstract

At the moment there is insufficient data on food choices of university students. Projective techniques help to gather information that would not be achieved by direct examination or by other means. This paper attempts to locally know the preference and reasons for the choice of foods or food preparations of the students during their stay in the faculties of the University of Buenos Aires

Keywords: Food choices, Projective Techniques, University students.

Diaeta [B.Aires] 2014;32 (146):26-29. ISSN 0328-1310

Introducción

Los factores que influyen en los consumidores para la elección de sus comidas son diversos, incluyendo entre otros: la tradición culinaria, la educación nutricional, el precio, la disponibilidad en comercios cercanos, la facilidad de preparación, las características sensoriales y la información de medios masivos de comunicación, entre otros (1, 2). Elorriaga y col aplicaron un cuestionario que evaluaba motivos de elección de comidas en estudiantes universitarios de carreras relacionadas con las ciencias de la salud. En la elección de sus comidas, los estudiantes asignaron mayor importancia al atractivo sensorial (sabor y aroma), seguido por los motivos relacionados con la salud y el contenido natural de los alimentos, el precio y la accesibilidad en los

comercios, así como a la apariencia y los aspectos extrínsecos (3). Por otra parte, se reconoce que la alimentación tiene una importancia crucial como factor de riesgo de enfermedades crónicas. Entre otras, el exceso de grasas, azúcares y sodio, así como una alimentación con escasa cantidad de fibra se han asociado en forma convincente con un aumento del riesgo de obesidad, enfermedad cardiovascular y enfermedades dentales (4). Algunos trabajos locales y de otros países han observado las principales tendencias alimentarias en adultos jóvenes universitarios (5-8). En los mismos se estudiaron sus hábitos alimentarios y factores de riesgo presentes que, en conjunto, caracterizaron el estilo de vida. El trabajo realizado por Karleny et al encontró que los estudiantes universitarios que no desayunaban tendían a consumir luego más alimentos con alta densidad

energética y pobres en nutrientes con respecto a los que sí desayunaban (6). Del mismo modo, el estudio preliminar realizado por Vázquez, Witriw y Reyes Toso en estudiantes de medicina y de arquitectura de la Universidad de Buenos Aires encontró que la mayoría de los encuestados tuvo un bajo consumo de frutas y verduras que no alcanzaba a cubrir las recomendaciones diarias de estos alimentos para reducir los riesgos de enfermedades coronarias, infartos y alta presión arterial (7).

Sagués Casabal y col estudiaron los hábitos alimentarios y factores de riesgo en los jóvenes universitarios, y encontraron que la dieta que llevaban adelante era a base de productos elaborados e industrializados con alta densidad calórica y pobres en micronutrientes. La distribución de la fórmula calórica reflejó que ese tipo de alimentación estaba muy lejos de la recomendada (8).

En las disciplinas científicas que trabajan con seres humanos, se hizo evidente que las manifestaciones externas registrables de la conducta no bastan para dar una imagen completa del problema que se está investigando. Por tal, es necesario conocer las motivaciones y prácticas que los sujetos manifiestan, ya que muchas veces allí radica parte de la respuesta y en los casos de la salud aporta elementos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento (10). Es por esto que, reconociendo a las técnicas proyectivas como una herramienta que permiten recabar información que no se conseguiría mediante un interrogatorio directo ni por otros medios (11), se las incluyó en este trabajo como instrumento para el abordaje cualitativo de la muestra en estudio.

Dado que existe poca información sobre los hábitos alimentarios de los jóvenes universitarios de nuestro medio y conociendo que pasan muchas horas en sus casas de estudio por lo que suelen realizar una o más comidas a lo largo de su estadía, es que se consideró importante identificar las elecciones alimentarias que realizan en los kioscos y/o comedores universitarios.

Objetivos

Conocer la preferencia y los motivos de la elección de alimentos o preparaciones alimenticias de

los estudiantes durante su estadía en las facultades de la Universidad de Buenos Aires.

Metodología

Diseño: estudio transversal de abordaje cualitativo a través de una técnica proyectiva.

Participantes: Se incluyeron en el estudio 60 estudiantes universitarios de la Universidad de Buenos Aires, mayores de 18 años y de ambos sexos. El estudio se llevó a cabo desde abril a mayo de 2013, en las facultades simultáneamente.

Se realizó una encuesta auto-administrada a los estudiantes, acompañada por un sobre que contenía 27 tarjetas con imágenes de alimentos o preparaciones alimentarias (Figura 1) que los estudiantes pueden encontrar en los kioscos y come-



Figura 1. Las 27 tarjetas presentadas a los estudiantes de la Universidad de Buenos Aires incluidos en la muestra

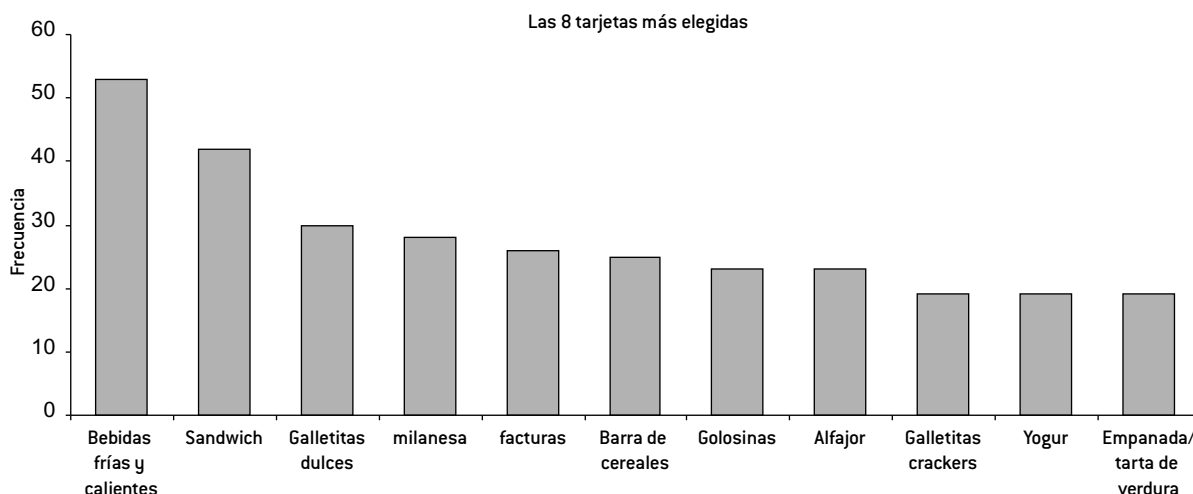


Figura 2. Las 8 tarjetas más elegidas por los estudiantes.

dores de sus facultades. Se les solicitó que eligieran las 8 tarjetas que representaban su consumo más frecuente durante su estadía en la facultad y que, luego, indicaran las 5 favoritas de entre las antes seleccionadas y el motivo de su preferencia. Las categorías presentadas a los estudiantes para que identifiquen los motivos de elección de los alimentos fueron: me gusta, su precio es adecuado, práctico/fácil de comer, me produce saciedad, es saludable, otro.

Para el análisis de resultados se contabilizó la frecuencia con la que cada tarjeta fue seleccionada. No se utilizaron pruebas estadísticas por no ser aplicables a este tipo de estudio.

Resultados

Las características de los estudiantes incluidos en el estudio se muestran en la Tabla 1. Las **8 tarjetas** más elegidas por los estudiantes (en orden decreciente) fueron: Bebidas frías y calientes, Sandwich, Galletitas dulces, Milanesas, Facturas, Barra de Cereales, Golosinas / Alfajor, Galletitas crackers / Yogur / Empanada o tarta de verdura (Figura 2). Asimismo, al contabilizar las **5 tarjetas favoritas** de entre las 8 más elegidas, los resultados fueron (orden decreciente): Bebidas frías y calientes, Sandwich, Barra de Cereales, Milanesas, Galletitas dulces (Figura 3).

Con respecto a los **motivos de elección** de dichas 5 tarjetas favoritas, los Estudiantes refirieron:

Tabla 1. Características de los estudiantes de la Universidad de Buenos Aires incluidos en la muestra.

Características	n [%]
Edad en años, mediana [RIC*]	24 [5]
Sexo Femenino	30 [50%]
Carrera:	
„Medicina“	30 [50%]
„No Medicina“	30 [50%]

*RIC: Rango intercuartil

“me gusta”, “precio adecuado” y “práctico-fácil de comer” para bebidas frías-calientes, sándwich y galletitas dulces; por “producir saciedad” para milanesa; y por “considerarlas saludables” y “práctico-fácil de comer” a la Barra de cereales. Aunque las elecciones fueron similares entre los grupos, la tarjeta **Empanada/Tarta de verdura** fue más elegida por los estudiantes de Medicina. **Golosinas, Alfajor y Tarta de jamón-queso** fueron más seleccionadas por los estudiantes No Medicina.

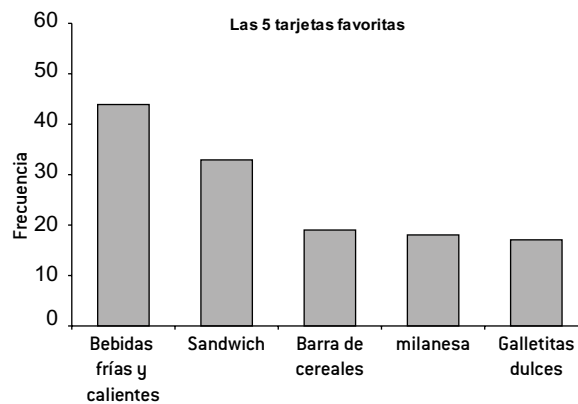


Figura 3. Las 5 tarjetas favoritas de los estudiantes.

Conclusiones

Las 5 tarjetas favoritas de los estudiantes fueron: Bebidas frías y calientes, Sándwich, Barra de Cereales, Milanesas y Galletitas dulces. Se utilizarán estos resultados para diseñar una investigación cuantitativa que permita corroborar patrones de consumo y ofrecer alternativas alimentarias

para las cantinas universitarias que contribuyan al cuidado de la salud de los estudiantes.

Agradecimientos: A la Empresa Riera por el diseño e impresión de las tarjetas. Este trabajo fue parcialmente financiado por el subsidio UBACyT 20020110200154.

Referencias bibliográficas

1. Steptoe A, Pollard T, Wardle J. Development of a measure of the motives underlying the selection of food: The food choice questionnaire. *Appetite*. 1995; 25:267-284.
2. Ares G, Gambaro A. Influence of gender, age and motives underlying food choice on perceived healthiness and willingness to try functional foods. *Appetite*. 2007; 49:148-158.
3. Elorriaga N, Colombo ME, Hough G, Watson DZ, Vázquez MB. ¿Qué factores influyen en la elección de alimentos de los estudiantes de Ciencias de la Salud? *Diaeta (B. Aires)*. 2012; 30(141): 16-24.
4. OMS. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. OMS, Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2003.
5. Irazusta A, Hoyos I, Irazusta J, Ruiz F, Díaz E, Gil J. Increased cardiovascular risk associated with poor nutritional habits in first-year university students. *Nutrition Research*. 2007; 27: 387-394.
6. Karlen G, Masino MV, Fortino MA, Martinelli M. Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal. *Diaeta (B. Aires)*. 2011; 29(137): 23-30.
7. Vázquez M, Witriw A, Reyes Toso C. Estudio preliminar sobre la ingesta alimentaria en estudiantes universitarios de las carreras de medicina y arquitectura de la Universidad de Buenos Aires. *Diaeta (B. Aires)*. 2010; 28(131): 14-17.
8. Sagués Casabal Y, Ammannzini GE, Ayala M y col. Hábitos alimentarios y factores de riesgo en jóvenes universitarios de la ciudad de Buenos Aires. *Actualización en Nutrición*. 2009; 10 (1): 49-57.
9. Diaz Cordova D. Los métodos cualitativos y la antropología alimentaria. *Diaeta (B. Aires)*. 2012; 30(141): 25-36.
10. Celener G. Las Técnicas Proyectivas. Colección Psique, JVE Ediciones, 2º edición, 1999.

Trabajo ganador del encuentro anual de nutricionistas 2013

Descripción de parámetros alimentarios de jugadores de fútbol del seleccionado de la Universidad de Buenos Aires

Description of food parameters of university football players of the University of Buenos Aires team

ONZARI MARCIA

Licenciada en Nutrición

Universidad de Buenos Aires. Escuela de Nutrición. Cátedra de Nutrición y Deporte.

Correspondencia: monzari@garnet.com.ar - Recibido:01/11/2013. Aceptado en su versión corregida: 06/03/2014.

Resumen

El fútbol es el deporte grupal más popular del mundo. Son muchas las variables que se deben optimizar para lograr un buen resultado, la alimentación adecuada es una de ellas y ofrece muchos beneficios. A pesar de estas ventajas, muchos jugadores no cumplen sus objetivos nutricionales. El **objetivo principal** de esta investigación fue describir los parámetros alimentarios de jugadores de fútbol del seleccionado de la UBA. Como objetivos secundarios se propuso: Estimar la ingesta diaria de energía y macronutrientes. Determinar el porcentaje de adecuación de la ingesta calórica, de hidratos de carbono (HC) y proteínas. Describir el perfil alimentario de la comida pre-entrenamiento (CPE) y de hidratación. **Material y método**, el trabajo fue descriptivo, transversal. Para la evaluación de la ingesta se utilizó un registro alimentario de 4 días. Para el análisis, se utilizó la tabla de composición química de la Universidad de Luján

Resultados: La muestra quedó conformada por 28 jugadores de fútbol, con una edad 3.12 años. Los resultados que surgen del registro alimentario de 4 días son: El promedio 612 Kcal). El porcentaje aportado por los macronutrientes respecto a la ICD fue: hidratos 6,23%). Haciendo referencia al perfil alimentario de la comida pre entrenamiento (CPE), solo 7 de los 28 deportistas la realizó de manera adecuada. Teniendo en cuenta el volumen de bebida ingerida y el tipo, solo 7 de los 28 lo hacía adecuadamente durante los entrenamientos. Se recomienda brindar Educación Alimentaria Nutricional a los deportistas, fundamentalmente en las divisiones inferiores, para poder mejorar su perfil alimentario, convirtiéndolos en futuros multiplicadores de conceptos saludables.

Palabras clave: Fútbol, Energía, Hidratos de carbono, Comida pre entrenamiento, Hidratación.

Abstract

Football is the most popular team sport in the world. There are many variables that must be optimized to achieve a good result; adequate food is one of them and it offers many benefits. In spite of these advantages, many players do not meet their nutritional goals.

The main objective of this research was to describe the dietary parameters of football players of the University of Buenos Aires team. **The secondary objectives were:** To estimate the daily intake of energy and macronutrients. - To determine the percentage of adequacy of caloric intake, carbohydrate (HC) and protein. - To describe the dietary profile of the pre-workout meal (PWM) and hydration. **Materials and methods:** The study was descriptive cross. For the evaluation of food intake, a 4-day food record was used. For the analysis, the chemical composition table of the University of Luján was used. **Results:** The sample was composed of 28 football players with an average age of 25.6 years old (SD ± 3.12 years old). The results from the 4-day food record are: The average of daily caloric intake (DCI) was 2853 kcal (SD ± 612 Kcal). The percentage contributed by the macronutrients regarding the ICD was: carbohydrates 46.79% (SD ± 7.8%), protein 18.9% (SD ± 4%) and fat 32.8% (SD ± 6, 23%). With respect to the food profile of the pre workout meal (PWM), only 7 of the 28 athletes performed adequately. Given the volume of ingested drink and type, only 7 of the 28 did well during training. It is recommended to provide Nutrition Education to athletes, mainly in the lower divisions, to improve their food profile, turning them into future multipliers of healthy concepts.

Keywords: Football, Energy, Carbohydrate, Pre-workout food, Hydration

Introducción

El fútbol es el deporte grupal más popular del mundo. Un equipo está formado por 11 jugadores entre los cuales hay; un arquero, defensores, mediocampistas y delanteros. La distribución de cada uno de ellos estará supeditada a la táctica a emplear. El partido tiene una duración de 2 tiempos de 45 minutos, con un entretiempo de 15 minutos. En ciertas ocasiones se juegan 30 minutos más de tiempo suplementario.(1)

A pesar de las múltiples ventajas que proporciona una alimentación adecuada, muchos jugadores no cumplen sus objetivos nutricionales. Los motivos pueden ser: (1)

- escaso conocimiento de los alimentos y bebidas adecuadas
- elecciones inadecuadas al hacer compras
- conocimiento escaso o desactualizado del rol de la alimentación sobre la salud y el rendimiento deportivo
- recursos económicos escasos
- estilo de vida muy ocupado, que limita el tiempo para consumir los alimentos adecuados
- falta de disponibilidad de opciones de alimentos y bebidas adecuadas en los lugares que frecuenta (club, trabajo, universidad, etc.)
- viajes reiterados
- uso indiscriminado de suplementos y/o alimentos deportivos.

La ingesta de energía, hidratos de carbono y líquido de los jugadores de fútbol suelen ser subóptimas, con predominio de alimentos ricos en grasas.(2)

El **objetivo principal** de esta investigación fue describir los parámetros alimentarios de jugadores de fútbol del seleccionado de la UBA.

Como **objetivos secundarios** se propuso:

- Estimar la ingesta diaria de energía y macronutrientes.
- Determinar el porcentaje de adecuación de la ingesta calórica, hidratos de carbono y proteínas
- Describir el perfil alimentario de la comida previa al entrenamiento y de la hidratación.

- Determinar si existe relación entre las horas entrenadas y el:
 1. porcentaje de adecuación de la ingesta calórica.
 2. porcentaje de adecuación de la ingesta de HC y proteínas.
 3. gramos de HC en la última ingesta pre entrenamiento
- Determinar si en los deportistas que comen antes de entrenar, existe relación de la edad y los gramos de HC en la última ingesta pre entrenamiento.

Material y método

Tipo de diseño

Se realizó un estudio descriptivo, transversal.

Población de estudio

Varones jugadores de fútbol de la Universidad de Buenos Aires. Los datos fueron recogidos durante el mes de Abril del 2013.

Criterios de inclusión

- Varones que practican fútbol de forma competitiva en la primera división, representando a la UBA (entrenamiento mínimo de 2 veces por semana, 90 minutos cada vez, más un partido todos los fines de semana).

Criterios de exclusión

- Los deportistas que al momento de la recolección de datos ya se encontraban bajo tratamiento nutricional con el objetivo de mejorar su performance deportiva.

A continuación se describen las variables utilizadas:

- **Edad:** se expresó en años cumplidos según lo expresado por el atleta.
- **Ingesta calórica diaria:** Por medio de un registro de 4 días se obtuvo una muestra de los alimentos/bebidas ingeridos/as habitualmente. Posteriormente se procedió a realizar

un promedio diario de las kcal y de los nutrientes. Para el análisis, se utilizó la tabla de composición química de la Universidad de Luján.(2) Por medio del procedimiento citado anteriormente se obtuvieron las calorías diarias consumidas, siendo el mismo expresado de dos formas:

- a. kcal/día
- b. kcal/kg peso actual (PA) /día

- Ingesta de macronutrientes:** para conocer la ingesta de cada macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y lípidos) se procedió de la misma forma que para el consumo calórico diario y se expresó de las siguientes 2 formas:

- a. porcentaje de la ingesta calórica diaria (lípidos)
- b. gramos/kg PA/día (hidratos de carbono y proteínas)

- Adecuación de la ingesta calórica:** para poder estimar el gasto energético diario y así poder conocer el porcentaje de adecuación de la ingesta calórica actual, se utilizó el método factorial propuesto por FAO-OMS.

Una vez calculado el gasto energético diario se procedió a calcular el porcentaje de adecuación de la ingesta actual con la siguiente fórmula: $\% \text{ de adecuación} = \frac{\text{ingesta actual}}{\text{gasto energético diario}} \times 100$

Se consideró que la ingesta era "deficiente" cuando aportó menos del 90% del gasto energético diario; "adecuado" cuando brindó entre 90-110% y "excesivo" cuando superó el 110%.

- Perfil alimentario:** se conformó por las siguientes 3 variables:

- Ingesta de hidratos de carbono (HC) pre entrenamiento:** se consideró que el consumo fue "ausente" cuando no ingirió alimentos ni bebidas con HC entre 1 a 4 hs previas al entrenamiento; "inadecuado" cuando consumió < de 1g HC/kg en dicho lapso de tiempo; y "adecuado" cuando la ingesta fue igual o mayor a 1g HC/kg entre 1 a 4 hs previas al entrenamiento.

- Hidratación adecuada previa al entrenamiento:** se consideró que el deportista se hidrataba adecuadamente cuando consumía la cantidad recomendada de 5-7 ml/kg PA o más, 4 hs antes del inicio del entrenamiento. Mas 3-5 ml/kg PA dos horas antes, si no hubiera orinado o la orina fue escasa.

- Hidratación adecuada durante los entrenamientos:** se consideró que el deportista se hidrataba adecuadamente cuando por hora de actividad consumía 500 cc o más de agua. Si bien debido a la alta intensidad de los entrenamientos una bebida de rehidratación sería el tipo de bebida indicada, debido a las limitaciones prácticas de esta sugerencia, se consideró *adecuado* para este trabajo el consumo de agua o de bebida de rehidratación.

La metodología del trabajo fue la siguiente; la cátedra de Nutrición y Deporte de la Licenciatura en nutrición de la UBA y el Área de Coordinación de Actividades Deportivas Universitarias UBA trabajan en conjunto para la mejora de la alimentación de los deportistas que concurren al campo de deporte de Ciudad Universitaria. Los alumnos evaluaron a los deportistas y le realizaron el plan de alimentación, bajo la tutoría de los docentes. Para este trabajo se realizó el contacto con el entrenador en el mes de Marzo. Cada alumno realizó una presentación vía email, con el deportista que le fue asignado. Previamente tuvieron 4 clases de capacitación. Los alumnos debían solicitarle a su deportista que complete un registro alimentario de 4 días y que lo lleve el día de la evaluación en terreno. En este primer contacto se realizó la anamnesis nutricional y la evaluación antropométrica (a cargo de los docentes). Durante el resto de la cursada los alumnos tuvieron la información teórica y la supervisión práctica, necesaria para el análisis de los datos relevados.

Para el análisis de las diferentes variables estadísticas se utilizaron media y desvío standard y para su ordenamiento se utilizó el percentil. Para el análisis de correlación se utilizó el Coeficiente de Spearman's.

Resultados

La muestra quedó conformada por 28 jugadores de fútbol, con una edad promedio de 25,6 años (DS 3,12 años).

El peso promedio de los jugadores fue de 77,8 kg (DS 8,5 kg) y la talla de 1,77 m. (DS 0,05 m). El promedio diario de horas entrenadas/partidos fue de 1,26 hs (DS 0,66 hs).

El promedio de ingesta calórica diaria (ICD) fue en valor absoluto 2853 Kcal (DS 612 kcal. Y en valor relativo al peso fue de 37,13 kcal/kg PA/día (DS 8,9 kcal/kg PA/día). (Tabla 1)

Tabla 1: Ingesta calórica diaria

Ingesta calórica diaria (n 28)		
	kcal/día	kcal/kg PA/día
Promedio	2853	37,13
DS	612	8,9
Percentilo 25		30,19
Percentilo 75		43,58

Fuente: Primaria

El porcentaje de adecuación de las kcal ingeridas con respecto al valor calórico teórico fue del 91,97 % (DS 21,8 % - percentilo 25: 74,0% - percentilo 75: 123,6%).

En promedio, los hidratos de carbono fue de 46,79% (DS 7,8%) de la ingesta diaria de energía. El consumo promedio de este macronutriente, expresada en función del peso, fue de 4,3 g/kg PA/día (DS 1,3 g/Kg PA/día). (Tabla 2).

Tabla 2: Ingesta diaria de hidratos de carbono

Hidratos de carbono (n: 28)		
	% de la energía diaria	g/kg PA/día
Promedio	46,79	4,3
DS	7,8	1,3
Percentilo 25		3,17
Percentilo 75		5,18

Fuente: Primaria

El porcentaje de adecuación de los gramos de hidratos de carbono/kg PA/día, con respecto la necesidad teórica de este nutriente fue del 75,6 % (DS 18,46 % - percentilo 25: 58,8% - percentilo 90: 103,6 %).

Las proteínas representaron en promedio el 18,9% de la ingesta diaria de energía (DS4 %). El consumo promedio de este nutriente, expresada en función del peso, fue de 1,66 g/kg PA/día (DS 0,38 g/kg PA/día).

El porcentaje de adecuación de los gramos de proteínas/kg PA/día, con respecto a la recomendación teórica fue de 103 % (DS 18,8%). El porcentaje de las grasas con respecto a la ingesta de energía fue de 32,8 % (DS 6,23%).

Haciendo referencia al perfil alimentario de la comida pre entrenamiento (CPE), más de la mitad (1,7 de cada 2) de los atletas realizó la CPE. La cantidad promedio de HC entre los deportistas que realizaban la CPE fue de 0,73 g/kg PA. (DS 0,49 g). Solo 7 de los 28 deportistas realizó la CPE de manera adecuada.

Solo 8 de los 28 deportistas se hidrataba adecuadamente antes de comenzar los entrenamientos. Si bien el 67 % de los deportistas refirió tomar agua durante los entrenamientos, la cantidad promedio fue de 426 cc (DS 249,8cc). Teniendo en cuenta el volumen de bebida ingerida y el tipo solo 7 de los 28 lo hacía adecuadamente durante los entrenamientos.

El salteo de comidas fue habitual en esta población. Los alimentos de menor frecuencia de consumo son las frutas y verduras, leche y/o yogur.

No existió relación significativa en ninguno de los objetivos planteados. Ni entre las horas entrenadas y el porcentaje de adecuación de la energía consumida diariamente con respecto a la necesidad teórica (Coeficiente de Spearman's: 0.0362 p: 0.8550), tampoco en el porcentaje de adecuación de los gramos de hidratos de carbono consumidos con respecto a la necesidad teórica (Coeficiente de Spearman's r: -0.0362 - p: 0.8550), ni en el porcentaje de adecuación de los gramos hidratos de carbono consumidos en la comida pre entrenamientos (Coeficiente de Spearman's r: -0.0923 p: 0.6404).

Con respecto a la relación de la edad y los gramos de HC en la comida pre entrenamiento, si bien no es estadísticamente significativa (Coeficiente de Spearman's r: 0.3848 - p: 0.1272), marca una tendencia que a mayor edad mayor ingesta de HC previo a los entrenamientos.

Discusión

Los resultados de los parámetros alimentarios evaluados en esta población son similares a los publicados por la bibliografía científica nacional e internacional.(3, 4)

Un estudio realizado con jugadores profesionales determinó el gasto energético diario y la ingesta calórica durante la temporada competitiva. Utilizaron para calcular el gasto energético el método de agua doblemente marcada y para estimar la ingesta energética el registro alimentario de 7 días. El promedio del gasto energético y de la ingesta fue 3535+/-408 kcal/d y 3113+/-581 Kcal/día respectivamente.(5)

Un trabajo, con metodología similar a este, concluye que la ingesta de alimentos con hidratos de carbono no son suficientes y no cubren las recomendaciones de HC para los futbolistas.(6,7)

Este grupo de deportistas en particular requiere de mayor asesoramiento nutricional

En esta población de futbolistas se puede concluir que el porcentaje de adecuación de la energía, proteínas y grasas consumida en relación a la necesidad teórica son adecuados, pero inadecuado con respecto a los hidratos de carbono.

La cantidad de deportistas que realizan la última comida pre entrenamiento de manera adecuada fue muy baja, ocurriendo lo mismo con el parámetro de hidratación previo y durante los entrenamientos.

Más allá de los parámetros alimentarios específicos de nutrición deportiva, es preocupante que esta población donde la mayoría trabaja, estudia, entrena, no cumpla con las recomendaciones básicas de nutrición saludable, por ejemplo cumplir con las 4 comidas, comer frutas y verduras, tomar lácteos.

Intervenciones de Educación Alimentaria Nutricional en la población de deportistas, fundamentalmente en las divisiones inferiores son recomendadas para poder mejorar su perfil alimentario, convirtiéndolos en multiplicadores de conceptos saludables.

Agradecimiento

La autora agradece a los docentes y alumnos de la Cátedra de Nutrición y Deporte, Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, UBA que colaboraron en la realización del presente trabajo.

Referencias bibliográficas

- 1 FIFA. F- MARC. Nutrition for Football. A practical guide to eating and drinking for health and performance. 2010
- 2 Universidad Nacional de Luján. Tabla de composición de alimentos. 2010. Disponible en: <http://www.argenfood.unlu.edu.ar/Tablas/Tabla.htm>.
- 3 Bean A. La Guía Completa de Nutrición del Deportista. 4 ° edición. Editorial Paidotribo. 2011
- 4 5 Holway F. Spriet L. Sport-specific nutrition: Practical strategies for team sports, *Journal of Sports Sciences* 2011; 29 (sup1): S115-S125.
- 5 Ebine N, Rafamantanantsoa H, Nayuki Y, Yamanaka K, Tashima K, Ono T, Saitoh S, Jones P. Measurement of total energy expenditure by the doubly labelled water method in professional soccer players. *J Sports Sci.* 2002; 20(5).
- 6 Onzari M, Langer V, Thal S. Evaluación de la intervención nutricional a 22 jugadores de fútbol. *Diaeta*, 2002; N°10.
- 7 Williams C. Benefits and challenges of carbohydrate feeding for soccer players. GSSI Meeting, Baveno, Italy. 2006.

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 ::

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. Iciéd 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 3 meses de antigüedad como socio activo.

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 ::

AGOSTO

CURSO-TALLER DE MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD E INOCUIDAD ALIMENTARIA PARA SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN (NIVEL 1)

Fecha: 8 y 22 de Agosto. 12 y 26 Septiembre (Quincenal)

Horario: Viernes de 18 a 21 horas.

Horas de capacitación: 12 horas cátedra

Modalidad: presencial intensivo (4 clases) de 3 horas cada una.

Destinado a: Lic. en Nutrición con experiencia en el área de Alimentos y con conocimientos básicos en Buenas Prácticas de Manufactura.

Coordinación: Lic. Luciano M. Muscio Lic. en Nutrición. Master Internacional en Tecnología de los Alimentos (UBA-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:

- Brindar herramientas de **aplicación práctica inmediata** para la confección de Manuales y Procedimientos aplicados en Servicios de Alimentación con enfoque en Sistemas de Calidad e Inocuidad Alimentaria.

Temario:

- Fundamentos de la documentación en la elaboración de alimentos
- Aspectos legales de la documentación
- Organigrama
- Manual de BPM
- Diseño del Lay out y Diagramas de Flujo
- Monografías de procesos
- Especificaciones Técnicas de Menús / Producto Terminado
- Especificaciones Técnicas de Materias Primas
- Procedimiento de Evaluación de Proveedores
- Procedimiento de Recepción de Materias Primas e insumos
- Procedimiento de Almacenamiento de Materias Primas e insumo
- Procedimiento de Elaboración / Producción de alimentos
- Procedimiento de servicio / comercialización de alimentos
- Procedimiento de Manipulación e Higiene del personal
- Procedimientos de Saneamiento POES
- Procedimiento de Manejo Integrado de Plagas

Aranceles y medios de pago (en pesos):

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$600	1ª cuota 500\$ - 2ª cuota \$250
No Socio	\$1200	1ª cuota \$1000- 2ª cuota \$500

(*)Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener 3 meses de antigüedad como socio activo.

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 3 meses de antigüedad como socio activo.

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 3 meses de antigüedad como socio activo.

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

CURSO-TALLER DE MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD E INOCUIDAD ALIMENTARIA PARA SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN (NIVEL 2)

Fecha: 10 y 24 de Octubre. 14 y 28 Noviembre (Quincenal)

Horario: Viernes de 18 a 21 horas.

Horas de capacitación: 12 horas cátedra

Modalidad: presencial intensivo (4 clases) de 3 horas cada una.

Destinado a: Lic. en Nutrición con experiencia en el área de Alimentos y con conocimientos básicos en Buenas Prácticas de Manufactura.

Coordinación: Lic. Luciano M. Muscio Lic. en Nutrición. Master Internacional en Tecnología de los Alimentos (UBA-Universidad 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:

- Brindar herramientas de aplicación práctica inmediata para la confección de Manuales y Procedimientos aplicados en Servicios de Alimentación con enfoque en Sistemas de Calidad e Inocuidad Alimentaria.

Temario:

- Manual de Calidad
- Procedimiento de Funciones del personal
- Procedimiento de Gestión de Compra
- Procedimiento de Controles de procesos de elaboración
- Procedimiento de Capacitación del personal
- Procedimiento de Gestión de Residuos
- Procedimiento de Satisfacción del cliente
- Procedimientos de Visitas
- Procedimiento para el Desarrollo de nuevos Menús
- Documentos legales complementarios
- Procedimiento para la Recepción de auditorías externas o inspecciones sanitarias
- Procedimiento de Mantenimiento Preventivo
- Instructivos: elementos de higiene del personal, lavado de manos, control de transportes, control de temperatura, evaluación sensorial, lavado de vegetales, etc.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

Categoría	1 pago	Pago en cuotas
Socio AADYND (*)	\$600	1ª cuota 500\$ - 2ª cuota 250\$
No Socio	\$1200	1ª cuota 1000\$ - 2ª cuota 500\$

(*)Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener 3 meses de antigüedad como socio activo.

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 ::

NOVIEMBRE

EVALUACIÓN NUTRICIONAL POR FRACCIONAMIENTO ANTROPOMÉTRICO. APLICACIÓN EN LA CLÍNICA Y EN DEPORTE. (ENFA I)**Fecha:** 15 y 16 noviembre**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	Estudiantes
Socio AADYND (*)	\$500	\$ 400
No Socio	\$1000	\$ 800

(*)Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener 3 meses de antigüedad como socio activo.

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 ::

AGOSTO

CURSO DE POSGRADO EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

Fecha: Mensual. 1 Viernes (15 a 21hs) y Sábado (9 a 18 hs) por mes.

Viernes 22/8 y Sábado 23/8, Viernes 26/9 y Sábado 27/9, Viernes 17/10 y Sábado 18/10,
Viernes 14/11 y Sábado 15/11, Viernes 12/12 y Sábado 13/12.

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

Modalidad: Teórico- práctico

Destinado a: Licenciados en Nutrición

Coordinación: **Lic. Mercedes Paiva.** Lic. en Nutrición (UBA) Especialista en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales y Maestranda Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Directora del Curso de Postgrado de Nutrición Comunitaria Universidad del Salvador - Asociación Argentina de Nutricionistas. Docente Universidad de Buenos Aires y Universidad Abierta Interamericana de la cátedra de Educación Alimentario Nutricional. Docente nutrición Comunitaria Universidad Abierta Iberoamericana. Docente Universidad del Salvador Prácticas Profesionales de Salud Pública. Consultora en Programas Comunitarios. Referente Programa Familias y Nutrición, Plan nacional de Seguridad Alimentaria ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Presidenta Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN).

Lic. Verónica Risso Patrón. Lic. en Nutrición (UBA). Magister en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO). Integrante del equipo profesional interdisciplinario del Programa de Apoyo a Grupos Comunitarios, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Directora de la carrera de Licenciatura en Nutrición Universidad Abierta Interamericana (UAI). Docente de las asignaturas Economía Alimentaria y Nutrición Comunitaria en distintas universidades públicas y privadas, en grado y posgrado. Secretaria Adjunta de la Federación Argentina de Graduados en Nutrición. Coautora del libro Seguridad y Soberanía Alimentaria (2011 1era edición – 2013 2da edición) y autora de diversas publicaciones en revistas nacionales. Disertante y panelista en congresos y jornadas.

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 desarrollado:

INTRODUCCION A LAS POLITICAS VIGENTES: A) Política Social y Alimentaria •Rol del estado •Historia de las políticas sociales en la Argentina y Latinoamérica •Diagnóstico social actual. •Política social y alimentaria actual • Programas Alimentarios •Otros programas sociales de impacto familiar. Programas de transferencia de ingreso: ingreso universal por hijo, historia e impacto. B) Política en Salud •Evaluación del estado nutricional de poblaciones •Condiciones de salud materna e infantil, enfermedades nutricionales más relevantes. Epidemiología nutricional. C) ENFOQUE DE DERECHOS •Declaraciones de Derechos internacionales y leyes nacionales. •Aplicación del enfoque de derechos en la práctica profesional.

SEGURIDAD ALIMENTARIA: •Seguridad alimentaria: componentes a nivel Macrosocial: Disponibilidad, accesibilidad, consumo. Condicionantes. Datos a nivel nacional e internacional. Métodos para estimar la inseguridad alimentaria. •Seguridad alimentaria: componentes a nivel Microsocial: Una mirada antropológica sobre las estrategias domésticas de consumo. •El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. •Soberanía alimentaria

EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL Y COMUNICACIÓN. •Teorías del aprendizaje y Tipos de aprendizaje. •Diagnóstico de situación educativo. •Participación comunitaria. •Intervenciones alimentarias en EAN. •La posición del docente. •Evaluación en EAN. •Comunicación nutricional

ECONOMIA ALIMENTARIA Conceptos de economía alimentaria aplicables a la nutrición comunitaria. •Repercusiones de las variaciones en el costo de los alimentos. •Estructura de consumo y gasto familiar. •Precio de canasta básica de alimentos y su variación. •Metodología de elaboración de líneas de pobreza e indigencia. •El uso del método del ingreso como criterio de ingreso a los programas alimentarios. Utilización de otros métodos de pobreza.

FORMULACIÓN Y EVALUACION DE PROYECTOS SOCIALES Y ALIMENTARIOS1. Diagnóstico de situación. Indicadores. 2. Pasos para la formulación de proyectos. 3. Modelo Lógico 4. Evaluación de proyectos: evaluación interna, externa, mixta, enfoque cuantitativo y cualitativo, formativa, sumativa, de proceso e impacto.

Aranceles y medios de pago (en pesos)

USAL – Nutrición Comunitaria	TOTALA 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 3 meses de antigüedad como socio activo.

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

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

AGOSTO

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)

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:

- Evaluación nutricional y desnutrición
- Alimentación enteral : indicaciones, accesos, tipos de fórmula, monitoreo, complicaciones
- Alimentación Parenteral: indicaciones, accesos, tipos de fórmula, monitoreo, complicaciones
- Patologías y aplicación el soporte nutricional: paciente crítico, cirugía, quemado, úlcera por presión
- Evaluación final y presentación de monografía

Aranceles y medios de pago (en pesos)

USAL – Nutrición Comunitaria	TOTALA 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 3 meses de antigüedad como socio activo.

(*)Para gozar del arancel preferencial para socios es necesario tener 3 meses de antigüedad como socio activo.

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.



USO DE STEVIA COMO EDULCORANTE NO NUTRITIVO



En febrero de 2014 la AADYND elaboró un documento de posición sobre el uso de edulcorante stevia en niños. Para realizar la investigación la AADYND realizó una revisión bibliográfica de la cual se seleccionaron 19 trabajos científicos publicados en los últimos 10 años en reconocidos Journals Médicos. Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave: stevia, esteviosidos, poder edulcorante, usos, toxicidad, ingesta adecuada, ingesta en niños, embarazo. Las bibliotecas consultadas fueron: Medline, SciELO, biblioteca FAO, Academia Nacional de Medicina (Argentina), Pubmed.

En los últimos años, la creciente epidemia de sobrepeso y obesidad representa uno de los principales problemas en salud pública a nivel mundial. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005 había en el mundo 1600 millones de adultos con sobrepeso y 400 millones de obesos; para el año 2020 se prevé que cerca de 2300 millones de adultos tendrán sobrepeso y más de 700 millones, obesidad.¹

En Argentina, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009 realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, el 53,4% de la población presenta algún grado de sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), mientras que el porcentaje promedio de obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) a nivel nacional ascendió de 14,6% en el año 2005 al 18% en el 2009.^{2,3}

De acuerdo con la tasa promedio de obesidad y el crecimiento poblacional proyectado, la cantidad absoluta de adultos obesos esperada para el año 2027 en nuestro país se estimó en 5.500.000 personas, lo cual representa una prevalencia del 26% de obesos en la población total.^{2,3}

Asimismo, el aumento del riesgo de padecer alteraciones metabólicas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer en relación al aumento del peso corporal, ha sido también asociado a la obesidad de tipo central, es decir al aumento de los depósitos de grasa intraabdominal independiente del valor del índice de masa corporal, lo cual incluye a individuos con peso corporal dentro del rango de normalidad.^{3,4}

El consumo de bebidas y alimentos con agregado de hidratos de carbono simples se ha postulado como una fuente de calorías adicionales que contribuye al exceso de peso. Se estima que el consumo

de azúcares se ha incrementado en casi un 20% en las últimas décadas. En este sentido, resulta beneficioso el reemplazo total o parcialmente de estos azúcares por edulcorantes no nutritivos.^{4,5}

La Stevia Rebaudiana Bertoni es una planta originaria del sudeste de Paraguay, utilizada como edulcorante natural no calórico debido a que su poder de dulzor es de 300 a 400 veces mayor que la sacarosa. Los hidratos de carbono presentes en las hojas de stevia han sido denominados glucósidos de esteviol, reconociéndose principalmente esteviosido y rebaudiosido A, los cuales son concentrados y purificados por extracción en agua caliente.⁴

Originariamente, las hojas de stevia han sido utilizadas para endulzar bebidas e infusiones de manera natural. En países como Japón se la utiliza desde hace más de 40 años, y en la actualidad se presentan en el mercado mundial edulcorantes de mesa como así también diversos productos alimenticios endulzados con stevia, tales como jugos y gaseosas, yogures, barras de cereal, golosinas, leches de soja, salsas y mermeladas; asimismo, la industria farmacéutica la incluye en enjuagues bucales y dentífricos.^{4,5}

Reglamentación

Diversos organismos internacionales han aprobado la utilización de stevia. La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), entidad responsable de evaluar la seguridad de los edulcorantes no nutritivos, ha determinado que los glucósidos de esteviol presentan muy poca o ninguna toxicidad. En el año 2008 este organismo ha otorgado la denominación de GENERALMENTE RECONOCIDO COMO SEGURO (GRAS – de sus siglas en inglés Generally Recognized As Safe) a los glucósidos derivados de las hojas de stevia. Es de destacar que aquellos edulcorantes aprobados por la FDA han sido categorizados como seguros para ser utilizados por el público en general, incluyendo mujeres embarazadas, en período de lactancia y consumo en niños.^{4,5,6}

El Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (JECFA) en el año 2008 ha establecido una Ingesta Diaria Admitida (IDA), expresada como equivalentes de esteviol, de 4mg /kg peso corporal /día.^{4,5,6} sin correr ningún riesgo para su salud. Debido a que los niños tienen un peso corporal menor, la dosis se debe reducir proporcionalmente a su peso.

No hay prueba científica de los peligros de la Stevia en dosis adecuadas, otros edulcorantes artificiales como el aspartamo hay sin embargo gran cantidad de evidencias científicas que los vinculan con enfermedades.

Al respecto de esta determinación, la IDA ha sido basada en evidencia sobre el metabolismo de los glucósidos de stevia (absorción, distribución y excreción en el cuerpo humano), estudios de toxicidad a corto y largo plazo, potencial carcinogénico, y efectos sobre el embarazo y la lactancia, homeostasis de la glucosa y efectos a nivel cardiovascular.^{4,5,6}

En lo que respecta a reglamentación en nuestro país, el uso del edulcorante stevia ha sido aprobado por la Resolución Conjunta SPReL N° 26/2011 y SAGyP N° 65/2011 e incorporado al Código Alimentario Argentino (Capítulo 18; página 31), el cual se rige bajo los lineamientos para el consumo de stevia del JECFA.⁷

Propiedades

El edulcorante stevia presenta propiedades que lo tornan apto para uso doméstico y a nivel industrial, tales como higroscopicidad, alto poder de dulzor, estabilidad en presencia de ácidos, y resistencia a altas temperaturas y a la conservación prolongada. Además, es no alergénico por no ser un derivado sintético.^{5,8}

Con respecto a los efectos metabólicos del uso de stevia sobre la glucemia, el peso corporal, la secreción de insulina y la presión arterial, la bibliografía revisada arroja como resultado que el uso de stevia no presenta impacto sobre la presión arterial ni la glucemia postprandial, observándose reducción en los niveles de insulina plasmática.⁶

Mientras que los edulcorantes no nutritivos han mostrado resultados contradictorios con respecto al consumo de energía y peso corporal, principalmente por ocasionar aumento del apetito, en diversos trabajos en los cuales se evaluó el efecto de stevia sobre estas variables, se concluyó que los individuos que consumían stevia no compensaban la ingesta calórica, y que los niveles de saciedad serían comparables a aquellos que consumían sacarosa. En este sentido, se ha asociado el uso de stevia con descenso de peso corporal.^{6,9}

En otro sentido, diversos estudios han evaluado el efecto cariogénico derivado del consumo de stevia, concluyendo que la desmineralización del esmalte dentario es considerablemente menor en comparación con el uso de sacarosa o fructosa; así también se ha informado acerca de los efectos bactericidas sobre el streptococcus mutans, responsable de las caries dentales, postulándose como no cariogénico.^{10,11}

Para los niños el uso de stevia como edulcorante puede ser un buen paso sobre todo para tratar de evitar caries, además de obesidad, y diabetes.

Otros edulcorantes

Los edulcorantes no nutritivos aprobados para uso como aditivos alimentarios y/o endulzantes de mesa se clasifican en dos grandes grupos desde el punto de vista de su origen: de origen vegetal y sintéticos.

La stevia pertenece al conjunto de los edulcorantes de origen vegetal, junto con la neohesperidina dihidrochalcona, la cual se obtiene por hidrogenación de la neohesperidina, un flavonoide presente en la naranja.

Por otra parte, la sacarina, los ciclamatos, el acesulfame potásico (acesulfame-k), el aspartamo y la sucralosa son edulcorantes sintéticos aprobados en la Argentina.

Al igual que la stevia, estos edulcorantes poseen una IDA como marco de seguridad para su consumo (Tabla I). Es de relevancia destacar que la misma se expresa en miligramos de edulcorante por kilogramo de peso corporal, siendo en los niños fácilmente alcanzados por el tope máximo permitido.

Para Cagnasso, López y Valencia en su trabajo sobre edulcorantes no nutritivos en bebidas sin alcohol en la población de niños y adolescentes, muestran que las ingestas diarias estimadas promedio para el consumo de ciclamato, sacarina, acesulfame K y aspartamo calculadas a partir del consumo de éstas no superan las respectivas ingestas diarias admisibles.

Sin embargo en el caso del ciclamato, es importante recalcar que un 1,5% de la población de niños y adolescentes encuestados (n= 190) supera la ingesta diaria admisible para dicho edulcorante solamente a través del consumo de bebidas sin alcohol.¹²

Conclusiones

Cuando se utiliza stevia, se sustituye la sacarosa de manera natural. Aquí es donde reside la fortaleza y el valor de un endulzante natural no nutritivo como este.

El uso de edulcorantes naturales no calóricos, como la stevia, en niños inicialmente era resistido, pero los estudios científicos realizados han descartado una relación de causa-efecto con modificaciones en el control del apetito en forma cons-

tante; cambios en la cantidad de comida consumida o en la ingesta de proteínas; modificaciones en el control y balance de líquidos y electrolitos; trastornos de la termogénesis; modificaciones en la composición corporal cuando se mantiene su peso; alteraciones neurológicas, metabólicas, afectivas, psicológicas, escolares y dentales.

Por otro lado han mostrado un efecto benéfico en programas integrales y multidisciplinarios de niños, adolescentes y adultos con sobrepeso, obesidad y diabetes. Estudios publicados en mayo de 2008 de Food and Chemical Toxicology en relación a su seguridad, demostraron que cantidades elevadas de stevia no tuvieron efectos en la salud general.¹²

Concluyendo, la stevia posee investigación ya sea en poblaciones con patologías de alta prevalencia como de seguridad en relación a su consumo. Esto sustenta su recomendación, teniendo en cuenta su Ingesta Diaria Admitida (IDA), expresada como equivalentes de esteviol, de 4mg /kg peso corporal /día. por parte de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas.

Tabla I. Ingesta admitida y contraindicaciones de edulcorantes no nutritivos.

EDULCORANTE	IDA (mg/kg peso corporal)	EFFECTOS ADVERSOS
Acesulfame-K	15 (FDA) 9 (FAO)	
Aspartamo	40	No apto en fenilcetonuria.
Ciclamatos	11	En los Estados Unidos ha sido retirado de los edulcorantes permitidos para consumo humano por asociación a algunos tipos de cáncer.
Neohesperidina	5	
Sacarina	2,5	No apto para embarazadas ya que atraviesa la placenta. Presenta gusto metálico y regusto amargo.
Sucralosa	5	
Stevia	4	

Fuente: elaboración propia. Modificado de Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Use of nutritive and nonnutritive sweeteners. J Acad Nutr Diet. 2012;112(5):739-758.

Referencias

1. World Health Organization <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
2. 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 Salud Pública. 2011; 2(6):34-41.
3. Cardone A, Borraci R, Milin E. Estimación a largo plazo de la prevalencia de obesidad en la Argentina. Rev Argent Cardiol. 2010;78(1):23-29.
4. Ashwell M. Tackling the obesity problem. Dietetics Today. British Dietetic Association 2011; 1-4.
5. Durán S, Rodríguez MP, Córdón K, Record J. Estevia (stevia rebaudiana), edulcorante natural y no calórico. Rev Chil Nutr. 2012;39(4):203-206.
6. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Use of nutritive and nonnutritive sweeteners. J Acad Nutr Diet. 2012;112(5):739-758.
7. Código Alimentario Argentino. Capítulo XVIII Aditivos Alimentarios. 2010;31-32.
8. Wölwer-Rieck U. The leaves of stevia rebaudiana (Bertoni), their constituents and the analyses thereof: a review. J. Agric. Food Chem. 2012;60:886-895.
9. Anton S, Martin C, Han H, Coulon S, Cefalu W, Geiselman P, Williamson D. Effects of stevia, aspartame, and sucrose on food intake, satiety and postprandial glucose and insulin levels. Appet. 2010;55(1):37-43.
10. Gamboa F, Chavez M. Antimicrobial potential of extracts from stevia rebaudiana leaves against bacteria of importance in dental caries. Acta Odontol Latinoam. 2012; 25(2):171-175.
11. Campos P, Muñoz C, Sandoval R, Castro J. Cariogenic potential of commercial sweeteners in an experimental biofilm caries modelo n enamel. Arch Oral Biol. 2013; artículo en impresión.
12. Cagnasso C, López L, y Valencia, M. Edulcorantes no nutritivos en bebidas sin alcohol: estimación de la ingesta diaria en niños y adolescentes. Arch Argent Pediatr 2007; 105(6):517-521



:: Cursos a distancia. Plataforma virtual AADYND ::

AGOSTO

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

Fecha: 4 de Agosto al 27 de Octubre 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: Diagnóstico de la Obesidad Infantil. La adopción temprana de hábitos.
- 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 3 meses de antigüedad como socio activo.

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 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.
- 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 ::

AGOSTO

MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DBT TIPO II**Fecha:** 4 agosto al 4 noviembre**Horas de capacitación:** 85 hs 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 3 meses de antigüedad como socio activo.

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 en convenio con Nutrinfo (www.nutrinfo.com) ::

JULIO

SOPORTE NUTRICIONAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Fecha: 10 de julio

Horas de capacitación: 170 horas cátedra

Modalidad: A distancia de carácter Teórico-Practico

Destinado a: Lic. Nutrición, Dietistas, Médicos, RD, PhD, Lic. Enfermería, Estudiantes del último año de estas carreras.

Coordinación: Lic. Karin Nau. Lic. en Nutrición. Staff del Hospital Británico. Experta en Soporte Nutricional. Coordinadora del Curso de Postgrado de Soporte Nutricional. USAL.

Lic. Gabriela Cánepa. Lic. En Nutrición. Jefa del Servicio de Alimentación del Hospital Británico. Experta en Soporte Nutricional. Coordinadora del Curso de Postgrado de Soporte Nutricional USAL.

Objetivo: - Que el alumno sepa medir el pronóstico nutricional y el grado de desnutrición del paciente y los requerimientos calóricos, proteicos, vitamínicos y minerales. - Que el alumno sea capaz de manejar una alimentación enteral y parenteral. - Que el alumno pueda manejar las distintas patologías con soporte nutricional

Temario:

- Módulo 1: Evaluación Nutricional
- Módulo 2: Alimentación enteral
- Módulo 3: Alimentación Parenteral
- Módulo 4: Soporte Nutricional en el paciente crítico
- Módulo 5: Soporte Nutricional en las diferentes patologías o situaciones
- Módulo 6: Soporte Nutricional Domiciliarlo y Consideraciones Éticas
- Módulo 7: Soporte Nutricional en los diferentes momentos biológicos
- Módulo 8: Interacción Fármaco-Nutriente

Aranceles y más información en: www.nutrinfo.com

NUTRICIÓN INFANTIL NIVEL 1

Fecha: 13 Agosto al 20 Diciembre

Horas de capacitación: 130 hs. cátedra

Modalidad: A distancia de carácter Teórico-Practico

Destinado a: Lic. en Nutrición, Pediatras, Médicos generalistas, Médicos de familia y Profesionales de la salud interesados en la temática. Estudiantes del último año de las carreras mencionadas.

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. Autora del libro „Cocina en Miniatura“ Editorial Corpus. 2011. AUTORA de libro „Nutrición durante tu Embarazo y Lactancia“. Editorial Dunken. Abril 2014. 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“.

Objetivo: Suministrar información actualizada, científica y práctica para la práctica diaria.

Temario:

- Módulo I: Evaluación del Estado Nutricional
- Módulo II: Lactancia Materna
- Módulo III: Sucedáneos de la leche materna
- Módulo IV: Alimentación Complementaria
- Módulo V: Alimentación del niño en edad preescolar, escolar y adolescente

Aranceles y 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**.

ACTIVIDAD GRATUITA

PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACION: \$3000

V Jornadas de Nutrición de la Ciudad de Buenos Aires

“Nutrición y Salud: Nuevas tendencias”

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

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

Más información en: www.aadynd.org.ar

- Diabetes- Adulto Mayor- Paciente Critico
- Pediatría
- Salud Pública
- Rotulado de Alimentos

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

www.aadynd.org.ar

@aadynd

Y... NUESTRO FACEBOOK!