

Proceso de transición epidemiológica nutricional en Villa 20.

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

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

CONCILIO M. CELESTE

Lic. en Nutrición. CeSAC 18 (GCBA)

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

Resumen

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

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

Keywords: Obesity, Schoolchildren, Metabolic Syndrome

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Material y métodos

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

Para el segundo objetivo se consideraron dos poblaciones:

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

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: elaboración propia

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

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

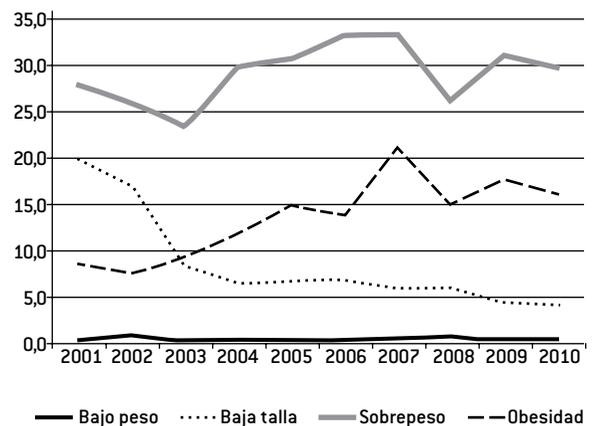
El sobrepeso predomina entre las mujeres (PGP de 30.1% en mujeres vs 28% en varones); entre tanto, la PGP de obesidad en los hombres, duplica a la del sexo femenino (18.1% en hombres vs 9.3% en mujeres), con una diferencia altamente significativa para una $p=0.01$ (tabla n° 2).

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

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

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

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



Fuente: elaboración propia

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

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

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

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

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

Fuente: elaboración propia

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

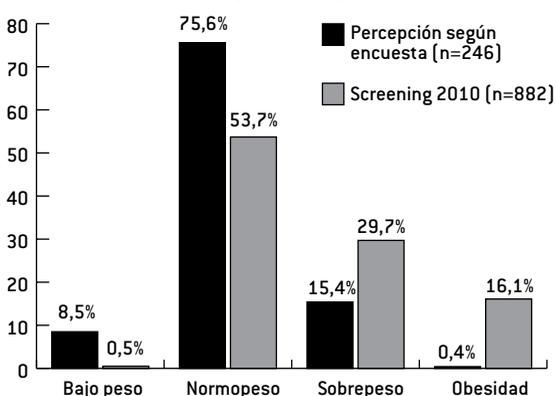
	Mujeres			Varones			Total		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Bajo peso	9	7	3.3-12.9	12	10.2	5.4-17.1	21	8.5	5.4-80.8
Normo-peso	103	80.5	2.5-86.9	83	70.3	61.2-78.4	186	75.6	69.7-80.8
Sobrepeso	15	11.7	6.7-18.6	23	19.5	12.8-27.8	38	15.4	11.2-20.6
Obesidad	1	0.8	0-4.3	0	0	0-3.1	1	0.4	0-2.2

Fuente: elaboración propia

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

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

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



Fuente: elaboración propia

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

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

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

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

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

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

Discusión y conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

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