

CURSO DE POSGRADO EN OBESIDAD 2003

**COEXISTENCIA DE OBESIDAD Y DESNUTRICION EN
FAMILIAS POBRES**

MONOGRAFIA REALIZADA POR

Dra. SUSANA GOTTHELF

Lic. MA. EUGENIA ARAMAYO

Dra. SILVIA ALDERETE

SALTA, Abril de 2004

INDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA.....	1
INDICE GENERAL.....	2
LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS.....	3
INTRODUCCION	5
MARCO TEORICO.....	7
TRABAJO DE CAMPO - ANTECEDENTES.....	16
OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	18
POBLACIÓN, MATERIAL, METODOS.....	18
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	28
CONCLUSIONES.....	31
ANEXO.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	34

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLAS	Pág.
1. Prevalencia de exceso de peso y obesidad en mujeres de 15 a 49 años de edad en países de América Latina y el Caribe	10
2. Distribución de la población adulta según rangos de IMC, CNIN, Salta1999	17
3. Resumen de indicadores antropométricos en Adolescentes de 10 a 19 años. Salta. CNIN 1999	17
4. Distribución de la muestra de los niños según sexo y grado de desnutrición. Salta. CNIN 2004	21
5. Distribución del IMC y tallas de las madres. Salta. CNIN 2004	22
6. Distribución del IMC y nivel educativo de las madres Salta. CNIN 2004	23
7. Distribución de IMC y nivel ocupacional de las Madres. Salta. CNIN 2004	24
8. Distribución de IMC y tipo de unión en la muestra de madres. Salta. CNIN 2004	25

GRAFICOS

1. Transición Nutricional	8
2. Prevalencia de la coexistencia de sobrepeso y desnutrición, Brasil, China y Rusia	13
3. Influencia de la nutrición materna e infantil en enfermedades crónicas del adulto	15
4. Distribución percentilada de la muestra según IMC. Salta, 1998	16
5. Estado nutricional de las madres según IMC. Salta. CNIN 2004	21
6. Distribución de las madres según nivel educativo. Salta. CNIN 2004	23
7. Estado nutricional de madres y padres según IMC Salta. CNIN 2004	26
8. Tallas de madres y padres. Salta. CNIN 2004	26

INTRODUCCION

América Latina está transitando por un proceso de rápidos cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales. La urbanización en el mundo en vías en desarrollo, ha provocado efectos adversos en los patrones de alimentación y actividad física de la población. Esto se tradujo en un aumento de la incidencia de la obesidad y de enfermedades no transmisibles en una época en que grandes segmentos de la población siguen padeciendo desnutrición y otras enfermedades relacionadas con la pobreza.

Los niveles de obesidad se han incrementado durante los últimos 15 años, si bien la prevalencia de la misma en los niños se mantiene baja, ha aumentado considerablemente. En la edad adulta el incremento se produjo especialmente entre las mujeres de menor nivel cultural.

La coexistencia de la obesidad y la desnutrición puede ocurrir dentro de un mismo país, comunidad y hasta en el marco de una misma familia. No es inusual hallar en las áreas urbanas periféricas familias en las cuales el padre es de talla baja, obeso, alcohólico e hipertenso, con antecedentes de desnutrición en la infancia, la madre es anémica, de baja estatura y los niños están subnutridos y parasitados.

Con éste trabajo se intenta analizar la coexistencia de obesidad y desnutrición en el seno de familias pobres, con niños desnutridos que fueron atendidos en el Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales de la ciudad de Salta para su recuperación nutricional entre los años 1998 al 2003.

La coexistencia de ambos problemas en proximidad sugiere la presencia de factores causales comunes relacionados con la alimentación, la actividad física, la educación y el medio socio-económico.

MARCO TEORICO

El proceso de Transición Nutricional se refiere a una serie de modificaciones ocurridas en el perfil nutricional de las poblaciones, debidas a cambios en los patrones de alimentación, determinados por la interrelación de factores económicos, demográficos, ambientales y culturales(1)

En los países en vías de desarrollo, durante las últimas décadas, se ha producido un aumento de las enfermedades no transmisibles con mayor incidencia de obesidad, aún cuando grandes segmentos de la población, siguen padeciendo desnutrición y otras afecciones relacionadas con la pobreza.(2,3)

Proyecciones recientes indican que en los próximos 20 años las enfermedades no trasmisibles serán responsables de un 60 % de las causas de morbi-mortalidad en el mundo en desarrollo. La obesidad se reconoce como un factor de riesgo de varias de estas afecciones crónicas, influenciada por los cambios en los patrones alimentarios y los estilos de vida modernos, resultantes de la transición epidemiológica., afectando a 25-50 % de la población en países tan dispares como Kuwait, México, Tailandia y Túnez.

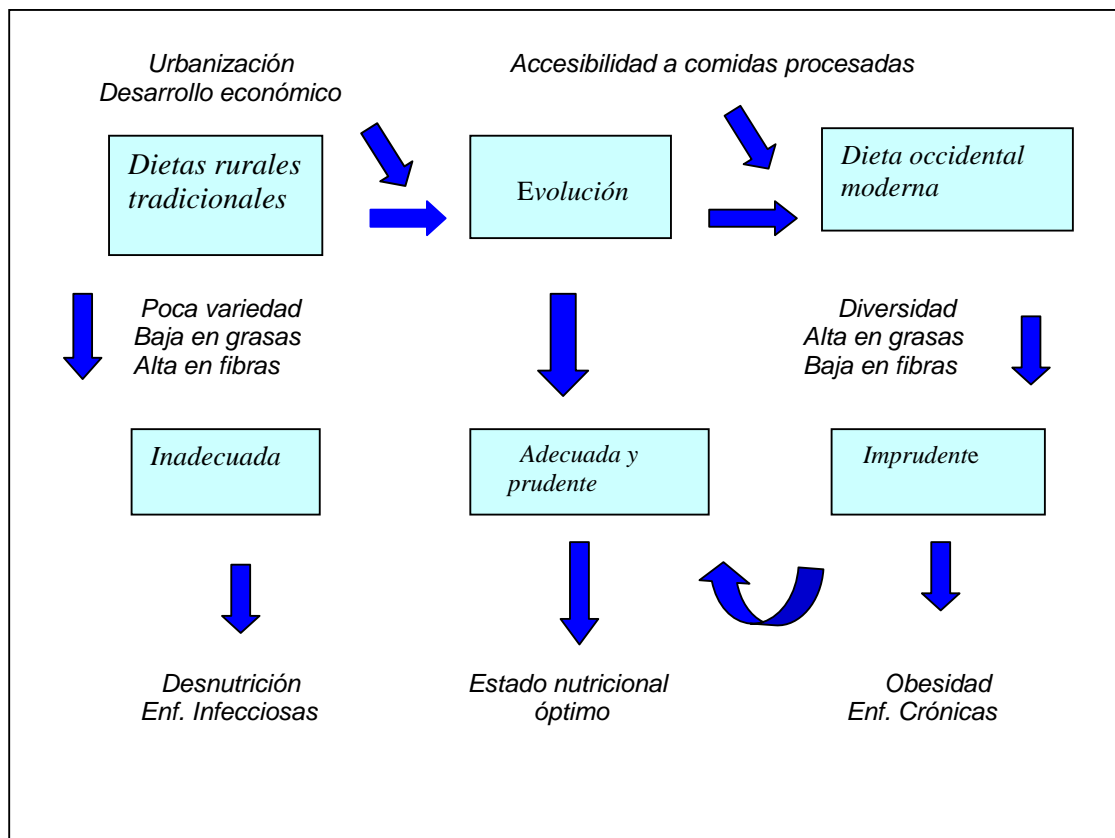
El aumento en el número de habitantes pobres en las áreas urbanas, acompañado de una inaccesibilidad a condiciones básicas de vivienda, educación, servicios de salud, generaron grandes cinturones de pobreza. La urbanización en el mundo en vías de desarrollo, ha provocado efectos adversos en los patrones de alimentación, actividad física, características del trabajo y uso del tiempo libre de la población (4).

La velocidad de la transición fue muy rápida en los países más pobres, con factores determinantes que variaron de país en país, y que llevaron al hecho paradójal de la coexistencia de dos tipos principales de alteraciones nutricionales: la desnutrición (asociada a la baja ingesta de alimentos, la falta de cuidados, déficit en la atención de salud), y el sobrepeso (relacionado al consumo excesivo de calorías, de mala calidad, procedentes de grasas saturadas y alimentos procesados (5)

Las sociedades modernas, urbanas en su mayoría, parecen converger hacia el consumo de dietas de alta densidad calórica, ricas en grasas y azúcares libres y bajas en fibra, que se asocian con una vida cada vez más sedentaria. Estos cambios magnifican los problemas resultantes de la transición epidemiológica y hacen que la edad en que aparecen las enfermedades crónicas asociadas con la alimentación, sea cada vez más temprana y en grupos de menores ingresos(6,7) .

El aumento en el consumo de grasas, se asocia a preparaciones rápidas y a comer fuera de casa. Los vendedores ambulantes de comidas, se han convertido en los “ fast foods” relacionados a la pobreza urbana. Las personas sin empleo, o con ingresos irregulares, consumen más en estos lugares, y en los países con crisis devaluatorias, las mujeres explican que el consumir “sandwiches”, les disminuye el gasto no sólo de los ingredientes alimentarios, sino también del combustible para la cocción (8).

Gráfico 1 TRANSICIÓN NUTRICIONAL



Los factores dietarios están asociados a las principales causas de muerte en América Latina. Así como aumentan los ingresos, aumenta el consumo energético y el de grasas, especialmente saturadas. Por otro lado el consumo de legumbres, cereales y otros vegetales ricos en fibras y frutas han permanecido estables o disminuido. Estos factores están probablemente envueltos en la alta prevalencia de desnutrición coexistiendo con uno o mas adultos con sobrepeso. (9,10)

Estas transformaciones en los hábitos alimentarios se acompañan de estilos de vida sedentarios que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero .

Los hábitos de vida sedentarios constituyen uno de los grandes factores de riesgo que explican las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles (ENT), influenciados tal vez por un perfil de violencia cada vez mayor, que inhibe a sus habitantes de actividades tales como caminar, correr o andar en bicicleta, sumado a la carencia de lugares apropiados para las prácticas de algún deporte (11,12).

La inactividad física representa mucho más que la ausencia de actividad, ya que generalmente se asocia a costumbres que involucran incrementar el consumo de alimentos con alto contenido energético. La correlación entre horas frente a la TV y aumento en el consumo de alimentos de alta densidad energética, ha sido demostrada en todos los grupos etáreos (13).

El sedentarismo se constituye en uno de los grandes factores de riesgo que explica las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles (ENT). 76% de todas las defunciones en el continente americano en el año 2000 se debieron a ENT, siendo esta proporción semejante a la encontrada en zonas desarrolladas de Europa (86%) y del Pacífico Occidental (75%). Ese mismo año se produjeron solo en América Latina 119 000 defunciones vinculadas con estilos de vida sedentarios.

Según datos obtenidos de 24 países en la Región de las Américas, más de la mitad de la población es inactiva, es decir, no observa la recomendación de un mínimo de 30 minutos diarios de actividad moderadamente intensa por lo

menos 5 días a la semana En varios países del continente americano, la proporción de la población cuya salud está en riesgo debido a una vida inactiva se aproxima a 60%. (14)

En América Latina, la obesidad se da tanto en mujeres como hombres de escasos recursos, sin embargo la mayor tendencia se observa entre éstas últimas (15). En un estudio realizado en Brasil, entre las mujeres la obesidad aumentó del 6,1 % al 10,9 %, especialmente en el área de menor desarrollo. Las mujeres de menores ingresos de las áreas desarrolladas eran más susceptibles que las de mayores ingresos a la desnutrición y a la obesidad(16).

Esto podría ser “ una consecuencia de la autoexclusión a favor de los niños y del esposo que sale a trabajar, conformando su alimentación básica las infusiones y el pan, sumando a esto una desvalorización del cuerpo de la mujer pobre, lo que favorece un proceso de deterioro del aspecto físico” (17).

Tabla 1 Prevalencia de exceso de peso y obesidad en mujeres de 15 a 49 años de edad en países de América Latina y el Caribe

País/ año	Tamaño de la muestra	IMC/ DE	Sobrepeso %	Obesidad %
Bolivia/ 1994	2.347	24,3 / 3,7	26,2	7,6
Brasil/ 1996	3.158	24/ 4,3	25,0	9,7
Colombia/ 1995	3.319	24,5/ 4,0	31,4	9,2
Guatemala/ 1995	4.978	24,2/ 3,9	26,2	8,0
Haití/ 1994-95	1.896	21,2/ 3,4	8,9	2,6
Honduras/ 1996	885	23,5/ 4,7	23,8	7,8
México/ 1987	3.681	23,7/ 4,3	23,1	10,4
Perú/ 1996	10.747	25,1/ 3,6	35,5	9,4
Rep. Dominicana/ 1996	7.356	24,3/ 4,9	26,0	12,1

IMC índice de masa corporal DE desviación estándar

Fuente: Martorell R (1998)

Por otro lado los programas de alimentación suplementaria, comunes en la región, han excedido el número de beneficiarios con respecto a los desnutridos, volviéndose parte de una exigencia de las poblaciones que viven bajo la pobreza. Los programas de apoyo alimentario a estos grupos han impedido el crecimiento de las poblaciones, pudiendo ser beneficiosos para algunos, aunque perjudicial para otros, induciendo a la obesidad sobre todo en las áreas pobres urbanas. (18)

En Argentina, se vive un proceso de transición social, demográfica, económica y sanitaria. Los procesos de urbanización se han producido en un breve plazo y con un mínimo de regulación. Debido a los mismos, al acceso a nuevas tecnologías y a una mayor cantidad de bienes, la población va adoptando estilos de vida más sedentarios, con disminución de la actividad física, cambios en la alimentación y aumento del consumo de alcohol y cigarrillos.

En este proceso, la estructura familiar tradicional se modifica debido, entre otros factores, a la migración de los jóvenes, la pérdida de las familias extendidas y la incorporación de la mujer a las actividades laborales fuera del hogar (aproximadamente el 40% de las mujeres). consolidando nuevas pautas de cuidado y crianza de los niños (guarderías o madres sustitutas) con menor participación de la misma en la alimentación familiar. (19)

Si bien, en los últimos años se observa un mejoramiento en los niveles de salud, la crisis económica, a partir de fines de los 90, trajo como consecuencia una caída de los ingresos reales y un aumento en la desocupación y la pobreza, aumentando la brecha entre pobres y ricos. En el 2001, un 40% de la población argentina o bien no tenía ingresos o bien eran tan escasos que la ubicaban por debajo de la línea de la pobreza.

En nuestro país, el principal problema de salud, es la extrema pobreza, 14 millones de personas se encuentran bajo la línea de pobreza, es decir sin empleo, sin vivienda digna y sin acceso a un servicio de salud adecuado. En este marco de transición, si bien los indicadores de salud muestran una tendencia al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, los factores de riesgo asociados a la alimentación y nutrición subyacen como causa de dos importantes patologías, la desnutrición y la obesidad.

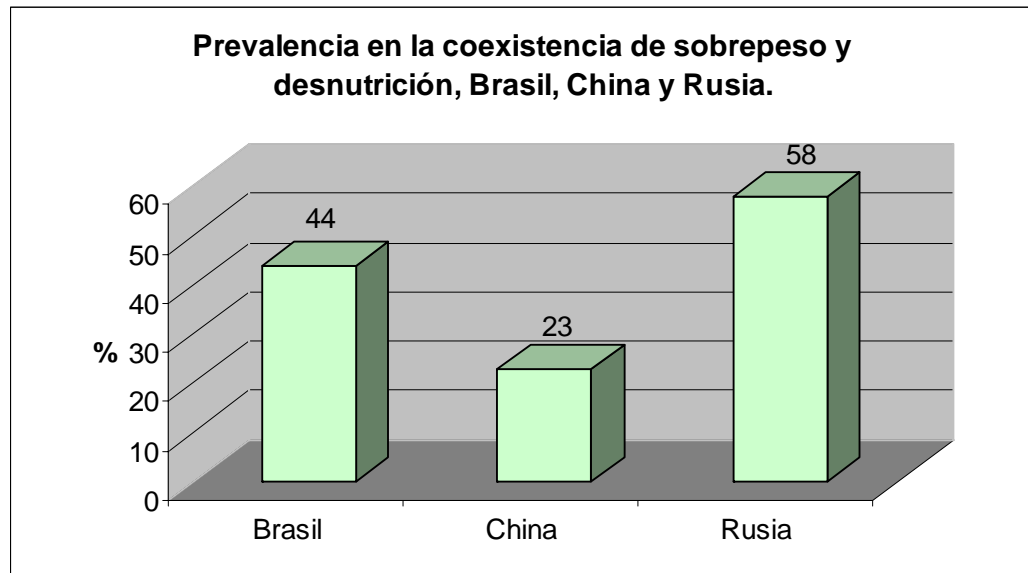
La desnutrición no es solo un problema de disponibilidad de alimentos sino que resulta de una compleja interacción de factores entre los cuales la falta de alimentos en el hogar, es una de ellas. Las restricciones en el acceso a los alimentos determinan dos fenómenos simultáneos que son las caras de una misma moneda: los pobres están desnutridos porque no tienen lo suficiente para alimentarse y son obesos porque se alimentan mal con un desequilibrio energético importante. (20)

La residencia urbana y los niveles de ingreso están involucrados con las altas densidades energéticas de las dietas, afectando a los miembros de las familias de manera diferente, no solo en el tipo de alimentación, sino también en la distribución de los alimentos en el seno de las mismas. Los cambios a su vez en los patrones de actividad física son experimentados en forma diferente por los miembros de la familia. Esto, sumado a factores socio-económicos, resulta en que algunos se desnutren y otros se vuelven obesos. (21)

La obesidad y la desnutrición coexisten en las mismas regiones y estratos sociales, en las mismas familias, (madres obesas y niños desnutridos), y aún más en el mismo individuo (obesidad con retraso crónico en el crecimiento). Por eso considerar la obesidad como una condición opuesta a la desnutrición no solo es equivocado sino que puede tener consecuencias graves sobre el abordaje de los problemas nutricionales en la comunidad.

En el gráfico siguiente se observan los resultados de un trabajo, que muestra los porcentajes de familias que teniendo un miembro desnutrido, también presentan otro con sobrepeso.

Gráfico 2



Fuente: Doak, Adair, Monteiro and Popkin. 2000. American Society for Nutritional Sciences

La inseguridad alimentaria se ha relacionado a los bajos ingresos y la pobreza, observándose en estas familias altas probabilidades de coexistencia de desnutrición en los niños y de obesidad en los adultos. Debido a que el sobrepeso se asocia a una excesiva ingesta de alimentos, y el hambre a una inadecuada suplementación, pensar en términos de sobrepeso y déficit alimentarios, parece una paradoja.

Estudios realizados en mujeres sugieren que la inseguridad alimentaria se relaciona de dos maneras con el peso corporal. En la primera el aumento de peso generado por una inseguridad mediana, se asocia a patrones alimentarios desordenados, y la segunda forma, que predomina en áreas de inseguridad severa, se asocia a disminución en el peso.

Este estudio confirmó que la prevalencia de obesidad en las mujeres fue menor entre los dos extremos máximos de gradación de inseguridad alimentaria: entre las mujeres de mejor seguridad, la restricción alimentaria podría deberse a una idea de prevenir el aumento de peso. Y entre las de menor inseguridad, a la falta de acceso a los alimentos.

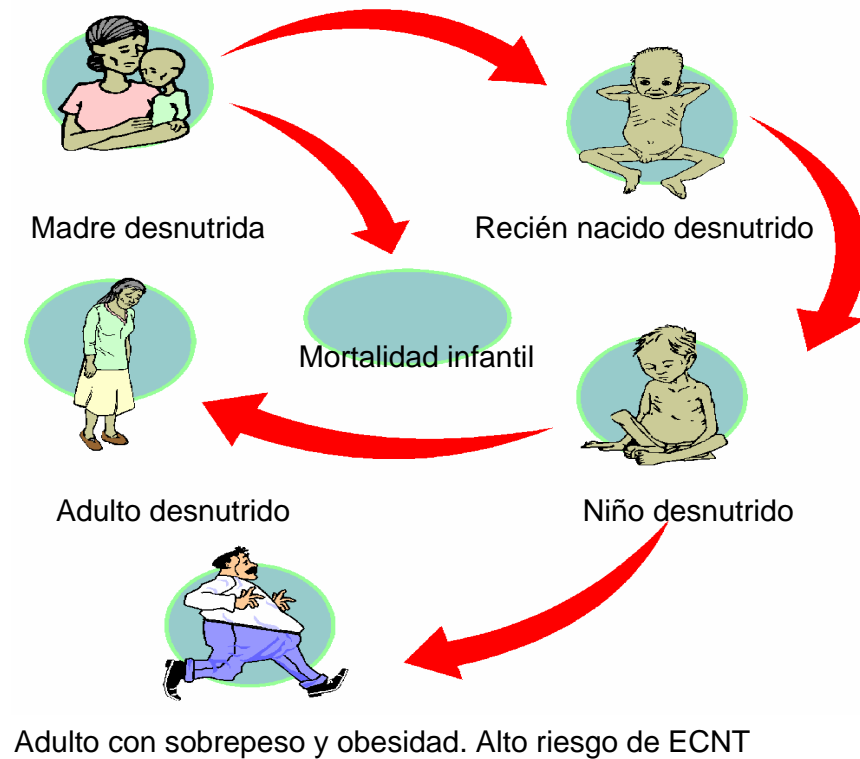
La mayor prevalencia se observó entre las de mediana seguridad, lo que sugeriría que la obesidad estaría relacionada a episodios de involuntaria y temporaria restricción alimentaria (22).

Dietz sugirió que cambios en los patrones de alimentación o adaptaciones fisiológicas en respuesta a periodos de escasez alimentaria podrían ser la causa del aumento de la grasa corporal. Sin embargo esta relación entre pobreza, inseguridad alimentaria y obesidad no ha sido muy bien estudiada. (23).

Algunos estudios muestran una relación entre la nutrición fetal y de la primer infancia con la prevalencia de enfermedades crónicas en la edad adulta: así una nutrición materna deficitaria lleva a una alteración en el crecimiento fetal, resultando en bajo peso de nacimiento, baja talla y pequeña circunferencia cefálica. Estas influencias adversas programan al feto a desarrollar respuestas metabólicas y fisiológicas adaptativas que facilitan la supervivencia, provocando respuestas desordenadas mientras el niño crece, con un riesgo aumentado de intolerancia a la glucosa, hipertensión y dislipidemias en la vida adulta (24).

Niños con bajo peso de nacimiento tienen mayor probabilidad de desarrollar obesidad de tipo abdominal y otras enfermedades relacionadas al Síndrome X en la edad adulta. Por otro lado el “acortamiento” se ha asociado a factor de riesgo de la obesidad, facilitando un alto IMC, si la recuperación del peso con poco o nada recuperación de talla, ocurre en un periodo más tardío, potenciado por una dieta limitada en micronutrientes.

Gráfico 3 Influencia de la nutrición materna e infantil en enfermedades crónicas del adulto



Fuente: INCAP

Finalmente, es posible afirmar que en países donde coexisten la desnutrición materna e infantil con la urbanización y el crecimiento económico, la obesidad y las enfermedades crónicas tenderán a aumentar su prevalencia (25).

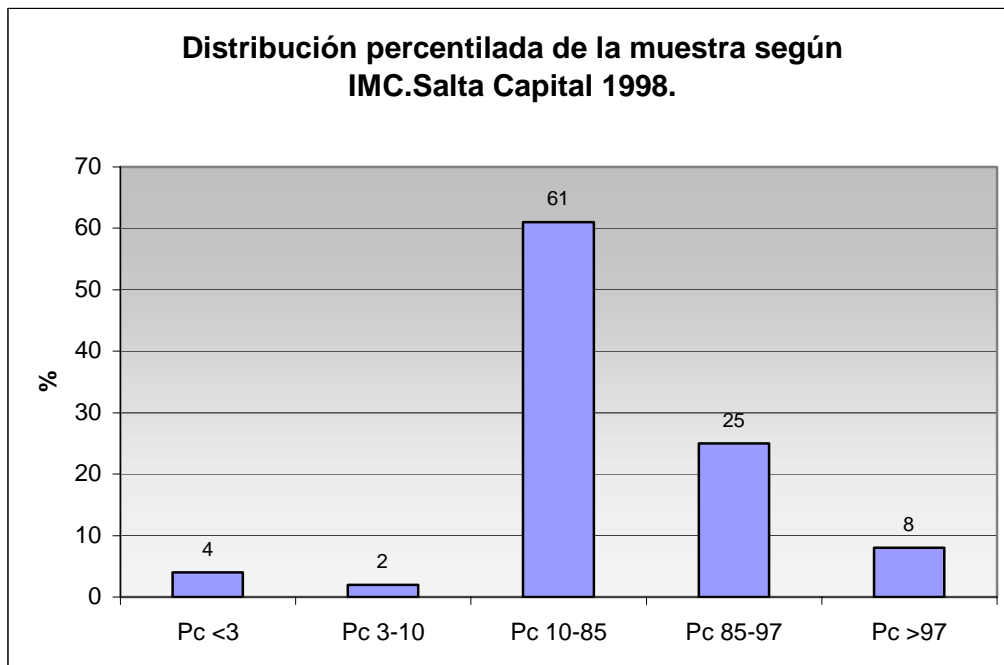
ANTECEDENTES

La ciudad de Salta también se encuentra transitando cambios demográficos, urbanísticos y alimentarios que modifican los perfiles nutricionales tradicionales, dando lugar a la aparición de la obesidad, como un nuevo problema de salud en los diferentes grupos etareos.

La situación socio-económica indica que en la provincia la incidencia de la pobreza en los menores de 18 años es del 81,6 % (SIEMPRO, octubre 2002) y que la desnutrición crónica en menores de 6 años llega al 15,9 %, con una franca disminución de la prevalencia en la desnutrición aguda(Ministerio de Bienestar Social 1995-96)

El gráfico siguiente muestra los resultados de un trabajo realizado por el Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales (CNIN) sobre una población de niños de 5 y 6 años, que asistían a escuelas públicas de la ciudad de Salta, en el año 1998 (24). El total de niños evaluados fue de 150

Gráfico 4



Estos datos coinciden con los de una Encuesta Nutricional realizada por el CNIN en el año 1999, en la que, la prevalencia de sobrepeso y obesidad

por el indicador P/T en niños entre 2 y 5 años fue de 28,3 % y en el grupo de 6 a 9 años del 29,8 %.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la Encuesta en la población adulta (195 mujeres y 173 hombres).

**Tabla 2 Distribución de la población adulta según rangos de IMC .
CNIN, Salta 1999**

IMC	Hombres	Mujeres	Total
< 18,5	0	2,0 %.	1,1 %
18,5-24,9 %	32,9 %	42,1 %	37,8 %
25-29,9	43,9 %	33,3 %	38,3 %
30-34,9 %	19,6 %	16,4 %	17,9 %
35-39,9 %	3,6 %	3,6 %	3,5 %
40 y +	0 %	2,6 %	1,4 %

La tabla siguiente muestra los resultados en la población adolescente, surgidos de la misma encuesta. Se evaluaron 101 adolescentes

Tabla 3 Resumen de indicadores antropométricos en adolescentes de 10 a 19 años. Salta. CNIN 1999

Grado de adecuación a la mediana	P/E	P/T	T/E	Tc brazo
Exceso (>110)	15,8 %	33,7 %	1,0 %	75,8 %
Normal (90 a 110)	72,3 %	62,4 %	84,2 %	9,1 %
Déficit (< 90)	11,9 %	3,9 %	14,8 %	15,1 %

Estos datos evidencian el surgimiento de otra cara del problema de la malnutrición, la obesidad, y su coexistencia con la desnutrición pareciera ser el perfil que caracteriza la situación nutricional actual.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de obesidad en madres de niños desnutridos de bajo nivel socio-económico de la ciudad de Salta durante el último quinquenio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el estado nutricional de las madres de los niños que conforman la muestra
- Conocer el nivel educativo y ocupacional de las madres y establecer el clima social familiar.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 145 historias clínicas de niños desnutridos, que ingresaron al Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales (CNIN), para tratamiento de recuperación nutricional en el período comprendido entre el 1/01/1999 al 31/12/2003, con un grado de déficit de peso para la edad (P/E) superior al 10 % de adecuación a la mediana, según las tablas nacionales.

Se excluyeron los niños cuya desnutrición fuera secundaria a malformaciones congénitas, enfermedades genéticas, trastornos neurológicos y enfermedades cardíacas, diarreas crónicas etc.

DISEÑO:

Estudio retrospectivo y descriptivo

En las historias constaban las mediciones antropométricas realizadas a los niños, madres y en algunos casos, padres que concurrieron a la consulta. Las técnicas de medición utilizadas fueron las recomendadas por la SAP y aplicadas por enfermeros antropometristas.

Niños : normas de medición de la SAP.

Peso corporal : se usó balanza pediátrica, controlada y calibrada cada 10 mediciones. El niño se pesó sin ropas ni pañales.

Longitud corporal: se tomó con pediómetro de madera con cinta metálica inextensible, graduada en milímetros a lo largo de la superficie horizontal. Se colocó al niño en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana, manteniendo la cabeza en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie.

Para valorar los diferentes grados de desnutrición por P/E, se utilizó la clasificación de Gómez:

- Desnutrición leve (DL): 10 A 24 % de déficit de adecuación a la mediana
- Desnutrición moderada (DM): 25 a 39 % de déficit
- Desnutrición grave (DG): > 40 % de déficit

Se definió como " bajo peso de nacimiento" al ≤ 2.500 g

Adultos: Normas de medición de OMS

Peso corporal: se usó balanza de pie tipo CAM, graduada en kg y g Se pesó de pie, parado y con el mínimo de ropas.

Talla: se utilizó cinta métrica adosada a una base de madera, pegada a una pared y graduada en cm y mm. Se midió de pie, en inspiración profunda, descalzo, con el cuerpo erguido y cabeza mirando al frente. Se usó cartabón para desplazar hasta el punto más elevado de la cabeza.

En los adultos para la valoración nutricional se usaron los puntos de corte de IMC reconocidos internacionalmente por la OMS

- Desnutrición: < 18,5
- Normal 18,5 a 24,9
- Sobrepeso: 25 a 29,9
- Obesidad: > 30

Con respecto a la talla de los adultos, la misma se percentiló con las referencias nacionales a la edad de 19 años, considerándose :

- Talla normal : > pc 10
- Talla baja : entre pc 3 y pc 10
- Talla muy baja : < pc 3
- Talla alta : > pc 90

Entre las variables socio-económicas se definieron

Nivel educativo I : analfabeto y primario incompleto

Nivel educativo II : primario completo y secundario incompleto

Nivel educativo III : secundario completo y terciario incompleto

Nivel educativo IV : terciario completo y universitario incompleto

Nivel educativo V : universitario completo

Para clasificar el nivel ocupacional de los padres se utilizó la Escala de Gino Germani modificada y adaptada a la realidad de la Región NOA por el Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales (año 1999) (Anexo 1)

El tipo de unión entre los padres determinó la siguiente división

- Madre sola
- Unión de hecho
- Unión legal

El número de hijos agrupó a la familia en :

- Numerosa : > 3 hijos
- Tipo : hasta 3 hijos

Se usó el programa EPI INFO V6 para el análisis de los datos. Se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado para determinar relaciones entre estado nutricional de las madres y variables socio-económicas

RESULTADOS

Se revisaron 145 H.C, de las cuales fueron 72 niñas y 73 varones, los que por grado de desnutrición se distribuyeron de la siguiente forma :

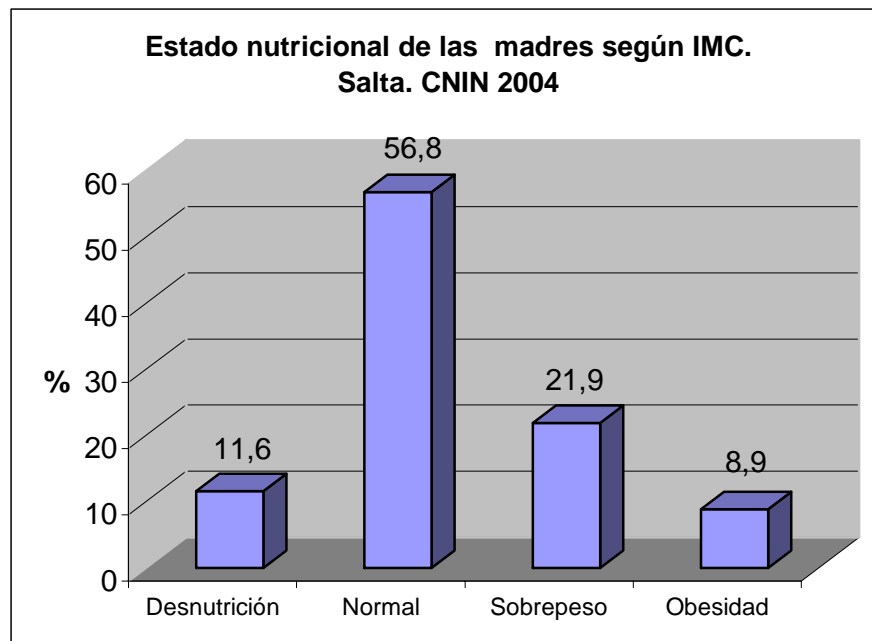
Tabla 4 Distribución de la muestra de niños según sexo y grado de desnutrición. Salta. CNIN 2004.

Grado de desnutrición	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Leve	42	58,3	27	37,0
Moderado	29	40,3	40	54,8
Grave	1	1,4	6	8,2
Total	72	100,0	73	100,0

La edad de ingreso de los niños varió entre 1 mes y 3,7 años de edad, y entre los mismos la frecuencia de bajo peso de nacimiento fue de 32,4 %, de los cuales 23 (48,9 %) fueron mujeres y 24 (51,1 %) varones.

La edad media de las madres fue de 26,7 años con un rango entre 16 a 42 La mediana fue de 26 y el modo 21 años. El número de madres adolescentes (≤ 20 años) fue de 22 .La evaluación nutricional de las mismas aportó siguientes datos

Gráfico 5



Se observa una alta prevalencia de madres con sobrepeso y obesidad, 30,8 %.

Con respecto a la talla, 81 (55,8 %), tenían una estatura normal; 27 (18,7 %) talla baja , 34 (23,4 %) talla muy baja y 3 (2,1 %) talla alta.

En la tabla siguiente observamos la relación entre IMC y talla de las madres

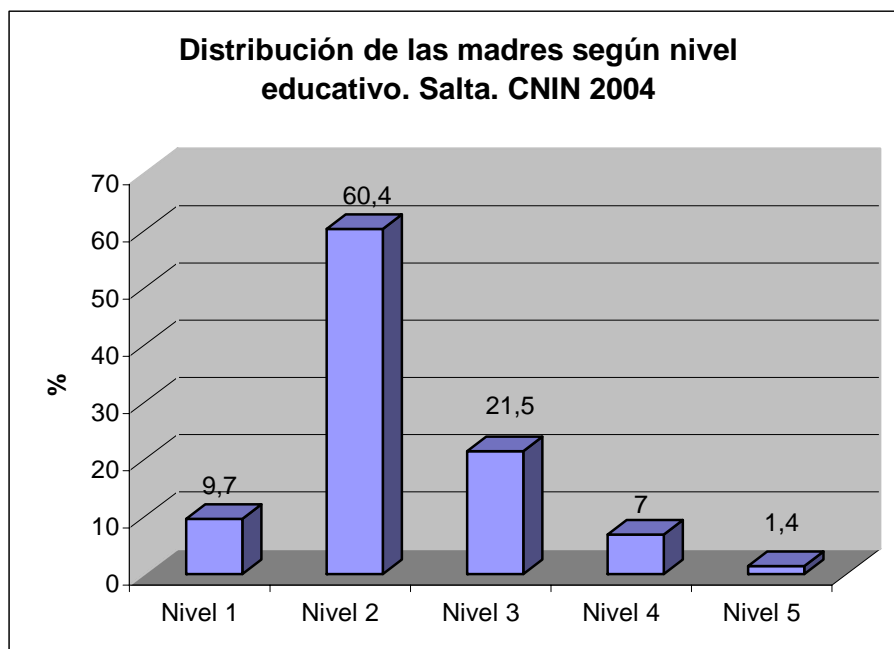
Tabla 5 Distribución del IMC y talla de las madres. Salta . CNIN 2004

IMC	Talla Normal		Talla baja		Talla muy baja		Talla alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desnutrición	12	14,8	4	14,8	0		1	33,3
Normal	43	53,1	18	66,7	20	58,9	2	66,7
Sobrepeso	17	21,0	4	14,8	11	32,3	0	
Obesidad	9	11,1	1	3,7	3	8,8	0	
Total	81	100,0	27	100,0	34	100,0	3	100,0

De la tabla anterior se infiere que de las madres con sobrepeso 15 (35,4 %) y 4 (30,8 %) de las obesas tenían tallas por debajo del pc 10 (bajas y muy bajas).

En el gráfico siguiente se visualiza la distribución de la muestra de madres según el nivel educativo alcanzado, el 70.1 % se encuentra entre los dos primeros niveles

Gráfico 6



Con respecto al nivel educativo (NE), debemos aclarar que se recabaron 144 datos, faltando datos de una madre.

Tabla 6 Distribución del IMC y nivel educativo de las madres. Salta. CNIN 2004

IMC	NE 1		NE 2		NE 3		NE 4		NE 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desnutrición	2	14,2	6	7,0	6	19,3	1	10,0	1	50,0
Normal	4	28,6	57	65,5	17	54,9	4	40,0	1	50,0
Sobrepeso	4	28,6	17	19,5	6	19,3	5	50,0	0	
Obesidad	4	28,6	7	8,0	2	6,5	0		0	
Total	14	100,0	87	100,0	31	100,0	10	100,0	2	100,0

Observando nuevamente a las madres con sobrepeso y obesidad, 32 (71 %) se encuentran entre los niveles educativos 1 y 2.

Respecto a la actividad de las madres , 106 (73,1 %) son amas de casa - Nivel 0 25 (17,2 %) corresponden al nivel 1, desempeñándose generalmente como empleadas domésticas, 3 (2,1 %) al nivel 2 y 6 (4,1 %) al nivel 4 ; 3 madres (2,1 %) reciben subsidios (Plan Jefe de Hogar) y 2 (1,4 %) están desocupadas.

Tabla 7 Distribución de IMC y nivel ocupacional de las madres. Salta. CNIN 2004

IMC	Nivel 0		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 4		C/subsidios		Desocupadas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desnutrición	14	13,2	0		1	33,3	1	16,7	1	33,3	0	
Normal	59	55,7	17	68,0	0		3	50,0	2	66,7	2	100,0
Sobrepeso	24	22,6	5	20,0	1	33,3	2	33,3	0		0	
Obesidad	9	8,5	3	12,0	1	33,3	0		0		0	
Total	106	100,0	25	100,0	3	100,0	6	100,0	3	100,0	2	100,0

Cuando se averigua sobre el tipo de unión en la relación de pareja, 38 (26,2 %) estaban solas, 51 (35,2 %) conformaban una unión legal y 56 (38,6 %) uniones de hecho.

En la tabla siguiente se relaciona tipo de unión con estado nutricional :

**Tabla 8 Distribución de IMC y tipo de unión en la muestra de madres.
Salta. CNIN 2004**

IMC	Madre sola		Unión legal		Unión de hecho	
	N	%	N	%	N	%
Desnutrición	6	15,8	4	7,8	7	12,5
Normal	20	52,6	28	54,9	35	62,5
Sobrepeso	8	21,1	15	29,5	9	16,1
Obesidad	4	10,5	4	7,8	5	8,9
Total	38	100	51	100,0	56	100,0

De la tabla anterior se desprende que 12 (31.6%) de las madres con sobrepeso y obesidad están solas, 14 (25.0 %) conforman uniones de hecho y el resto 19 (37.3 %) uniones legales.

Se recabaron además algunos datos sobre los padres que aportan al clima social-familiar. Un 47,2 % de ellos se ocupa en el nivel 1, un 32,1 % en el nivel 2 y un 15,1 % están sin trabajo. Un 12,1 % de los padres tienen un nivel educativo 1 y 64,5 % llegan al nivel 2. De estas familias la media de hijos es de 2,9 con un rango entre 1 a 10 y el 67,6 % de ellas tienen menos de tres hijos.

Como dato adicional presentamos las antropometrías realizadas a 67 padres que concurren al CNIN, los que por IMC se distribuyeron de la siguiente forma: normales 38 (56,7 %), desnutridos 2 (3 %), sobrepeso 22 (32,8 %) y obesos 5 (7,5 %). La talla en ellos fue normal en 41 (61,2 %), baja en 10 (14,9 %) y muy baja en 16 (23,9 %)

Gráfico 7

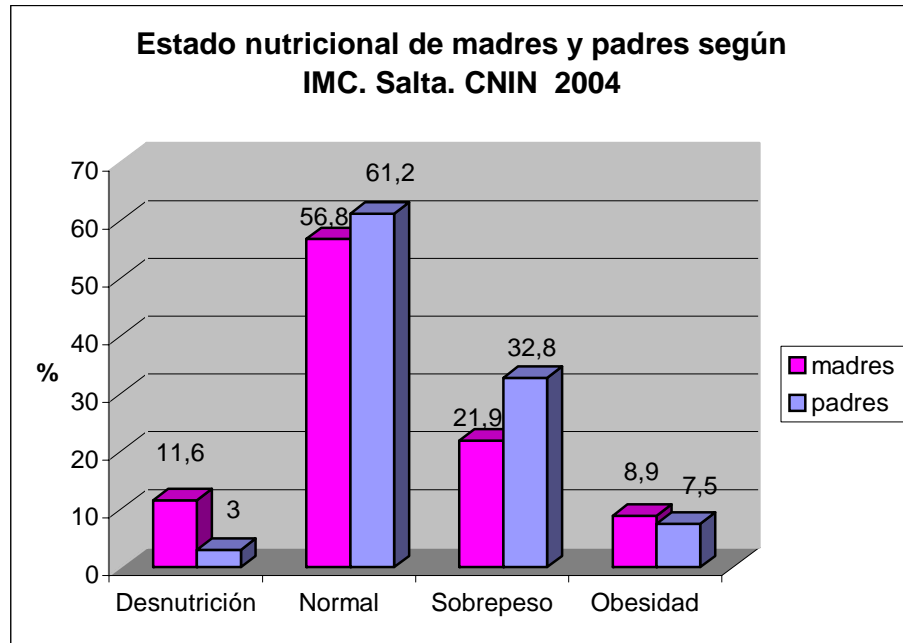
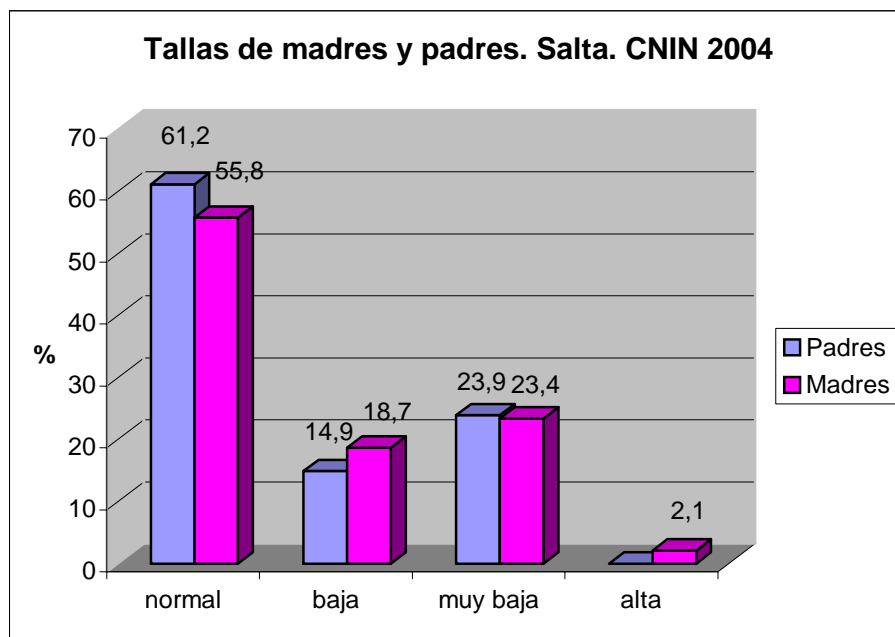


Gráfico 8



Los gráficos anteriores (3 y 4), nos permiten visualizar la importante prevalencia en esta población de riesgo, de dos problemas relacionados con la malnutrición , la baja talla o acortamiento y el sobrepeso.

La aplicación de la prueba de CHI cuadrado entre estado nutricional y variables socio-económicas no fue significativa

DISCUSIÓN

La posibilidad de que la desnutrición coexista con el sobrepeso y la obesidad dentro de las mismas familias, es un tema de difícil aceptación y que ha llamado la atención en los últimos años, especialmente en los países en vía de desarrollo. En éstos no existe una secuencia cronológica entre la disminución en la prevalencia de las llamadas enfermedades de la pobreza (infecciosas) y el aumento de las “ enfermedades crónicas no trasmisibles”. Ambas coexisten en una transición más prolongada.

Es lógico asociar este aumento de la obesidad a un cambio en los hábitos alimentarios, estilos de vida más sedentarios y a factores propios de los países pobres. Así la desnutrición crónica, con un alto porcentaje de talla baja en la población, la limitación en el acceso a la educación , salud y alimentos de buena calidad , se oponen a la posibilidad de las familias para alcanzar niveles de salud adecuados.

La situación epidemiológica de la mujer en este contexto, se caracteriza por la lucha de su subsistencia, en un ambiente hostil, a veces víctima del abandono y marcada por una falta de estabilidad y seguridad. La pobreza, el aislamiento doméstico, la impotencia (resultante de los bajos niveles educativos y la dependencia económica) son causas de problemas orgánicos y psicológicos. (25)

La obesidad surge así como una patología creciente y con características particulares en la gente de bajos recursos, asociada a la mala alimentación. En el Norte Argentino, su aumento, se produce especialmente a expensas de las mujeres.

“ Primero comen los niños, luego el hombre que trabaja, y la mujer se alimenta si queda comida, sino, toma mate y pan. Es una cuestión cultural. (26)

“En estas mujeres, la relativa autoexclusión del mundo del trabajo asalariado, la segregación urbana y las percepciones que tienen de sus propios cuerpos, favorecen la limitada actividad física que practican. El cuerpo de las

mujeres pobres es una herramienta de trabajo desvalorizada, su ideal no se aproxima al de la delgadez y belleza de los sectores de mayores ingresos".(17)

En el presente trabajo podemos observar como las variables de riesgo (bajos niveles educativos y ocupacionales, desocupación , bajo peso de nacimiento, desnutrición temprana) se suman dando lugar a altas prevalencias de tallas bajas acompañadas de sobrepeso y obesidad no sólo en las madres, sino también en los padres de estos niños que ingresan al CNIN para su recuperación nutricional.

Los datos se correlacionan con los de otros estudios realizados en Brasil y Guatemala, los que muestran un riesgo de obesidad aumentada entre adultos de corta estatura, siendo esta última la marcadora de desnutrición temprana. (21). El mismo fenómeno se observó en China, Rusia y Brasil en familias de áreas urbanas, donde coexisten a veces un miembro desnutrido con uno obeso. La proporción fue mayor en Brasil, probablemente debido a una rápida transición (9).. En Chile esto ocurrió durante el período de rápida transición en los 80, cuando una alta proporción (40%) de las madres de los niños atendidos para recuperación nutricional eran obesas (27)

Es así que el término “ obesidad con nuevo rostro”, parece responder adecuadamente a esta realidad asociada a una multiplicidad de estados carenciales (biológicos, económicos, sociales y culturales) , diferentes a la obesidad de los países desarrollados (28)

En la presentación de los resultados, se evidencia el problema de la malnutrición en los niños, asociado a una alta prevalencia de nacimientos con pesos insuficientes. Algunos de ellos sobrevivirán, adaptándose biológicamente a la falta de alimentos, lo que les permitirá la supervivencia en la edad temprana, pero el riesgo de enfermedad crónica en la edad adulta. El adulto, que fue desnutrido en su infancia, gana peso extra aún cuando ingiere pequeñas cantidades de alimentos por su adaptación biológica, favoreciendo la obesidad. La hipótesis del “genotipo ahorrador” postula que las poblaciones expuestas a un consumo inadecuado o fluctuante de alimentos, generan formas adaptativas para lograr un nivel alto de eficacia en el uso de la energía y el depósito de grasa (29)

La desnutrición como el exceso de peso, comparten alto riesgo de enfermedad e invalidez, esperanzas de vida acortadas y bajos niveles de

productividad, cada uno de los cuales atenta al desarrollo de un país (30). El impacto sobre la salud pública es enorme, más de la mitad de la carga de enfermedad mundial, medida como “años de vida saludables perdidos” son atribuibles a la desnutrición , la obesidad y las deficiencias de minerales y vitaminas.

Los autores reafirman que: ”esta obesidad subyace en la malnutrición materna y de los primeros años de vida, donde la pobreza impregna social y biológicamente la vida de estas familias.

CONCLUSIÓN

Los resultados presentados se correlacionan con otros trabajos en los que se encuentran altas prevalencias de familias en las que coexisten la desnutrición con el sobrepeso y la obesidad. Si bien se analizan factores de riesgo asociados a la pobreza se concluye que investigaciones más profundas deben ser realizadas a fin de hallar respuestas a estas disparidades, considerando que los programas alimentarios debieran focalizar en un punto común, que es el de optimizar el nivel de salud de la población a través de dietas y estilos de vida saludables.

ANEXO 1

Escala de Gino Germani

Nivel 0 .

Desocupados, inválidos, enfermos, amas de casa (no aportan económicamente)

Nivel 1 :

Obreros y peones no especializados

Peón rural, servicio doméstico, cocineros, jardineros.

Empleados de servicios : mozos, mucamas de hotel, serenos, porteros.

Personal sin grado de las Fuerzas Armadas : marineros

Pequeños comerciantes : puerta / puerta, ambulantes.

Vendedores por cartillas, agentes sin personal, sin local.

Artisanos o trabajo independientes sin local, sin personal.

Los que viven de pensiones graciales, por vejez, subsidios.

Nivel 2 :

Recepcionistas de estudios, consultorios etc.

Empleados públicos o privados, soldados, policías, corredores.

Empleados de comercios, viajantes comerciales.

Operadores de radio, auxiliares de laboratorios, agentes sanitarios.

Dueños de pequeños comercios : modistas, zapateros, talleres mecánicos, kioscos, tómbolas, representantes, agentes con local sin personal, artisanos con local sin personal.

Obreros calificados : tienen profesión y son asalariados, capataces, supervisores y encargados de obras.

Nivel 3 :

Comerciantes, industriales o empresarios con 1 a 5 personas ocupadas.

Talleres mecánicos con personal, chapistas, herrería artística.
Jefes de Servicio o sector de la administración pública / privada.
Sub-oficiales de las Fuerzas Armadas o de Seguridad
Empleados bancarios.

Nivel 4 :

Personas con formación intelectual : docentes de nivel primario, secundario o terciario, músicos, artistas.

Jefes o encargados de industrias y comercios con mas de 6 personas a cargo.

Sub-oficiales de las Fuerzas Armadas o de Seguridad : comisarios hasta capitán inclusive.

Jefes de Iglesias

Nivel 5 :

Profesionales : todos de nivel universitario

Empresarios : agricultores, ganaderos, industriales, comerciantes.

Dueños de colegios o instituciones educativas

Gerentes de Bancos, Ministros, Senadores , Diputados, cargos públicos o privados de director hasta el rango máximo.

Jefes de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Máximos rangos diplomáticos.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Popkin B. Nutritional patterns and transitions. Popul Dev Rev 1993. 19:138-57.

2- The nutrition transition and obesity
www.fao.org/FOCUS/E/obesity/obes2.htm. Fecha de consulta 29//11/03

3- Frenk J, Frejka J. y col. La transición epidemiológica en América Latina. Bol of Sanit Panam 1991. Vol 111(6) .ps 485-496

4-Popkin B. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. Journal of Nutrition 2001 .131:871S-873S .

5- Hadad L; Gillespie S. "India has enormous under-nutrition and over-nutrition problems"

[.www.espresspharmapulse.com/20030327/conversation.shtml](http://www.espresspharmapulse.com/20030327/conversation.shtml)

Fecha de consulta 10/11/03

6- Lynch JW; Kaplan FA; Cohen RD; Tuomilehto J; Salonen JT. Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all cause mortality, cardiovascular mortality and acute myocardial infarction . Am J of Epidemiology 1996.144:934-942.

7-Lang T; Ducimetiere P. Premature Cardiovascular Mortality in France: Divergent Evolution between Social Categories from 1970 to 1990. Int J of Epidemiology 1995. 24 : 331-339.

8- Ulla U; Pirjo P. Dietary Transition in Developing Countries:Challenges for Chronic Disease Prevention in Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases.

9-Dock C; Adair L; Monteiro C; Popkin B. Journal of Nutrition 2000. 130: 2965-2971

10- Bermudez OI;Tucker KL. Trends in dietary patterns of Latin American populations. Cad de Saúde Pública.Rio de Janeiro 2003.Vol 19 Suppl.

11- Center for Disease Control and Prevention. Neighborhood Safety and the Prevalence of Physical Inactivity-Selected States, . JAMA 1996. April 1999.Vol 281.Nº 15

12- Popkin B. La Urbanización y la Transición Nutricional. Punto De Enfoque 3 Agosto 2000.www.ifpri.org/spanish/2020/locus03/sp.htm
Fecha de consulta 28/10/03

13- Saavedra Carlos. Actividad física, ejercicio, condición física y obesidad. Area de Nutrición Pública y Laboratorio de Metabolismo Energético, INTA, Univ de Chile. www.fisiogym.cl 2002

14- Jacoby E ; Neiman A ;Bull F. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la Actividad Física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública 14 (4), 2003 : 223-225.

15-Martorell R; Khan LK. Obesity in women from developing countries. Eur J Clin Nutr.2000;54(3):247-52.

16- Monteiro CA , Conde W L , Popkin B M .Is obesity replacing or adding to under nutrition . Public Health Nutrition 2002 . 5 (1A), 105-112.

17-Aguirre P, 2000.Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza en La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la Salud Pública. OPS 2000. Publicación Científica Nª 576. Ps 13-25

18- Uauy R, Albala C; Kain J.Journal of Nutrition 2001.131:893S-899S.

19- Dr. Alejandro O'Donnell Dr. Esteban Carmuega. La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños
Boletín CESNI. Marzo 1998

20- The faces of poverty:Malnourished, hungry and obese?.
August,2000.www.obgyn.net.he.../headline_medical_news_Obesity.
Fecha de consulta 02/02/04

21- Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinat factors in Latin America. Cad Saude Pública . Rio de Janeiro 2003. Vol 19 Suppl I.

22- Townsend M S; Peerson J and col. Food Insecurity is positively related to overweigt in women.. Journal of Nutrition 2001. 131:1738-45

23-Dietz WH. Does hunger causes obesity?. Pediatrics 1995.95:766-767

24-Gotthelf S. Torres H. La transición en el perfil nutricional de escolares según áreas de Necesidades Básicas Insatisfechas de la ciudad de Salta. Presentado en el XIV Congreso Latinoamericano de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Junio 2001

25- Desjarlais R. Eisenberg L. Good B. Kleinman A.. Cap 8 : Mujeres en Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Paltex OPS 1997..

26- Lic Cenize C. Pobres Gordos. Revista Nexo. Diario El Tribuno. Enero 2003.

27- Albala C; Vio F y col. Efecto de un programa de control de obesidad en mujeres de estrato socio-económico bajo. Revista Médica de Chile 114: 934-938.

28- Seminario Taller sobre obesidad y pobreza en América Latina. Revista Cubana Aliment Nutr 1996;10 (1)

29- Barker DJP. Fetal origins of coronary Heart disease BJM 1995; 311: 171-174.

30- Gardner and Halweil [Underfed and Overfed: The Global Epidemic of Malnutrition](#) Marzo 2000. www.worldwatch.org

TEXTOS CONSULTADOS

1-Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. De Girolami DH. Ed. El Ateneo. Buenos Aires 2003

2-Guías para la evaluación del crecimiento. Sociedad Argentina de Pediatría. 2º Edición. Año 2001

3-La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública. OPS. Publicación Científica N° 576.Año 2000

4- Obesidad. Patogenia, Clínica y Tratamiento. Braguinsky J. y col. Ed. El Ateneo. 2º Edición. Buenos Aires 1999

5- Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series N° 894.Geneva 2000

6-Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Paltex OPS. Año 1997