



12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

La Plata, junio y septiembre de 2021

GT45: Antropología de la Alimentación: aportes y debates actuales

Inseguridad alimentaria y obesidad en madres concurrentes a centros de atención primaria de salud del NOA

Madalena Monteban. CONICET- UNJu. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Jujuy.

mmonteban@cisor.unju.edu.ar

Resumen

La inseguridad alimentaria (IA) es un fenómeno multidimensional que presenta un continuum de estadios de gravedad. La IA se relaciona con estados nutricionales inadecuados ya sea por insuficiencia o por exceso. En América Latina la paradójica relación entre IA y obesidad no se ha constatado en forma consistente, aún en estudios realizados en un mismo país pero enfocados en distintas localidades o poblaciones. Resulta entonces relevante conocer las situaciones locales para aportar al diagnóstico regional pormenorizado, y para dar respuestas adaptadas y adecuadas, desde los sistemas de salud.

Se analizó la relación entre IA y estado nutricional en 1107 madres de niños concurrentes a Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), de 4 provincias del Noroeste Argentino. Se aplicó un cuestionario con la pregunta de tamizaje para seguridad alimentaria del Household Food Security Scale (HFSS). El 20,2% de las madres reportó IA severa, el 18,1% moderada, el 26,1% leve y el 31,0% reportó seguridad alimentaria (SA). La prevalencia de obesidad fue significativamente mayor entre las participantes con IA severa (35,6%) y moderada (28,6%), en comparación



a aquellas con IA leve (19,8%) o con SA (22,1%) ($p < 0,001$). Esta asociación significativa se mantiene aún luego de considerar variables demográficas, nivel de ingreso, asistencia alimentaria y otras características individuales. Se complementan estos resultados con entrevistas semiestructuradas realizadas a 11 madres concurrentes a CAPS de la Provincia de Jujuy, que atravesaban situación de IA. El análisis fue guiado por marcos teóricos socioambientales y los temas emergentes incluyeron los recursos materiales e inmateriales del hogar, sistemas de apoyo social y prácticas de obtención y preparación de comidas.

En la provincia de Jujuy, donde no se ha superado completamente el problema del bajo peso, se debe abordar la paradoja de la obesidad asociada a la pobreza. Estos resultados indicarían que la relación entre la IA y el estado nutricional involucra mecanismos y procesos más complejos que los referidos exclusivamente al poder adquisitivo, incluyendo una multiplicidad de factores considerados en los marcos teóricos socioambientales.

Palabras clave: *Inseguridad alimentaria; Marcos teóricos socioambientales; NOA; Obesidad.*

Introducción

La inseguridad alimentaria (IA) es un fenómeno multidimensional, que presenta un contínuum de niveles de gravedad (de leve a severa). Puede definirse como la disponibilidad limitada o incierta de alimentos seguros y adecuados, que obliga a las personas a reducir la cantidad o calidad de los productos que consumen (FAO, 2019). Tanto las prácticas individuales como los contextos socioambientales pueden influir en la relación entre la IA y el estado nutricional. Se postula que el rápido incremento de la prevalencia de obesidad a nivel mundial en las últimas décadas está asociado a cambios en los patrones nutricionales, resultantes de los procesos de desarrollo económico y de urbanización (Popkin, 2001). Estos fenómenos inciden en las prácticas alimentarias y estrategias de adaptación frente a la IA. Existe evidencia de que en contextos obesogénicos, las familias con IA recurren a



alimentos de alto contenido calórico y baja calidad nutricional (Alderete et al., 2018; Birhane, et al., 2014). La difusión en mayor o menor medida de estos patrones nutricionales incrementaría las tasas de obesidad en poblaciones donde tradicionalmente prevalecía el bajo peso. Popkin (2004) también ha señalado que los cambios nutricionales están ocurriendo de forma más acelerada en países de medianos y bajos ingresos que en los de altos ingresos, y en etapas tempranas de desarrollo socioeconómico.

En 2001, en una investigación realizada en Estados Unidos, Townsend y colegas (2001) mostraron la existencia de una paradójica asociación entre IA y obesidad en las mujeres. Estos resultados despertaron preocupación por un potencial incremento de riesgo para las enfermedades asociadas a esa condición (Jung, 1997). Desde entonces se han llevado a cabo estudios enfocados mayormente en países de altos ingresos. Recientemente Moradi et al. (2019) publicaron metaanálisis, informando que la IA predice de manera robusta el incremento del peso corporal, pero solamente entre mujeres adultas de países de altos ingresos, y resaltaron la importancia de generar más evidencia para mujeres de países de medianos y bajos ingresos, donde en la actualidad los resultados no son tan consistentes.

En la región Latinoamérica y el Caribe se reportaron resultados variables. Según una encuesta de hogares en Trinidad y Tobago (Gulliford, Mahabir y Rocke, 2003), la probabilidad de presentar bajo peso se incrementaba más de tres veces entre las mujeres con IA. En Colombia, Isanaka et al. (2007) reportó que la IA severa estaba asociada al bajo peso, mientras que un estudio de Weigel (2016) en Quito, Ecuador, mostró que la IA severa estaba asociada con baja estatura. En una investigación realizada por Fonseca (2013) en Colombia, no se encontró una asociación significativa entre IA y estado nutricional. Jones (2017) determinó la coocurrencia de sobrepeso y anemia en mujeres mexicanas con IA leve o moderada. En otros estudios efectuados en México, Brasil y Argentina, la obesidad se asoció a la IA moderada o severa (Morales-Ruan et al., 2014; Velasquez-Melendez et al., 2011; Scacchia et al.; 2013).

La variabilidad de resultados para la relación entre IA y estado nutricional en distintas poblaciones puede analizarse en relación con marcos conceptuales

socioambientales. La transición nutricional implica que la mayoría de los países avanzan hacia la difusión de alimentos y bebidas procesadas de alto contenido calórico (Popkin, 2001). Existen múltiples factores que influyen sobre los patrones de ingesta de alimentos, como la variación en los precios, en la composición y disponibilidad de alimentos, en programas nutricionales y asistenciales, y en políticas públicas (Aguirre, 2000). También pueden incidir, a nivel individual, las características sociodemográficas, culturales o de capital humano, así como el nivel de conocimiento sobre nutrición y las preferencias alimentarias y los condicionantes biológicos y genéticos (Popkin, 2004).

Investigaciones cualitativas y cuantitativas en diferentes lugares produjeron evidencia sobre las estrategias empleadas en hogares con IA. Las estrategias más frecuentemente mencionadas incluyen el consumo de comidas de bajo costo, altas en calorías y de bajo valor nutritivo; la baja variabilidad de comidas consumida, porciones más pequeñas o menos comidas en el día; algunos miembros del hogar comen menos para favorecer a otros miembros; y prestamos de dinero para comprar comida (Birhane et al., 2014; Shariff et al., 2008). Estudios también revelaron experiencias subjetivas de IA, incluyendo sentimientos negativos, así como ansiedad, preocupación, tristeza y culpa (Bernal et al., 2012; Bhawra et al., 2015; Dean et al., 2012; Lindsay et al.; 2012).

El Noroeste Argentino (NOA) es una región con indicadores de desarrollo humano inferiores a los de las zonas centrales del país. El estado nutricional de la población históricamente se caracterizaba por una alta prevalencia de bajo peso. Sin embargo, en las últimas décadas la prevalencia de obesidad se ha incrementado de manera significativa y persistente, convirtiéndose en la principal forma de malnutrición (Lomaglio, 2012). Resulta relevante evaluar la relación entre la IA y la obesidad en distintas poblaciones de América Latina e investigar las experiencias relacionadas a la IA y obesidad, tanto para diseñar respuestas adaptadas a los patrones epidemiológicos y las características locales como para aportar a la configuración de un panorama regional más completo. Con ese fin, este estudio analizó la relación entre la IA y el estado nutricional de madres que concurren a control de niño sano en Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) en provincias del Noroeste



Argentino. Además, se complementa este estudio con un análisis de las experiencias de madres que atravesaban situación de IA en el Jujuy.

Metodología

Para la presente ponencia realicé un análisis secundario utilizando la base de datos del estudio denominado “Obesidad Infantil: factores cognitivos facilitadores y limitantes para el desarrollo de intervenciones de prevención en el NOA” (Alderete, Bejarano y Rodríguez, 2016; Alderete y Bejarano, 2017). El estudio se llevó a cabo durante 2013 y 2014 con un diseño transversal retrospectivo. Se seleccionaron aleatoriamente 16 CAPS en forma proporcional al total existente en ciudades capitales: San Miguel de Tucumán, San Salvador de Jujuy, Santiago del Estero-La Banda y San Fernando del Valle de Catamarca. El criterio de inclusión correspondió a madres con niños de hasta 5 años de edad concurrentes a control de niño sano, desde un día de inicio designado hasta completar al menos la cuota de 250 para cada provincia; el criterio de exclusión, a madres con deficiencias cognitivas o a quienes declinaran otorgar su consentimiento informado. Se aplicaron 1107 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: Jujuy (N=271), Santiago del Estero (N=282), Tucumán (N=265) y Catamarca (N=289). Las encuestadoras explicaron el contenido de la hoja de consentimiento y solicitaron el aval de las participantes. No hubo casos de exclusión. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.

El cuestionario del estudio original sobre obesidad infantil (Monteban, 2020) incluye preguntas sobre características sociodemográficas e indicadores del estado nutricional para las díadas de madre e hijos/as, así como información sobre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias. Las preguntas sobre IA y los criterios de clasificación utilizados fueron los aplicados en el estudio de Townsend et al. (2001) y la pregunta de tamizaje del *Household Food Security Scale* (HFSS, USDA) (Bickertl, 2000). En cuanto a la variable de resultado, para determinar el estado nutricional de la madre se tomaron medidas de peso y talla y se calculó el índice de masa corporal (IMC) según los puntos de corte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2008).



También realice un análisis secundario de entrevistas en profundidad realizadas en el año 2015 por el mismo estudio con 19 madres de niños entre 1 y 6 años de edad de la provincia de Jujuy que habían respondido positivamente a las preguntas sobre IA incluidas en el cuestionario. En esta etapa cualitativa más allá de la representatividad el propósito fue de entender singularidades. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora y se realizaron en los hogares. Se conversó sobre el tipo y cantidad de alimentos consumidos en el hogar, sobre si se consideraba que la alimentación era adecuada en cuanto a calidad y cantidad, sobre las estrategias utilizadas para afrontar limitaciones en el acceso a alimentos adecuados y sobre las características de la vivienda y el contexto social. También se registraron datos cualitativos sobre las características de infraestructura y medioambiente observados. En todos los casos se corroboraron los reportes obtenidos mediante las preguntas sobre IA incluidas en el cuestionario.

Las participantes fueron previamente informadas sobre el estudio y dieron su consentimiento para participar en la instancia de la encuesta y nuevamente en la instancia de la entrevista. La investigación fue avalada por el comité de ética del ministerio de salud de la provincia de Jujuy.

El análisis de datos cuantitativos se realizó con el programa SPSS 15.0. Se calcularon porcentajes para las variables IA, IMC y circunferencia de cintura, así como para las variables sociodemográficas, de alimentación y de actividad física. Se construyeron tablas de doble entrada con la variable IA, variables sociodemográficas, de alimentación y actividad física, por IMC y por circunferencia de cintura. Se calculó el test de chi cuadrado y el valor p . Se construyeron dos modelos de regresión logística con IMC como variable de resultado, IA como variable de exposición y covariables sociodemográficas, de calidad de alimentación y de actividad física. Uno de estos modelos incluyó la covariable AUH y otro, la covariable asistencia alimentaria. La variable de resultado IMC se categorizó en forma dicotómica (normal o sobrepeso versus obesidad) sobre la base de los resultados del análisis bivariado presentado en la sección correspondiente, lo cual proporcionó un contraste óptimo. Se construyeron otros dos modelos similares a los

anteriores, con circunferencia de cintura como variable de resultado categorizada como <80 cm vs. ≥ 80 cm. Se calcularon *odds ratio* ajustados, intervalos de confianza del 95% y el valor *p*.

Las entrevistas se grabaron y transcribieron. El análisis de las entrevistas a fondo consistió en la identificación de temas emergentes. Se siguió un razonamiento inductivo, utilizando las palabras de las entrevistadas para construir interpretaciones y significados. Se desarrolló un esquema de códigos manualmente aplicando un esquema de codificación abierta para identificar conceptos y categorías. Se analizó cada categoría en detalle. Los temas emergentes fueron limitaciones económicas, conocimiento, experiencias con enfermedades, agencia y preferencia de los niños.

Resultados

Encuesta

Para el análisis cuantitativo, se excluyó de la base de datos original a 8 madres sin datos de edad o fecha de nacimiento y a 40 menores de 18 años. Se excluyó también a 43 participantes sin datos de IMC y a 21 con bajo peso, debido a las limitaciones que representa la baja prevalencia para el análisis estadístico. Se obtuvo así una muestra de 995 madres.

El 20,2% de las madres reportó IA severa, el 18,1% moderada, el 26,1% leve y el 31,0% reportó seguridad alimentaria (SA). La prevalencia de obesidad fue significativamente mayor entre las participantes con IA severa (35,6%) y moderada (28,6%), en comparación a aquellas con IA leve (19,8%) o con SA (22,1%) (p 0,001). Esta asociación significativa se mantiene aún luego de considerar variables demográficas, nivel de ingreso, asistencia alimentaria y otras características individuales. La prevalencia de obesidad también fue más elevada en madres de mayor edad (29,7% vs. 23,8%), en quienes estaban casadas o viviendo en pareja (29,8% vs. 16,7%) y en las madres con empleo informal o desempleadas que en las que tenían empleo formal (33,5% vs. 17,7%). La prevalencia de obesidad fue menor entre quienes tenían nivel educativo superior al secundario (12,1% vs. 28,0% y 31,7%), entre quienes reportaban un nivel alto o medio de ingresos (17,5% y 22,8%

vs. 48,3%) y entre quienes recibían AUH (16,6% vs. 33,4%) o asistencia alimentaria (19,8 vs, 28,3). La prevalencia de IA también fue menor en quienes hacían ejercicio físico de 4 a 7 días por semana que en quienes lo hacían entre 1 y 3 días o ningún día (20,6% vs. 31,5% y 25,1%) y en quienes vivían en hogares donde se comían alimentos fritos infrecuentemente (13,6% vs. 29,3%).

Entrevistas

Resumiendo, las características demográficas de las madres que participaron en las entrevistas a fondo, 45.5% tenían entre 18 y 25 años de edad, 54.5% tenían tres o más niños, la mayoría (54.5%) no trabajaba o estudiaba, y el 36% vivía en un hogar compuesto por su familia nuclear. Una pareja estuvo presente en el 63.3% de los hogares de las participantes, en el 36.6% de los hogares vivían abuelas y el 45.5% de hogares estaban compuestos por más de cinco personas.

Limitaciones económicas

Las madres en este estudio confrontan condiciones precarias económicas a resultado de una reducida capacidad de generar ingresos. Desempleo o empleo informal e irregular caracterizan la condición ocupacional de ellas y sus familias. La mayoría recibía asistencias sociales del gobierno, así como asignación universal por hijo. El dinero fluctuaba dependiendo de cuando reciben la remuneración por trabajo o asistencia resultando en el acceso restringido en cuanto a calidad y cantidad de comida en varios días o semanas al mes.

“no alcanza la plata. aunque vaya a las ferias que vayas, dicen ferias económicas pero lo mismo esta, lo mismo eso nos pasa acá a nosotros” (47 años, 4 hijos)

Estrategias negativas de adaptación

Son varias las estrategias de adaptación a la inseguridad alimentaria reportadas en la bibliografía incluyendo prestamos, recibir asistencia de familias o vecinos, saltar comidas o reducir la cantidad o calidad de comida (Shariff et al., 2008; Bernal, 2012 et al.). En este estudio las estrategias que tienen un impacto negativo en la calidad de la alimentación incluyen la reducción de porciones, la reducción de comidas altas

en nutrientes remplazadas por altas en calorías, la preparación de frituras en vez de horneadas.

“...es fatal. una sopa triste, sopa, sopa sola o sea no tenés, el guiso te puede llegar solamente arroz y tomate un poco de carne así” (39 años 5 hijos)

“...por ejemplo ya no comes carne, pero comes todo verdura o ya te ves de otra manera de cocinar, o a veces mucho papa o a veces mucho arroz (25 años, 2 hijos)

“...y el pescado a veces eso comemos una vez por mes, pero dentro de la dieta estaría una vez por semana (18 años 1 hijo)

“o por el tema que te quieres ahorrar gas entonces haces rápido el frito y ya no usas el horno porque el horno consume más gas” (39 años 3 hijos)

“[una] no tiene los instrumentos por ejemplo mi cocina no anda el horno, no tengo la cocina que tiene bien todo... por ejemplo, no tengo horno y quiero prepara una tarta de arroz o una tarta de papa” (47 años 4 hijos)

Conocimiento

Comidas saludables

En relación a las comidas saludables hubo un consenso general sobre las carnes y verduras cocinadas al horno, el pescado y la fruta y limitar el consumo excesivo de carne.

“...menos frituras. quizás un poco más al horno al vapor, verduras al vapor quizás tartas de verduras, carne sin grasa quizás el puchero” (24 años 1 hijo)

“por ejemplo nosotros o sea nosotros sabemos que una porción de comida cada uno tiene que comer la palma de tu mano de carne ¿viste? Que siempre va acompañada no es no, no te prohíbe mucha verdura si te podes comer un coreanito hacetelo en puré, zapallo siempre la carne. y una comida saludable como te diría sería pescado con verdura, un pedazo de carne al horno también



acompañado con cereales, arroz o de alguna legumbre (r e) o sea nosotros sabemos pero hay veces como te digo no lo hacemos eh" (25 años 3 hijos)

Bebidas saludables

En cuanto a las bebidas saludables en general las madres indicaron el agua y los jugos de fruta naturales como las más bebidas más saludables. La minoría identificaron el jugo en polvo como una bebida saludable. Sin embargo,

"...yo le hago hervir agua, tomamos agua más. Yo estaba mal de salud  ve? Tenía problema así que siempre me cuida no soy de tomar gaseosas, jugos por ahí preparo una limonadita pero después no" (mama de 25 años, 3 hijos)

"agua solamente [porque no gaseosa?] una porque es mala y otra porque es cara también... y el jugo también tiene muchos colorantes y trato de no acostumbrarlo (39 años 5 hijos)

"y yo pienso que el jugo. los jugos en sobre (40 años 6 hijos)"

Conocimiento y experiencias: relación entre comidas y salud

Algunas madres relataron un profundo conocimiento sobre la compleja problemática de la obesidad.

"yo creo que unos de los principales problemas es la obesidad, quizás más a nivel provincial así o capaz que hasta del país o sea me parece que es un tema muy o sea hay muchas comidas chatarras muy mala alimentación y creo que eso lleva a desencadenar otras enfermedades como la diabetes y problemas del corazón, de los riñones o sea ya es como que capaz que al tener un peso ideal el equilibrio para mí  no? del cuerpo está en equilibrio entonces creo que hay menos enfermedad. yo creo que tiene que ver todo o sea un poco las publicidades del mercado que por ahí no ofrece una comida balanceada con nutrientes, sino que ofrecen comida chatarra" (24 años 1 hijo)

Necesidad de ampliar y profundizar conocimientos

Al preguntarles que haría falta o que se podría hacer para mejorar la nutrición y salud en su barrio muchas participantes hablaron sobre la necesidad de información sobre la nutrición y salud y en especial nutrición para los niños pequeños.

“si, igual para las mamás también como criar, como alimentarlo, cual es bueno, cual es malo porque hoy salen tantas enfermedades que ni siquiera conocía...por ejemplo de la nutrición, por ejemplo, que hagan charlas de cómo se puede hacer con otras cosas, por ejemplo, sobre alimentación, como podemos balancear por ejemplo hoy hemos hecho algo y mañana diferenciar eso” (39 años, 3 hijos)

“no sé yo digo tendré que hacer un curso de cocina no se sería bueno, no sé si los nutricionistas saben de preparación, un nutricionista sería bueno que haya en cada, que haya en los puestos de salud para enseñar a los padres a como alimentar a sus hijos porque uno nunca sabe uno cree que hace lo correcto y es difícil” (37 años, 5 hijos)

Experiencias propias con enfermedades

Algunas madres adquirieron conocimiento sobre nutrición y salud a partir de experiencias propias con restricciones relacionadas a enfermedades.

“me dieron unos papeles que tiene los comidas que me decían a mi lo que tenía que comer lo más saludable así que le doy ensaladas de todos colores como dice, carnes variadas siempre para mí eso es sano (25 años, 3 hijos)

“aprendí [sobre la nutrición] más que todo con mis hermanos ellos son enfermeros. y más que todo preguntando por el tema de mi enfermedad que tengo que comer, que no y es ahí donde uno aprende” (39 años 5 hijos)

Agencia y preferencias de los niños

En las narraciones de las madres la agencia y preferencias de los niños emergió como un tema central.

“los chicos no van hacer la dieta que yo hago, ni van a comer lo que yo hago porque son chicos y no entienden así que no, no se cuidan digamos, no se cuidan ellos. ellos comen mucho chocolate, la gaseosa, la coca cola, las galletas dulces esas cosas” (40 años, 6 hijos)

“...hay veces que él no quiere comer lo que nosotros comemos por ejemplo preparamos polenta con salsa y él no quiere comer esa polenta con salsa, él quiere comer milanesa con arroz o fideo ese es el menú que él le gusta comer

eso; y veces yo le preparo la comida aparte o mi mamá le preparar aparte la comida...” (30 años, 1 hijo)

“a los chicos no le gusta la verdura todo lo que sea [verdura] pero lo tenés que dar porque es importante para el cuerpo de ellos y lo necesitan ellos” (37 años, 5 hijos)

“esa es la lucha para mí porque yo le digo [a mi marido] tráele fruta no le digo que le da tan seguido porque una cosa otra, una cosa otra que ahora están esos palitos chinos famosos y corren por el palito chino y corren que caramelo que otra cosa cualquier chatarrita agarra. y yo no estoy a favor de eso, es una lucha también con mi marido porque por ahí él siempre le provee el dinero para poder comprar y usted sabe que es barato siempre, la golosina es lo más barato (37 años, 5 hijos)

En algunos casos la experiencia misma de una enfermedad actuó como catalizador para la implementación de cambios positivos en las dietas familiares.

“Yo estaba mal de salud ¿ve? Tenía problema así que siempre me cuido no soy de tomar gaseosas, jugos por ahí preparo una limonadita pero después no. Lo que como yo le doy mis chicos porque si como una comidita pesada ya me cae mal a mí, y yo ya prefiero prevenirlo a mis hijos porque no quiero que pasen por el camino que pase yo (ríe) porque antes ya era un asado, grasa o una milanesa frita o unos bifés” (25 años 3 hijos)

Discusión

En este estudio encontré que, comparado a situaciones de seguridad alimentaria, en madres con IA severa se duplica la probabilidad de presentar obesidad. Este resultado concuerda con el reportado por Scacchia et al. (2013) en mujeres participantes del sistema de atención primaria de salud de Mar del Plata y con la síntesis del metaanálisis de Moradi para mujeres de países de altos ingresos Moradi et al. 2019. Se suma a la evidencia existente para Latinoamérica y el Caribe, que pone de manifiesto la presencia de patrones heterogéneos en la evolución de la transición epidemiológica y en la relación entre IA y obesidad.

También en este estudio y los de otros autores (Fonseca et al., 2013; Velazquez-Melendez, 2010), un bajo nivel de ingresos se asocia positivamente con la obesidad

en forma independiente de la IA. Estos resultados indicarían que la relación entre la IA y el estado nutricional involucra mecanismos y procesos más complejos que los referidos exclusivamente al poder adquisitivo, incluida la multiplicidad de factores considerados en los marcos teóricos socioambientales. Según Popkin (2001), los factores económicos explican sólo una parte del acelerado cambio en los patrones de alimentación.

En esta muestra, la percepción de la AUH se relacionó con una reducción del riesgo para IMC, pero no para circunferencia de cintura. En investigaciones llevadas a cabo en otros países, el análisis de este factor ha producido resultados discordantes (Jones y Fragolio, 2006). Dada la variabilidad entre programas alimentarios, sería importante monitorear su rol a nivel local. Las políticas públicas destinadas a programas vigentes en Argentina incluyen la distribución de cajas o bolsas de alimentos, asistencia a comedores escolares/comunitarios y distribución de leche. Además, la AUH constituye un aporte importante en la transferencia de ingresos para el presupuesto familiar y atenúa los efectos de la escasez de alimentos, aunque los recursos podrían ser utilizados para el consumo de productos obesogénicos. Por ello, es apropiado implementar estrategias para orientar a las beneficiarias hacia el consumo de alimentos y bebidas saludables. De hecho, este tipo de información, en particular la relacionada a la nutrición infantil y prevención de enfermedades, es solicitada por las madres de este estudio. En el contexto de preocupaciones por la obesidad, madres en particular están al frente de la responsabilidad de las prácticas nutricionales y consecuentemente la salud de sus hijos (Wright, Maher y Tanner, 2015). Los resultados de este estudio resaltan la complejidad de las experiencias en la relación a la inseguridad alimentaria y obesidad para madres con niños pequeños. Se demuestra la importancia de influencias y estrategias desde el costo de las comidas a las preferencias particulares y salud.

Conclusión

Este estudio aporta al estado de la cuestión sobre IA y obesidad en términos locales y regionales, poniendo de relieve la potencial influencia de los distintos contextos



sociales. Argentina, en particular, sin haber superado completamente el problema del bajo peso, debe abordar la paradoja de la obesidad asociada a la pobreza. La soberanía alimentaria proporciona un marco integrador para pensar estrategias en el abordaje de la IA (Gordillo 2015), insta a actuar sobre un conjunto de elementos relacionados con la capacidad de producción, distribución y consumo de alimentos adecuados, prioriza los sistemas alimentarios locales e incorpora una visión ecológica y principios de justicia social y económica. En consonancia con este marco, las políticas de asistencia alimentaria deberían combinarse con creación de empleo, distribución de ingresos, producción y acceso a alimentos saludables, legislación sobre la composición y publicidad de alimentos, legislación sobre etiquetado adecuado y capacitación sobre buenas prácticas alimentarias

Referencias bibliográficas

- Aguirre P. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña M, Bacallao J, editores. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington DC: OPS [Internet]. 2000 [citado 4 Nov 2020]; p. 13-25. Disponible en: <file:///C:/Users/Madalena/Downloads/Obesidad%20y%20Pobreza.pdf>
- Alderete E, Sonderegger L, Perez-Stable EJ. Emerging themes in food security: environmental justice, extended families and the multiple roles of grandmothers. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018 [citado 26 Jul 2020];17(1):139. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0856-3>
- Alderete E, Bejarano I, compiladores. Factores de riesgo y protectores para la obesidad infantil en el NOA. Teoría, Evidencia y Prevención [Internet]. Santiago del Estero: Ediciones DASS-UCSE [Internet]; 2017 [citado 26 Jul 2020]. 153 p. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1H3SwwsMAMGCZIGL8eU_L-0YmVZrCrdFn/view?usp=sharing
- Alderete E, Bejarano I, Rodriguez A. Beverage intake and obesity in early childhood: Evidence from primary health care clients in Northwest Argentina. *J Dev Orig Health Dis* [Internet]. 2016 [citado 4 Nov 2020];7(3):244-252. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ethel_Alderete/publication/286219634_Bever



age_intake_and_obesity_in_early_childhood_evidence_form_primary_health_care_clients_in_Northwest_Argentina/links/570ff77f08ae68dc79096e77/Beverage-intake-and-obesity-in-early-childhood-evidence-form-primary-health-care-clients-in-Northwest-Argentina.pdf

Bernal J, Frongillo EA, Herrera H, Rivera J. Children live, feel, and respond to experiences of food insecurity that compromise their development and weight status in Peri-Urban Venezuela. *J Nutr.* 2012;142:1343–9. <https://doi.org/10.3945/jn.112.158063>.

Bhawra J, Cooke MJ, Hanning R, Wilk P, Gonneville SLH. Community perspectives on food insecurity and obesity: focus groups with caregivers of Métis and off-reserve first nations children. *Int J Equity Health.* 2015;14:96. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0232-5>.

Birhane T, Shiferaw S, Hagos S, Mohindra KS. Urban food insecurity in the context of high food prices: a community based cross sectional study in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health [Internet].* 2014 [citado 26 Jul 2020];14(1):680. Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-680>

Dean WR, Sharkey JR, Johnson CM, John J. Cultural repertoires and food-related household technology within Colonia households under conditions of material hardship. *Int J Equity Health.* 2012;11:25. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-25>.

Fonseca ZY, Patiño GA, Herrán OF. Malnutrición y seguridad alimentaria: un estudio multinivel. *Rev Chil Nutr [Internet].* 2013 [citado 4 Nov 2020];40:206-215. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000300001>

Gordillo G, Obed Méndez J. Seguridad y Soberanía Alimentaria. Roma: FAO; 2013.

Gulliford MC, Mahabir D, Rocke B. Food insecurity, food choices, and body mass index in adults: nutrition transition in Trinidad and Tobago. *Int J Epidemiol [Internet].* 2003 [citado 4 Nov];32(4):508-516. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg100>

Isanaka S, Mora-Plazas M, Lopez-Arana S, Baylin A, Villamor E. Food insecurity is highly prevalent and predicts underweight but not overweight in adults and school



- children from Bogotá, Colombia. *J Nutr* [Internet]. 2007 [citado 4 Nov 2020];137(12):2747-2755. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jn/137.12.2747>
- Jones AD, Mundo-Rosas V, Cantoral A, Levy TS. Household food insecurity in Mexico is associated with the co-occurrence of overweight and anemia among women of reproductive age, but not female adolescents. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2017 [citado 4 Nov 2020];13(4):e12396. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/mcn.12396>
- Jung RT. Obesity as a disease. *Br Med Bull* [Internet]. 1997 [citado 4 Nov 2020];53(2):307-321. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011615>
- Lindsay AC, Ferraro M, Franchello A, de La Barrera R, Machado MMT, Pfeiffer ME, et al. Child feeding practices and household food insecurity among low-income mothers in Buenos Aires, Argentina. *Cien Saude Colet*. 2012;17:6619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300012>.
- Lomaglio DB. Transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino (NOA). *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* [Internet]. 2012 [citado 4 Nov 2020];32(3):30-35. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Delia_Lomaglio/publication/269872873_Transicion_nutricional_y_el_impacto_sobre_el_crecimiento_y_la_composicion_corporal_en_el_noroeste_argentino_NOA/links/54983e860cf2519f5a1ddaa3.pdf
- Monteban, M. (2020). Inseguridad alimentaria y obesidad en madres del Noroeste Argentino: estudio local en contexto global. *R. Argent Salud Publica* 12:e25.
- Moradi S, Mirzababaei A, Dadfarma A, Rezaei S, Mohammadi H, Jannat B, et al. Food insecurity and adult weight abnormality risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr* [Internet]. 2019 [citado 4 Nov 2020];58(1):45-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00394-018-1819-6>
- Morales-Ruán M, Méndez-Gómez Humarán I, Shamah-Levy T, Valderrama-Alvarez Z, Melgar-Quiroga H. La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2014 [citado 4 Nov 2020];56 Supl 1:S54-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56s1/v56s1a9.pdf>



- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. The State of Food Security and Nutrition in the World 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Roma: FAO [Internet]. 2019 [citado 4 Nov 2020]. Disponible en: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000106760/download/?_ga=2.86529691.2050418308.1604515645-499602943.1604515645
- Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. J Nutr [Internet]. 2001 [citado 4 Nov 2020];131(3):871S-873S. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jn/131.3.871S>
- Popkin BM. The Nutrition Transition: An Overview of World Patterns of Change. Nutr Rev [Internet]. 2004 [citado 26 Jul 2020];62:S140-143. Disponible en: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article-lookup/doi/10.1111/j.1753-4887.2004.tb00084.x>
- Scacchia S, Ferrari M, Leoni L, Rodriguez P. Inseguridad alimentaria, estrés materno y sobrepeso en niños que asisten a dos salas municipales. Pediatría y Nutrición Clínica [Internet]. 2013 [citado 26 Jul 2020];14(4):287-298. Disponible en:
- Shariff ZM, Khor GL, Khor G, Tee E, Habicht J, Panigassi G. Household food insecurity and coping strategies in a poor rural community in Malaysia. Nutr Res Pract. 2008;2:26. <https://doi.org/10.4162/nrp.2008.2.1.26>.
- Townsend MS, Peerson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. Food Insecurity Is Positively Related to Overweight in Women. J Nutr [Internet]. 2001 [citado 26 Jul 2020];131(6):1738-1745. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jn/131.6.1738>
- Weigel MM, Armijos RX, Racines M, Cevallos W. Food insecurity is associated with undernutrition but not overnutrition in Ecuadorian women from low-income urban neighborhoods. J Environ Public Health [Internet]. 2016 [citado 4 Nov 2020];2016:8149459. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2016/8149459>
- Velasquez-Melendez G, Schlussek MM, Brito AS, Silva AAM, Lopes-Filho JD, Kac G. Mild but not light or severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian women. J Nutr [Internet]. 2011 [citado 4 Nov 2020];141(5):898-902. Disponible en: <https://doi.org/10.3945/jn.110.135046>



Zorrilla A, Kocsis C, Riegger M. U.S. Household Food Security Survey Module—
Spanish: Three-Stage Design, with Screeners. J Nutr [Internet]. 2003 [citado 26
Jul 2020];133(4):1192-1197. Disponible en:
<https://www.ers.usda.gov/media/8285/hh2012spanish.pdf>