

Consumos y representaciones en torno a la alimentación en familias con ECNT en un barrio vulnerable de la ciudad de Tandil - CongresoAntropologiaECNT.

Dellacasa Alejandra, Portaluppi Florencia, Gonzalez
Alejandra, Silvestri Agustina y Scaglia Antonela.

Cita:

Dellacasa Alejandra, Portaluppi Florencia, Gonzalez Alejandra, Silvestri Agustina y Scaglia Antonela (2023). *Consumos y representaciones en torno a la alimentación en familias con ECNT en un barrio vulnerable de la ciudad de Tandil - CongresoAntropologiaECNT*. Beca de Investigación "Julieta Lantieri".

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/florencia.portaluppi/2/1.pdf>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSFp/GxR/1.pdf>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Título:**"Consumos y representaciones en torno a la alimentación en familias con ECNT en un barrio vulnerable de la ciudad de Tandil"****Autores:**

Dra. María Alejandra Dellacasa, FCH/ UNICEN - IGEHCS/ CONICET.

maledellacasa@yahoo.com.ar

Lic. Alejandra Gonzalez, Centro de Salud Movediza, Tandil. alegonzalezkeegan@gmail.com

Lic. Antonela Scaglia, Centro de Salud Movediza, Tandil. antoscaglia88@gmail.com

Lic. Florencia Portaluppi, Centro de Salud Movediza, Tandil. florencialportaluppi@gmail.com

Med. Maria Agustina Silvestri, Centro de Salud Movediza, Tandil.

magus.silvestri@gmail.com

Resumen

En la actualidad, debido a su amplia prevalencia y tendencia creciente, las enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante, ECNT) representan la principal causa de muerte a nivel mundial y su reducción está fuertemente asociada con el trabajo sobre los determinantes sociales (OMS, 2015), entre ellos, la alimentación. Nuestra investigación surge a partir de las dificultades que se presentan en las intervenciones en usuaries con diagnóstico de ECNT (principalmente diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad y malnutrición) que se atienden en el Centro de Salud Comunitaria "La Movediza" de la ciudad de Tandil. Identificamos obstáculos para ponderar la importancia de una alimentación saludable como parte del tratamiento que se les indica. Por ello, en este trabajo se busca analizar principalmente las representaciones que les usuaries y sus familias construyen en torno a la alimentación.

A partir de la realización de entrevistas a una muestra intencionada de usuaries que sostienen su tratamiento por ECNT en el mencionado centro de salud, indagamos en torno a la relación que éstos establecen entre la alimentación y las ECNT, los factores que determinan la elección y adquisición de los alimentos buscando conocer cuáles son los productos a los que acceden y consumen. Partimos de entender que los factores que intervienen a la hora de definir una estrategia de consumo alimentario en un grupo familiar son múltiples. Dichas estrategias se constituyen en guías de las elecciones alimentarias y dan sentido a

qué y cómo comer, pero también son las que, muchas veces, están contribuyendo a la aparición de diversas complicaciones crónicas vinculadas a la salud, como es el caso de las ECNT.

Palabras claves:

Enfermedades Crónicas no Transmisibles, alimentación, salud, soberanía alimentaria.

Introducción

El trabajo que se desarrolla a continuación se desprende del proyecto de investigación: “Alimentación, salud y redes comunitarias: una mirada crítica hacia el abordaje de familias y usuaries con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en un barrio vulnerable de la ciudad de Tandil”, dirigido por la Dra. María Alejandra Dellacasa y diseñado en el marco de las Becas de Investigación en Salud “Julieta Lantieri”, dependientes de la Escuela de Gobierno Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El equipo de investigadoras está compuesto por dos Licenciadas en Trabajo Social, una Licenciada en Nutrición y una Médica Generalista, quienes se insertan laboralmente en el Centro de Salud Comunitaria “La Movediza” de la ciudad de Tandil.

Desde el año 2019, parte del equipo de investigación viene trabajando en la identificación, seguimiento y adherencia al tratamiento de usuaries con diagnóstico de ECNT. La falta de asistencia continua a las consultas en el área de nutrición y las dificultades que expresan para realizar cambios significativos en su alimentación -cuestión que se ve reflejada en los parámetros clínicos donde no se observan mejoras-, parece demostrar que no resulta prioritaria la incorporación de una alimentación saludable en su vida cotidiana. Sin embargo, registramos que la gran mayoría, logra sostener en el tiempo la toma de medicación indicada como única respuesta para el abordaje de su patología.

Uno de los objetivos de esta investigación, apunta a describir y analizar las representaciones en torno a la alimentación en los tratamientos de usuaries con ECNT y sus familias. Para ello se indaga en la relación que establecen las familias entre la alimentación y las ECNT, así como los factores que determinan la elección y adquisición de los alimentos; de este modo se busca conocer cuáles son los productos a los que acceden y consumen.

Además, se busca fomentar la educación nutricional en les usuaries con ECNT a partir de la creación de espacios grupales coordinados por el equipo de investigación donde se promueve la creación de estrategias que jerarquicen la alimentación saludable y la participación activa en el tratamiento.

Marco teórico

Partimos de entender el problema de la alimentación desde una perspectiva amplia que articule las diferentes dimensiones que la componen, a fin de evitar caer en un análisis reduccionista que termine culpabilizando a les usuaries/consumidores. En este sentido Hintze (1991) sostiene que:

La problemática alimentaria abarca los aspectos relacionados con la producción (procesamiento-transformación y también insumos para la producción de alimentos), distribución-comercialización, y consumo de alimentos y sus efectos sobre las condiciones históricas de reproducción de la población y de la fuerza de trabajo, una de cuyas expresiones es la situación nutricional crítica de vastos sectores sociales (1991:50).

La situación de pobreza e indigencia en la que está inmersa más de la mitad de la población en nuestro país pone de manifiesto la desigual distribución de los ingresos y hace evidente la ausencia de recursos para acceder a los alimentos, afectando directamente al consumo, tanto en calidad como en cantidad. Siguiendo el planteo de Aguirre (2015), se asume que si la cuestión alimentaria se relaciona directamente con el acceso, entonces, es una cuestión social, por lo que nos encontramos frente a un problema de equidad.

Entendemos que los factores que intervienen a la hora de definir una estrategia de consumo alimentario en un grupo familiar son múltiples. Dichas estrategias se constituyen en guías de las elecciones alimentarias y dan sentido a qué y cómo comer, pero también son las que, muchas veces, están contribuyendo a la aparición de diversas complicaciones crónicas vinculadas a la salud, como es el caso de las ECNT. Tal como lo ha analizado Patricia Aguirre (2015), en los sectores pobres se consumen altos niveles de grasas en las comidas, se observa una abundancia de alimentos ricos en hidratos de carbono y en azúcares. Al mismo

tiempo las comidas y las preparaciones se realizan con alimentos rendidores que logran saciar en volumen (pan, fideos, papas, azúcar, carnes grasas, etc), pero no en calidad. Se trata de una dieta monótona y desbalanceada en nutrientes específicos, con escaso consumo de frutas y verduras, es decir, dietas y patrones de alimentación de baja calidad nutricional.

Sostenemos que la problemática alimentaria se integra a las prácticas cotidianas asociadas a las estrategias familiares de vida. Con ello hacemos referencia a las elecciones entre diferentes cursos de acción posibles de realizar, en ese sentido, Aguirre señala: “los hogares deciden dentro de un limitado espectro de posibilidades (cuanto más pobre sea el hogar, más limitadas serán las posibilidades) y esto no se refiere sólo a los recursos materiales sino también respecto a las representaciones” (2004:29).

Entendemos que cuando hablamos de salud, de alimentación y de estrategias resulta indispensable incorporar la perspectiva de la Soberanía Alimentaria, en este sentido, Miriam Gorban la describe como:

El derecho de los pueblos de definir sus propias políticas y estrategias sustentables de producción, distribución y consumo de alimentos que garanticen el derecho a la alimentación para toda la población, con base en la pequeña y mediana producción, respetando sus propias culturas y la diversidad de los modos campesinos, pesqueros, e indígenas de producción agropecuaria, de comercialización y de gestión de los espacios rurales (Gorban, 2010:19).

Por otra parte, al poner en el centro de la discusión el acceso a los alimentos desde la perspectiva de los Derechos Humanos y la participación comunitaria en las instancias de producción, elección y acceso a la información acerca de qué y cómo producir y consumir, permite romper con los programas que abordaban la alimentación desde una postura asistencialista, destacando que las personas son sujetos de derecho y deben tomar un rol activo a la hora de acceder y decidir en torno a los alimentos que consumen.

La soberanía alimentaria asume que una estrategia posible - a nivel familiar y comunitario- para acceder a alimentos de calidad a bajo costo es la de implementar

programas de educación alimentaria y nutricional a nivel de las escuelas y de la familia que demuestren el costo-efectividad y lo sencillo que resulta adoptar dietas basadas en platos caseros. En ese sentido, una transición a dietas sostenibles -entendidas como dietas con bajo impacto ambiental que contribuyan a la soberanía alimentaria y nutricional y a la vida sana de las generaciones presentes y futuras- tendrá implicaciones significativas para los productores, la industria alimentaria, los consumidores, el uso del suelo y las normas comerciales. Todos estos retos requieren mecanismos de gobernanza inclusivos basados en la evidencia que puedan abordar el análisis del sistema alimentario y su impacto tanto sobre la naturaleza como sobre la salud de las personas (Monteiro et.al., 2015).

Metodología

La selección de los destinatarios para el estudio se realizó a partir del relevamiento de usuarios con ECNT que, desde el año 2019, es llevado a cabo por el equipo de profesionales que se desempeña en el mencionado Centro de Salud. De un total de sesenta y uno (61), se seleccionaron cuarenta (40) con sus grupos familiares, puesto que son quienes sostienen actualmente el tratamiento.

En cuanto a las fuentes primarias para la recolección de datos se realizaron entrevistas a las personas con diagnóstico de ECNT (mayor de 18 años). El instrumento diseñado - de carácter semi-estructurado- está dividido en dos partes: la primera, de tipo cuantitativa, en formato ficha para recabar datos acerca de las características de la alimentación y los factores que determinan la elección de los alimentos y; la segunda, con preguntas abiertas orientadas a determinar la relación que los entrevistados establecen entre las ECNT y la alimentación.

En lo que concierne a las fuentes secundarias, se recuperó información de la historia clínica digital y base de datos de la estadística local del Sistema Integrado de Salud Pública para obtener datos como el tipo de patología, datos antropométricos, frecuencia de seguimiento y el tipo de tratamiento.

Posteriormente se realizó un relevamiento de productores comunitarios a los fines de conocer los circuitos de producción y distribución en el ámbito barrial. Además, se invitó a los entrevistados a participar de una serie de talleres coordinados por el equipo de investigación a fin de trabajar grupalmente sobre la educación alimentaria. Se realizaron tres encuentros en los que se trabajaron temáticas referidas a las representaciones que se construyen sobre la alimentación

saludable: ¿Qué es lo saludable? ¿Cómo influye el marketing en nuestro consumo? ¿Cómo afectan los alimentos ultraprocesados en nuestra salud? ¿Cuáles son los alimentos de mayor calidad?. Finalmente se apuntó a pensar pequeñas modificaciones o cambios que se pueden introducir en la dieta diaria para mejorar nuestra alimentación y la del grupo familiar.

Resultados

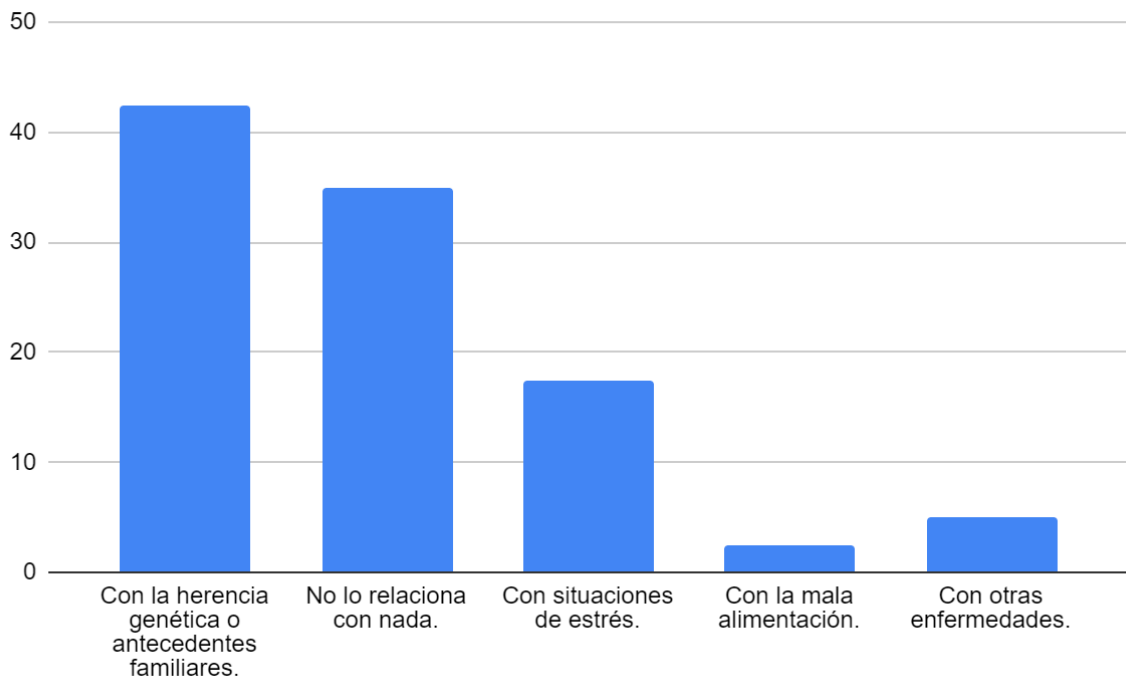
De las 40 entrevistas realizadas, 32.5% fueron respondidas por varones y 67.5% por mujeres, todes mayores de edad entre 30 y 67 años, cuyos ingresos familiares se distribuyen de la siguiente manera: menos de \$ 50.000 mensuales (37.5%), entre \$ 50.000 y \$ 100.000 (50%), quedando el restante porcentaje (12.5%) distribuidos entre aquellos que su ingreso supera los \$150.000 (montos que se relacionaron con el valor de la canasta básica total durante el momento de las entrevistas en el mes de febrero de 2023 que correspondía a \$177.063¹). Los datos arrojan que la mayoría de les usuaries se encuentran por debajo de la línea de pobreza.

En el 55% de los hogares encuestados viven entre 3 y 5 personas, en el 35% viven entre 1 y 2 personas y en los restantes hogares (10%) viven entre 6 y 9. En cuanto al nivel educativo máximo alcanzado, el 17.5% no completó los estudios primarios, el 52.5% de les entrevistades completó los estudios primarios, el 22.5% no completó la secundaria, mientras que el 2.5% sí lo hizo, el porcentaje restante se divide entre quienes cursaron y/o terminaron los estudios universitarios. De allí es posible inferir que se trata de grupos familiares con bajo nivel educativo que en su mayoría solo lograron completar estudios primarios.

La mayoría de les entrevistades presenta más de una patología crónica, frecuentemente diabetes tipo II e hipertensión, combinada con obesidad, coincidiendo con los datos epidemiológicos relevados en la bibliografía. Las personas ffueron diagnosticadas, en un 12,5% en la franja de 20 a 30 años, 22.5% entre los 30- 40 años, entre 40 y 50 años el 35%, otro 25% entre 50 y 60 años y un 5% restante después de los 60 años. Lo que resulta llamativo de este dato, es la temprana aparición de los diagnósticos de ECNT en la población adulta.

¹ Valorización mensual de la canasta básica total. Gran Buenos Aires. Febrero de 2023. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_03_23423CF673B4.pdf

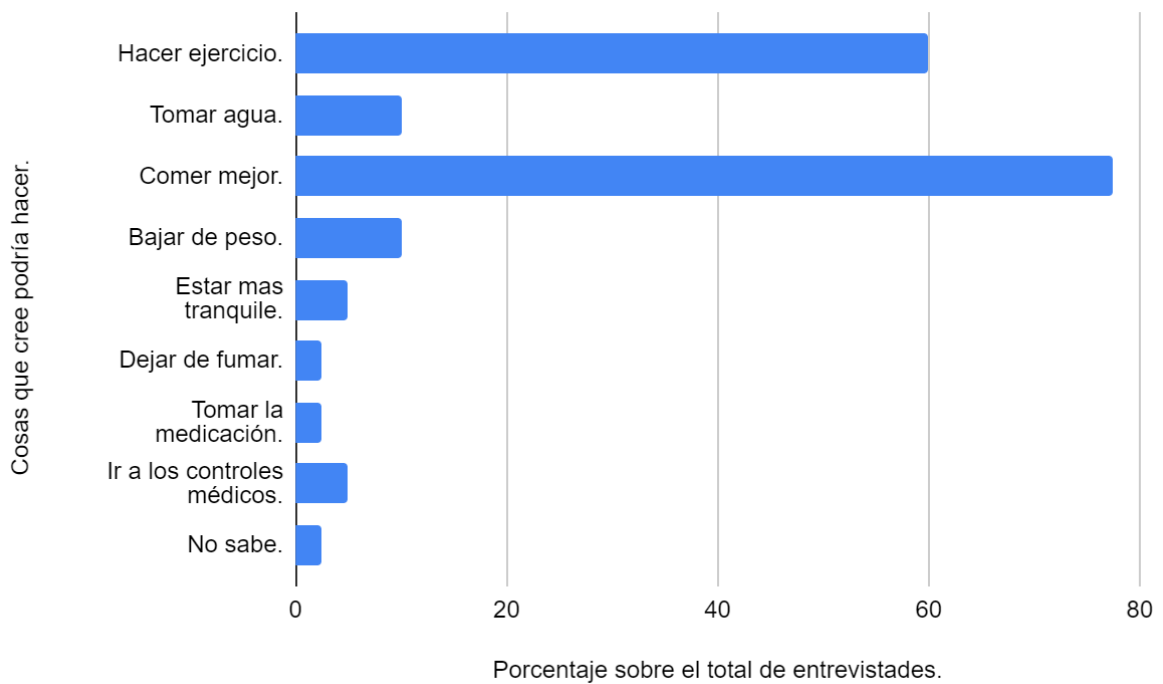
Gráfico 1. Factores con los que les entrevistades relacionan la aparición de la enfermedad



Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de datos obtenidos en las entrevistas.

Uno de los hallazgos parciales, radica en que la mayoría de las personas consultadas relaciona la aparición de la enfermedad fundamentalmente con los siguientes factores: 1) con la herencia genética o antecedentes familiares (42.5%) y, 2) con ninguna causa (35%), 3) con situaciones de estrés (17.5%); 4) con la mala alimentación (2.5%) y 5) con otras enfermedades (5%) Se puede inferir de ello que la gran mayoría no relaciona la aparición de la enfermedad con los malos hábitos de vida.

Gráfico 2. Cuestiones que podrían hacer para mejorar la evolución de la enfermedad



Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de datos obtenidos en las entrevistas.

A pesar de ello, al indagar sobre posibles acciones que mejorarían su estado de salud en relación a las patologías, les entrevistados seleccionaron más de una opción y ponderaron que, en primer lugar, es importante mejorar su alimentación (77.5%) en segundo lugar hacer ejercicio (60%) y en un tercer lugar ubican tomar líquido y bajar de peso (10% cada opción). Dichas afirmaciones no se correlacionan con los factores que se asociaron inicialmente con la aparición de la enfermedad.

Cuando se les consulta respecto a los cambios que le sugirieron los profesionales y que pudieron introducir en su vida cotidiana, el 60% manifiesta haber podido realizar solo algunos de los cambios, el 22.5% afirma que no pudo realizar ningún cambio, mientras que el 17.5% restante refiere haber realizado todos los cambios sugeridos. De los que pudieron realizar algunos cambios, refieren en primer lugar haber sostenido la correcta toma de la medicación, le sigue aquellos que pudieron introducir cambios en la alimentación y en tercer lugar los que sostuvieron la realización de los controles periódicos de salud.

Las personas que no lograron sostener ninguno o alguno de los cambios indicados, señalan que los principales motivos, tienen que ver en primer lugar con la

falta de recursos económicos, le sigue en porcentaje aquellos que respondieron “no tener ganas” o “voluntad” para modificar hábitos, luego los que refirieron no contar con el acompañamiento por parte de su grupo familiar conviviente y por último los que destacaron la falta de acompañamiento por parte de profesionales de la salud. En ese sentido, la primera causa que aducen les entrevistades se condice con los datos que arroja el nivel de ingresos, siendo que la mayoría percibe menos de lo necesario para acceder a la canasta básica. Este motivo es el que encuentran como sustento para validar el hecho de que su alimentación cotidiana tenga como base los alimentos ultraprocesados y comidas con elevados índices de hidratos de carbono y grasas, señalando que dichos alimentos son los más económicos o “los que se pueden comprar”.

Esto nos llevó a indagar respecto a qué representaciones tienen les usuaries sobre la “comida saludable” y cómo influyen en dichas ideas la publicidad y el marketing, ¿resulta verdaderamente más económico el consumo de alimentos ultraprocesados en comparación con la comida casera?, y luego, ¿están dadas las condiciones materiales para preparar los alimentos en casa? (electrodomésticos, gas, utensilios, tiempo disponible para cocinar y hacer las compras, etc). Estos son algunos de los interrogantes que surgen de los datos anteriormente analizados.

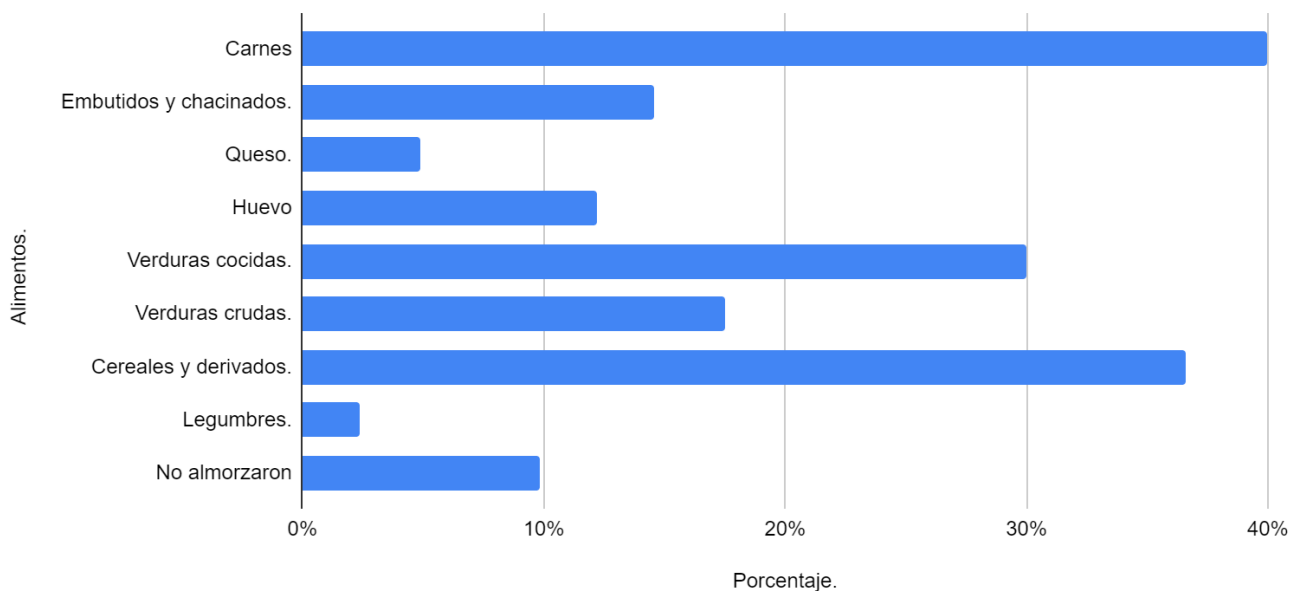
Cuando se indagó en relación a qué comidas diarias realizan, la cena ocupó el primer lugar, seguida por el almuerzo, luego el desayuno y la merienda, quedando en último lugar el “picoteo” entre las ingestas principales. Las patologías que presentan les entrevistades se correlacionan de manera directa con la forma de alimentarse: ingestas copiosas, ricas en grasas saturadas, azúcares refinados, sodio y bajas en proteínas, ácidos grasos insaturados, fibra, vitaminas y minerales. Cabe destacar que en el mantenimiento del estado de salud y constitución del peso corporal total, influye también el acto de mantener horarios regulares para la realización de las comidas principales, evitando el picoteo, por su efecto en los niveles de glucemia post ingesta.

El consumo de alimentos variados en horarios regulares, colabora con el buen funcionamiento del organismo, más aún si éstos son ricos en nutrientes: hidratos de carbono, fibra, proteínas, grasas de calidad, vitaminas, minerales y agua, imprescindibles para un metabolismo óptimo. Este hecho tiene un impacto directo -positivo- en los niveles de glucosa sanguíneo, colabora con la regulación del centro de saciedad, beneficia al sistema digestivo, y previene indirectamente ECNT

tales como: diabetes tipo II, hipertensión, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y acumulación excesiva de grasa corporal total (obesidad).

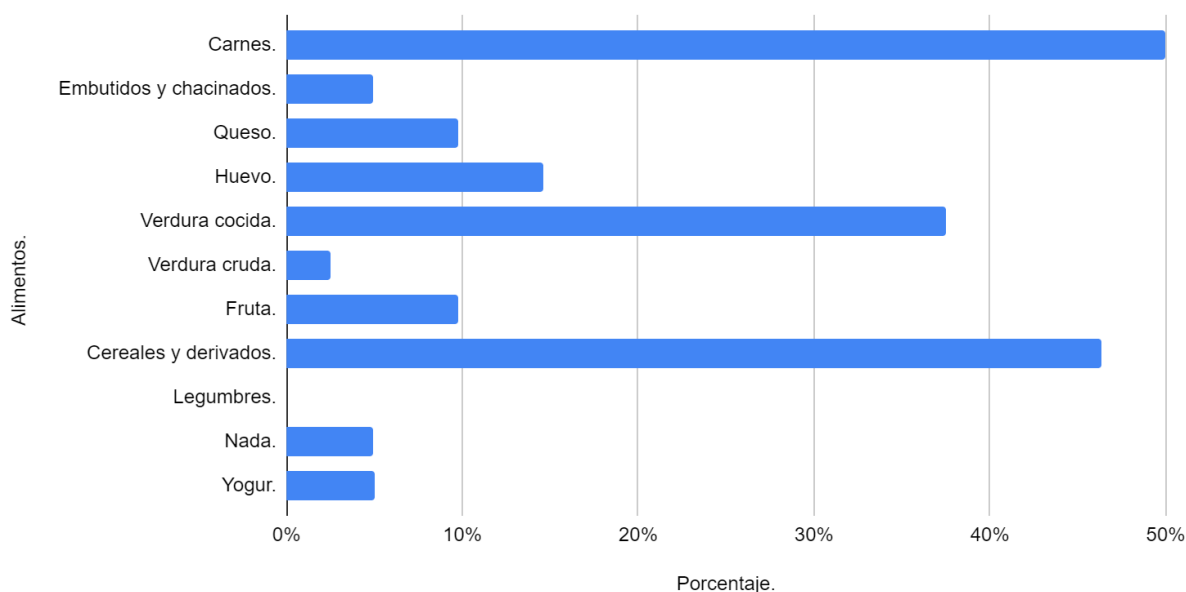
Luego de consultar cuáles fueron los cambios sugeridos por los profesionales tratantes al momento del diagnóstico de la enfermedad, se indagó respecto a cuáles habían logrado realizar a lo que la mayoría respondió que había podido sostener la toma de la medicación (80%), los controles de salud (70%), una alimentación saludable (65%), actividad física de manera regular(37,5%) y descanso de más de ocho horas diarias (17,5%). Esto nos permite inferir que un gran porcentaje considera haber logrado introducir cambios positivos en la alimentación.

Gráfico 3. Alimentos consumidos el día anterior en el almuerzo.



Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de datos obtenidos en las entrevistas.

Gráfico 4. Alimentos consumidos el día anterior en la cena



Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de datos obtenidos en las entrevistas.

Sin embargo, cuando estos datos se contrastan con los alimentos que consumieron en el día anterior, se observa que la gran mayoría - el 65%-se alimentó de manera no saludables, entendida como aquella que cumple con tres de los siguientes requisitos: a) solo una comida principal; b) nulo consumo de frutas y verduras; c) más de una porción de ultraprocesado; d) picoteo rico en en hidratos de carbono, sal, grasa y azúcar.

En segundo lugar, un 35% de les entrevistades se alimentó de manera poco saludable, esto se refieren a aquella que cumplen con tres de los siguientes requisitos: a) dos a tres comidas principales; b) media porción de la recomendada de frutas y verduras; c) una porción o más de comida ultraprocesada; d) nulo picoteo de alimento rico en hidratos de carbono, sal, grasa y azúcar.

Por último, en ninguno de los casos se registró una alimentación saludable entendida como el consumo que cumple con tres de los siguientes requisitos: a) tres a cuatro comidas principales; b) porción recomendada de frutas y verduras²; c) nulo

² Recomendación diaria de Frutas y Verduras según las Guías Alimentarias Argentinas. 5 porciones de frutas y verduras al día. Una porción equivale a medio plato de verduras o 1 fruta mediana o 1 taza. No se incluyen: papa, batata, mandioca y choclo.

consumo de comida ultra procesada³; d) nulo picoteo rico en hidratos de carbono, sal, grasas o azúcar.

Se deduce de lo anterior que la representación de “alimentación saludable” para les usuaries no se condice con los parámetros utilizados en esta investigación, pero que sin embargo para ellos implicó una mejora de hábitos alimentarios en el sentido de mayor ingesta de “productos y alimentos saludables” tales como frutas, verduras, consumo de agua, reducción de consumo de sal, forma de cocinar los alimentos, entre otras. Sin embargo, los cambios que refieren haber realizado no resultan suficientes para que impacte en una mejoría de sus parámetros clínicos. En suma, haber podido sostener la toma de medicación aparece como estrategia principal en el abordaje terapéutico de la patología.

Esto último podría asociarse con las principales causas atribuidas a la aparición de la ECNT que fueron la herencia genética y el hecho de no relacionarlas con nada. ¿Acaso la medicación se presenta como una respuesta accesible, rápida y eficiente para dar solución a un problema que los excede en cuanto a sus posibilidades de llevar adelante cambios significativos en su estilo de vida? En este sentido, podría inferirse una correlación entre la toma de la medicación y las causas atribuidas a la enfermedad.

Finalmente, en cuanto al mapeo de productores dentro del ámbito barrial a fin de establecer la oferta disponible de productos alimenticios de mayor calidad tales como frutas y verduras orgánicas, carnes, huevos, entre otros, se tomó conocimiento de la existencia en todo el territorio de dos huertas comunitarias que ofrecen -y a un precio más económico que en los comercios de la zona - verduras orgánicas a la comunidad. Si bien existe oferta de productos de emprendedores en el barrio, se trata en su mayoría de alimentos ricos en grasa, azúcar e hidratos de carbono como panificados, alfajores y comida de rotisería. Esto nos permite inferir

³ Según las Guías Alimentarias para la Población Argentina alimentos ultraprocesados hace referencia a alimentos que se producen combinando ingredientes procesados con cantidades frecuentemente pequeñas de alimentos sin procesar o mínimamente procesados. Se les agrega ingredientes industriales con alto contenido de grasas, azúcares y/o sal, así como aditivos alimentarios (conservantes, colorantes, aromatizantes, etc.). Son productos que no deberían formar parte de nuestra alimentación diaria ya que su consumo en exceso puede dañar la salud. Por ejemplo, gaseosas y aguas saborizadas, jugos de fruta endulzados, bebidas energizantes y deportivas, postres lácteos, panes industriales, productos de copetín o snacks, comidas listas para consumir, productos preformados congelados como bastones de merluza, carnes procesadas como salchichas, aderezos, salsas listas para consumir, leche chocolatada entre otros.

que el acceso a alimentos saludables y de calidad es más limitado que en el resto de la ciudad, debido a la ubicación periférica del barrio.

Conclusiones

En la primera etapa de análisis de los datos, identificamos algunas aproximaciones a las representaciones simbólicas de los usuarios que correlacionan las ECNT con la alimentación y que resulta pertinente destacar. Tal como se consigna en uno de los gráficos poco más del 90% de las personas entrevistadas no vinculan la aparición de la enfermedad con los malos hábitos, sino con factores como la herencia genética, el estrés, o simplemente no logran identificar causa alguna. Estas respuestas permiten deslizar una primera conclusión que se relaciona con los obstáculos al momento de introducir y sostener cambios en la alimentación. Consideramos que justificar la aparición de la enfermedad con circunstancias externas a las personas, o mejor dicho, desvinculadas completamente a sus hábitos repercute directamente en la adherencia al tratamiento o más aún en la convicción de que si se modifican ciertas conductas la situación de salud mejora. Lo que podría explicar porque la mayoría de los usuarios no sostienen los cambios introducidos en la alimentación y hábitos saludables a largo plazo.

Sin embargo, cuando se consulta sobre aquellas cosas que podrían realizar para mejorar la salud casi el 80% responde que cambiar la alimentación ayudaría a alcanzar dicho objetivo. Encontramos en estas respuestas una fuerte contradicción entre las causas de la enfermedad que registran y las acciones concretas que llevan a cabo ¿porque modificarían la alimentación si la génesis de la enfermedad es genética o producto del estrés de la vida moderna?

Por otra parte, gran porcentaje (80%) de la población que conforma la muestra -cuando se le pregunta de forma dirigida- ubica como una acción de gran relevancia introducir una alimentación saludable para lograr el control de su patología de base. Sin embargo, cuando se indaga sobre cuáles fueron los alimentos consumidos el día anterior se observa un consumo excesivo de hidratos de carbono, grasas y ultraprocesados, lo que introduce el interrogante sobre ¿Qué entienden los usuarios por alimentación saludable? ¿Dé qué modo se construyen esas representaciones? ¿Cómo influyen los equipos de salud en la construcción de la misma?. Fueron estos interrogantes los que motivaron el dictado de talleres grupales para trabajar las representaciones en torno a la alimentación saludable.

Durante la realización de los talleres nos encontramos con que los usuarios podían distinguir aquellos alimentos considerados saludables de los que no, aunque con fuerte influencia de la publicidad (productos dietéticos y/o light) promovidos por la industria alimentaria. Al intentar problematizar, por parte del equipo de investigación, sobre el origen de los alimentos y su calidad nutricional, observamos entre los usuarios un gran sentimiento de frustración y agobio que se expresó en la idea de que *“al final no se puede comer nada, porque todos los alimentos que dicen que son saludables al final no lo son”* (cita textual de una participante del taller).

El desafío que se planteó fue trabajar en aquello que “sí” se puede modificar de manera sencilla y accesible haciendo hincapié en la preparación de platos caseros. Entendiendo aquello planteado por Aguirre (2015) de que “los hogares deciden dentro de un limitado espectro de posibilidades (cuanto más pobre sea el hogar, más limitadas serán las posibilidades) y esto no se refiere sólo a los recursos materiales sino también respecto a las representaciones”. En ese sentido, se buscó que quienes participaran de los talleres adoptaran un rol activo a la hora de decidir qué consumir y cómo acceder a alimentos de calidad a bajo costo.

Al intentar georeferenciar a los productores barriales con la intención de confeccionar una herramienta digital que condense información sobre opciones saludables, económicas y de fácil acceso a usuarios con ECNT, sus familias y población en general nos encontramos con una ausencia de oferta de productos de estas características más allá de las dos huertas comunitarias. Por lo que no sorprende entonces que la despensa, verdulería barrial y el supermercado sean los comercios mayormente elegidos por las familias para comprar los alimentos que consumen. En este sentido consideramos que la accesibilidad, una de las premisas fundamentales de la Soberanía Alimentaria, funciona como una barrera que restringe la variedad de alimentos a los ofrecidos únicamente por el mercado tradicional, es decir productos ultraprocesados y con escaso valor nutricional.

Para finalizar, nos gustaría mencionar algunos de los desafíos que tenemos por delante como profesionales de la salud pública. Creemos que el punto de partida debe ser interpelar nuestras prácticas, cuestionar el modelo hegemónico de atención en salud nos invita a rediseñar y sostener estrategias de intervención interdisciplinarias e intersectoriales donde los esfuerzos se concentren en acompañar a las familias con ECNT en un proceso de cambios cotidianos dirigidos al acceso a los alimentos, la preparación y el consumo de una dieta basada en platos caseros.

Consideramos que promover la participación comunitaria en las instancias de producción, elección y acceso a la alimentación así como también, a la información acerca de qué y cómo producir los alimentos se reflejará -a mediano plazo- en la disponibilidad y accesibilidad a alimentos de calidad de la población con las que trabajamos.

Bibliografía

- Aguirre, P. (2004). Gordos Ricos flacos, gordos pobres. La alimentación en crisis. Buenos Aires: Ed. Capital Intelectual.
- Aguirre, P. y otros (2015). Cocinar y comer en Argentina hoy. Buenos Aires: FUNDASAP.
- Gorban, M.; Carballo, C.; Paiva, M.; Abajo, V. ; Filardi, M.; Giai, M.; Veronesi, G.; Graciano, A.; Risso Patrón, V.; Broccoli, A.; Gilardi, R. (2010). Seguridad y soberanía alimentaria. Buenos Aires: Akadia.
- Hintze, S. (1991): Las relaciones entre salud y alimentación: acerca de la autonomía de lo alimentario. Cuadernos Médico Sociales, N°58, 47-53.
- Monteiro, C.; Cannon, G.; Moubarac, J.; Bortoletto Martins, A.; Martins, C.; Garzillo, J.; Canella D.; Galastri Baraldi L.; Barciotte, M.; da Costa Louzada, M.; Bertazzi Levy, R.; Moreira Claro, R.; Constante Jaime, P. (2015). Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. Public Health Nutrition, Vol.18 (13), 2311-2322. <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/dietary-guidelines-to-nourish-humanity-and-the-planet-in-the-twentyfirst-century-a-blueprint-from-brazil/FDD994F83D72D8620C16C1956D08BB32>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Organización Mundial de la Salud. (2015). Nota descriptiva. Enfermedades no transmisibles. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>