

SOCIALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO NUTRICIONAL COMO PARTE DEL PLAN NACIONAL DE ALIMENTACIÓN EN DOS COMUNIDADES DEL MUNICIPIO LOS GUAYOS. ESTADO CARABOBO - VENEZUELA

NUTRITIONAL KNOWLEDGE SOCIALIZATION AS PART OF THE NATIONAL PLAN OF FOOD IN TWO COMMUNITIES OF THE MUNICIPALITY LOS GUAYOS. STATE CARABOBO. VENEZUELA

SOCIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO NUTRICIONAL COMO PARTE DO PLANO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO EM DUAS COMUNIDADES DO MUNICÍPIO LOS GUAYOS. ESTADO CARABOBO - VENEZUELA

Iraima Acuña¹, Alba Morón de Salim², Harold Guevara Rivas³

Fecha de recepción: 23.03.2016

Fecha de aceptación: 01.06.2016

RESUMEN

Uno de los factores de pobreza en Venezuela es la imposibilidad de los miembros de la familia de participar en el mercado laboral. Para estudiar la socialización del conocimiento nutricional para la transformación de hábitos alimentarios en comunidades José Ignacio Acevedo y Fórmula 1, Municipio Los Guayos Estado Carabobo, se evaluaron 311 personas de todas las edades, con participación voluntaria. Se hizo implementación y valoración de un plan de salud; se realizó a cada participante una evaluación médica nutricional completa; toma de muestras de sangre para determinaciones bioquímicas; recordatorio 24h para hábitos alimenticios. Análisis de datos Programa SPSS versión 11. Se evidenció 22,2% de niños y 55,88% niñas entre 0-11 años; 60,8% adolescentes hembras y 14,28% masculinos, así como 94,06% de adultos entre 19-59 años sexo femenino, 75,8% masculino y 90,9% adultos mayores masculinos, 66,6% femenino, con malnutrición por exceso o déficit. En el grupo de niños entre 0-11 años, el 51,72% normales de peso, tenían superávit de reservas calóricas; 27,58% obesidad; 20,68% desnutrición y 10,34% sobrepeso. Adolescentes 35,29% con sobrepeso y 29,41% con obesidad, desnutrición en este grupo 5,88%; adultos 57,88% obesos y 31,57% con síndrome metabólico. Surgieron los cultivos caseros y comunitarios como alternativa al suministro de alimentos adecuados y adaptados a los problemas de salud. Se concluye que la socialización implicó la integración de la comunidad y permitió encontrar soluciones a problemas reales de salud derivados de su situación nutricional; se planteó la creación del Observatorio Nutricional Digital, como herramienta de manejo de información nutricional.

Palabras clave: pobreza, desempleo, hábitos de consumo alimentario, socialización, nutrición

¹ Médico Pediatra, Magíster en Nutrición. Doctorado en Ciencias Médicas, Profesor Asociado. Departamento de Ciencias Morfológicas y Forenses. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo - Venezuela. Investigador Asociado del INVESNUT.

² Bióloga, Magíster en Bioquímica Nutricional y Metabolismo. Profesor Titular. Departamento de Bioquímica. Escuela de Ciencias Biomédicas y Tecnológicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo - Venezuela. Investigador Asociado del INVESNUT.

³ Médico Ocupacional, Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Departamento de Salud Pública. Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo – Venezuela

Correspondencia: *Dra. Iraima Acuña. INVESNUT. Apartado postal 3458. Valencia 2002-A, Venezuela iraimaag@gmail.com*

ABSTRACT

One of the factors of poverty in Venezuela is the inability of family members to participate in the labor market. To study the socialization of nutritional knowledge for transforming eating habits in communities José Ignacio Acevedo and Formula 1, Municipio Los Guayos Carabobo State, 311 people of all ages were evaluated, with voluntary participation. Implementation and evaluation of a health plan was made; each participant was made a complete nutritional medical evaluation; taking blood samples for biochemical determinations; 24h reminder for eating habits. Analysis SPSS version 11 Were found 22.2% of boys and 55.88% girls aged 0-11 years; 60.8% adolescent females and 14.28% males and 94.06% of adults aged 19-59 years female, 75.8% male and 90.9% elderly male, 66.6% female, with malnutrition by excess or deficit. In the group of children aged 0-11 years, 51.72% normal weight, they had surplus energy reserves; 27.58% obesity; 20.68%, 10.34% malnutrition and overweight. 35.29% teens, 29.41% overweight, and obesity, malnutrition in this group 5.88%; adults and obese 57.88% 31.57% with metabolic syndrome. They arose home and community crops as an alternative to food supply, appropriate and adapted to health problems. Conclude that socialization involved the integration of the community and allowed to find solutions to real health problems resulting from their nutritional status; the creation of Digital Nutritional Observatory, as management tool nutritional information was raised.

Keywords: poverty, unemployment, food consumption habits, socialization, nutrition

INTRODUCCION

La socialización es el proceso mediante el cual el ser humano aprende, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medioambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir. En este sentido, es la toma de conciencia de la estructura social en la que un individuo nace, y aprende a diferenciar lo aceptable, positivo, de lo inaceptable, negativo, en su comportamiento que se le llama socialización (1).

En este aspecto, la socialización es factible gracias a los agentes sociales, como la familia, la escuela, los iguales y los medios de comunicación. Además, son las instituciones e individuos representativos con capacidad para transmitir e imponer los elementos culturales apropiados. Los agentes sociales más representativos son la familia, porque posee un rol primordial ya que es el primer nivel social al que tenemos acceso y la escuela, ya que en la actualidad ha perdido su papel principal y la escuela es transmisora de conocimientos y de valores. También en la socialización una persona interioriza su cultura de una sociedad determinada. Existen distintos agentes socializadores: la familia, la escuela, los grupos de pares, el trabajo y los grupos políticos (1).

Tomando en consideración la socialización, donde la familia y la escuela son los grupos fundamentales como primer nivel social, se tiene que en Venezuela uno de los factores fundamentales de los que depende la pobreza es la posibilidad de los miembros de la familia de participar en el mercado laboral, lo cual posibilita la generación de ingresos; por lo que muchas veces la diferencia que permite superar la condición de pobreza la hace una persona adicional incorporada al mercado laboral dentro del grupo familiar.

Para nuestro país, que ha fluctuado entre períodos de prosperidad y de recesión económica y que en las últimas cinco décadas ha experimentado un proceso de transición demográfica (2), se han generado las disparidades geográficas y socioeconómicas que

existen en la actualidad, dado a la falta de planificación de políticas gubernamentales que tomen en cuenta esta transición, lo que ha representado un grave problema que ha traído como consecuencia la desigual participación de los grupos de población (2)

En este sentido, el incremento de la tasa de participación en el mercado laboral de la población activa, entre 15 y 64 años, que ha experimentado la población venezolana en los últimos veinte años y la incapacidad de este mercado para incorporarla al sistema productivo, ha llevado a un incremento de la tasa de desocupación de la fuerza de trabajo, que aun cuando experimentó una disminución entre los años 2003 y 2006, la generación de nuevos empleos continúa siendo insuficiente (3).

Para Ledezma (3), la desocupación de la fuerza laboral tiene importantes implicaciones socioeconómicas ya que determina la capacidad o no de ingreso, que es uno de los métodos de medición de la pobreza. Sin embargo en la actualidad en la concepción de un hogar en pobreza sea crítica o extrema se toma en consideración no solo la incapacidad de su ingreso sino además elementos de riesgo social; es por esto que se define un hogar en pobreza extrema por la incapacidad de su ingreso para cubrir el valor de la canasta alimentaria básica y en pobreza crítica de acuerdo a la insuficiencia de ingresos para cubrir el valor de dos canastas alimentarias básicas, ambos asociados a otros factores como son las condiciones habitacionales, barridas con acceso limitado a servicios de buena calidad, educación básica de 6 años de estudio, y con alta tasa de desocupación de sus miembros, los cuales son factores de riesgo social a su vez para el estado nutricional de los niños y de otros miembros vulnerables del grupo familiar.

En Venezuela para el año 2002, surgieron las misiones como política de Estado, cuyo propósito central fue atender las necesidades de los sectores excluidos en áreas tales como salud: Misión Barrio Adentro; atención odontológica: Misión Sonrisa; atención integral de la vista: Misión Milagro; alfabetización: Misión Robinson; educación básica, diversificada y superior: Misiones Ribas, Sucre y Alma Mater; investigación científica: Misión Ciencia; identificación civil: Misión Identidad; seguridad alimentaria: Misión Alimentación; empleo y economía comunal: Misión Che Guevara; diversificación de la

economía de acuerdo con las riquezas minerales: Misión Piar; distribución de las tierras: Misión Zamora; atención a las madres en situación de pobreza: Misión Madres del Barrio; indigencia: Misión Negra Hipólita; vivienda: Misión Hábitat; milicia de reserva: Misión Miranda; inclusión de los pueblos indígenas: Misión Guaicaipuro y conservación ambiental: Misión Árbol.

En cuanto a las Misiones Educativas éstas son estrategias que forman parte de las políticas de inclusión del Ministerio del Poder Popular para la Educación, con el objetivo de incrementar las coberturas de atención; entre ellas la Misión Robinson, con la cual se declaró a la República Bolivariana de Venezuela en el año 2005 como territorio libre de analfabetismo. En este sentido se pudo observar que el país experimentó una disminución de la pobreza producto de la implementación de políticas gubernamentales dirigidas al aumento de la escolaridad y la transferencia de ingresos públicos a las familias a través de misiones sociales, no obstante esto no ha sido suficiente para erradicar la pobreza.

El abordaje del problema de la pobreza, supone también la disminución de la tasa de desocupación de la población activa, lo cual requiere de la evaluación de los cambios demográficos generadores de las desigualdades sociales que viene padeciendo la población nuestro país. Sin embargo, la reducción de los índices de pobreza en un país como el nuestro con grandes riquezas petroleras, conllevó a un aumento del gasto público por habitante, lo cual no necesariamente implicó un crecimiento y desarrollo económico, que es lo que realmente garantizaría la erradicación definitiva de la pobreza.

Es por ello que la evaluación del impacto económico y social de los cambios demográficos y su relación con la planificación del desarrollo de acuerdo a las necesidades de las personas, se presenta como una buena estrategia para hacer frente a la pobreza (4). En el 2003 señaló que los esfuerzos para alcanzar el objetivo más crucial de reducción de la extrema pobreza y el hambre están socavados en toda América Latina y el Caribe por el

decepcionante círculo vicioso del lento crecimiento económico y la persistente desigualdad. Habida cuenta de que gran parte de los países de la región están clasificados en la categoría de ingresos medios, les instó a que fuesen más allá de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ¿Por qué contentarse con reducir a la mitad la pobreza extrema en el 2015 y no abordar la reducción a la mitad de todo tipo de pobreza y, sobre todo, reducir significativamente la desigualdad de la riqueza y el ingreso? (4).

La pobreza no solo es producto de una economía sustentada en la monoproducción y de la falta de incentivos para dinamizarla; ni de la falta de planificación de las políticas públicas de acuerdo al crecimiento de la población sino además al abandono permanente de los gobiernos al capital humano y social, manifestado en el desinterés por la educación formal y la seguridad alimentaria de la población. Es por ello que, desde una perspectiva original, la erradicación de la pobreza no es cuestión de planeación y logro de ciertas metas socio-económicas, ni siquiera de que exista un marco legal que favorezca la inclusión y la participación, con que cuenta en la actualidad nuestro país, sino de que se generen mecanismos que permitan que se haga efectiva la participación de estos grupos poblacionales excluidos, y hacer operativo el marco constitucional y legal con el que cuenta ya el país.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO (5), señala, que existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana; por lo que, este concepto de seguridad alimentaria aquí planteado involucra aspectos de índole socioeconómicos y educativos, como son el conocimiento de lo que es una alimentación variada y balanceada, el valor que tiene la alimentación para la salud, el empleo como condicionante del poder adquisitivo del grupo familiar, la existencia de un ambiente físico con adecuadas condiciones sanitarias, que pasa por disponer de una vivienda digna y de buenos servicios de salud.

Por otra parte la soberanía alimentaria se fundamenta sobre la base de que la mayoría de los alimentos que consume la población sean de origen nacional, sin embargo en la actualidad en nuestro país, la mayoría de los productos básicos y estratégicos son importados, el poder adquisitivo de la población es vulnerable a la inflación y la oferta de productos es irregular e insuficiente, producto de la falta de estímulos para la producción y la poca producción agrícola nacional

En materia de seguridad alimentaria se han procurado, en los últimos años, algunos intentos por hacer posible y garantizar ésta para toda la población. El Estado venezolano ha configurado toda una política que pretende armonizar el sistema alimentario con la seguridad alimentaria sobre la base de un cambio institucional que mejore el desempeño económico y permita corregir las fallas del mercado. Dentro de este nuevo contexto, se realizaron cambios en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999 relacionados con el Sistema Alimentario Venezolano SAV, artículos 105, 112 y 113, que le otorga prioridad a la seguridad alimentaria de la Nación, a través del desarrollo de la agricultura como sector estratégico, con políticas orientadas a mejorar la infraestructura en el medio rural y dirigidas hacia la capacitación, asistencia técnica y crediticia y de políticas de tenencia de tierra en función de los objetivos del desarrollo rural y orientadas a la promoción de una economía social a través de la creación de cooperativas y microempresas como formas de economía asociativa y participativa (6).

Hay que considerar, además, dentro de toda la problemática planteada, que el alimento no solo tiene la importancia de ser el sustento del cuerpo para mantener la vida, sino que además tiene otras connotaciones sociales, ya que se encuentra íntimamente vinculado al sentimiento de seguridad y prestigio; posee un papel importante en las prácticas religiosas y se encuentra relacionado con gran cantidad de supersticiones y prejuicios, por lo que es capaz de despertar muchas emociones tales como placer, envidia, confianza y hasta fanatismo violento, todo lo cual debe ser considerado cuando se trata de modificar el consumo alimentario. Por otra parte, la finalidad de la educación es la de capacitar al individuo para actuar conscientemente frente a las nuevas situaciones de la vida,

aprovechando la experiencia anterior y tomando en cuenta la integración, la continuidad y el progreso social, de acuerdo con la realidad individual y atendiendo las necesidades individuales y colectivas; la educación conserva y transmite el acervo funcional de la cultura, es decir, sus valores y las formas de comportamiento de comprobada eficacia en la vida de una sociedad (6).

Sin embargo, en relación a los aspectos nutricionales la situación actual es otra, ya que la desnutrición no es lo principal que afecta a las comunidades de escasos recursos, sino el sobrepeso y la obesidad así como sus consecuencias metabólicas: síndrome metabólico, diabetes, resistencia a la insulina, entre otras, todos estos problemas que tienen su génesis en los malos hábitos alimentarios, los cuales son el producto de creencias, tradiciones, y costumbres que se generan en un entorno social. Con base a esta problemática se llegó a la necesidad de aplicar la matriz epistémica de la ciencia crítica y su metodología, con la investigación acción participante, que representaron las herramientas para favorecer la transformación de los hábitos alimentarios de dos comunidades del estado Carabobo una comunidad del sector José Ignacio Acevedo y la otra del sector Fórmula 1.

MATERIALES Y MÉTODOS

La comunidad del sector José Ignacio Acevedo del Municipio Los Guayos, Estado Carabobo de estrato socioeconómico IV y V según Graffar-Méndez Castellano (7), con una estructura organizativa comunitaria de Consejo Comunal, Comité de Salud, está conformada por 280 familias para un promedio de 3.100 personas. En la comunidad del sector Fórmula 1, perteneciente a los mismos estratos socioeconómicos, habitan 496 familias y aproximadamente 2.500 personas. Se realizaron doce operativos médicos-nutricionales, entre abril y julio de 2012, para ambas comunidades con la participación de 311 personas de todos los grupos de edad y de manera voluntaria. Dadas las características de las comunidades, los sujetos investigados fueron prevalentemente mujeres de todos los grupos de edad, reflejando no sólo la tendencia poblacional sino también las

características culturales y conductuales de la comunidad, donde las mujeres se preocupan más por la salud y los hombres se dedican sólo a la vida laboral fuera del hogar.

Se usó la elaboración, implementación y evaluación de un plan de salud. Se inició con diálogos semanales realizados a las abuelas, líderes de la comunidad lo cual permitió no solo conocer cuáles eran sus “saberes” con relación a la alimentación, cuáles eran sus necesidades sentidas, sus prioridades y sus inquietudes en materia alimentaria y las características socioculturales de la comunidad del sector “José Ignacio Acevedo” y “Fórmula 1”. Al mismo tiempo se comenzó a conformar la “red alimentaria autopoiética” ya que de las reuniones surgía la tarea de difundir y comentar los acuerdos a los que se llegaba. Con la idea de proporcionarle a la comunidad herramientas a su alcance para crear las condiciones que mejoraran la salud y con las alternativas de provisión de alimentos de estas comunidades, surgió del consenso la idea de iniciar cultivos de frutas y vegetales caseros y comunitarios, bajo la supervisión de un biólogo experto en cultivos comunitarios. La “red alimentaria autopoiética” intervino como elemento comunicacional.

El abordaje se centró en generar toda una estructura de trabajo de instrucción no formal que permitiera a las abuelas apropiarse de una cultura de alimentación ideal, enfatizando la necesidad de disponer de mecanismos tendentes a difundir estos conocimientos a todos los integrantes de la comunidad. La novedad de este estudio, orientado dentro del paradigma cualitativo, estuvo en lograr un nuevo conocimiento en materia de alimentación, adecuado y adaptado a los problemas de salud y al contexto sociocultural de las comunidades de los sectores José Ignacio Acevedo y Fórmula 1, internalizado por las abuelas líderes de la comunidad y transmitido a través de la red alimentaria autopoiética, a su área de influencia directa: núcleo familiar, amigos y vecinos.

Los hábitos de consumo de alimentos y el recordatorio de 24 horas fueron recolectados en una oportunidad, que si bien no permite elaborar un patrón de consumo, si me permitió obtener información valiosa sobre los hábitos de consumo y las características de

la dieta de las personas de estas comunidades. La base de datos fue realizada en el Programa SPSS versión 11.

El registro de consumo de alimentos, que incluyó macro y micronutrientes (calorías, proteínas, grasas, carbohidratos, fibra, colesterol , vitaminas A,C;E,B1;B2, B3, B6, B12, ácido fólico, calcio, hierro, magnesio, selenio, sodio y zinc); cálculo de la adecuación de estos nutrientes según el requerimiento de cada sujeto; clasificación de la adecuación de calorías y proteínas, según criterio de la Recommended Dietary Allowance RDA (8); cálculo de la distribución calórica de macronutrientes; clasificación de la edad de los sujetos según los criterios establecidos en la tabla de valores de referencia de Energía y Nutrientes para la población venezolana del Instituto Nacional de Nutrición INN (9) y alimentos de mayor frecuencia de consumo, según el registro de consumo de alimentos, el cual también incluye el aporte de estos alimentos en calorías, proteínas, carbohidratos, grasas, fibra, calcio, hierro y zinc.

Se efectuó la evaluación médica nutricional completa que incluyó la determinación de indicadores de dimensión corporal (peso, talla, circunferencia de brazo, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera), indicadores de composición corporal: área grasa y área muscular e indicadores mixtos: índice de masa corporal; se utilizó como artefactos de medición (10), una balanza con tallímetro, cinta métrica y caliper o plicómetro para medir pliegues grasos tricipital y subescapular. Los valores obtenidos fueron llevados a tablas específicas para cada grupo de edad, sexo y medida a evaluar. El diagnóstico del estado nutricional antropométrico, en los niños y adolescentes se fundamentó en la metodología aplicada rutinariamente para la evaluación nutricional (11).

Se realizó, a cada uno de los participantes, una toma de muestra de sangre para determinaciones de hematología completa, glicemia, urea y creatinina, ácido úrico, perfil lipídico; examen de orina y heces, las cuales fueron analizadas en el laboratorio de dislipidemia del Departamento de Farmacología de la Facultad de Ciencias de la Salud y en el laboratorio de Bioquímica de la Facultad de Ciencias de la Salud, ambos departamentos pertenecientes a la Universidad de Carabobo y en el Laboratorio del Instituto de

Investigaciones en Nutrición INVESNUT de la Universidad de Carabobo. Se reservaron alícuotas de suero refrigeradas a -70°C para posterior determinación de ferritina y transferrina sérica, insulinas y zinc en el laboratorio del Instituto de Investigaciones en Nutrición INVESNUT de la Universidad de Carabobo, donde además se analizaron en el Departamento de Dietética, los hábitos de consumo de la comunidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Esta investigación cualitativa buscó la construcción del conocimiento sobre la realidad social desde el punto de vista de quienes la viven y donde se asumió la existencia de vacíos de conocimientos, se buscó la acción y la mejora en las actividades y de dar sentido y significado a los hechos y acontecimientos sociales

En este trabajo de investigación, fueron muchos los elementos involucrados al hablar de hábitos alimentarios y estado nutricional que implicaron la evaluación de creencias, prejuicios, representaciones y hasta emociones o sentimientos; fue poco lo que se logró en relación a un abordaje integral que permitiera favorecer el cambio o transformación de los hábitos relacionados con la alimentación y en la generación de nuevos conocimientos sobre la realidad social de las comunidades, en este caso en relación a su salud.

El punto de partida en esta investigación fue el de una realidad que está descubierta y que hay que construir e interpretar; es por ello que se partió de la premisa de que el mundo social es "*relativo*" y que sólo puede ser entendido desde el punto de vista de los actores estudiados; cada experiencia fue única y particular para ese grupo social donde se vive y se relaciona, con otros autores (12). En este sentido, el proceso comunicativo dialógico y dialéctico propio del paradigma crítico, permitió comprobar que existen saberes valiosos no formales relacionados con la alimentación en estas comunidades, que son producto de experiencias, de la información mediática, de la tradición, de la cultura o transmitidos de generación en generación. Por otra parte, las experiencias, las vivencias y saberes de los participantes de esta investigación en las reuniones grupales, además de enriquecer el

conocimiento de los investigadores, crearon un lazo de empatía, que facilitó la aceptación de nuevos saberes lo cual, sin duda, fue un elemento que favoreció la transformación de sus hábitos alimentarios.

La pirámide de Maslow (13), fue un recurso altamente motivador, ya que al someterla a discusión grupal y analizarla, permitió reforzar las conductas de la alimentación como necesidad básica y generadora de salud cuando es balanceada, y que la autoestima tiene que ver con la salud. Se identificó la mala alimentación como una conducta de baja autoestima que significa una agresión al cuerpo.

Por otro lado, los datos de consumo de alimentos recolectados a través del método de registro de consumo de alimentos y recordatorio de 24 horas mostró que el 100% de la población evaluada realizaba tres comidas desayuno, almuerzo y cena y sólo el 22% realizaba meriendas, principalmente de alimentos como café, torta, galletas y golosinas dulces.

Entre los alimentos de mayor consumo por orden de frecuencia se encontraban: queso blanco, arepa, azúcar blanca, arroz blanco cocido, margarina, carne de pollo, café infusión sin azúcar, aceite, carne de res, cebolla cocida, tomate perita, embutidos, leguminosas, bebidas azucaradas, pasta enriquecida cocida, leche completa en polvo, pan de trigo, mayonesa comercial, plátano y huevo de gallina. Se observó un predominio en el consumo arepa de maíz rellena con queso blanco y margarina y entre las variantes para el relleno jamón tipo mortadela.

El café, estuvo presente dentro de los veinte alimentos más consumidos, principalmente de consumo matutino, antes o con el desayuno con una ingesta promedio de 250 cc por día. Entre los vegetales de mayor consumo fueron aquellos que se utilizan como aliño o condimentos de otros platos: cebolla 42%, tomate 40%, en menor proporción ají dulce 14%, pimentón 14%, cilantro 5%; los consumidos en forma de ensalada, zanahoria 17%, lechuga 9%, pepino y repollo 5%.

Las frutas no formaron parte de los alimentos de mayor consumo, eran consumida por menos del 10% de las personas que participaron en los operativos y en forma de jugos, entre las cuales se encontraban la lechosa 10%, guayaba rosada 9% y el melón 8%. El cambur y la parchita eran consumidas por el 5% de las personas.

En cambio, las bebidas gaseosas azucaradas superaron al consumo de leche, con un promedio de 386,91 cc aproximadamente dos vasos por día, patrón que se observó tanto en los niños como en los adultos. La leche en polvo completa se utilizaba como agregado del café y preparada en las fórmulas lácteas a dilución inadecuada.

Entre los alimentos de origen animal se encontró la carne de pollo 51,46%, carne de res 42,86%, embutidos mortadela y jamón en un 38,54% respectivamente. Dentro de las leguminosas, el mayor consumo estuvo representado por las caraotas negras 24%. Los alimentos que más aportan carbohidratos coincidieron con las principales fuentes de kilocalorías y con los veinte alimentos más consumidos por estas personas; entre ellos destacaron la arepa, arroz blanco y la pasta.

Considerando el estado nutricional antropométrico, se evidenció que 22,2% de los niños entre 0 y 11 años y 55,88% de las niñas de la misma edad tenían alguna forma de malnutrición por exceso o déficit, situación que se repitió en 60,8% de las adolescentes y 14,28% del sexo masculino; así como en 94,06% de los adultos entre 19 y 59 años del sexo femenino y 75,8% del sexo masculino y 90,9% de los adultos mayores del sexo masculino y 66,6% del sexo femenino.

En el grupo de los niños entre 0 y 11 años, se encontró que 51,72% a pesar de encontrarse normales de peso, tenían un superávit de reservas calóricas, que se evidenció como un exceso de grasa corporal; 27,58% se encontraban con obesidad; 20,68% presentaban desnutrición y 10,34% con sobrepeso. Para el grupo de adolescentes, 35,29% con sobrepeso y 29,41% de obesidad según el criterio de Gibson (14) y un porcentaje similar de normopeso con exceso de grasa corporal. El porcentaje de desnutrición en este grupo fue de solo 5,88%.

Entre los adultos, 57,88% presentó obesidad prevaleciendo la obesidad grado I con 31,57%; se encontró 21,80% de sobrepeso; 12,78% de normopeso con exceso de grasa corporal y 6,76% con desnutrición. En este grupo de edad se encontró además 31,57% de síndrome metabólico en adultos, según el Adult Treatment Panel III (15), como factor de riesgo cardiovascular adicional a la malnutrición por exceso.

Finalmente en el grupo de adultos mayores que participaron en las jornadas se encontró que 43,3% presentó obesidad, siendo más prevalente la obesidad grado I que representó 20%. El sobrepeso se encontró en el 30% de las personas; 6,66% de normalidad de peso con exceso de grasa corporal y un porcentaje similar de desnutrición 6,66%. El síndrome metabólico presente en 40% de las personas evaluadas.

La identificación de su situación de salud generó en algunas personas una reacción de duda en relación a la información que se le suministró, reacción que fue entendida como una respuesta ante una realidad que desconocían, ya que el hecho de tener un módulo de salud NAPI dentro de la comunidad, les proporciona una sensación de “*cuido de la salud*” o “*protección*” que en realidad no tienen, dado que las actividades preventivas que se realizan en el mismo no han sido efectivas.

En cuanto a la educación nutricional comunitaria vista desde el paradigma crítico-dialéctico se encontró que si bien la actividad de operativos médicos nutricionales sirvió como elemento concientizador y motivador que convirtió el interés por la alimentación en una necesidad sentida que relacionaba la alimentación con la salud, la actividad de cultivos caseros y comunitarios como elemento socializador, logró organizar la estructura y el accionar de los consejos comunales, al intercambiar experiencias y permitirles tomar conciencia de las deficiencias en su comunidad e intentar solucionarlas. En este sentido se pudo observar que el deporte ha sido un elemento socializador junto con la creación del “*círculo de los abuelos*”

Se concluye que la socialización implicó la integración de la comunidad y la generación de un proceso de comunicación tal que les permitió encontrar soluciones a sus problemas

reales de salud, derivados de su situación nutricional, por lo que se planteó la creación del Observatorio Nutricional Digital, como una herramienta que no sólo maneje la información nutricional relevante sino que masifique la autogestión del conocimiento nutricional, que se convierta en una herramienta computacional para establecer un canal bidireccional permanente y a distancia entre comunidad e investigador, convirtiéndose en una herramienta de diagnóstico, educativa, motivacional y de difusión de información entre las comunidades. Entre las potencialidades están las de permitir evaluar el estado nutricional de la comunidad, con énfasis en los grupos vulnerables y de alto riesgo, la identificación de problemas coyunturales y situaciones de emergencia que pongan en riesgo el desarrollo de los cultivos y la permanencia de la red alimentaria generada en la comunidad, así como el enlace de esta iniciativa de la comunidad con programas municipales, estatales y gubernamentales, con el fin de sumar esfuerzos y potencializar los recursos materiales, técnicos y humanos con los que se dispone, permitir la estandarización de criterios y proponer una metodología de trabajo que pueda ser usada por otros investigadores para mantener la continuidad de programas de intervención nutricional en las comunidades.

REFERENCIAS

1. Wikipedia, la enciclopedia libre. Socialización. Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Socializaci%C3%B3n>
2. Freitez A, Di Brienza M. Transición demográfica y cambios en la estructura por edad de la población. Temas de coyuntura [en línea]. 2003; [accesado 02 de Ene 2012]. Disponible en: http://noticias.vlex.com.ve/vid/transicion-cambios-estructura-edad-565_93059,
3. Ledezma T, Pérez B, Ortega A. Indicadores sociodemográficos y de privación social en Venezuela. Rev. Venez de Análisis de Coyuntura. 2007; Jul-Dic 13 (2): 49-68
4. Kofi A. Población, desigualdad y políticas públicas: un diálogo político estratégico análisis de situación de población en Venezuela. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela–UNFPA Primera edición, diciembre de 2006 disponible en http://venezuela.unfpa.org/documentos/ASP_version%20publicada.pdf;
5. Organización de la Naciones Unidad FAO Cumbre mundial sobre la alimentación. Roma, Italia. 1996. Disponible en: http://www.fao.org/wfs/index_es.htm; consulta: 5/2/2014
6. Acuña IM. Tesis Doctoral Socialización del Conocimiento Nutricional mediante la conformación de una Red Alimentaria Autopoiética. Caso Comunidades “José Ignacio Acevedo” y “Fórmula 1”. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014
7. Méndez Castellano, H Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: FUNDACREDESA. 1994
8. Sacks G, Chandramohan D, Chow CC, Wang YC, Gortmaker SL, Swinburn BA. Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight. Lancet. 2011 Aug 27; 378 (9793): 826-37. Disponible en: <http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/health-article/2652>
9. Landaeta-Jiménez Maritza, Aliaga Carla, Sifontes Yaritza, Vásquez Maura, Ramírez Guillermo, Madrid Luís Falque et al . Valores de referencia de energía para la población venezolana. ALAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Mar 16] ; 63 (4): 258-277.

Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sciarttext&pid = S0004-062220130004 00003&lng=es>

10. Goetz J, Lecompte M. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid. Morata. 1988.
11. Henríquez PG. Evaluación Nutricional Antropométrica. En: Manual de Crecimiento y Desarrollo. López Blanco M. Landaeta Jiménez, M eds. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Capítulo de Crecimiento y Desarrollo, Nutrición y Adolescencia: Laboratorio Serono. FUNDACREDESA 1991. 16-23.
12. Martínez M. Postulados del paradigma emergente. En: El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. 2^{da} edición. México: Editorial Trillas; 1997.
13. Maslow A. A Theory of human motivation. Psychological Review No 50; y Toward a psychologic of being-Jhon Wiley & Sons; 1968
14. Gibson R. Principles of nutritional assessment. Oxford University Press. New York. USA. 1990
15. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Third Report of the National Cholesterol Education Program. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. September 2002