

# El peso de un diagnóstico

## *The weight of a diagnosis*

ANTACLE, Alberto\*; AYMAT, Ana\*\*; BARICHELLO, Federico\*\*\*; BLACONÁ, Daiana\*\*\*\*; BORSETTA, Eduardo\*\*\*; BUERO, María\*\*\*\*; BUSTAMANTE MARTINETTO, Gisela\*\*\*\*; CAJAL, Nadia\*\*\*\*; CANALES, Kiney\*\*\*\*; CATANZARO, Laura\*\*\*\*; CORCUERA, Valeria\*\*\*\*; Prof. Mg. D'URSO, Marcela\*\*\*\*; DE SERRANOS SUASNÁBAR, Delfina\*\*\*\*; DEGUER, Samanta\*\*\*\*; DEL CASTILLO, Gabriela\*\*\*\*; ELÍAS, María\*\*\*\*; ELWART, María\*\*\*\*; FITZSIMONS, Melisa\*\*; FURNARI, Natalia\*\*\*\*; GARCÍA PINTO, Sofía\*\*\*\*; GORGO, Guillermo\*; HARA DUCK, Marcos\*\*\*; HEREDIA, Verónica\*\*; HERRERA, Alejandra\*\*\*\*; LARRIERA, Federico\*\*\*; LATORRACA, Mariana\*\*; LEIVA, Fernanda\*\*\*\*; LÓPEZ FRÍAS, Rocío\*\*\*\*; PÉREZ, Brenda\*\*\*\*; PONCE DE LEÓN, María\*\*; RENTERÍA, Fernando\*; SUÁREZ, María\*\*\*\*; ZEITNER, Luisina\*\*\*\*

\* Médico de Familia. Instructor de la Residencia de Medicina Familiar – Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

\*\* Médica de Familia. Instructora de la Residencia de Medicina Familiar – Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

\*\*\* Médico Residente de Medicina Familiar – Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

\*\*\*\* Médica Residente de Medicina Familiar – Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

\*\*\*\*\* Lic. en Matemática. Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán (San Miguel de Tucumán, Argentina).

**Contacto:** Méd. Alberto Antacle (albertoantacle@hotmail.com).

Fecha recibido: 10/06/2015  
Fecha aceptado: 11/10/2016

## RESUMEN

**Introducción:** El estado nutricional (EN) infantil requiere adecuada evaluación. **Objetivos:** Describir el EN de niños de 1-5 años que asistieron a tres centros de atención primaria de una obra social en 2014 y su método de evaluación. Conocer el impacto del diagnóstico en sus familias. **Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico cuali-cuantitativo, n=891. Se revisaron historias clínicas y se entrevistó a padres de niños con diagnóstico de obesidad o bajo peso. **Resultados:** El 52% de los niños fueron evaluados con percentilos Peso/Edad, hallándose 71% eutrófico, 6% con obesidad, y 4% bajo peso. Utilizando percentilos IMC/Edad, 60% resultó eutrófico, 14% con obesidad y 1% con bajo peso. En el análisis cualitativo se observaron: naturalización del diagnóstico, dificultad de los padres para poner límites, sentimientos de culpa y frustración, y déficits en la comunicación médico-familia. **Conclusión:** El 60% de los niños de 1-5 años que consultaron en tres centros de atención primaria de una obra social en el año 2014 resultaron eutróficos, 14% con obesidad y 1% bajo peso. La mayoría de los niños fueron evaluados utilizando percentilos incorrectos. La subestimación del diagnóstico por parte de los padres fue favorecida por el uso de eufemismos y lenguaje diminutivo por parte de los médicos.

**PALABRAS CLAVE:** Evaluación Nutricional; Niño; Diagnóstico.

## ABSTRACT

**Introduction:** Childhood nutritional status (NS) requires adequate assessment. **Objectives:** To describe NS of children aged 1-5 that attended three primary care centers of a social security organisation during 2014 and its method of assessment. To know the impact the diagnosis had on their families. **Materials and methods:** Quali-quantitative multicenter study, n=891. Charts were reviewed and parents of children diagnosed with obesity or low weight were interviewed. **Results:** 52% of children were assessed using Weight/Age percentiles, being 71% eutrophic, 6% with obesity, and 4% low weight. Using BMI/Age percentiles, 60% were eutrophic, 14% with obesity and 1% with low weight. In the qualitative analysis were observed: naturalization of the diagnosis, parental difficulties in setting limits, feelings of guilt and frustration, and deficits in physician-family communication. **Conclusion:** Using the BMI/Age curve, 60% of the 1-5 year olds who were attended at three primary care centers of a social security organisation in 2014 were eutrophic, 14% were obese and 1% had low weight. Most children were assessed using wrong percentiles. Underestimation of the diagnosis by parents was favored by the use of euphemisms and diminutive language by physicians.

**KEYWORDS:** Nutrition Assessment; Child; Diagnosis.

## INTRODUCCIÓN

La infancia es considerada una etapa trascendental en el crecimiento y desarrollo, para lo cual es fundamental una adecuada nutrición; ésta su vez está condicionada por el potencial genético del individuo, los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores, se interrumpe el normal crecimiento y desarrollo de los niños, pudiendo dar lugar al bajo peso o la obesidad (1).

Para la evaluación antropométrica en Argentina se utilizaban las tablas nacionales de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), hasta que en el año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), estandarizaron la valoración del estado nutricional (EN) en niños de 1 a 5 años mediante el uso del Índice de Masa Corporal (IMC) (1).

El uso de diferentes herramientas para evaluar el EN puede llevar a diagnósticos erróneos, surgiendo de esta manera la necesidad de actualizar la valoración antropométrica (2-5). Sería deseable, a su vez, poseer datos fidedignos y únicos acerca de la prevalencia del EN en Argentina para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública.

En la práctica cotidiana percibimos que los niños no están adecuadamente valorados en cuanto a su crecimiento. De esta manera, se corre el riesgo de "rotular" con un diagnóstico a un niño sano (con el impacto que esto puede ocasionar en él y su familia), o bien, de no detectar a aquel que sí presenta una malnutrición (6-8). Surge así la necesidad de averiguar qué curvas de crecimiento se utilizan en nuestros consultorios para realizar el diagnóstico del EN y seguimiento de los niños menores de 5 años, así como también conocer el impacto que genera en la familia el diagnóstico de bajo peso o de obesidad en un niño.

## OBJETIVO GENERAL

Describir el EN de los niños de 1 a 5 años que asistieron a tres centros de atención primaria de la Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon) durante el año 2014, y conocer el impacto del diagnóstico de bajo peso u obesidad del niño en la familia.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el EN registrado en las historias clínicas.
- Conocer el número de niños que fueron percentilados con las diferentes curvas de patrón de crecimiento.

- Valorar el EN según el IMC/Edad.
- Establecer la concordancia entre el EN registrado en la historia clínica y el calculado según IMC/Edad.
- Indagar los sentimientos generados en la familia a partir del diagnóstico de bajo peso u obesidad del niño.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico cuali-cuantitativo durante el período marzo-agosto del año 2015.

### COMPONENTE CUANTITATIVO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como fuente de datos una revisión de historias clínicas.

Población de estudio: Niños de ambos sexos, de 1 a 5 años que consultaron en los Centros Médicos de Atención Primaria (CeMAP) de OSPeCon localizados Capital Federal, Rosario y Tucumán durante los meses de enero a diciembre del año 2014.

Criterios de inclusión: Niños de ambos sexos de 1 a 5 años con al menos un registro de peso y talla en el año 2014.

Criterios de exclusión: Niños con discapacidad (con certificado registrado).

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Edad: Se midió en años.
- Sexo: Femenino/masculino.
- Percentilados: Niños que presentaron al menos un registro de percentil en el año 2014. Se categorizó en sí o no.
- Forma de registrar: Se categorizó en IMC/Edad, Peso/Talla y Peso/Edad según sexo, en base al último registro presente en la historia clínica del paciente.
- EN registrado: Según el último registro en la historia clínica del paciente, se categorizó como:
  - Bajo peso: valor menor al percentil 3, indistintamente de la curva que se utilizara.
  - Riesgo de bajo peso: valor comprendido entre los percentiles 3 y menor a 10, indistintamente de la curva que se utilizara.
  - Eutrófico: valor comprendido entre los percentiles 10 y menor a 85 en los casos que se utilizó la curva IMC/Edad. Cuando se utilizó la curva Peso/Edad se tomó el valor comprendido entre los percentiles 10 y menor a 90.
  - Sobrepeso: valor comprendido entre los percentiles 85 y menor a 97 en los casos que se utilizó la curva IMC/Edad. Cuando se utilizó la curva Peso/Edad se tomó el valor comprendido entre los percentiles 90 y menor a 97.

- Obesidad: valor igual o mayor al percentil 97.
- EN calculado: Se realizó través de la curva de patrón de crecimiento IMC/Edad según sexo. Se categorizó como:
  - Bajo peso: valor menor al percentil 3.
  - Riesgo de bajo peso: valor comprendido entre los percentiles 3 y menor a 10.
  - Eutrófico: valor comprendido entre los percentiles 10 y menor a 85.
  - Sobrepeso: valor comprendido entre los percentiles 85 y menor a 97.
  - Obesidad: valor igual o mayor al percentil 97.

Se utilizaron planillas de Microsoft Excel para el procesamiento de las variables y elaboración de tablas y gráficos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio y de concordancia mediante Coeficiente Kappa de Cohen con nivel de significación del 5%.

#### COMPONENTE CUALITATIVO

Se realizó un estudio fenomenológico atendiendo a la experiencia única e individual de las madres o cuidadores sobre el diagnóstico de bajo peso u obesidad de sus hijos.

La selección de los participantes fue intencional, de variación máxima. Se los citó mediante su médico de

cabecera quien se constituyó en padrino informal, o a través de llamados telefónicos.

Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a los cuidadores, en ambientes destinados para tal fin en los diferentes CeMAP. Éstas fueron grabadas previa autorización de los participantes.

El análisis se realizó siguiendo el método de la Teoría Fundamentada. Esto implicó la lectura y relectura de los textos obtenidos de la desgrabación de las entrevistas, su desconstrucción mediante codificación abierta y posterior reconstrucción por codificación teórica creando categorías descriptivas que se fueron relacionando y sintetizando hasta lograr responder la pregunta respecto de los sentimientos generados y la experiencia vivida por los padres.

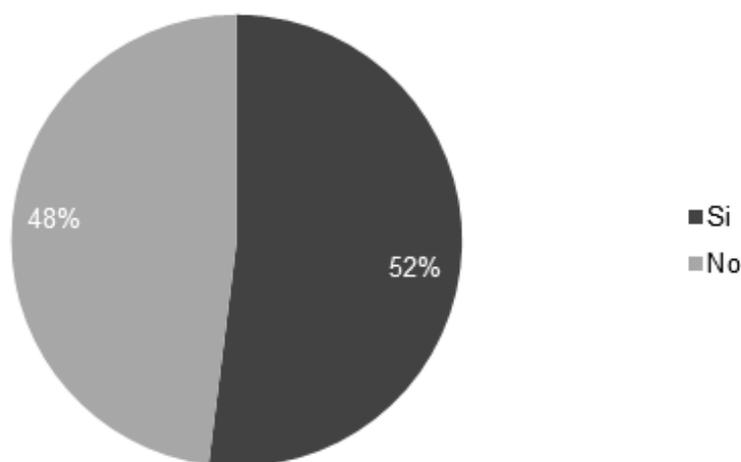
#### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó a cada madre o cuidador principal el consentimiento informado de manera oral. El protocolo fue visado y aprobado por el Comité de Ética de San Miguel de Tucumán.

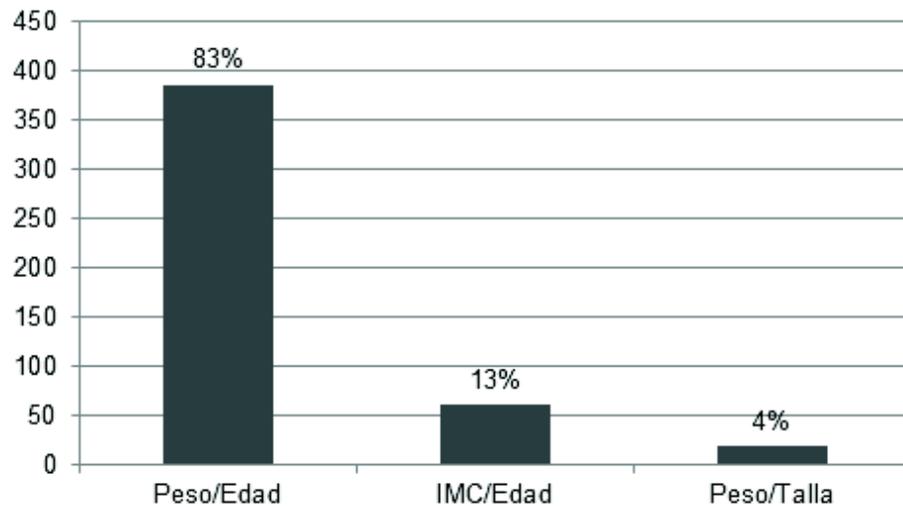
#### RESULTADOS

Los niños que consultaron durante el año 2014 fueron 2224. Cumplieron con el criterio de inclusión 891 niños.

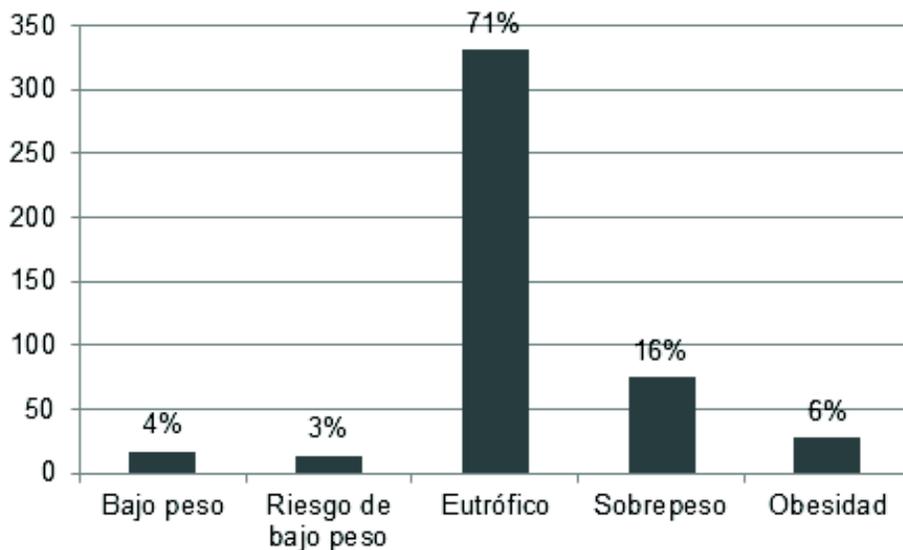
**Gráfico 1.** Distribución de los niños evaluados, según si fueron o no percentilados (n=891).



Se observó que solo el 52% (465) de los niños que consultaron a los CeMAP durante el año 2014 fueron percentilados.

**Gráfico 2.** Frecuencia de niños percentilados según forma de registrar el patrón de crecimiento (n=465).

Del total de niños percentilados, el 83% (386) fueron el 13% (59) según curva IMC/Edad, mientras que el registrados según la curva de crecimiento Peso/Edad, 4% (20) a través de Peso/Talla.

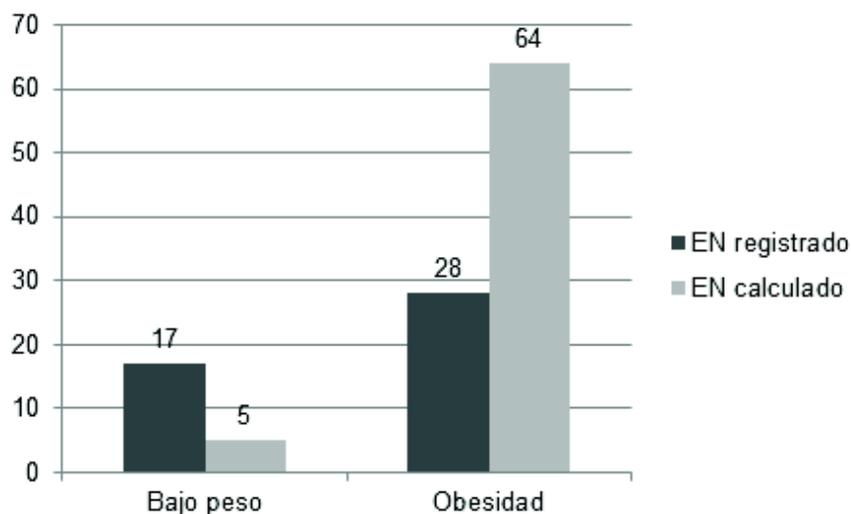
**Gráfico 3.** Distribución de los niños según EN registrado (n= 465).

Del total de niños percentilados, el EN registrado corresponde a eutrófico el 71% (331), obesidad el 6% (28) y bajo peso el 4% (17).

El EN calculado de los niños que consultaron fue eutrófico en el 60% (538), obesidad en el 14% (123) y bajo peso en el 1% (8).

Se observa que a través del EN calculado, el número de niños con bajo peso desciende de 17 a 5; lo contrario ocurre con la obesidad, donde el número de niños aumenta de 28 a 64.}

En la Tabla 1 se observa la distribución conjunta entre el EN registrado en las historias clínicas y el EN calculado a través del IMC/Edad.

**Gráfico 4.** EN registrado y EN calculado con respecto a bajo peso y obesidad (n=465).

Cuando se realizó el nuevo cálculo utilizando el IMC/Edad, de los niños que fueron registrados como bajo peso solo el 24% coincidieron con este diagnóstico, de los que se registraron como riesgo de bajo peso coincidieron con este diagnóstico el 43%, así como el 79% de los eutróficos, y el 43% de los registrados con

sobrepeso. Finalmente, los que fueron registrados con obesidad coincidieron en un 96%.

Del análisis de concordancia se encontró que el Coeficiente de Kappa de Cohen fue igual a 0,423 ( $p < 0,0001$ ).

**Tabla 1.** Concordancia diagnóstica entre EN registrado y EN calculado (n=465).

EN	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidad	Total registrado
Bajo peso	4(24%)	2	10	0	1	17
Riesgo de Bajo Peso	0	6(43%)	6	2	0	14
Eutrófico	1	5	260(79%)	56	9	331
Sobrepeso	0	0	16	32(43%)	27	75
Obesidad	0	0	0	1	27(96%)	28
<b>Total calculado</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>292</b>	<b>91</b>	<b>64</b>	<b>465</b>

## HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Se realizó la lectura de los textos obtenidos por desgrabación de las entrevistas, con la posterior codificación de los datos primarios verificando la saturación de los mismos. Se obtuvieron categorías descriptivas, entre las que encontramos:

### Rebelión en la casa

Al indagar el día a día en las familias se observó como factor común la dificultad en la puesta de límites de los padres a sus hijos en relación al momento de la alimentación, ante la cual reaccionan de diversas maneras: luchando para que coman, negociando, y muchas veces claudicando ante los niños:

*"[...] Cuesta para que coma, reniego con ella. No la veo bien, es una lucha".*

*"[...] Que coma lo que quiera a la hora que quiera".*

*"[...] Renegamos para que se levanten, para que tomen el desayuno, para que coman al mediodía también".*

La falta de límites identificada parece influir en la rutina de las comidas, especialmente en la organización de las mismas:

*"[...] No tienen horarios. Se come a cualquier hora".*

*"[...] Yo estaba con muchas cosas. Yo vivía más en el colectivo que en mi casa".*

*"[...] Él tiene que estar tranquilo para comer".*

*"[...] Al mediodía es como que me siento en cualquier"*

*lugar [...] A la noche comemos comida elaborada”.*

*normal que ella sea tan gordita, para mí no está bien”.*

### El mundo más allá de la mamá

La alimentación juega un rol fundamental en la dinámica familiar; la comunicación entre la pareja es indispensable para establecer las pautas alimentarias. En las distintas familias se manifestaron discrepancias entre los padres, evidenciándose la alianza de los niños con los papás:

*“[...] Mi marido nunca las ha retado, todo le da. Será porque siente que las abandona”.*

*“[...] Mi marido estaba en la obra y yo tenía que hacer de madre y padre todo el tiempo”.*

*“[...] Y si en la relación matrimonial por la pelea de lo que iba a comer y no iba a comer”.*

### Lo que se llevan del consultorio

De las entrevistas surge que no siempre los padres reciben el diagnóstico por parte de los médicos:

*“[...] El médico nunca me dijo que estaba bajo peso”.*

El mensaje parece ser poco claro, lo que dificultaría la comprensión de la realidad nutricional. Esto lleva en algunos casos a alarmas innecesarias y en otros a la naturalización poco conveniente:

*“[...] El doctor me dijo que estaba gordito pero ya se va a estirar”.*

*“[...] Me dijo que con el tiempo podía engordar o ser como yo. [...] Pero sigue teniendo bajo peso”.*

*“[...] Y le dije (a la psicóloga) que me está volviendo loca, porque ella me decía una cosa, la pediatra otra, hasta que un día me rebelé y no fui más”.*

*“[...] No me dan una respuesta los médicos. Ella está sanita, pero no sé por qué no aumenta de peso”.*

### La subjetividad parental

Ante la pregunta que utilizamos para conocer la percepción que tenían los padres frente al EN de sus hijos, se observó diversidad entre las respuestas: en algunos casos no asumían el estado como patológico, sino más bien naturalizaban o minimizaban el diagnóstico, y en otros casos había plena conciencia del problema:

*“[...] Y veo entre las compañeras y hay chiquitas que son más chiquitas que ella”.*

*“[...] Ella no sube más de lo que tiene, es flaquita, es chiquita, porque mi esposo era así”.*

*“[...] En mi familia son todos grandotes, ella es la única flaquita. Ella es la única que tiene problemas”.*

*“[...] El sobrepeso de ella es por la estructura ósea. La obesidad se trata de otra cosa”.*

*“[...] De salud bien, pero la veo gordita [...] No es*

### Un mundo de emociones

Conforme fueron avanzando las entrevistas, se profundizó sobre el impacto que generó el diagnóstico a nivel afectivo, evidenciando sentimientos mayormente de culpa y preocupación, planteándose dudas y temores con respecto al buen cumplimiento del rol parental.

*“[...] Me sentía mal, toda la culpa me la echo yo porque soy la madre [...] me siento culpable, siempre lo quise sacar adelante”.*

*“[...] Me preocupa el desarrollo de ella. A medida que no sube de peso no aumenta su cerebro. Veo en la tele que la desnutrición trae problemas en el desarrollo mental”.*

*“[...] Me sentí un poco mal, nosotros hacemos lo posible para que coma, para que no le falte comida*

*[...] Ya no tengo esperanzas, ya no sé qué hacer”.*

*“[...] Tenemos miedo. ¿Es una enfermedad la obesidad, no?”.*

## **DISCUSIÓN**

De los 2224 niños de 1-5 años que consultaron en el año 2014, nuestra población fue de 891 debido al no registro de peso y talla en la historia clínica, controles en el sistema público, o demanda espontánea con registro independiente.

De estos 891, se encontraron registros de percentil en 465 de los niños, debido a consultas por patologías agudas o desinterés por incluir la antropometría en el control habitual. El 83% fueron percentilados utilizando Peso/Edad, método que desde el año 2007 no está recomendado para valorar el EN, por lo que el uso de esta forma de valorar el crecimiento podría generar diagnósticos erróneos (4,5), los que pueden generar sentimientos de culpa y preocupación en los padres, impactando de manera negativa en las familias y creando percepción de mal cumplimiento del rol parental.

Utilizando la curva IMC/Edad el 60% resultó eutrófico, 14% con obesidad y sólo 1% bajo peso, lo cual coincide con la prevalencia descrita por la OMS (9,10). El 76% de sobrediagnóstico de bajo peso y subdiagnóstico del 4% para obesidad refleja la concordancia moderada entre el EN registrado y el calculado de nuestra muestra (4,5).

Por otra parte, cabe tener en cuenta que todo diagnóstico condiciona cambios y conductas en el sistema familiar (6-8,11). La subestimación del diagnóstico por parte de los padres se vio favorecida por aspectos de la comunicación médico-familia,

particularmente el uso de eufemismos y lenguaje diminutivo.

Proponemos sensibilizar la mirada de los profesionales del equipo de salud ante esta temática, reforzar la relación médico paciente, favorecer estrategias de prevención primaria y cuaternaria acordes, y disminuir en lo posible las connotaciones negativas acerca del bajo peso y la obesidad.

## CONCLUSIÓN

Utilizando la curva IMC/Edad, el 60% de los niños de 1-5 años que consultaron en tres centros de atención primaria de una obra social en el año 2014 resultó eutrófico, 14% con obesidad y sólo 1% bajo peso. La mayoría de los niños fueron percentilados utilizando tablas no recomendadas, por lo que se considera imperiosa la actualización sobre las formas de valoración antropométrica para evitar el impacto de diagnósticos erróneos.

Se observó una subestimación del diagnóstico por parte de los padres, favorecida por el uso de eufemismos y lenguaje diminutivo por parte de los médicos; como así también en otros casos se generaron sentimientos de culpa, miedo y preocupación en relación al buen cumplimiento del rol parental.

## REFERENCIAS

1. Abeyá Gilardon EO, Calvo EB, Durán P, Longo EN, Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2009 [citado 12 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>.
2. Onis Mercedes de, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes. Bull World Health Organ [Internet]. 2007 Sep;85(9):660-667. Disponible en: [http://www.who.int/growthref/growthref\\_who\\_bull\\_es.pdf](http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull_es.pdf).
3. Abeyá Gilardon E, Anigstein C, Bay L, Caíno S, Calvo E, Del Pino M et al. Referencias y estándares de crecimiento en la Argentina: Consideraciones del Grupo ad hoc para el análisis de las tablas de la Organización Mundial de la Salud y su uso en la Argentina. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2007 Abr;105(2):159-166. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752007000200013&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000200013&lng=es).
4. Gotthelf SJ, Jubany LL. Comparación de tablas de referencias en el diagnóstico antropométrico de niños y adolescentes obesos. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2005 Abr;103(2):129-134. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752005000200006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000200006&lng=es).
5. Anigstein C, Kerai V, Acosta A, Moranelli de Zárate A, Martinolich A, Cabrera D et al. Comparación de las referencias argentinas y los estándares de la OMS en la evaluación antropométrica poblacional de niños menores de 5 años. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Mar 21];106(6):505-509. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752008000600006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000600006&lng=es).
6. Cabanillas de la Cruz S. Concepciones, significados, sentimientos, acciones y expectativas de madres de niños con desnutrición aguda [tesis]. Chimbote (Perú): Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2007.
7. Percepciones sociales sobre la alimentación y negociación cultural deficiente en las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición. Cienc. humanismo salud [Internet]. 2014 [citado 13 Mar 2015];1(2):71-80. Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/21>.
8. Cabrera Rojas N, Rolón Arambulo R, Garcete Mañotti L, Sanabria MC, Arredondo M, Pizzarro F. Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. Pediatr. (Asunción) [Internet]. 2013 Dic [citado 12 Mar 2015];40(3):235-240. Disponible en: <http://www.revista.spp.org.py/index.php/ped/article/view/270>.
9. Organización Mundial de la Salud. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>.
10. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: Documento de Resultados 2007. Ministerio de Salud de la Nación, 2007. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>.
11. Herkovits D. Las fronteras de la medicalización:

tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Sep [citado 28 Feb 2015];17(9):2543-2551. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n9/a34v17n9.pdf>.