



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
Programa de Magíster en Antropología y Desarrollo

**“REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE CUERPO, ALIMENTACIÓN Y
SALUD POR MADRES DE PREESCOLARES OBESOS DE NIVEL
SOCIOECONÓMICO BAJO”**

Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Antropología y Desarrollo

ALUMNO: CECILIA ANDREA NAVARRO RAYO

PROFESOR GUIA: MARCELA EDITH ROMO MARTY

SANTIAGO, MAYO 2008

A modo de dedicatoria

Lo que nos Mata

Dante Spinetta - Emmanuel Horvilleur

Al ver muertes en la esquina
comencé a correr el mar
sé que temes por tu vida
te empezaron a matar
madre de la arboledas
has tratado de abrazarme.
Cuando duermas en mi cama
no quiero soñar oscuridad

Sé lo que nos mata el desamor
escapa el estallido
prueba la manzana que he guardado para vos
ya sé los que nos mata.

Somos aves de la desventura
aves de la desventura.

Tras el alma de mi barrio
han clavado un ultimátum
Abanico de los días que se ríe y nos desangra
madre de las arboledas
has tratado de tocarme
marginal la vestimenta
que remoja en la soledad.

Lo que nos mata...

A quién ya lo sabe, gracias.

Cecilia.



R E S U M E N D E L P R O Y E C T O D E T E S I S

Nombre del Candidato	Cecilia Andrea Navarro Rayo
Título de la Tesis	“Representaciones Sociales sobre Cuerpo, Prácticas de Alimentación y Salud por madres de preescolares obesos de nivel socioeconómico bajo”
Semestre y Año de Inicio	Segundo semestre 2005
Palabras Claves	Salud Obesidad Imagen corporal Prácticas de alimentación Contexto sociocultural

Actualmente, la obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública en Chile. En su estudio y tratamiento se observa una preeminencia por considerar los factores fisiológicos y económicos que la condicionan, y una falta de apreciación de los aspectos contextuales y socioculturales pertinentes. Basándonos en estos antecedentes, la siguiente tesis aborda las representaciones sobre alimentación, cuerpo y salud, de un grupo de madres participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación con Zinc, en Pre-Escolares Obesos de Estratos Socioeconómicos Bajos”, coordinado por el Dr. Carlos Castillo, en la comuna de la Pintana y ejecutado durante el año 2005 en el marco de las investigaciones realizadas por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA).

El énfasis de la investigación, se encuentra en la construcción dinámica que realizan los actores sociales para generar los modelos que orientan sus acciones, puesto que frecuentemente se subestima el poder explicativo que tienen las nociones populares sobre enfermedad, alimentación y cuerpo, argumentando que están basadas en creencias, aún cuando ellas subyacen en constructos u lógicas que les permiten clasificar el mundo que los rodea. Estas representaciones abarcan el proceso salud-enfermedad de acuerdo a modelos etiológicos y terapéuticos tradicionales y empíricos; la alimentación desde las distinciones entre alimentos versus no alimentos, alimentos sagrados versus profanos, formas paralelas o tradicionales de clasificación (e.g. fríos, calientes), alimentos usados como medicina y alimentos como señales de relaciones sociales; y el cuerpo desde las perspectivas de cuerpo individual, social o político, además de distintas concepciones a cerca de su forma y tamaño, estructura interna y funcionamiento.

De tal modo, se plantea que el fracaso de muchas intervenciones médicas en materia de salud, podría explicarse por las distintas representaciones sociales que manejan el equipo de salud y la población respecto, en este caso en particular, de la relación entre el cuerpo y sus

formas, la alimentación y la salud.

La investigación aquí planteada se convierte en una suerte de “traducción de las nociones, conceptos o conocimientos procedentes de ambos sistemas culturales, equipo médico y las personas, utilizando herramientas de las ciencias sociales para el estudio de problemáticas relacionadas con la salud, esperando que pueda significar un aporte a la comprensión de las mismas.

Consideramos por una parte que, si bien perdura un saber tradicional respecto a la alimentación, la salud y el cuerpo, este se encuentra en constante diálogo y reforzamiento con el conocimiento biomédico actual. Y por otra, que las intervenciones implementadas bajo el marco de este último, deben incorporar -si desean obtener resultados exitosos- la triple configuración y coordinación de las mencionadas dimensiones en el diseño y aplicación de intervenciones educativas y nutricionales al respecto.

Como marco epistemológico se observa, por una parte, la teoría de las representaciones sociales para la revisión de los principales elementos socioculturales que tradicionalmente han dado fuerza y dinámica a las representaciones populares sobre enfermedad, alimentación y cuerpo, a las cuales los actores sociales recurren para explicar y orientar sus acciones. Además, interesa reconocer cómo se construyen las prácticas sociales a partir de un modelo popular que está en negociación permanente con el modelo médico, por ello introduciremos los conceptos de campo, habitus y prácticas, considerando principalmente, los aportes del teórico francés Pierre Bourdieu.

Se consideró pertinente realizar el abordaje a través de entrevistas en profundidad para rescatar las percepciones de los propios involucrados, vale decir, madres participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación con Zinc, en Pre-Escolares Obesos de Estratos Socioeconómicos Bajos”, ejecutado en la comuna de la Pintana por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	Pág. 8
II. ANTECEDENTES Y CONTEXTO	Pág. 9 - 10
III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	Pág. 10 - 11
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	Pág. 12
V. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	Pág. 12
VI. UNIVERSO Y POBLACIÓN	Pág. 13
VII. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	Pág. 13 – 35

RESUMEN

CAPÍTULO I. “REPRESENTACIONES SOCIALES”

- Representaciones Populares y Cuerpo
- Representaciones Populares y Salud
- Representaciones Populares y Alimentación
- Representaciones Médicas

CAPÍTULO II. “CONSTRUCTIVISMO ESTRUCTURALISTA”

CAPÍTULO III. “CONTEXTOS SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO”

- Lo Materno y su relación en el Cuidado y Crianza Infantil

VIII. MARCO METODOLÓGICO	Pág. 36 - 42
--------------------------	--------------

- Justificación Epistemológica, Criterios y Técnicas
- Grupo De Estudio
- Plan De Análisis

IX. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Pág. 43 - 73

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

LAS REPRESENTACIONES POPULARES SOBRE CUERPO

LAS REPRESENTACIONES POPULARES SOBRE LA ALIMENTACIÓN

LAS REPRESENTACIONES POPULARES SOBRE SALUD ENFERMEDAD

X. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Pág. 74 - 85

LA RELACIÓN ENTRE LAS REPRESENTACIONES DEL CUERPO, LA ALIMENTACIÓN Y LA SALUD

CONOCIMIENTO Y ACCION: LA BRECHA EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

XI. CONCLUSIÓN

Pág. 86- 87

XII. BIBLIOGRAFÍA

Pág. 88- 92

XIII. ANEXOS

Pág. 93 - 98

ANEXO 1: PAUTA DE ENTREVISTAS

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

ANEXO 4: DECLARACIÓN DE USO DE FUENTES

INDICE DE CUADROS

<u>Cuadro N° 1: Problema de Investigación</u>	Pág. 11
<u>Cuadro N° 2: Modelo Popular de Cuerpo</u>	Pág. 17
<u>Cuadro N° 3: Modelo Popular de Salud</u>	Pág. 19
<u>Cuadro N° 4: Campos en relación</u>	Pág. 81

INDICE DE TABLAS

<u>Tabla N° 1: Características de las madres participantes</u>	Pág. 39
<u>Tabla N° 2: Matriz de análisis</u>	Pág. 41
<u>Tabla N° 3: Matriz de análisis (continuación)</u>	Pág. 42

I. INTRODUCCION

Actualmente, la obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública en Chile. Según datos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la obesidad ha aumentado en forma importante en los preescolares y escolares. De acuerdo a cifras del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud, el porcentaje de niños y niñas menores de 6 años diagnosticados como obesos a diciembre de 2006 corresponde a un 7,4%. De acuerdo a los datos proporcionados por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) la cifra del año 2006 fue de un 19,4% en escolares.

En su estudio y tratamiento se observa una preeminencia por considerar los factores fisiológicos y económicos que condicionan la obesidad infantil, y una falta de apreciación de los aspectos contextuales y socioculturales pertinentes.

Basándose en esa experiencia, el siguiente proyecto de tesis tuvo como finalidad, desarrollar una aproximación a las representaciones sociales sobre el cuerpo, alimentación y salud que manejaba un grupo de madres participantes del estudio “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación con Zinc, en Pre-Escolares Obesos de Estratos Socioeconómicos Bajos”, coordinado por el Dr. Carlos Castillo, en la comuna de la Pintana. Se consideró importante trabajar a partir de este estudio debido a que la edad de los niños tratados, entre 18 y 36 meses, es una etapa crítica para la formación del gusto y los hábitos alimentarios.

Este esfuerzo, implicó abordar a partir del Marco Teórico la teoría de las representaciones sociales para la revisión de los principales elementos socioculturales que tradicionalmente han dado fuerza y dinámica a las representaciones populares sobre enfermedad, alimentación y cuerpo, a las cuales los actores sociales recurren para explicar y orientar sus acciones. Además, se analizan conceptos tales como habitus y prácticas, y los factores socioculturales que influyen en la alimentación de los infantes, poniendo especial atención a la influencia materna en este proceso.

Por otra parte, presenta la elaboración de un marco metodológico, que se sirve de la metodología cualitativa para el abordaje de los tan relegados elementos contextuales y socioculturales asociados a la salud, y que se plantea como una suerte de “traducción” bidireccional de las nociones, conceptos y conocimientos procedentes de ambos sistemas culturales (médico y paciente).

Los hallazgos que se presentarán, nos permitirán afirmar por una parte, que si bien perdura un saber tradicional respecto a la alimentación, la salud y el cuerpo, este se encuentra en constante diálogo y reforzamiento con el conocimiento biomédico actual. Y por otra parte, que las intervenciones implementadas bajo el marco de este último, deben incorporar –si desean obtener resultados exitosos- la triple configuración y coordinación de las mencionadas dimensiones en el diseño y aplicación de las intervenciones educativas y nutricionales al respecto.

II. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

Uno de los mayores problemas de salud que aqueja a las poblaciones del mundo es el emergente aumento de la prevalencia de enfermedades relacionadas con la malnutrición. Sin embargo, en los últimos veinte años, esta problemática ha desplazado su foco desde una distinción que enfatizaba la desnutrición, hacia las nociones donde hoy priman los problemas de sobre-nutrición y obesidad que, desde el ambiente biomédico se atribuyen a lo que se conoce como transición epidemiológica. Un concepto que describe una secuencia de patrones nutricionales y dietéticos que son consecuencia de grandes cambios en la estructura total de la dieta, relacionados con factores económicos, sociales, demográficos y sanitarios.

En Chile, este se ha manifestado en el desplazamiento de los problemas de salud, donde predominaban las enfermedades infecciosas y materno infantiles, hacia un periodo que en las dos últimas décadas ha significado pasar de un país con altas tasas de desnutrición y bajas tasas de obesidad, a prácticamente erradicar la desnutrición y tener altas tasas de obesidad en todos los grupos etarios.

Los datos de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) muestran un aumento de la prevalencia de obesidad en escolares de Primer Año de Enseñanza Básica, de 6,5% a 13,4% en hombres y de 7,8% a 15% en mujeres entre 1987 y 1996. En el mismo periodo, el sobrepeso aumentó de 15% a 19% en hombres y de 17,2% a 21,4% en mujeres. En tanto que la cifra del año 2006 fue de un 19,4% en escolares.

Por otra parte, y de acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud, el porcentaje de niños y niñas menores de 6 años diagnosticados como obesos a diciembre de 2006 correspondió a un 7,4%.

En lo referente al estado nutricional de adultos, si bien no existe un programa de vigilancia nutricional que permita obtener datos para el total de la población chilena, las estadísticas presentadas en diciembre de 2003, permitieron visualizar que para el año 2010 Chile tendrá 4.350.969 personas obesas. De ellas, 2.732.015 corresponderán a adultos, 1.294.649 serán niños y 324.305 adultos mayores. Si a estas cifras le agregamos la población con sobrepeso, equivalente a 4.679.400 personas, se alcanzaría un total de 9.030.369 individuos.

Dichos problemas de salud y los cambios en el perfil epidemiológico hicieron necesario readecuar las prioridades y políticas de salud. Por ello, a partir de 1997 el Ministerio de Salud se propuso controlar los factores determinantes de las enfermedades más relevantes desde el punto de vista de la cantidad y calidad de vida.

Dentro de las principales iniciativas destinadas específicamente al “combate de la obesidad” y sus dimensiones asociadas, podemos encontrar la implementación de campañas comunicacionales y programas educativos destinados a cambiar conductas en alimentación y nutrición de la población, principalmente desde la niñez. Para ello, se está trabajando con la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y La Fundación INTEGRA en la formación de hábitos saludables en alimentación y actividad física en preescolares. Y, con

el Ministerio de Educación y JUNAEB en un modelo integrado que favorece e incentiva en las escuelas, la alimentación saludable, la actividad física y el medio ambiente libre de tabaco.

Además, agencias internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) han financiado proyectos en nuestro país para generar materiales educativos que se integran en los objetivos transversales de los actuales planes de estudio nacionales; incorporando la educación en alimentación saludable desde Tercero a Octavo Año Básico¹. Al mismo tiempo, se están reformulando los programas alimentarios nutricionales (PNAC, PAE), que fueron diseñados para la desnutrición, readecuándolos a la actual situación de nutrición del país, que presenta un aumento explosivo de la obesidad en niños pre-escolares y escolares.

Por último, cabe mencionar que en la atención primaria de salud, se han comenzado a realizar intervenciones educativas para prevenir la obesidad en grupos específicos, como son los niños y embarazadas.

Todas las acciones, anteriormente descritas, nos muestran que el reconocimiento de la educación en nutrición aparece como un componente esencial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La orientación de los estudios biomédicos está fuertemente orientada hacia los factores fisiológicos y económicos condicionantes de la obesidad, vislumbrándose una falta de apreciación de los aspectos contextuales y socioculturales pertinentes.

Dicha situación, es la que nos ha motivado a iluminar la parte de la distinción olvidada o renegada, es decir, las representaciones populares sobre enfermedad, alimentación y cuerpo del paciente, ya que su comprensión no sólo puede ser atribuida a lo que ha sido llamado “monetarización de la medicina”, sino que más bien responde al proceso de diferenciación funcional de la sociedad, donde el continuo y autorreferencial despliegue del sistema salud ha llevado a una incompatibilidad entre las nociones médicas y las nociones populares, y al debilitamiento de la relación entre el médico y el paciente.

La alta especialización de funciones (fomentada por la tecnología) de la sociedad actual, nos permite observar dicha relación como una comunicación entre sistemas autónomos que ponen en funcionamiento sus propias distinciones y que requieren para su mutua comprensión una suerte de “traducción” bidireccional de las nociones, conceptos u conocimientos procedentes de ambos sistemas culturales.

De ahí que para ello, creamos que la antropología debe posicionarse como interfaz (ver cuadro N° 1) o “segundo observador” en el abismo comunicacional existente entre la representación del modelo biomédico y las representaciones populares. Si visualizamos que

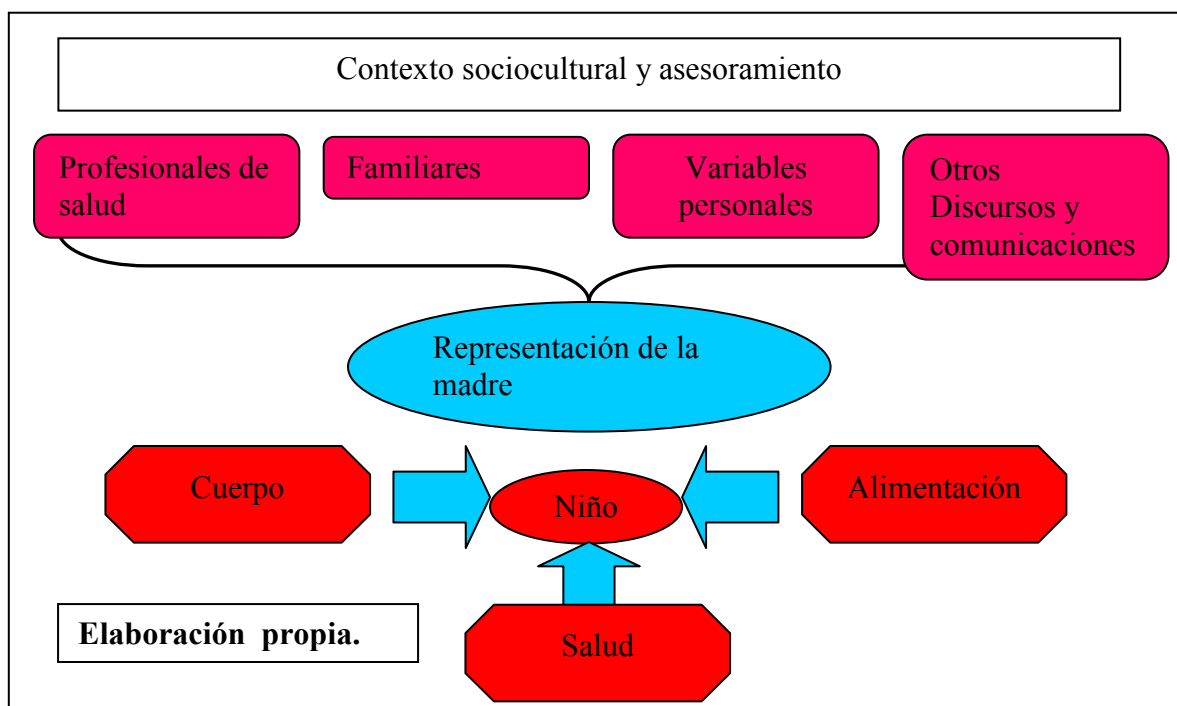
¹ Proyecto FAO, Ministerio de Educación, INTA, Universidad de Chile, 2003.

estas últimas son creadas, construidas por una multiplicidad de discursos diferentes y que se constituyen como el punto de encuentro entre los factores biológicos, las prácticas sociales y los significados culturales que los sujetos atribuyen a la salud, el cuerpo y la alimentación, su estudio se nos ofrece como una esencial herramienta para acceder a las intrincadas relaciones y significados que las envuelven.

Teniendo todo esto en cuenta, la siguiente tesis de investigación, tiene como pretensión general fomentar la inserción de científicos sociales que ofrezcan perspectivas y herramientas no convencionales para el tratamiento de problemáticas relacionadas con la salud.

Para ello, esta investigación desarrolla una aproximación a las representaciones sociales sobre cuerpo, salud y alimentación que maneja un grupo de madres participantes del programa de suplemento de Zinc implementado en el consultorio “Santiago de Nueva Extremadura”, comuna de la Pintana, con la finalidad de establecer si dicha relación interfiere o no en el proceso de control de la obesidad.

Cuadro N° 1: Problema de investigación



IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación existente entre la representación materna del cuerpo, la salud y las prácticas de alimentación del niño?

V. OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Caracterizar la relación que existe entre las representaciones del cuerpo, las prácticas de alimentación y salud que ejercen las madres (participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación de Zinc”), sobre sus hijos de entre 18 y 36 meses de edad.

ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar aquellos elementos del contexto sociocultural que influyen en las madres (participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación de Zinc”) para la alimentación y salud de sus hijos.
- ❖ Describir la representación corporal que tienen las madres (participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación de Zinc”) sobre sus hijos y sobre sí mismas.
- ❖ Describir las representaciones de las madres (participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación de Zinc”) sobre prácticas de alimentación.
- ❖ Describir las representaciones de las madres (participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación de Zinc”) sobre los procesos de salud / enfermedad en general y sobre la obesidad en particular.

VI. UNIVERSO Y POBLACION

UNIVERSO

30 madres participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación con Zinc, en Pre-Escolares Obesos de Estratos Socioeconómicos Bajos”, implementado en el consultorio “Santiago de Nueva Extremadura”, comuna de la Pintana, Santiago de Chile.

POBLACIÓN A ESTUDIAR

20 madres participantes del proyecto “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación con Zinc, en Pre-Escolares Obesos de Estratos Socioeconómicos Bajos”, implementado en el consultorio “Santiago de Nueva Extremadura”, comuna de la Pintana, Santiago de Chile.

VII. MARCO TEÓRICO

RESUMEN

Lo que interesa en este marco teórico es discutir la relación que existe entre las representaciones del cuerpo, las prácticas de alimentación y salud que ejercen las madres. Para ello, como marco epistemológico se observan dos paradigmas centrales. Por una parte, la teoría de las representaciones sociales, donde la problematización del estudio se centra fundamentalmente en el observador. En este contexto, es importante analizar el fenómeno a partir de las operaciones, distinciones y medios de que disponen las madres de este estudio, en cuanto a la percepción sobre cuerpo, salud y alimentación, y la incidencia de tales marcos conceptuales en las prácticas y hábitos alimentarios que ejercen con sus hijos. De esta manera, se pone énfasis en la construcción dinámica que realizan los actores sociales para generar los modelos que orientan sus acciones.

Interesa, además, reconocer cómo se construyen las prácticas sociales a partir de un modelo popular que está en constante negociación con el modelo médico. En este sentido sumaremos los aportes emanados de lo que se conoce como Constructivismo Estructuralista, a través de conceptos claves que nos permitirán abordar nuestra problemática de estudio, tales como *habitus y prácticas* a partir, principalmente, de las orientaciones epistemológicas del teórico francés Pierre Bourdieu.

Aquellas orientaciones teóricas y conceptuales serán abordadas considerando que la reconstrucción en este estudio se realiza a partir de los discursos de los informantes claves principales, en este caso madres participantes del programa “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación de Zinc”.

Además, será un enfoque teórico que permitirá reseñar algunos de los aspectos sociales y culturales (características de la madre, influencia del sector salud, industria de alimentos, apoyo sociocultural) que actúan como mediadores en la constitución de las prácticas y representaciones maternas sobre la alimentación infantil. Hablamos puntualmente, de aquellos *contextos socioculturales* que influyen en el proceso de alimentación del infante.

CAPITULO 1

REPRESENTACIONES SOCIALES

Como primera aproximación observaremos el concepto de representación social, considerando que lo que nos interesa conocer son las percepciones sobre cuerpo, prácticas de alimentación y salud por madres de preescolares obesos de nivel socioeconómico bajo.

La representación social es entendida como la interpretación o imagen que se crean las personas sobre un tema o hecho social y como tal, se consolidan como guías o pautas de las interacciones más o menos elaboradas, que tienen cierta incidencia en el éxito o fracaso de los objetivos colectivos. Es una forma de dotar de contenido, de valorar los diferentes hechos sociales y materiales, de acuerdo a los marcos de referencias ya sean políticos o sociales que las circundan, así como por las expectativas y deseos de las personas.

Aquellas representaciones de la realidad tienen sus propias lógicas y consistencias, las cuales ofrecen a los sujetos, un modo para dar sentido a lo que viven día a día. Por esto mismo, han sido recurrentemente catalogadas como folklóricas o populares, puesto que se sabe que los miembros de un grupo específico se sirven de las particulares explicaciones de la realidad que su cultura les proporciona. Al respecto, Patricia Aguirre (1999:18) plantea que “las representaciones son construcciones que se fundan en condiciones objetivas en que desarrollan su vida los diferentes sectores de ingreso. Estas construcciones no son inamovibles, las condiciones económicas cambian”.

El problema de la obesidad y sus patologías asociadas nos ha motivado a buscar nuevos y emergentes rumbos para hacerle frente. Es en esta perspectiva y considerando que las nociones médicas han tenido sólo un éxito parcial en su intervención, que a continuación creemos pertinente abordar a través de la teoría de las *representaciones sociales*, las entrecruzadas dimensiones del cuerpo, alimentación y salud, que desde dicho análisis antropológico se nos revelan como distinciones de la obesidad que aún se mantienen a la sombra del paradigma médico.

En este punto es preciso definir que por representaciones populares se entenderán aquellos saberes que están distribuidos colectiva y cotidianamente, adquiridos de manera informal a través de diferentes instancias de interacción social. En ellas podemos encontrar complementariedad, espontaneidad e inclusividad de perspectivas o lógicas para interpretar los fenómenos sociales, y en este caso puntual, las relativas al cuerpo, alimentación y salud.

En cambio, la representación médica se forma a partir de saberes formales y academizados, conjunto de acciones, técnicas, ideologías que se han organizado profesionalmente, con intencionalidad excluyente y restringida.

Si bien, “La medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad” (Menéndez, 1994:72), nuestra perspectiva apunta a que tanto ésta como las otras formas académicas y/o academizadas (homeopatía, quiropraxia, etcétera), o

populares (herbolaria, espiritualismo, entre otros) instituyen una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos.

Independiente de la opción en la que nos situemos (médico o popular), lo que nos interesa subrayar es que en todos los casos, sean curadores o representantes del saber biomédico, su saber se aplica a sujetos y grupos, y en consecuencia entran en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas.

Representaciones populares y cuerpo

En todas las sociedades, el cuerpo humano tiene una realidad tanto social como física. Su forma, tamaño e incluso vestimenta nos entregan información sobre la posición de un individuo en la sociedad, su género, status, ocupación o membresía en ciertos grupos.

Cada cultura, por medio de procesos de enculturación, forja en los individuos una forma de percibir e interpretar los diversos cambios que ocurren en el cuerpo de modo que aprendemos a diferenciar entre un cuerpo “joven” o un cuerpo “viejo”, entre un cuerpo “sano” u otro “enfermo”.

El cuerpo, además de hablarnos de la salud y la enfermedad de las personas, (esas variables tan conocidas por el sistema médico), también nos habla sobre la identidad y la personalidad de las mismas, en la medida en que nos informa sobre el sexo, la edad, su origen étnico o social.

Durante las primeras décadas del siglo XX, Marcel Mauss insistía en la mediación de la cultura en la producción del cuerpo. Postuló que las “técnicas del cuerpo”, “el modo en que de sociedad en sociedad los seres humanos saben cómo usar sus cuerpos son un medio importante para la socialización de los individuos en la cultura. A través de éstas, un individuo llega a conocer una cultura y a vivir en ella” (Mauss en Gavilán, 2005: 146).

Douglas (Martínez, 2004: 93) también ha reconocido al cuerpo como un objeto natural moldeado por las fuerzas sociales. Para esta antropóloga existen dos cuerpos: El cuerpo físico y el cuerpo social, y afirma que éste último restringe el modo en que se percibe el cuerpo físico. Por cuerpo físico entenderemos el aspecto biológico, psicológico e individual del ser humano y por cuerpo social la suma de interpretaciones individuales que comparte una comunidad. Sin embargo, un análisis de mayor amplitud, permite reconocer una tercera dimensión: cuerpo político, la cual engloba cuerpo físico y cuerpo social en la constitución de acciones tendientes a regularizar la interacción social y las interpretaciones hechas a partir de la dimensión social.

Al considerar el cuerpo político como un universo caracterizado por la intencionalidad y regularización de prácticas, podemos plantear que este actúa bajo las mismas premisas de lo que anteriormente, en el apartado dedicado a las representaciones sociales, definimos como representación médica. Por lo tanto, es igualmente excluyente de las pluralidades y restringido a las reflexiones que ciertos grupos han logrado posicionar hegemónicamente.

Con todo, si bien la distinción precedente nos parece plausible, la práctica y uso real que se puede dar a esas categorías se centra en la visión que adoptan ciertos especialistas, los cuales no perciben que para los grupos humanos las propiedades fisiológicas del cuerpo son el punto de partida para que la cultura que hace de mediadora y las traduzca en símbolos significativos en un sistema de símbolos naturales. Esto significa que el cuerpo (dividido en categorías) es un medio de expresión altamente restringido a esos especialistas, puesto que está mediatizado por la cultura y expresa la presión social que tiene que soportar.

Para Vivian Gavilán (2005: 146), el cuerpo es el primer material del que dispone el sujeto para elaborar su identidad. Por imitación y por socialización, éste va desarrollándose bajo ideas y mecanismos que le provee su grupo cultural para distinguirse de otros cuerpos.

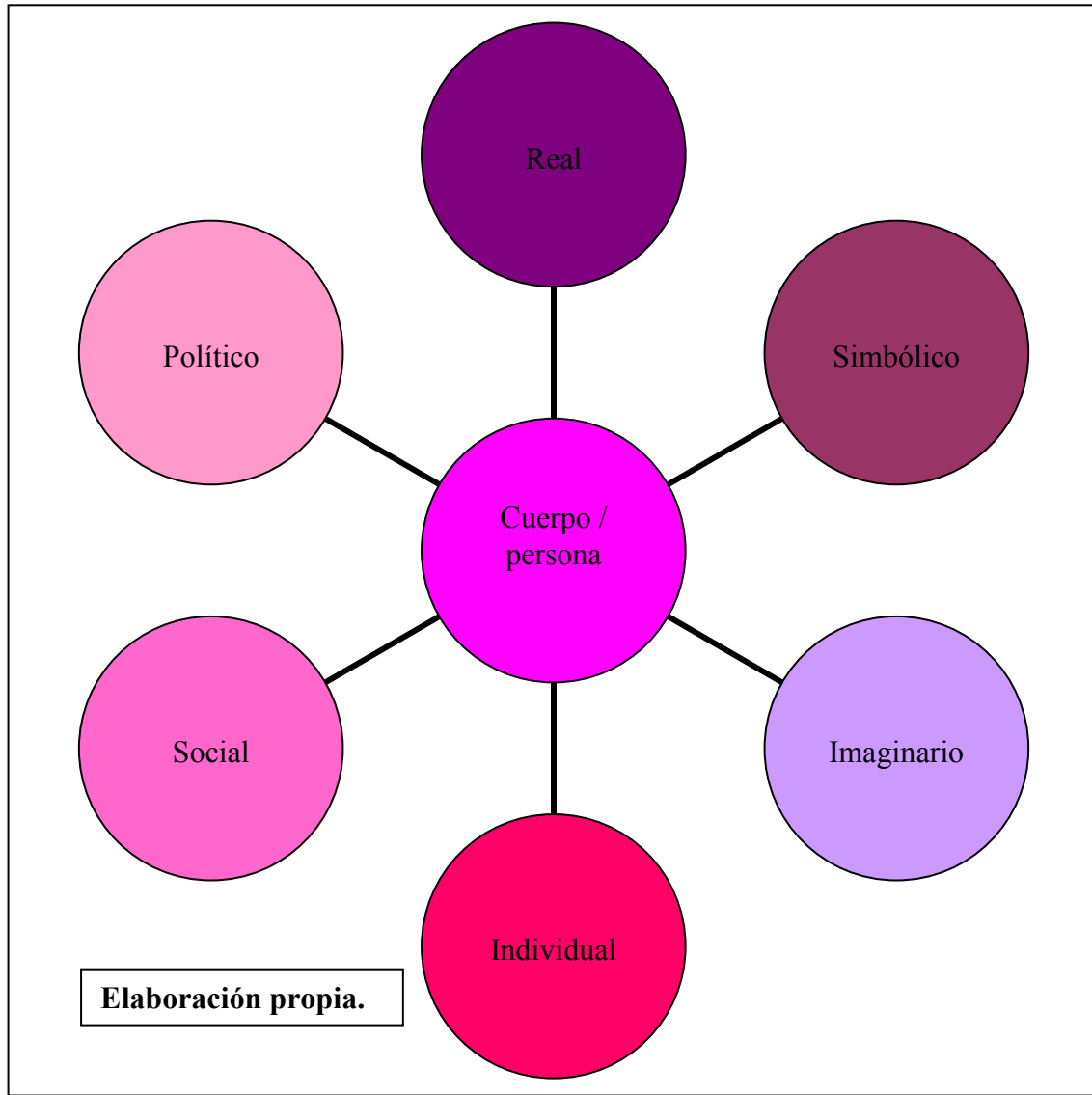
Es a la vez, una entidad inaprensible que se hace visible a través de su incorporación a un grupo cultural que lo hace presente y real, que más que entregar una unificación como elemento físico otorga la visión completa en lo simbólico. Permitiendo que la persona sufra la falta o ausencia, ya sea de salud, belleza o alimentación de acuerdo a los patrones presentes en la cosmovisión del grupo al que pertenece.

"Las concepciones del cuerpo son tributarias de las concepciones de la persona. Así, muchas sociedades no distinguen entre el hombre y el cuerpo como lo hace el mundo dualista al que está acostumbrado la sociedad occidental. En las sociedades tradicionales el cuerpo no se distingue de la persona. Las materias primas que componen el espesor del hombre son las mismas que le dan consistencia al cosmos, a la naturaleza. Entre el hombre, el mundo y los otros, se teje un mismo paño, con motivos y colores diferentes que no modifican en nada la trama común" (Le Bretón, D. 1995: 4)

Existen variadas representaciones sobre el cuerpo; se le puede pensar como partes, funciones, relaciones, lo invisible, las imágenes, un lugar en el cosmos, un lugar en la ecología. Es una construcción social y simbólica y no una realidad en si misma, por eso también podemos hallar nociones que distinguen entre un cuerpo real identificado con el goce y las pulsiones, uno imaginario sujeto a descripciones sociales y culturales y otro simbólico que representa la palabra del inconsciente (Araujo, K 2007: 16-18)

El siguiente cuadro sintetiza las principales variantes de representaciones sobre el Cuerpo que podemos hallar en los grupos sociales:

Cuadro N° 2. Modelo popular de cuerpo



Esta imagen corporal, que hemos adquirido como miembros de una sociedad particular, es un marco interpretativo y que de acuerdo a C, Helman (1994: 11) puede ser dividida en tres grupos principales: creencias sobre su forma y tamaño óptimo (incluida las vestimentas y decoraciones), sobre su estructura interna, y sobre cómo funciona.

De ahí que la forma de vestir, el lenguaje corporal que adoptan los sacerdotes, miembros de fuerzas armadas o vendedores nos entreguen mensajes sobre su rango y ocupación social, del mismo modo que el delantal blanco usado por los médicos o la “gorra” usada por las enfermeras no sólo tienen una función práctica, cual es la mantención de la higiene, sino que nos proporcionan información sobre el prestigio, poder, derecho y responsabilidades que dicho grupo profesional detenta.

Por otra parte, la imagen que manejemos sobre la estructura interna de nuestros cuerpos, tiende a moldear la percepción y representación de los padecimientos corporales. Por

ejemplo, cualquier vaga dolencia sentida en el pecho, puede ser interpretada como un sufrimiento al corazón, así como cualquier dolencia en la cavidad abdominal tiende a asociarse con “dolor al estomago”, a pesar que los doctores confirmen lo contrario.

Ahora, desde el punto de vista de las funciones del cuerpo, Helman (1994: 18) nos muestra que las más significativas nociones al respecto, tienden a estar unidas con uno o más de los siguientes aspectos: su trabajo interno, el efecto en este de las influencias externas (tales como la dieta o el ambiente) y las características o composición de los elementos que son producto de las funciones corporales (orina, sangre, etc.).

Desde distintas perspectivas y mediante la revisión de las diferente dimensiones podemos reconocer que en los grupos populares se aplican nociones que van más allá de lo físico y fisiológico, expresando la variabilidad de opciones o expresiones entorno al cuerpo. Esto abarca una multiplicidad de visiones que se complementan entre sí de manera yuxtapuesta e inclusiva, siendo actualizadas de manera constante y sin delimitación temporal.

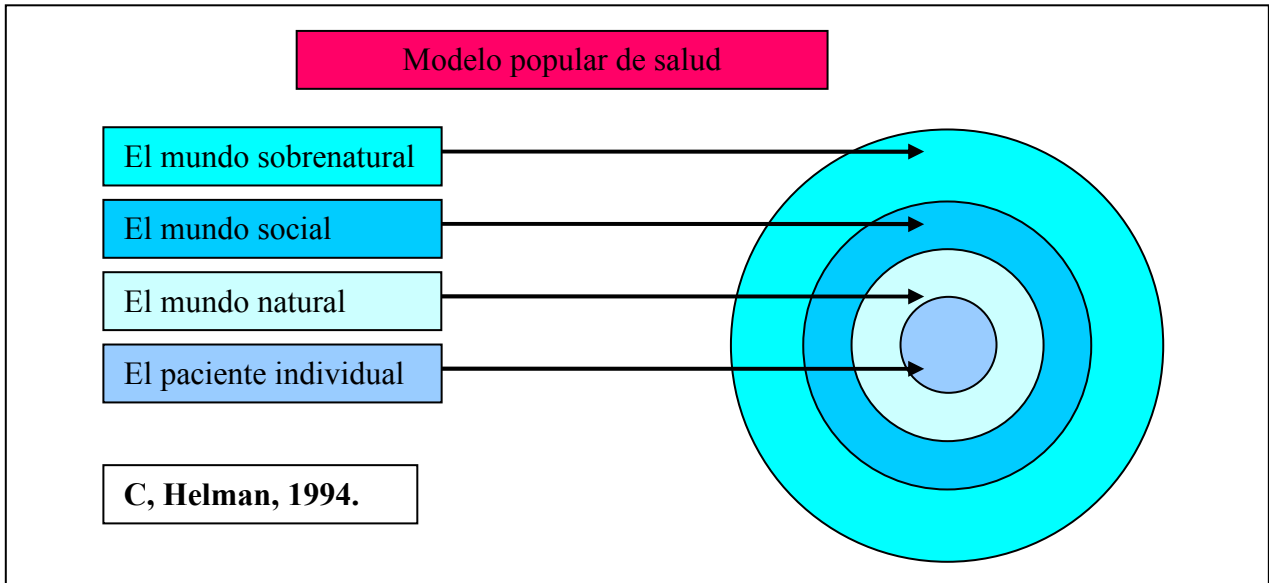
Es así como para variados modelos populares, el trabajo saludable del cuerpo va a depender por una parte del correcto funcionamiento interno (tales como sistema nervioso, cardiovascular, digestivo, respiratorio), y por otra parte de justificaciones o nociones del orden colectivo en cuanto a lo saludable.

Representaciones populares y Salud

Las teorías populares sobre la enfermedad son parte de un más amplio universo sobre el origen de la mala suerte en general. Ellas también están basadas en representaciones sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo, definiciones sobre el proceso de salud - enfermedad, fuerzas o agentes que sirven para trasfórmula; así como por los medios a través de los cuales se produce su diagnóstico y apropiado tratamiento.

En general, estos modelos populares, posicionan la enfermedad dentro de 4 principales categorías que son a saber: el paciente individual, el mundo natural, el mundo social y el mundo sobrenatural (C, Helman 1994: 102-103). (Ver cuadro N° 3)

Cuadro N° 3 Modelo Popular de Salud



Aquellas categorías que centran el origen de la salud-enfermedad en el individuo (paciente individual), generalmente relacionan el mal funcionamiento del cuerpo con cambios en la dieta o el comportamiento y por tanto, atribuyen la responsabilidad del proceso sobre si mismos. Este modelo es especialmente común en el mundo occidental, donde la enfermedad es recurrentemente asociada a descuidos sobre la dieta, higiene, estilos de vida o actividad física, por lo cual se aplica a condiciones como la obesidad, el alcoholismo o sida.

El modelo es también ampliamente usado para explicar factores relacionados con el cuerpo pero que escapan al control del individuo, dentro de los que se incluyen nociones sobre la vulnerabilidad personal, tanto psicológicas (tipo se persona), como físicas (resistencia, debilidad) o hereditarias (enfermedades transmitidas genéticamente).

Por su parte, en las etiologías que culpan al mundo natural del origen de las enfermedades, es frecuente encontrar la atribución de las dolencias a ciertas condiciones climáticas, como el exceso de frío o calor e incluso desastres naturales como ciclones o tormentas. Aquí también es dable mencionar las supuestas influencias que la luna, la posición de los planetas o los signos zodiacales tienen en la constitución de una situación o personalidad saludable.

Las teorías centradas en el mundo social en cambio, son aquellas donde las culpas por ciertas condiciones de salud-enfermedad son producto de las relaciones interpersonales, por lo que son mayormente imputadas a la acción de otros. Aquí debemos incluir las nociones que incluyen referencias a brujería, hechicería o “mal de ojo”, particularmente comunes en África y el Caribe.

Dicha etiología social de la enfermedad también incluye reseñas a lesiones físicas producidas por intoxicaciones o situaciones de guerra y aquellas que posicionan la

enfermedad como surgida del conflicto entre esposos, familiares, amigos o compañeros de trabajo.

Por último, tenemos las nociones donde la enfermedad es adscrita a la acción de entidades supernaturales, como dioses o espíritus ancestrales. Bajo estas consideraciones, la enfermedad tiende a ser interpretada como castigo divino ante comportamientos inmorales o intervención caprichosa de un ser no humano. Un ejemplo vigente en el mundo mapuche en cuanto a que consideran a la enfermedad con un “desequilibrio del ecosistema humano mucho más complejo que el biomédico en el cual han de intervenir patrones psicológicos, sociales y culturales” (Flores, R, 2004:5). Cuyo tratamiento requiere prácticas terapéuticas que incluyen el uso de cirugía en la curación de heridas y fracturas, vaciamiento de abscesos, hiervas y aguas termales. Además, de rituales y rogativas que obedecen a complejas normas culturales.

Estos y otros ejemplos, son el complejo producto de conocimientos, saberes, y experiencias que pueden servir de guía y orientación para las prácticas en atención y cuidado de las personas. En ese sentido, su relación con la alimentación está dada por el uso que se les puede dar como marco para establecer lo que es sano o no, comestible o no.

Representaciones populares y Alimentación

Muchos son los elementos de la naturaleza que potencialmente podrían ser considerados como alimentos, sin embargo no todos lo son. Se impone un proceso de selección y clasificación de las sustancias disponibles, se eligen algunas y se descartan otras. La subjetiva experiencia del apetito, el hambre y la saciedad son asuntos que día a día se encuentran envueltos y mediados por las interacciones y representaciones sociales², así como por los intentos de regulación a través de la educación en salud.

Como lo destaca Patricia Montoya Sáez, “La alimentación es un aspecto de la vida que sirve, a nivel social, para crear relaciones del hombre con el hombre, con sus divinidades y con el entorno natural. Cada cultura va a definir lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad. Debido al papel central del alimento en el día a día, y más en concreto en las relaciones sociales, las creencias y las prácticas alimentarias son difíciles de cambiar, aún cuando interfieren con una correcta nutrición” (Montoya, 2000: 31).

Fischler (1995:35-39), ha enfatizado que la selección y consumo de un alimento no puede ser entendida por el simple uso de los parámetros de la ciencia nutricional, tales como las necesidades fisiológicas, los factores perceptivos y cognitivos (vistos como independientes a la práctica social y a los significados sociales), los valores nutricionales y las cualidades sensoriales del alimento; sino que se deben observar las preferencias alimenticias culturalmente especificadas, así como las clases sociales, el género y las edades implicadas.

2 Manifestación de valores, creencias, símbolos y costumbres que se desean comunicar

Dentro de estas condicionantes culturales podemos encontrar diversos grupos de creencias, valores y clasificaciones que determinan aquellos alimentos que son objeto de tabú o no. “En todos los pueblos o culturas las elecciones alimentarias están condicionadas muy a menudo por un conjunto de creencias y prohibiciones de diverso tipo y alcance, como pueden ser las religiosas o las concepciones dietéticas” (Contreras, J 1993: 47). En general, este tipo de valores se refieren a lo que se considera que es bueno o malo para el cuerpo, para la salud o para el alma.

En la ya clásica obra de Lévi Strauss *“El origen de las maneras de mesa”*, se plantea la preparación de los alimentos a partir de tres estados principales: lo crudo, lo cocido y lo podrido. Bajo este modelo, “Lo Cocido” es todo aquello “natural” sobre el cual se ha ejercido una transformación cultural. Dentro de esta categoría se incluye lo que ha sido “Asado” y lo que ha sido “Hervido”. Mientras que “Lo Podrido” es todo aquel material donde se ha evidenciado una transformación natural de lo “Crudo”. Esta clasificación, serviría, para expresar otras oposiciones de naturaleza tanto cosmológica como sociológica.

Marvin Harris por su parte, sostiene que los alimentos que consumen y prefieren ciertas sociedades se deben a que ellos presentan una relación de costes y beneficios más favorables que aquellos alimentos que se evitan. Es en este sentido, bajo el cual se ha explicado la relación entre demografía y tipo de alimentación. Para él, “las cocinas más carnívoras están relacionadas con densidades de poblaciones bajas y una falta de necesidades de tierras para cultivo o de adecuación de éstas para la agricultura. En cambio, las cocinas más herbívoras se asocian con poblaciones densas cuyo hábitat y tecnología de producción alimentaria no pueden sostener la cría de animales para carne, sin reducir las cantidades de proteínas y calorías disponibles para los seres humanos” (Harris, M en Porzecanski, 1994: 92).

Las principales formas de clasificación de los alimentos que describe C, Helman (1994: 32-43) son: alimentos versus no alimentos, alimentos sagrados versus profanos, formas paralelas o tradicionales de clasificación (e.g. fríos, calientes), alimentos usados como medicina y alimentos sociales (como señales de relaciones sociales, estatus, ocupación, género, identidad grupal).

La primera de estas clasificaciones (alimentos versus no alimentos) es la que designa cómo cada cultura define las sustancias que son comestibles o no, basándose más que en su valor nutricional en las diferentes situaciones ambientales, económicas o espacios temporales (viajes) en las que se encuentran inmersas. La segunda, entiende los alimentos sagrados como aquellos que una religión acepta como comestibles, mientras que los profanos van a ser todos aquellos que están prohibidos por religión y que son considerados como peligrosos o sucios. Por su parte, las formas paralelas y tradicionales de clasificación buscan expresar una división de los alimentos que comprende dimensiones binarias de clasificación donde la más universal y documentada es la dicotomía caliente-frío, la cual también es incorporada en los usos medicinales del alimento. Finalmente, la categoría alimentos sociales se utiliza para todos los alimentos que son consumidos en presencia de

otras personas, fuera de la intimidad y en ciertos momentos, otorgándoles un valor simbólico que reafirma lazos sociales, de parentesco, religiosos, etc.³

En síntesis, la alimentación más que el mero acto que consiste en obtener del entorno una serie de productos, naturales o transformados, que conocemos con el nombre de alimentos, incluye un proceso de selección de los mismos en el que influyen factores biológicos (incluidas las experiencias sensoriales) y ecológicos, (disponibilidad ambiental y tecnológica), condicionantes políticas, ideológicas y culturales.

Representación Médica

En este momento de la discusión teórica resulta importante abarcar en este capítulo dedicado a las representaciones sociales, la visión médica respecto de las patologías y en este caso puntual de la obesidad. Así como también su complementariedad, confrontación de postulados y poder que ejerce, en alguno de los casos, sobre aquellas representaciones populares utilizadas por la población ante la aparición de las enfermedades.

En primer lugar, pensamos que la profesión médica debe ser vista como una subcultura de la sanación, con un particular punto de vista, cuyas principales características son la racionalidad científica, el énfasis en mediciones objetivas y numéricas, el uso privilegiado de datos físico-químicos, la separación entre mente y cuerpo⁴, la visualización de la enfermedad como entidad y una mirada predominantemente individual del paciente.

Todas sus suposiciones o hipótesis deben poder ser sometidas a verificación, a través de condiciones objetivas y empíricamente controladas y sólo así pueden ganar el estatuto de “hechos clínicos”. Este modelo explicativo está principalmente dirigido hacia el descubrimiento y la cuantificación física-química de las dolencias de un paciente, más que a fijar su atención en los aspectos sociales u emocionales de la misma.

De acuerdo a Kleinman et al “el moderno y occidental punto de vista médico sobre la realidad clínica, asume que la biología posee una más real y básica significancia clínica que los asuntos psicológicos o socioculturales” (Kleinman, en C, Helman. 1994: 86). Por tanto, es en referencia a esta simplificada mirada que el tradicional método de escuchar el desarrollo de los síntomas de un paciente y su consecuente reexaminación, fue crecientemente remplazada por el diagnóstico tecnológico a que hoy recurre la “medicina moderna” y que ha significado el desplazamiento desde una lógica subjetiva hacia el imperativo del diagnóstico objetivo.

3 Por ejemplo, en un estudio sobre representaciones y alimentación realizado en Santiago el año 2004, se encontró que entre las principales categorías utilizadas para hablar sobre la clasificación de las comidas, existían referencias que distinguían entre la comida básica, comida excepcional, comida preparada, comida de ahora, y comida de antes, y que mostraban una clara asociación a los aspectos relacionales y sociales de la preparación y consumo más que a los aspectos nutricionales y biomédicos que la intervención - en donde los sujetos estaban inmersos- podía propiciar. (Navarro, C, 2006)

⁴ Dualismo Cartesiano.

De ahí que bajo este modelo, la salud sea definida en base a ciertos parámetros físicos y bioquímicos, tales como el peso, la estatura, cantidad de glóbulos en la sangre, presión arterial, entre otros aspectos, y que deben calzar dentro de específicos valores numéricos para ser considerados “normal y saludables”. Lo cual conduce a concebir la enfermedad como una desviación de los rangos normales, que puede ir acompañada de anormalidades en la estructura o función de los órganos, y como una entidad universal en forma, progreso y contenido, independientemente de la sociedad o culturas en que se presenta.

Por ejemplo, el modelo más usado por las ciencias de la nutrición es aquel conocido como “biomédico”, aquel que se caracteriza por explicar los fenómenos alimenticios por medio de variables biológicas y económicas, sustentadas en el paradigma positivista. Lo esencial de este modelo biomédico es el conocimiento de la enfermedad, tal como la definía Taylor: “Evidencia objetiva, independiente del testimonio del enfermo, aunque éste sea habitualmente una condición para obtener la evidencia” (Meeroff, 2001: Documento en Internet).

Dentro de este marco, la obesidad es una condición definida de la siguiente manera: “Es una enfermedad caracterizada por una cantidad excesiva de grasa corporal o tejido adiposo en relación a la masa corporal. Considerada una enfermedad en sí misma y además un factor de riesgo de tener altos niveles de lípidos sanguíneos, hipertensión, enfermedades al corazón, diabetes y ciertos tipos de cáncer” (Olivares, 2003: 34-35). Cuya aparición es atribuida a “un consumo de energía (calorías) superior al gasto energético, lo que lleva a depositar la energía ingerida en exceso en forma de grasa. Este menor gasto energético se debe a la disminución de la actividad física que caracteriza la vida actual, especialmente en las ciudades, donde las personas pasan gran número de horas del día mirando televisión y realizando otras actividades sentados (en el jardín infantil, el colegio, la oficina, la micro, el auto, etc.)” (Op. cit.).

Aquellos problemas de obesidad con el consecuente exceso de grasa, por lo general, debería prevenirse consumiendo más verduras y frutas naturales -de preferencia crudas-, leche y yogurt descremados o con bajo contenido de grasa; comiendo carnes con bajo contenido de grasa; menos pan, cereales, papas y leguminosas; bajando al mínimo el consumo de azúcar, dulces, bebidas y otros alimentos dulces; comiendo en pequeñas cantidades y en forma ocasional margarina, mantequilla, mayonesa y otros alimentos ricos en grasa. Así como también, realizando más actividades que aumenten el gasto energético para reducir el exceso de grasa corporal.

Ahora bien, si observamos detenidamente el ejemplo, podemos percatarnos que las nociones previamente detalladas están basadas en la ya antigua dicotomía cuerpo – mente, pues al hablar de grasas, gasto energético o ingesta, no se encuentra ninguna referencia a variables emocionales o sociales y, por tanto hacen ver al paciente como entidad inanimada y relegada. Esta condición es la que se atribuye a la contraposición entre la visión hipocrática y la visión galénica del “hombre enfermo”, puesto que la primera propiciaba el estudio del hombre en su total y global reacción frente a la enfermedad, permitiendo la elaboración de la teoría de los humores y la atención del proceso “sentirse enfermo”; mientras que desde la visión galénica la enfermedad aparece como un fenómeno autónomo

de afectación, con una terapéutica concreta que por consiguiente ha hecho olvidar la dimensión dialéctica de su construcción.

Dicho olvido es el que ha dominado las formas actuales de ejercer la medicina y que ha dado paso a una atomización de la realidad y el ser humano. De acuerdo a Carballo y Siebeck ha impedido al médico, aceptar que “el curso que adopta una enfermedad y lo que implica para el destino del hombre dependen, no de la enfermedad, si no sobre todo del enfermo, su actitud ante la vida y de su situación en ella” (Alonso et al, 2005: 31). Y, en consecuencia, ha propiciado el déficit del quehacer médico moderno producto del debilitamiento de la eficacia simbólica del terapeuta y del emergente abismo comunicacional entre el médico y su paciente.

La representación médica ha estado relacionada, con la evolución del sistema de salud, a distintos campos de la profesión y con sus consiguientes cambios y derivas evolutivas. En términos generales, la primera aproximación a este enfoque, nos lleva a pensar el sistema de salud, como aquel sistema funcional que se caracteriza por tener como problema central el mantenimiento del bienestar a través del empleo de la distinción sano / no sano, y cuyo estricta relación con el sistema ciencia ha dado base a lo que conocemos como la moderna y occidental disciplina médica. En cuya deriva evolutiva, podemos apreciar un despliegue autorreferencial que ya desde la prehistoria, nos permite observar la existencia de una medicina arcaica, en el sentido de que este subsistema funcional ya contaba con los dispositivos comunicativos para establecer la distinción entre una situación normal (salud) y una situación anormal (enfermedad), cuyos malestares eran generalmente atribuidos a la acción de seres sobrenaturales y que en consecuencia, requerían un tratamiento por medio de dispositivos mágicos-religiosos, entre los que se incluían diversos elementos de la naturaleza, tales como sustancias vegetales, animales o minerales.

Luego de ello, la misma deriva evolutiva, nos muestra la aparición de lo que ha sido catalogado como medicina naturalista⁵, pues estaba basada en la visión hipocrática del hombre y la enfermedad, cuyos principales componentes eran una concepción humoral de la enfermedad -en base a la cual se le asignaban a las diferentes partes del cuerpo, las cualidades de los elementos naturales primarios: sangre, caliente y húmeda como el aire; bilis (negra), fría y seca como la tierra; flema, fría y húmeda como el agua; bilis amarilla, caliente y seca como el fuego⁶-, la escisión entre sacerdote (chamán o curandero) y médico, la sustitución (eliminación) de todo elemento mágico-religioso por una explicación de las enfermedades a través de una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza.

Posterior a esta fase, y sustentada en la visión galénica, comienza a perfilarse una medicina más positiva u experimental, que bajo amparo del romanticismo en un primer momento y

5 Centrada en la esfera humana y natural.

6 Una concepción que al menos para el caso Mapuche estaría aún vigente en cuanto a que consideran a la Naturaleza, como un entorno que forma parte de su ser, instancia que los une con sus antepasados e historia y por consecuencia con una percepción de la enfermedad que trasciende el ámbito médico clásico. De ahí el tratamiento de la enfermedad como “desequilibrios del ecosistema humano mucho más complejo que el biomédico en el cual han de intervenir patrones psicológicos, sociales y culturales” (Flores R, 2004).

luego del positivismo, observó la emergencia de diversos instrumentos para diagnóstico o cirugía que en consecuencia sentaron las bases para lo que hoy se conoce como medicina de evidencia. Aquella de la que se habla cuando se hace referencia a la medicina positiva propiamente tal, puesto que su progresivo desarrollo estuvo ligado a los descubrimientos y avances de la ciencia en su conjunto, así como a la creación cada vez más explosiva de instrumentos, fármacos y técnicas de tratamiento.

Es en esta fase de consolidación del subsistema salud bajo la cual se instituye el concepto que se tiene hoy de enfermedad como abstracción⁷ y en el que aparecen las temáticas sobre la división entre salud pública-privada y sobre la interacción médico paciente.

⁷ El de una abstracción, hay entidades morbosas distintas, que se pueden estudiar en los libros y que pueden repetirse en muchos individuos” (PUC, 2003).

CAPITULO 2

CONSTRUCTIVISMO ESTRUCTURALISTA

El debate anterior respecto de la evolución del sistema médico, y puntualmente aquellas posturas analíticas que dan explicación a las respuestas sociales sobre las cuales se fundan las problemáticas relacionadas con la salud, nos llevan a considerar que la medicina no está ajena a la existencia de diferentes formas de concatenación de procesos económicos, políticos, técnicos, científicos y académicos para dar explicación y acción a los padecimientos.

Es a partir de enfoques de este tipo donde nos hace sentido repensar la antropología de la salud desde sectores marginados o como bien podríamos llamar “desde la periferia” donde las relaciones de poder están también presentes, ya que el enfoque incluiría los saberes populares, los juegos de dominación y por ende la intervención de los propios actores en las instancias de transformación de los enfoques y políticas en materias de salud.

En dicho contexto aparecen, además, propuestas que se articulan en lo que Comelles y Martínez llaman “nociones de carrera moral goffmaniana o “health seeking process”, y que se orientaron hacia el análisis de los contextos sociales más amplios que envuelven los procesos de salud y enfermedad (Chrisman 1977, Twaddle 1981). Nos encontramos frente a un enfoque de tipo holístico en donde se descubren influencias de la antropología social británica en su versión estructural funcionalistas -fundamentalmente las nociones de análisis situacional, proceso y red social-, la sociología parsoniana, y la Sociología de la medicina. Desde esta perspectiva, la tradicional dicotomía cartesiana mente/cuerpo que propugnaban los culturalistas sólo se ejercía a partir de otra dualidad –disease/illness”- en donde las dimensiones sociales quedan inexplicadas y atrapadas en un enfoque individualista o didáctico, que reniegan la pluralidad de significados que pueden ser referidos a procesos de salud-enfermedad (Comelles, Joseph M. y Angel Martínez. 1993: 60).

Desde esta perspectiva se propone introducir un nuevo plano de análisis que pueda dar cuenta de cómo factores como las relaciones sociales, las estructuras de rol/status y las diferencias étnicas y de clase conforman y distribuyen la enfermedad. Ante esto, recurriremos a las reflexiones de Bourdieu con respecto a la construcción teórica de las clases sociales. Desde este punto es interesante la conceptualización que realiza en “La distinción” “acerca de los consumos culturales de las distintas clases sociales y fracciones de clase, donde describe y explica los diferentes “estilos de vida” que producen determinadas condiciones sociales en el espacio social y donde ejemplifica claramente el modo por el cual unos grupos con condiciones similares se relacionan entre sí y eligen por medio del “gusto”: unas prácticas, consumos, objetos y personas determinadas”. ([Bourdieu: 1988 en Mantilla, MJ, 2004:5](#))

“El gusto pertenece a un orden abstracto que conforma nuestros criterios y disposiciones hacia las cosas, y en este orden, se definen las relaciones diferentes e incluso antagónicas con la cultura, según las condiciones en que hemos adquirido nuestro capital cultural y los mercados en los que podemos obtener de él, un mayor provecho” (Bourdieu: 1988:10 en

Mantilla, MJ, 2004:6). Este “orden abstracto” al que Bourdieu hace referencia no es otro que el habitus, otra de las categorías conceptuales centrales.

El *habitus es una estructura estructurada y estructurante*: “estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas y es también estructura estructurada, el principio de división en clases lógicas que organiza la percepción del mundo social (...). El *habitus* se encuentra en la base que transforma la distribución del capital (...) en capital simbólico” ([Bourdieu, 1988:189 en L. Interlandi. Documento Online](#))

El habitus es a la vez el principio generador de prácticas objetivamente enclasables y el sistema de enclasamiento de estas prácticas (Bourdieu: 1988:169). Es decir, es el conjunto de prácticas generadas por las condiciones de vida de los grupos sociales así como la forma en la que estas prácticas vislumbran una relación concreta con la estructura social, esto es, el “espacio de los estilos de vida” (Bourdieu:1988:477). Estos estilos de vida, son aquellos productos del habitus que devienen en sistemas socialmente clasificados. Es decir, se puede observar como aquellas prácticas cotidianas que conforman un estilo de vida se corresponden con un habitus determinado (de clase alta, de pequeña burguesía, etc.).

Los estilos de vida comprenden por una parte las conductas de las personas (hábitos alimentarios, actividad física, consumo de sustancias, usos de redes sociales y de participación, comportamiento sexual y cuidado del entorno), y por otro, comportamientos sociales que inciden en la salud. Es desde este plano, que las configuraciones de Cuerpo, Alimentación y Salud deben ser observadas desde las diferentes variaciones locales para que den cuenta de las divergencias entre los conocimientos científicos y el conocimiento popular.

La teoría bourdieuana construyó un marco comprensivo de las interacciones a través de las cuales lo social se interioriza en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden parcialmente con las subjetivas. En este punto, el autor introduce el concepto de habitus. “Bordieu indica que la relación que se mantiene entre habitus y campo tiene dos características centrales. Por un lado, se trata de una relación de condicionamientos, en la cual el campo estructura el habitus y por otro lado, la relación entre habitus y campo implica conocimiento o construcción cognoscitiva. Para Bourdieu, el habitus contribuye a constituir el campo como mundo significante. Vale decir, el condicionamiento no es exclusivamente desde el campo al habitus, sino que éste último contribuye como subjetividad (interiorización de la exterioridad) a identificar y asociar significados con significantes” ([M.L Mendéz: 2002:17](#))

Desde el campo de la salud, entonces, esto implicaría necesariamente pensar en términos de relaciones y posiciones; entre los diferentes modelos existentes para comprender la salud y la enfermedad (modelo médico, popular, tradicional u otros). De esta forma, vemos que los campos no sólo remiten a las relaciones objetivas, sino que también al tema del poder, en cuanto a la ocupación diferencial de posiciones en la estructura social. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean estas instituciones o agentes, y por el lugar actual que ocupan en la estructura de la distribución de las diferentes especies de capital.

A su vez el sistema de clasificación que opera para cada fracción de clase, engendrará distintas prácticas sociales y diversas clasificaciones respecto a lo que se considere como síntomas de enfermedad, considerando que se pueden observar diversas situaciones en las cuales se pone en evidencia la confrontación entre las creencias de profesionales y pacientes en torno a lo que se considera como signo de enfermedad. En estas diferencias muchas veces intervienen cuestiones culturales como por ejemplo, para un médico la creencia en “trabajos” o “maleficios” puede ser considerada como una creencia delirante, no así para quienes sustentan este tipo de creencia.

“La categoría de habitus en la obra de Bourdieu ha tenido un abordaje que ha ido puntualizando los aspectos más estructurados, es decir “la estructura social hecha cuerpo”, como también los aspectos más indeterminados, o aquellos en los que se abre el juego a la trayectoria biográfica individual, dando cuenta de la dimensión abarcadora del concepto y de su carácter mediador entre el individuo y la estructura”(Mantilla, MJ, 2004. Documento Online)

Por medio del habitus los agentes internalizan y le dan sentido a las condiciones sociales que estructuran su realidad, subjetivizan un mundo social que se les presenta como objetivo. El habitus opera como organizador de las prácticas de los agentes y se constituye en esquemas de percepción, clasificación y estructuras cognitivas por medio de las cuales los mismos producen sus prácticas “sistemas de disposiciones durables y transferibles”, “estructuras estructuradas” (Mantilla, JM, 2004. Documento Online).

Retomando el concepto de práctica como lo entiende Bourdieu, podemos decir que la lógica de la práctica o “**experiencia dóxica**”, está localizada en el tiempo y el espacio. Es decir, realizar algo implica un desplazamiento (que se da en el espacio) y a este desplazamiento le lleva un lapso de tiempo realizarse. Esta, no es consciente, o no completamente. Si tuviésemos que pensar en cada una de las acciones que simultáneamente realizamos para ponernos una camisa esto se convertiría en una tarea agobiante, sino imposible. De aquí se desprende que cada sujeto es productor y reproductor de significado objetivo, es porque los sujetos no saben que lo que hacen tiene más significado del que saben.

Es en este nivel de discusión teórica donde es necesario mencionar que Poder y Saber se implican mutuamente, ya que no hay relación de poder sin la constitución de un campo de saber ni saber sin relaciones de poder. Este tópico creemos que es sumamente necesario mencionarlo, para tenerlo en cuenta al tratar de explicar el problema, considerando que en la modernidad⁸ el control sobre el peso y el cuerpo es como se manifiestan otras formas de control y dominación. Se entiende que quien no es capaz de subordinar su cuerpo al raciocinio de su mente, es un sujeto corrupto y pecador, el no ajustarse a los cánones médicos se vuelve una práctica profana (Se debe tener voluntad y calidad moral para no comer). Siendo que la población de ahora está saturada de informaciones múltiples y

8 Época de la multiplicidad de discursos y criterios que coordinados e interpenetrados en acoplamientos simples y estrictos, influyen la alimentación (gastro-anomía - neofilia, neofobia, lipofilia, lipofobia)

contradictorias⁹ y de que el pensamiento biomédico, invisibiliza una serie de consideraciones simbólicas como las estéticas, gastronómicas, éticas o morales, políticas y económicas que utilizamos para interpretar la relación salud – alimentación, además de subordinar los aspectos culturales y sociales, al bagaje de conocimientos fisiológicos y bioquímicas que ha acumulado por años.

Desde esta perspectiva, también podemos decir que en la modernidad, la alimentación se concibe como medio, técnica o procedimiento encargado de desarrollar un cuerpo y una mente (dócil) deseado e impuesto a través de las prácticas de la sociedad médica. Por tanto existe la tensión entre el cuerpo deseado por las personas y el cuerpo deseado por la sociedad encarnada en la medicina. El cuerpo es sometido a control científico y por tanto masculino. Este universo de pensamiento interpreta el placer de comer como una práctica insensible y egoísta.

Dando cuenta de la baja calidad moral de las personas permite la continuidad del discurso ético moral de la iglesia y la reproducción de un sistema social autoritario a través del condicionamiento social que los regímenes y dietas ayudan a maximizar. Si el sujeto es capaz de someterse a los dictámenes médicos, se entiende que está preparado y dispuesto a someterse a la autoridad hegemónica y formal de la sociedad como un todo. Al desvalorizar a las personas por su condición de peso corporal, se mantiene la subordinación a las elites y se restringen las opciones de desarrollo personal.

En ese sentido y de acuerdo a Le Bretón, un situación favorable de salud se puede concebir como “la inconsciencia que el sujeto tiene de su cuerpo” o como “la vida en el silencio de los órganos” (Leriche en Le Bretón, 1995: 124). Por lo tanto, se da la triada, sano / ausencia / inconsciencia del cuerpo, en oposición a enfermo / presencia / consciencia del cuerpo; en otras palabras, a lo sano le corresponde la sombra y a lo enfermo le corresponde la luz de la distinción. Bajo esta concepción, podemos concebir el *Cuerpo* como molestia y obstáculo, más que como alegría, disfrute o diversión, es decir, salud.

De ahí, que ante el desfase o abismo comunicacional entre las demandas sociales en *Salud* y las respuestas (erradas) de las instituciones médicas, se dé una búsqueda de soluciones en medicinas paralelas, en otras palabras, se produce una variación, selección y reestabilización en el sistema personal de *Salud*: “se trata del boca a boca, es decir de la verificación popular, el consenso que brindan los interesados, el que basa la legitimidad de los curanderos, no el carácter científico de su accionar, que se establece sobre la base de un consenso de otro orden” (Le Bretón, 1995: 174).

Por lo tanto, “cuidar y curar no necesitan sólo de un saber, sino también y especialmente, de un saber – hacer y de un saber – ser, es decir de la eficacia de los métodos que se usan y también de las cualidades humanas, intuición, etc.” (Le Bretón, 1995: 174).

9 acoplamiento estrictos y amplios que se están intercambiando constantemente, puesto que existen variados discursos sobre la alimentación (gastronómico, médico, estético, moral, político, etc. que cuando se seleccionan (a modo de un acoplamiento estricto) producen el efecto de la Gastro – anomia, ya que no siempre es el discurso médico el elegido.

De tal manera, postulamos que se ofrece una resistencia del predominio del saber anatómico y fisiológico con que la medicina consagró la autonomía del *Cuerpo* y la indiferencia hacia el sujeto al que encarna. Ya que si bien la preocupación por la *Salud* y por la forma del *Cuerpo* son las claves de los valores de la modernidad, presenciamos dinámicas donde la búsqueda de alternativas previamente no seleccionadas por el sistema de salud oficial nos hacen observar un proceso de amplificación de los códigos adoptados para tomar las decisiones y acciones corporales y alimentarias: “se vive para comer, por placer, más que por Salud”, “vivo para comer y no como para vivir” , “mediante la alimentación – si esta es correcta- podemos (también) controlar nuestra apariencia, para embellecerla y hacerla más competitiva” (Expeittx, 2002:5).

En este mismo sentido, el control y combate a la obesidad es una nueva forma de ejercer control sobre los Cuerpos de las personas. Es una estrategia para desviar la atención sobre los conflictos en torno a la sexualidad y reproducción humana. Pues el escándalo social de la obesidad permite invisibilizar otras desigualdades y se constituye como nueva política de población. Es una tecnología para desviar la atención de las luchas por los derechos de las personas a decidir, pensar y disfrutar su Cuerpo como mejor les parezca.

Además, al imponer una noción de calidad de vida centrado en lo biológico y económico, desconoce o reniega su asociación a dimensiones afectivas, laborales y relacionales. Sustentándose en una visión cognitivista, deficitaria y etiquetante del sujeto enfermo - que presupone que si la persona actúa mal es porque no tiene la información adecuada - lo inhabilita social e individualmente.

En este sentido, el poder biomédico no sólo es más cruel y sometedor del *Cuerpo* de las mujeres, sino que busca adecuar el *Cuerpo* de niños, adultos y ancianos a los parámetros establecidos por su paradigma. Se sigue sustentando en la asimetría, la diferencia de poder y conocimiento entre los profesionales de la *Salud* y aquellos sectores de la sociedad dedicados a otras actividades.

Como se podrá observar, la reflexión precedente tiene su inspiración en diversas críticas, dudas e interrogantes surgidas desde el interior y exterior de la intrincada y compleja práctica médica. Esta, ha estado supeditada por años a una concepción que enaltece la condición de científico, positiva y experimental del modelo médico, aquel que se caracteriza por el “estudio analítico de los procesos mórbidos (descriptiva)” cuyos conocimientos deben ser “extremadamente” concretos y sujetos a verificación. Aquel que aplica todos los recursos técnicos de mostrada utilidad y que establece una íntima relación de colaboración con las matemáticas y la fisicoquímica. En definitiva, una “medicina de órganos, organicista, somaticista, morfologista, esencialmente reduccionista” altamente tecnologizada -soporte que le confiera rigurosidad absoluta e inapelable.

CAPITULO 3

CONTEXTOS SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

En este capítulo, nos interesa abordar el concepto de endoculturación y poner atención a aquellos contextos socioculturales que influyen en el proceso de alimentación del niño. Enfatizando, además, en lo materno y su relación en el cuidado y crianza infantil, puntualmente para atender a los problemas de obesidad. Lo anterior, porque creemos que al abordar problemas de salud vinculados a la alimentación como es la obesidad infantil, es vital incluir las posibilidades económicas de adquirir los alimentos, las pautas culturales y las identidades familiares y sociales que se recrean a la hora de adquirir, preparar y distribuir los comestibles.

El contexto sociocultural, a partir de nuestro sujeto de estudio se entiende como un entorno de criterios de decisión y horizontes de sentidos, que incluye las responsabilidades propias y ajenas, la valoración y uso de comunicaciones, la influencia de los medios de comunicación, de la industria de alimentos y de la sociedad en general.

Al nacer, el hombre se encuentra con un mundo preexistente, organizado en diversas formas institucionales. El niño o la niña es sumergido en este mundo por los adultos que están a cargo de su crianza, quienes les enseñan y transmiten la normatividad, el lenguaje, los valores, y todos aquellos componentes necesarios para desenvolverse en él y relacionarse con quienes lo habitan. “Los aspectos de la experiencia de aprendizaje que distinguen al hombre de otras criaturas, y por medio de los cuales, inicialmente, y más tarde en la vida, logra ser competente en su cultura, puede llamarse endoculturación” (Herskovits JM, 1969: 53).

Así, cada individuo nace con un potencial de crecimiento. Alcanzar el nivel óptimo depende de muchos factores individuales y de un contexto ambiental determinado. Se consideran factores ambientales aquellos proporcionados por la comunidad, tales como la infraestructura y servicios que permitan asistencia básica y especializada; que aseguran el buen estado de nutrición, que evitan enfermedades crónicas y proporcionan condiciones para satisfacer las necesidades óptimas de vida.

Dentro de este mismo proceso, los primeros años de vida son esenciales en la gestación de la conducta alimentaria. Esta conducta está relacionada con hábitos de alimentación, selección de alimentos, preparaciones culinarias y cantidad de alimento ofrecida. Más específicamente, las preferencias y rechazos alimentarios están condicionados por las experiencias vividas durante los primeros 5 años de vida. “Los alimentos ingeridos durante los primeros doce meses son mayoritariamente dulces; aprender a disfrutar otros sabores (salado y amargo) es parte del aprendizaje alimentario. Tan importante es este aprendizaje a esta edad que el tipo de alimentos y el modo de consumirlos que un niño tiene entre sus 4 a 6 años condicionará fuertemente su alimentación cuando sea adulto” (Osorio et al 2002: 280-285).

El proceso de endoculturación temprano con respecto a la alimentación tanto como proceso social y cultural, así como biológico nutricional, comienza inmediatamente después del nacimiento y culmina alrededor de los dos años cuando el niño es totalmente incorporado a la dieta adulta de su familia y sociedad. No nos es desconocido que las investigaciones biomédicas se han centrado en destacar los factores fisiológicos y nutricionales que les son asociados. Por tanto, lo que nos moverá de aquí en adelante será un enfoque que se centrará en reseñar algunos de los aspectos sociales y culturales (características de la madre, influencia del sector salud, industria de alimentos, apoyo sociocultural) que actúan como mediadores en la constitución de las prácticas y representaciones maternas sobre la alimentación infantil.

Se entiende al desarrollo del niño como un producto continuo de los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, se asume una multidimensionalidad de factores asociados. “Se sabe que su estado de salud y nutrición, así como la herencia genética, su temperamento, su organización psíquica, su familia y el contexto social, económico, histórico y cultural condicionan el desarrollo del niño ” (Abeya y col., 2004:102).

El modelo ecológico de Bronfenbrenner apoya las nociones anteriores postulando que el desarrollo es producto de la interacción del niño con su ambiente inmediato, denominado microsistema; de las conexiones entre los elementos de ese microsistema (familia, escuela, etc.) y de los escenarios sociales que lo afectan (ecosistema) (Abeya y col., 2004:102).

Por tal motivo, es útil identificar los factores de riesgo individuales (bajo peso, desnutrición, crisis familiares, etc.) y comunitarios (saneamiento ambiental, violencia, pobreza, etc.) que pueden estar presentes y afectar al desarrollo.

Por su parte, al **sector de atención en salud** se le atribuye el contribuir a la disminución de la lactancia materna y el contacto temprano entre madre e hijo. Así, el estudio de Pérez Escamilla et al (Hurtado and Gittelsohn, 1997:398) viene a confirmar entonces que entre más temprano sea el contacto madre hijo después del parto, mayor es el efecto benéfico en las prácticas de lactancia, sin embargo, esta consecuencia positiva es mayormente observable en las madres expuestas a servicios modernos, las cuales suelen ser de un nivel económico más elevado.

Relacionada con el sector salud y fuertemente ligada con la publicidad, la influencia explícita o implícita de **la industria de alimentos** en las prácticas de alimentación ha sido ampliamente patentada, demostrando los efectos negativos tanto en la lactancia como en la posterior alimentación de un niño y en la adecuación de las estrategias de mercado. Siguiendo el código de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “las estrategias de mercado sólo han favorecido a madres y familias con mayor educación, ingresos y empleo y a los profesionales de la salud que acceden al beneficio de dichas compañías” (Hurtado and Gittelsohn, 1997:404).

Lo materno y su relación en el cuidado y crianza infantil

Desde la visión del desarrollo que hemos venido describiendo en las líneas anteriores, la madre adquiere particular importancia como integrante de la díada primaria. Puntualmente, en el caso de la salud, “Las mujeres han sido objeto de una permanente patologización a partir de la medicalización de las relaciones sociales tanto públicas como privadas en la modernidad” (Esteban, 2006: XXX). De acuerdo a esta interpretación, cuando el niño se enferma, es la madre quien se halla más enferma que él, puesto que generalmente se tiende a responsabilizarlas por la situación de salud de sus hijos y de la familia.

Tanto los conocimientos y creencias de la madre respecto de la alimentación del niño, así como los hábitos de alimentación del grupo familiar, condicionan la forma en que éste será alimentado. Además, diversas características de la familia, la vivienda, las condiciones de vida, etc., también influyen en las decisiones sobre la alimentación.

Sin embargo, todo el discurso pedagógico de la crianza del niño ha sido tradicionalmente dirigido a las madres más que a cualquier otro miembro de la familia. “Por ejemplo, la puericultura del siglo XIX encontró en la madre la aliada para ingresar determinados comportamientos al interior de las familias), y este dispositivo se encuentra vigente, aún cuando reorganizado y mutado, en la actualidad”. (Marton y Echazú: 2002:11). Esto se ha extendido a todas las áreas de la medicina y guiado las intervenciones implementadas para manejar la obesidad.

Un Estudio Piloto de Factores Sociales y Culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años (Mejía Revelo, 2005: 20), determinó que las recomendaciones a las madres respecto de la alimentación del niño no siempre son suficientes y adecuadas para influenciar de manera positiva en sus creencias y conductas respecto de la alimentación de sus hijos. Esto evidencia la necesidad de repensar y estructurar nuevas estrategias que consideren que existen otras dimensiones que constriñen o limitan la modificación progresiva en los conocimientos, creencias y prácticas de la comunidad en relación con la alimentación del niño.

Con frecuencia se observa que las vicisitudes de la vida familiar y en particular las del vínculo madre - hijo, suelen incidir en el crecimiento de los niños, y se atribuye a la incapacidad de las madres para percibir objetivamente el estado de nutrición de sus hijos como la principal limitante para generar actitudes y prácticas de prevención, detección y manejo oportuno de la obesidad en la mayoría de los casos.

Sin embargo, la culpabilización anterior oculta que en alguno de los casos las madres pueden no contar con elementos para saber si su hijo está teniendo un crecimiento y desarrollo adecuado. La incapacidad para interpretar si el peso de su hijo es normal es solo un ejemplo de los factores que les impide a las madres hacer un uso eficiente de los sistemas de vigilancia nutricional y de las cartillas de registro de peso y talla.

Entre esos otros factores, Mejía Revelo (2005:22) distinguió el hábito de realizar o no comidas comunes con toda la familia, la disponibilidad de tiempo para la preparación de los alimentos del niño y para alimentarlo, la distribución del alimento entre los miembros de la

familia influyen finalmente en el tipo y calidad de alimentos que recibe y, por lo tanto, tiene un peso de gran importancia en el crecimiento.

La escasa bibliografía existente respecto del rol materno en la configuración de prácticas alimentarias en los niños, insiste en enfatizar que gran parte de las problemáticas asociadas se deben a los bajos índices de educación de las madres. Por ejemplo, Sanjur et al (Hurtado and Gittelsohn, 1985:400l) hallaron que el nivel de educación de las madres estaba negativamente asociado con la práctica de restringir la comida al niño durante el proceso de destete. En el mismo sentido, Mock et al (Hurtado and Gittelsohn, 1985:400), en su estudio sobre la lactancia en Honduras y Bolivia encontraron que el nivel de instrucción de las madres estaba fuertemente ligado a la duración de la misma. Por otro lado, una investigación en Brasil halló que las mujeres con más confianza en sí mismas amamantaban durante más tiempo que las con menos confianza.

En la misma línea, pero ya desde la perspectiva de una desviación positiva (resultados positivos en el desarrollo de un niño), se ha concluido que en sectores socioeconómicos bajos, los padres de niños bien nutridos tienden a tener derivas ocupacionales más estables y mayores recursos económicos que los de niños mal nutridos. También se halló que las madres de niños bien nutridos manejaban conceptos más modernos de enfermedad y se mostraban menos aprehensivas. Al mismo tiempo que las madres de niños bien nutridos tenían más contacto con el exterior, salían frecuentemente de casa y sacaban más a sus niños.

Con respecto a la familia, ese importante sistema de *apoyo sociocultural* y económico en muchas sociedades, estudios efectuados en Honduras (Op. cit) sobre el papel que desempeña la familiar nuclear y extendida en la alimentación infantil, confirman que el esposo, la madre y suegra de la mujer tienen la más importante influencia o apoyo en relación a la alimentación. Sin embargo, es la abuela la que detenta el rol más crítico en cuanto a la calidad del cuidado infantil.

Por último, las explicaciones culturales para las prácticas de alimentación infantil van desde variables relacionadas con la maduración del niño -madres que confían en que los niños aprenderán a comer de acuerdo a sus propias necesidades-, la moderación en la alimentación -madres que creen que los niños deben comer cuando tienen hambre o podrían enfermarse de empacho- y la clasificación de comidas - caliente y frío o digestibilidad de los alimentos- que han sido documentadas ampliamente en América Latina (Hurtado and Gittelsohn, 1985: 407 - 409).

Lo importante a destacar al respecto, es que son estas mismas consideraciones las que han sido relegadas o más bien olvidadas por el conocimiento biomédico, ya que si bien este ha estado abierto a rescatar las principales variables socioculturales de las poblaciones afectas a su intervención, lo ha hecho de manera más bien superficial y reducida, ya que al no percatarse de que en la formación de las prácticas de alimentación influyen muchos más aspectos que los tradicionalmente abordados, subestima la capacidad explicativa de las representaciones que hemos considerado e invisibiliza los otros entornos y discursos (médicos - sanitarios, económicos - políticos, de publicidad y marketing, éticos - morales, gastronómicos, estéticos) que sirven como *fuentes de asesoramiento* para la consolidación

de las distintas prácticas y representaciones maternas relacionadas con el cuerpo, la salud y la alimentación del niño.

Si bien, resulta interesante determinar la percepción materna respecto al estado nutritivo de los hijos ya que esto influye en los resultados terapéuticos, no se puede descartar que dicha percepción está conformada por aspectos que van más allá de lo nutricional, incorporando categorías que apuntan a la belleza, estados de ánimo, interacción con otros niños, entre otros indicadores que permite reconocerlos como niños saludables o no saludables.

VIII. MARCO METODOLOGICO

En toda investigación es necesaria la adscripción a un determinado paradigma metodológico o a lineamientos que guíen la recopilación y el procesamiento de información. En concordancia con esto, a continuación se explicitan los principales aspectos que dan carácter al estudio aquí presentado: justificación epistemológica y temática, la relación sujeto - objeto, así como la modalidad estratégica adoptada para un trabajo que se define de naturaleza exploratoria y descriptiva, sustentada en el paradigma cualitativo.

Justificación Epistemológica, Criterios y Técnicas

El primero de estos puntos hace necesario explicitar (reiterar) que los estudios o investigaciones sobre alimentación o nutrición han tenido fuerte énfasis en aspectos biomédicos y economicistas que no explican el por qué de la construcción de hábitos alimentarios. Desde la perspectiva de la investigación social, este tipo de conocimiento y la conformación de la realidad social, se centran en lo que se conoce como postura etic, la cual plantea que la realidad social es externa al investigador y posible de aprehender a través de metodologías científicas.

La investigación nutricional, ha utilizado ampliamente técnicas que permiten recoger solamente las acciones externas como hechos objetivos, imposibilitando penetrar en la mente de las personas. En esta visión, el razonamiento es hipotético deductivo, construyendo sus modelos en base a las matemáticas, desde donde se desarrolla la metodología cuantitativa. En relación a nuestro tema de estudio, esta perspectiva analítica ha evidenciado enfoques donde predominan los factores biológicos que inciden en la regulación del apetito, en la medición de la ingesta calórica, y en los procesos metabólicos y digestivos determinados genéticamente.

La apuesta de esta tesis de investigación, es contribuir desde una mirada emic a la recuperación de los significados y sentidos que las representaciones sociales sobre el cuerpo, alimentación y salud tienen para los actores sociales. Lo anterior, se realizará principalmente por medio de metodología cualitativa; entendiendo que se requiere un conocimiento más “natural”, surgido de la experiencia, donde es importante atender a los aspectos relevantes para cada uno de los involucrados respecto a lo que ellos entienden por cuerpo, alimentación y salud, así como todos aquellos aspectos que inciden en sus prácticas alimenticias diarias.

Desde este punto de vista, la perspectiva cualitativa es entendida como aquella que “Trata de establecer identidades y diferencias y en la cual el lenguaje es tratado como elemento constitutivo del objeto” (Taylor y Bogdan, 1985: 20-21). Asimismo, en la tradicional perspectiva de Taylor y Bogdan, se caracteriza por su naturaleza inductiva, pues los investigadores “desarrollan, conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas” Taylor y Bogdan, 1985: 22-23). Se trata de un diseño de investigación flexible dentro del cual el investigador ve al escenario y a las personas desde una

perspectiva holística. Acá “las personas, los escenarios y grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. En ellas, el investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en que se hallan” (Taylor y Bogdan, 1985: 24-25).

Ahora bien, al asumir que lo que nos interesa es la vivencia / significancia misma del tema corporal y de alimentación, estamos también apostando por un cambio paradigmático en lo que sería el tratamiento de los problemas de salud que le son asociados. Este cambio, que se encuentra sustentado en una visión constructivista de la realidad, es decir, aquella bajo la cual “La realidad es múltiple y socialmente construida, sin ley ni causa, donde la verdad sólo puede ser definida como construcción mejor informada (en cantidad y calidad) y más sofisticada (según el poder disponible para comprender y utilizar la información) sobre la cual hay consenso” (Guba & Lincoln; cit en Rubin de Celis, Pecho I, Edouard de Suremain. C., 2003:136).

Implica, por tanto, adoptar una relación sujeto – objeto no tradicional, basada en la igualdad identitaria entre sujetos animados y pensantes más o menos simétrica, bajo la cual los hallazgos o descubrimientos son asumidos como una creación producida a partir de un proceso de interacción entre ambos.

En cuanto a los instrumentos de recolección de datos, este estudio se avocó al uso de entrevistas en profundidad. Respecto de las mismas, y a pesar de que suele ser difícil establecer con anterioridad las fases de campo y el momento justo donde se pretende lograr saturación, este último criterio se consideró satisfecho una vez que en los testimonios de los actores involucrados en el proceso de investigación no se percibió mayor novedad en el planteamiento de los temas a investigar, es decir, una vez que en el discurso no se observaron mayores diferencias semánticas relevantes y que se alcanzó un nivel de globalidad o coherencia en el conjunto de reflexiones dispuestas para la reproducción de la realidad en estudio. Este proceso descrito tuvo por consecuencia la realización de 20 entrevistas en profundidad a las madres participantes del programa.

Por otra parte, las técnicas de validez en que se sustentó este estudio, fueron la reflexividad, o “revisión sobre las maneras en que el investigador ha desarrollado el proceso de la investigación, incluyendo el papel de los supuesto a priori y de las experiencias anteriores” (Maureira, F. 2004. Apuntes de Clases), y la triangulación o “aquella comparación referida a un mismo fenómeno pero obtenida de diferentes fases de trabajo de campo, en diferentes puntos de los ciclos temporales existentes en aquel lugar o como ocurre en la validación solicitada, comparando los relatos de diferentes participantes envueltos en el campo”. (Hammersly & Atkinson, 1994: 216)

Finalmente, también se dejó abierta la opción de revisar los casos negativos y la exploración de explicaciones alternativas para los datos recogidos que complementarán la exposición clara y detallada de los métodos de recolección de datos y análisis. Estas últimas se hacen útiles en un contexto donde es difícil desarrollar observación directa y sistemática, en el sentido de que las prácticas y representaciones que se buscaban comprender son un terreno muy susceptible de alteración, producto de que la sola petición para observar genera en los actores variadas reacciones, debido a la connotación íntima y

privada de las actividades a que se deseaba acceder y, tomando en cuenta que las personas seleccionadas como informantes provenían de un sector socioeconómico bajo.

Técnicas

* 20 Entrevistas en profundidad, desarrolladas en dos momentos, una hora cada sesión. (Ver Pauta de Entrevistas, Anexo 1. Pág. 93 - 95)

Cada una de las entrevistas aplicadas a las madres participantes del estudio “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación con Zinc, en Pre-Escolares Obesos de Estratos Socioeconómicos Bajos” (cuyas características se detallan en la tabla N° 1), fueron desarrolladas en dos momentos, de una hora cada uno. El instrumento de recolección de datos fue aplicado en el hogar de las madres, y en alguno de los casos en presencia de familiares, quienes aportaron sus opiniones en la conversación.

En ambas visitas, se aplicó la misma pauta de entrevista, con la intención de reforzar y verificar las declaraciones emitidas en la primera oportunidad. La conversación fue registrada con grabadora para luego ser transcritas íntegramente.

La pauta de entrevista, fue construida a partir de categorías Etic (con apoyo bibliográfico) y de opiniones entregadas por dos profesionales del área de la salud del INTA (Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile).

El procedimiento para la selección de los entrevistados, correspondió a lo que es conocido como muestreo teórico o todo aquel procedimiento que se caracteriza por seleccionar la muestra de forma intencionada, porque los sujetos presentan las características necesarias para la investigación y participan en ella de manera voluntaria. (Ver Consentimiento Informado aprobado por INTA, Anexo 2, Pág. 95).

Grupo de Estudio

Los resultados de este estudio son producto de la entrevista a 20 madres de la comuna de La Pintana, participantes del estudio “Modificaciones en la Composición Corporal con la Suplementación con Zinc, en Pre-Escolares Obesos de Estratos Socioeconómicos Bajos”, desarrollado durante el año 2005 por el INTA.

Las edades de las madres participantes oscilaban entre los 20 y 49 años de edad ($M = 30.15$ años), estas son madres de niños diagnosticados como obesos de entre 18 y 36 meses, ($M = 2.71$ años) a quienes se les preguntó de forma directa y personal si accedían a participar de una entrevista en forma complementaria a las actividades del proyecto.

Se estimó importante realizar nuestra investigación a partir de este estudio, ya que la edad de los niños participantes, entre 18 y 36 meses, se considera una etapa crítica para la formación del gusto y los hábitos alimentarios aceptables para el ambiente sociocultural en

que están inmersos. Además, al hecho de que se ha entendido desde los organismos públicos que es el sector socioeconómico bajo el más vulnerable y con menos instrumentos para hacer frente a las diferentes problemáticas relacionadas con la salud. Es por ello que las políticas públicas se han focalizado en este sector.

Además, de que los niños participantes del estudio, han sido diagnosticados como obesos y que estos pertenecen a un nivel socio-económico bajo, condición a la que le ha sido frecuentemente atribuida la injerencia en las dificultades que estos grupos tienen para acceder a los servicios de salud y para comprender las conductas o comportamientos que desde estos se les recomiendan.

Lo anterior, considerando que las madres a pesar de contar con la información y asesoría nutricional “suficiente”, se enfrentan entre otras disyuntivas, a tener que compatibilizar sus intenciones de agrandar o regalar a sus hijos a través del principal y más disponible medio para la transmisión y explicitación del afecto, es decir, la comida y que dada su condición socio-económica, el realizar un total u amplio cambio de los productos de alimentación, les significa o bien es interpretado como un proceso difícil de manejar dada las expectativas y valoración de la comida “sana” como algo más caro y difícil de adquirir.

Tabla N° 1: Características de las madres participantes

Estado civil	Casado n° (%)	Conviviente n° (%)	Soltero n° (%)	Separado n° (%)
	4 (20%)	11 (55%)	5 (25%)	0 (0)
Composición familiar	Tres	Cuatro	Cinco	Seis y más
	4 (20%)	5 (25%)	6 (30%)	5(25%)
Religión	Católica	Evangélica	Ninguna	Otra
	7 (35%)	8 (40%)	4 (20%)	1 (5%)
Nivel de educación	Básica incompleta	Básica completa	Media incompleta	Media completa
	5 (25%)	5 (25%)	3 (10%)	7(35%)
Nivel de ingresos grupo familiar	\$100.000 y menos	\$100.000 a \$ 200.000	\$200.000 a \$400.000	\$400.000 a \$ 800.000
	2 (10%)	13 (65%)	3 (15%)*	2 (10%)*

* Habrá que considerar que quienes declararon ingresos del grupo familiar superior a los 200 mil pesos correspondían a familias con más de seis miembros (ver composición familiar), donde incluso en una misma vivienda vivía más de un grupo familiar, de ahí que en las declaraciones aparezcan cifras de ingreso que no corresponden a un nivel socioeconómico bajo.

Plan de Análisis

Finalmente, en cuanto a los procedimientos de análisis de datos, las estrategias fundamentales empleadas fueron: Análisis de contenido o técnica “destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto” (Krippendorff, 1990:28) , y el método del consenso cultural o bien técnica “que evalúa el grado de acuerdo entre las entrevistas a fin de determinar si sus respuestas son lo suficiente homogéneas como para justificar su agregación y descripción como un conjunto de representaciones sociales compartidas”. (Guerrero y Col, 1999: 56)

Dado que la investigación realizada, responde a un lineamiento cualitativo, es decir que se orienta a descubrir, captar y comprender una teoría, explicación o significado sin ajustarse a categorías preestablecidas, sino que a aquellas que van surgiendo a medida que se van procesando las informaciones, fue necesario construir una matriz de análisis, que represente las principales organizaciones que emergieron tanto del trabajo de campo como del proceso intelectual desarrollado por su responsable.

La matriz de análisis está construida a partir de cuatro niveles:

1. El primero de ellos consistió en dar lectura individual a cada una de las entrevistas, lo cual permitió delinear los aspectos esenciales de cada una de ellas.
2. Luego se procedió a elaborar un archivo Excel con las opiniones más significativas destacadas en el primer nivel.
3. En la tercera etapa, se desarrolló una matriz de comparación general de las opiniones anteriores.
4. Finalmente, se codificaron las opiniones de acuerdo a cada una de las dimensiones establecidas en la Matriz de análisis.
5. Las cuatro dimensiones establecidas: Asesoramiento, Alimentación, Cuerpo y Salud/Enfermedad fueron estructuradas en base a los principales ejes del marco teórico.

Tabla N° 2: Matriz de análisis

DIMENSIONES	COMPONENTES	ELEMENTOS	
CONTEXTO SOCIO-CULTURAL	Asesoramiento		
	Responsabilidad padres		
	Responsabilidad otros		
	Apoyo sociocultural	Servicios de salud	
		Medios de comunicación	
		Industria y publicidad de alimentos	
		Sociedad	
REPRESENTACION POPULAR SOBRE ALIMENTACION	Alimentación saludable		
	Alimentación incorrecta		
	Alimentación familiar		
	Alimentación del hijo	Lactancia,	
		Alimentación entre comidas	
		Preferencias	
		Horarios	
	Alimentación propia		
	Alimentación entre comidas		
	Light, diet, descremado, etc.		
	Importancia en el orden de los alimentos		
Precios marcas y salud			

Tabla N° 3: Matriz de análisis (continuación)

REPRESENTACION POPULAR SOBRE CUERPO	Belleza general	
	Belleza corporal	
	Cuerpo niño	
	Cuerpo Hijo	
	Cuerpo propio	
	Cuerpo Gordo / Flaco	
	Cuerpo Sano / Enfermo	
REPRESENTACION POPULAR SOBRE SALUD ENFERMEDAD	Salud y enfermedad	
	Obesidad	
	Enfermedades respecto al peso	
	Dietas y régimen de alimentación	
	Terapéuticas	
	Recetas caseras	
	Progresos en el tratamiento	
	Alimentación, salud y enfermedad	

IX. RESULTADOS

En este capítulo presentaremos, mediante cuatro apartados, los resultados obtenidos a lo largo del proceso de investigación. El primero de ellos dedicado a describir el contexto sociocultural y las fuentes de asesoramiento sobre temas de salud más frecuentemente utilizadas por las madres participantes del programa de Zinc. El segundo, estará avocado a presentar las principales descripciones respecto de las representaciones sociales sobre alimentación de dichas madres. Luego de ello, procederemos a presentar los antecedentes que nos ayudarán a describir las representaciones sobre el cuerpo propio y ajeno que las madres manejan en su vida cotidiana, para finalmente proceder a destacar las principales nociones que les permiten definir, diagnosticar y enfrentar los diversos procesos de salud y enfermedad que viven a lo largo de su vida.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

En este apartado, se intentará reconocer a partir de las declaraciones de las entrevistadas, los principales elementos del contexto sociocultural que sirven o interfieren en las madres a la hora de ejercer prácticas alimenticias. Se han definido ciertas dimensiones y corresponden a: Asesoramiento, Responsabilidad de los padres y de los otros, Medios de Comunicación, Industria de Alimentos y Sociedad.

Asesoramiento

Ante la pregunta sobre quiénes serían las primeras personas a las que se acude en caso de enfermedad, diez de las entrevistadas consideran que son los familiares:

- “¿En general cuando alguien se enferma quiénes están primero en los consejos que necesitas para mejorarte?: *“Digamos que es acudir primero a la familia y por intermedio de ellos al médico, se acude primero a la familia y después al médico”*. ¿Qué cosas puedes manejar con el apoyo de tu familia y con cuáles tienes que ir directamente al consultorio o el hospital?: *“Digamos que la familia de uno es la que le dice que vaya acá o a otro lado, porque la familia también le da consejos sobre que la lleve a tal parte, o que la lleve acá”*. (Entrevista 17)

Cinco afirman que las personas elegidas serían los médicos:

- *“Cuando tengo problemas de salud, es lógico que primero los médicos, por ejemplo si es muy tarde y a mi hija le duele la guatita y yo percibo que es enfriamiento, yo le doy una agua de manzanilla porque sé que eso la va calmar, pero la idea es que si a la niña ya a las 2, yo ya le vaya a pedir la hora porque le está doliendo, o sea, la opinión es del médico porque para eso estudiaron y eso, yo no soy de que la abuelita de al lado me diga algo, no, ni siquiera remedios les doy sin consultarles, les puedo dar una agua de hierba, pero meterles una pastilla no. Primero es el médico, especular con la salud no es bueno”*. (Entrevista 13)

Dos de éstas consideran a Dios como principal fuente de asesoramiento en temas de salud. En una de ellas se hace referencia al ungimiento como medio de sanar a un enfermo, lo que sin embargo podría, no necesariamente hacer alusión a Dios, sino que a otras creencias de tipo sobrenatural.

- “Entonces si hay que hacer un ranking, un ordenamiento ¿Quiénes son las personas que te dan los mejores consejos respecto al cuidado de tu hija?: *“O sea, para mí primero está DIOS y después puede estar el doctor, porque a pesar de que él los guía, si ellos estudiaron tantas cosas del cuerpo humano, como no les voy a hacer caso, a menos que haya doctores como el caso de la Fabiana, que tuve que demandarlo porque me mintió en algo que fue grave para ella, porque casi perdió su vida, así que ahora yo no le creo mucho a los doctores que vienen de otros países, prefiero que la vea alguien que estudió aquí en Chile”.* (Entrevista 16)
- “¿Con qué cosas decides ir al hospital o al consultorio?: *“Las dos veces que he ido al hospital, es cuando ya es mucha la fiebre, empieza a toser demasiado y ahí al tiro, porque como nosotros somos creyentes, si los niños están enfermos, nosotros los llevamos a “ungir” y los niños llegan bien acá, se sanan al tiro, a veces ha pasado que nosotros no los llevamos o es mucho susto y ahí partimos al hospital”.* (Entrevista 14)

En las declaraciones anteriormente expuestas, podemos apreciar que se ponen en prácticas diferentes fuentes de asesoramiento, que tienen cierta consistencia con modelos populares para posicionar la enfermedad. En alguno de los casos, incluso, encontramos la mención a dos fuentes de asesoramiento pero priorizando una sobre la otra. Si bien, la referencia al médico es la predominante, no quedan excluidas dentro de las referencias aquellas que hacen mención el uso de los medios de comunicación, y la opinión de los vecinos, ya que cada una de estas fue mencionada en una oportunidad.

De un total de 16 sentencias, 15 de éstas mencionan como la principal opción curativa el uso de la medicina alópata y sólo una de ellas menciona como primera instancia el uso de alguna otra modalidad, como la relacionada con recetas caseras, sin excluir otros modelos de atención.

De las declaraciones que optan por medicina alópata, 7 de éstas evalúan la atención recibida por los servicios de salud de manera positiva:

- “¿En general, cómo ha sido su experiencia en los servicios de salud?: *Buena. Yo confío, porque tuve una operación de colecistectomía al estómago, me fue súper bien, tuve hace poco una operación al útero, los partos que he tenido han sido complicados los tres, pero los médicos han sabido sacarme adelante y a los niños también... todas mis experiencias han sido buenas con respecto a los servicios de salud”.* (Entrevista 14)
- *“En general mis servicios de salud siempre han sido el consultorio o si no el hospital, las veces que he estado. En el hospital, una vez me hospitalizaron a mi*

hijo y no tuve ningún problema, aquí en el consultorio – no sé si sabes que este SAPU lo hicieron hace poco, hace un año, unos meses – la cuestión es que una vez llevé a Nicolás por una emergencia, con 40 de fiebre, deshidratado y todo y sabe que no le hicieron nada, lo revisaron, me dijeron que tenía fiebre y que se la bajara con paracetamol”. (Entrevista 15)

Mientras que sólo 3 de éstas valoran la atención obtenida de manera negativa:

- *“No, si es cierto, porque la primera vez que uno lo lleva al hospital o al consultorio te dicen una cosa y después te salen con otra y lo llevai de nuevo a una tercera, igual te pone en duda, pero no sé poh, yo en ese sentido, con el doctor Espinosa es con él que me siento mejor en ese consultorio”. (Entrevista 10)*
- *“¿Cómo ha sido la atención que has recibido?: No podría ser mejor, a veces es muy mala, porque para sacarle hora al Jeremy hay que ir como a las 6:30 y a las 8:00 te atienden, tengo que estar toda la mañana en la fila y a veces la matrona igual se demora mucho, más encima entra para que la reten a uno”. (Entrevista 18)*

De manera implícita, podemos decir, que aquellas declaraciones de índole negativa podrían estar basadas a partir del autoritarismo y desprecio que los profesionales de la salud aplican en el trato con sus “pacientes”.

Responsabilidad padres

Ante la interrogante sobre quiénes tendrían la responsabilidad de mantener a los niños sanos con respecto al peso, las entrevistadas de la Pintana declaran que en primera instancia son los padres en general y las madres en particular.

- *“¿Cómo crees que esas personas han llegado a ser así o que los niños pueden llegar a eso?, ¿Quiénes tienen la responsabilidad?: “Nosotros como mamás, porque el niño es niño y no sabe, si uno lo está criando, está siempre con ellos, entonces es uno la culpable de que los niños sean así”. (Entrevista 19)*
- *“¿El (papá) te ha apoyado en el asunto de la Coni?: “No, muy poco, como te decía delante, el cariño, él lo demuestra con la comida, no sé poh, si la Coni hace algo que a él le causa gracia, ahí tiene una moneda para ir a comprarse un dulce, ahí tiene una galleta o cosa... y la abuela para que decir, la abuela es única, o sea, la niña puede estar comiendo dulces todo el día y ella es feliz”. (Entrevista 21)*

Los familiares, como los abuelos y la abuela en particular, ocupan el segundo lugar de responsabilidad por la salud y alimentación de los niños.

- *“Eh, a ver, uno siempre dice que los padres, je y eso es obvio, pero en mi caso, si yo estoy con ella acá, obviamente la responsabilidad es mía y de mi mamá, que es más que nada con ella que está todo el día, porque conmigo está hasta cierta hora,*

hasta las cinco de la tarde y ya en la noche ella es la que está con la Joyce, entonces aquí ya corresponde a las dos”. (Entrevista 1)

- *“¿Crees que es sólo responsabilidad de los papás mantener a los niños sanos respecto al peso o hay otras personas que también influyen?: “No, yo creo que va en la familia en general, todos tienen que ayudar, porque yo vivo con mi mamá, ya, y si el Joan se va para adelante, yo tengo que ver, porque al Joan le gusta pedir bebidas, dulces y toda la cuestión y tengo yo que andar ahí para que no coma tanto dulce, tanta bebida...”. (Entrevista 12)*

En las declaraciones notamos que se vislumbra una preeminencia o preferencia por mantener el rol tradicional de madre, la cual se queda en casa para dedicarse al cuidado de los hijos y el hogar. Sin embargo, este rol, en alguno de los casos, es compartido con los familiares, más específicamente con los abuelos de los infantes. Sin embargo, esta situación adquiere no solo consecuencias positivas, en el sentido de que son un apoyo para las madres en la crianza de sus hijos, sino que también adquiere rasgos negativos por ejemplo, cuando los familiares interfieren desautorizando la voz de los padres de los menores.

Entre las problemáticas para aplicar normas y acciones destinadas a mantener un estado de salud adecuado del niño, las madres mencionan la falta de apoyo, desautorizaciones (ya sea del padre o de los familiares directos) y la dificultad de poder conciliar la demostración del afecto, con la adopción de prácticas de alimentación y cuidado de la salud recomendadas por los profesionales médicos.

- *“Es como difícil, porque cuando salen, van donde su abuela, ahí nosotros tenemos el gran problema, porque no entendían nunca que los niños estaban a dieta o que en el consultorio les prohibieron comer, porque iban para allá desde chiquititos y nosotros les decíamos ¿comieron eso?, ¡no!, pero los baberos o cualquier otra cosas nos daba indicio de que comieron cosas igual”. (Entrevista 14)*
- *“Yo le ando cuidando la alimentación y a donde vive la abuelita le meten cosas que no le alimentan, yo le digo igual, pero se enoja, yo ando cuidando que no le de esto, que no le de esto otro, pero me dice que el niño tiene que comer de todo, que después va a adelgazar me dice y yo lo ando cuidando en la alimentación, que no me coma nada que vaya a engordarlo”. (Entrevista 17)*
- *“No, es que por ejemplo aquí, a ver, yo siempre he tenido el apoyo de mis papás, lo que sí de repente, si mi mamá comió choclo con mayonesa y yo a la Camila le prohíbo comer mayonesa, entonces la desautorización me da rabia, porque mi mamá igual le echa”. (Entrevista 20)*
- *“¿Qué cosas te preocupan o molestan de esa situación?: “Eh, lo que me molesta es que es muy regalona, regalona de sus abuelos, de su papá, entonces ellos le demuestran el cariño con dulces, eso es lo que me molesta un poquito porque soy siempre yo la bruja que le anda quitando todo, que no coma; es súper complicado*

porque la Coni, ella lo que pide le dan, yo le digo que no y le da un pataleta segura". (Entrevista 21).

Ante lo anterior, podemos concluir, que las declaraciones nos muestran que a las entrevistadas, madres de niños obesos, les es difícil hacer coincidir lógicas de placer con lógicas de salud. Donde, además, se da una negociación permanente con el entorno familiar en la práctica de alimentar a los niños, ya que al adquirir parte del discurso médico, trata de convencer al resto de los familiares para que asuman el mismo discurso.

Medios de comunicación

Las informaciones emanadas por los medios de comunicación en torno a las temáticas relacionadas con la alimentación, la salud y la obesidad son evaluadas de manera positiva en 14 enunciados y negativamente en 6. De éstas últimas, dos afirmaciones muestran los dos polos en que los medios de comunicación pueden tratar el tema (de manera superficial o de forma extrema), y una tercera declaración indica la confusión que los medios de comunicación le provocan.

- “Y por ejemplo, lo que has visto en los medios de comunicación, cuando tratan el tema, ¿tú les prestas atención?: *Es que nunca lo he escuchado, es que como que no le dan importancia a esa cosa. ¿Te parecería bien que le prestarán atención?: sí poh, porque le dan más importancia al cigarro que te puede dar cáncer y esas cosas...*”. (Entrevista 19)
- “*Sí, es que igual yo no veo tanta-tanta tele, pero las veces que he visto el reportaje de la anorexia por ejemplo, igual yo encuentro que se van al extremo de mostrar gente flaca-flaca, que no pueden ni caminar, porque igual encuentro traumante que un cabro chico vea eso, porque si estamos en la onda de que van a bajar de peso, a mí se me imagina que la Camila me diga que yo quiera que esté así, entonces encuentro que se van al extremo de algo*”. (Entrevista 20)
- “*Yo veo en la televisión a las nutricionistas que hablan y toda esa cuestión, la del Trece el otro día decía, que una mitad de pan equivale a tres galletas de agua y que tres torrijas de pan de molde, o sea porque a veces uno dice: me voy a comer cinco panes de molde porque el pan de molde no engorda, pero no, porque parece que tres o cuatro panes de molde equivalen a una mitad de marraqueta y cuatro galletas de agua igual, o sea si me como todo el paquete de galletas es igual que si hubiera comido dos panes*”. (Entrevista 2)

Industria de alimentos

La influencia, las comunicaciones e informaciones elaboradas por la industria de alimentos en torno a los riesgos y beneficios de los productos procesados y ofertados en el mercado, así como sobre las temáticas relacionadas con la alimentación, la salud y la obesidad de las personas, son evaluadas de manera positiva en 11 ocasiones, y negativamente en otras 9.

- *“Depende de los alimentos poh, no sé poh, los lácteos, los yogures yo creo que son buenos, una leche, todo eso, sobre todo para los niños yo creo, la lactosa, eso”. (Entrevista 4)*
- *“Ahora cuénteme, ¿qué piensa usted de la industria de alimentos?, ¿cree que es buena o mala?: Los alimentos como que no sé, creo que tienden a hacer engordar a la gente, porque yo misma veo que la juventud no es como la de antes, yo era súper delgada, porque me crié con verdura, todo de campo, en el sur, nunca fuimos gordos, pero usted ve hoy en día la juventud, mansa de gorda”. (Entrevista 3)*
- *“No, no me gusta porque yo creo con eso también a los niños les echan otras cosas, otros químicos y los niños parecen igual que con esto que les echan a los pollos, mucha hormona que les echan a los pollos, por eso yo digo, los pollos no los como mucho porque eso también les hace mal a uno, los pollos tan artificiales digo yo, ahora los pollos no son como antes, si yo, creo que no, no me gusta la comida de las fábricas”. (Entrevista 8)*
- *“Yo pienso que no soy tan partidaria de eso, ni la carne, ni las cosas que vienen así en pocillitos, no, a mí no me gustan, me gustan las cosas que yo estoy viendo que me las hacen bien, no me gustan las cosas envasadas, no me dan confianza”. (Entrevista 17)*

Sociedad

La influencia, las comunicaciones e informaciones provenientes del discurso de la sociedad global (nacional e internacional indistintamente) referentes a las temáticas relacionadas con la alimentación, la salud y la obesidad son evaluadas de manera positiva en 14 declaraciones y negativamente en 6. Destacándose que con respecto a este último grupo, las razones esgrimidas para argumentar dicha valoración incluyen reflexiones en torno a la discriminación y la responsabilidad social (del Estado, de la industria, de los medios de comunicación y la comunidad en general) en relación con el bienestar de las personas afectadas.

- *“Ahora todos tienen que ser flacos para su trabajo, para la ropa yo creo, hay mucha ropa que es solamente para las flacas, entonces hay muchas mujeres que se dedican a puro, yo creo que adelgazar, a comer mal, porque uno no sabe que come mal, uno no sabe qué cosas tiene que comer, deja de comer algo y eso le hace mal”. (Entrevista 2)*
- *“Sí poh, hay mucha presión por esto de la belleza, la misma televisión a donde van a llevar una niña, una mujer gorda a la televisión, jamás se ha visto, puras flaquitas, sí poh, entonces la televisión ayuda a que las niñas sean, que de repente ni coman, después la alimentación, que la anorexia, que todo esto y sí, la televisión tiene la culpa de todas esas cosas”. (Entrevista 6)*

- *“Yo creo que sí, bueno en mi caso mi hija es gordita también, igual que Benjamín que estuvo obeso, pero es parte de la sociedad, eh, yo le digo a la Catalina y converso con Sergio de que, a una persona obesa es más difícil que obtenga trabajo, que se le mire mejor, desde que van al colegio, hasta que se casan, siempre la gente prefiere, estigmatiza a esas personas”. (Entrevista 13)*
- *“¿Te sientes presionada por la gente?: Es que yo realmente, no, porque yo igual soy de contextura flaca, pero a lo mejor, no sé, si fuera más gordita, yo creo que ahí me sentiría mal porque a parte que la sociedad exige como un prototipo de persona y a los gorditos no les dan trabajo, les cuesta caminar, tienen problemas de salud, pero por lo menos yo no me siento desconforme con mi cuerpo, pero si fuera gorda, talvez estaría más preocupada, porque yo como y como, y estoy así”. (Entrevista 15)*

REPRESENTACIONES POPULARES SOBRE ALIMENTACION

En este apartado se intentará dar cuenta de las distinciones entre alimentación propia y ajena (familiar y del hijo); saludable o no saludable, evaluación y conocimientos sobre la lactancia y el uso de reemplazantes o suplementos de la leche; la alimentación entre comidas, preferencias, aversiones, gustos y disgustos; además de las opiniones sobre los productos light, descremados o diet, sobre las dietas, la importancia y el orden de los alimentos, los precios, las marcas y la salud.

Alimentación saludable

Las entrevistadas participantes del proyecto ZINC, declaran que, desde una perspectiva normativa, es decir desde las expectativas sobre cómo “debería ser” una alimentación saludable, ésta es aquella **rica** en verduras, frutas y leche, **moderada** en arroz, tallarines, masas y carne sin grasa, **baja** en bebidas, pan y dulces, de preferencia líquida y caliente (distintos tipos de sopas, incluso cazuela y carbonada); en porciones adecuadas (de acuerdo al ciclo vital), además de preparada en casa.

- *“La alimentación saludable es una que no tenga tantas grasas, que haiga verdura, que haiga fruta, no tantas cosas con grasas como comer carne de chanco, eh, cosas así, eso es una alimentación saludable, que haiga leche, que haiga de todo un poquito, pero yo creo que no tantas cosas con grasas”.* (Entrevista 02)
- *“Más sano pa mi es la leche, quesillo, eh, en vez de bebida yo le daría un néctar a un niño, eh, pan, pero de ese pan centeno que hay, de ese darle, acostumbrarlo a ese porque el pan amasado engorda, yo sé que es rico el pan pero engorda, evitar todo lo que es grasa, las carnes con menos grasa, todo eso, darles más de las cosas de mariscos, pescado, preocuparse que la carne no tenga tanta grasa, la comida no echarle tanto aliño, aceite, tanta cosa de aliño y todo eso”.* (Entrevista 07)

También se evidencia una alta preocupación por los horarios de comida y una tendencia a conceptualizar la comida húmeda (sopa), de campo, y de “antes” como una versión de alimentación más completa y variada.

- *“¿Cuál sería para ti esa alimentación sana?: Frutas, la comida a su hora y no darles cosas después, porque yo le doy a mi hijo, mi hijo me pide un yogurt y yo se lo doy, me pide chocolate y le compro... pero no dándoles eso, ni dulces, ni a deshora yo creo que están bien”.* (Entrevista 18)
- *¿Qué cosas tú crees que son más sanas?: Yo pienso que las que tiene sopa poh, porque por ejemplo la cazuela tiene el pollo, una papa, un trozo de zapallo, ¡sí hay!, verduras, zanahoria, cebollas, porotos verdes, arvejititas, entonces igual tiene más cosas, como la sopa de campo poh. En cambio si uno hace arroz con bistec, es solamente el arroz y el bistec”.* (Entrevista 20)

A partir de las cuatro citas expuestas, podemos inferir que se asocia alimentación saludable con “comida suave” (evitando las grasas y prefiriendo productos livianos en calorías), la cual sería la ideal para ser entregada a los niños. Por otra parte se hace alusión a comidas “más completas”, no en el sentido de un alto valor calórico sino más bien a una mezcla de alimentos considerada por ellos saludables.

Alimentación incorrecta

En contraposición a la alimentación saludable, la incorrecta es aquella que se describe como desordenada, en porciones inadecuadas con respecto a la composición corporal y sus combinaciones, por ejemplo, cuidando de no mezclar tomate y leche o incluyendo huevo en las distintas clases de preparaciones. Asimismo, las madres notan o están al tanto de que las comidas muy saladas están asociadas con problemas de hipertensión, y que las preparaciones dulces tienen conexión con la diabetes. Además, le entregan una connotación negativa a la comida seca, asada y proveniente de locales comerciales, entre la que se incluye la categoría de comida que se define como “preparada”, “chatarra” y “embutida”, así como también de toda aquella que ha sido producto de modificaciones genéticas – hormonales, y que se concibe como opuesta a la comida de campo.

- *“Las comidas con grasa, las que venden con mucha grasa, comer mucho pan, ahora que estamos en invierno las sopaipillas, las empanadas y todas esas cosas... las papas fritas, los chocolates, los pasteles mismos, más que nada lo que es con masa es lo que afecta a que tu empecé a acumular grasa, grasa, grasa y te va poniendo gorda”. (Entrevista 1)*
- *“Es que... no...sé, la longaniza, esa es una bomba de tiempo en el estómago, para mi igual, porque me da acidez, después, ponte tú que comemos longaniza en el almuerzo y después como a las 6 de la tarde tomamos un vaso de leche y eso nada que ver, no nos da fuerza, ni pega, pero nunca comimos comida que no se puede mezclar con otra”. (Entrevista 4)*
- *“Yo creo debe ser distinto, porque no hace tantos años que salieron más centros de comida chatarra, el McDonald, el Doggis, Burger King y por ejemplo a mis hijas igual les gusta ir al McDonald y yo no las he llevado nunca, una vez tengo que haberlas llevado, pero... la gente siempre prefiere comerse algo así, en vez de algo más sano, como una cazuela o un charquicán”. (Entrevista 20)*

Es interesante reconocer que en una de las declaraciones se reconoce de manera explícita que comer sano no es posible en la ciudad, ya que sólo en el campo se encuentran los productos naturales. En esta declaración encontramos una suerte de “interpretación equivocada” de lo que es un estilo de vida saludable, ya que la madre no distingue posibilidades reales de adaptación hacia una alimentación saludable desde su entorno familiar y urbano, en este último caso desde la ciudad.

- “¿Lo malo que sería?: *“Nada es natural poh, uno se come un huevo y todo es con hormona, una carne, todo con hormona, un pollo es lo mismo, o sea la única manera de comer sano y natural es cuando uno va al campo, porque uno sabe que es natural poh”*. (Entrevista 6)

Alimentación familiar

En respuesta a preguntas sobre cómo consideran que se maneja la alimentación familiar, las entrevistadas declaran consumir una alimentación variada, en algunos casos “saturadas” y en otros “suficiente”, en cuanto al contenido de verduras que se espera tener, además de consignar que hacen lo posible por obtener productos del campo, de contenido natural de acuerdo a la disponibilidad de temporada o estacional.

- *“Aquí en la casa por lo menos, se come de todo, de todo lo que yo hago, es muy raro cuando alguien dice “no, esta comida no” los niños no más que no les gusta el puré, ni el arroz, pero igual comen, hay que servirles poquito...porque hasta cochayuyo, luche, de todo se hace poh, de todo, garbanzo, no muy seguido esas cosas, o sea lo que más se hace son porotos y lentejas, pero garbanzo igual cuando se hacen, todos comen, pantrucas, o sea de todo, de todas las comidas que uno siempre, guatitas, o sea siempre se come de todo”*. (Entrevista 2)
- *“...Aquí mi mamá es súper light, come puras ensaladas, a si que por eso, nosotros a veces una vez a la semana comemos carne, los otros días es pura comida sana, ensalada y el litro de aceite le dura más de una semana a la señora, no somos de comidas abundantes, les gustan las ensaladas, las legumbres”*. (Entrevista 15)
- *“Aquí les gusta de todo, no desprecian nada, lo que no les gusta son esas cosas livianas, a ellos no les gusta comer una ensalada que no tenga carne o huevo, o sea, no les gusta nada que sea una cosa dietética, si no que les gustan puras cosas que engorden.... cuando llega mi mamá ella también hace cosas livianas porque también está a dieta, pero para mi hermano ella cocina fideos con salsa, un huevo, o cualquier cosa que tenga para echarle al buche, pero cocino yo, porque soy la que pasa más acá”*. (Entrevista 16)

Además, declaran estar preocupadas de incorporar a los niños en los gustos y preferencias de la casa, (preocupación por la comensalidad), sin embargo reconocen que deben acceder a ciertos requerimientos de sus hijos.

- *“Aquí cocino yo, y lo que más se hace es... es arroz, la cazuela y no sé poh, de vez en cuando se hace un guiso de acelga o zapallito italiano, pero esas son cosas que cuestan más, no sé poh, una vez a la semana o cada dos semanas, porque como cuesta que coman es un batalla de todo el tiempo para que se coman esa comida, a parte que hay que estar haciendo dos platos de comidas, para los que les gusta y para los que no, entonces se cocina poquito”*. (Entrevista 21)

No solamente las madres reconocen que deben enfrentar las imposiciones de sus hijos respecto de lo que desean comer, sino también con la opinión de sus maridos. Se expresa de éstos, que son poco moderados en su consumo alimenticio (fideos, arroz, porotos, charquicán, cazuela, zapallo italiano, pastel de choclo, guiso de acelga, son las preparaciones más mencionadas en la descripción), por lo que en ocasiones deben preparar comidas más pesadas, rendidoras y fuertes.

- *“A mi hijo le gusta lo salado y lo dulce y a mi me gusta lo salado, a mi marido igual le gusta lo salado, la leche le gusta bien calentita, a mi igual, el té me gusta hirviendo, la sopa igual, mi hijo come de todo, a mi marido no le gustan las lentejas, a él no le gustaban pero ahora las está cotizando, le gustan las frutas”.* (Entrevista 11)

Alimentación del hijo

En cuanto a las nociones que permiten describir la alimentación de sus hijos, las entrevistadas de la Pintana sostienen que ésta se ha ido mejorando paulatinamente, ya que han aumentado el consumo de verduras (que puede llegar a ser saturada), han restringido el consumo de bebidas, golosinas y pan, reducido la cantidad de las porciones, incrementado la preferencia por platos líquidos, más livianos y más nutritivos de acuerdo a sus parámetros, así como la preferencia por comida procesada en casa (pollo, papas, zapallo, cazuela, albóndigas, pantrucas, sopa de pollo, porotos, pana son las preparaciones más mencionadas).

- *“Para darle sus cosas a la Jocelyn, no soy de estas personas que le doy puras cosas secas por ser, sino que yo por ser ahora ya, voy a hacer una cazuelita de pollo, y yo le saco todo, todo el cuero del pollo, lo pelo, lo pelo, hasta que, yo eso hago, mañana voy a hacer carbonada, no hago casi muchas cosas secas y a ella le doy su plato de comida, le puedo dar una ensalada de fruta, por ser una manzana, naranja, le echo todas esas cosas, yo lo que más le doy a la Jocelyn es agua, ella me pide bebida y no le digo yo, usted tiene que tomar agua, su cuerpito tiene que tener mucho agua, mucho agua le digo yo, bebida no porque le hace mal”.* (Entrevista 9)
- *“Yo encuentro que el Benjamín se alimenta bien, le gusta todo tipo de comida, lo único que me rechazó una vez fue el pimentón, pero a él le gusta todo, pienso que él parte de la base con su yogurt, su cereal, después toma leche con cereal, su almuerzo con ensalada, a veces jugo, a veces no, pero dentro de lo que yo puedo, pienso que él se alimenta bien, porque toma sus 2 ó 3 mamaderas diarias, cena en la noche, come también”.* (Entrevista 13)

Ante preguntas sobre la duración que tuvo el período de lactancia de sus hijos, las respuestas son difusas y diversas. El principal consenso es que nunca se optó por una lactancia materna exclusiva, a pesar de que se la valora positivamente, advirtiendo que se

dieron diferentes obstáculos para concretarla y que les queda claro que posee importantes beneficios para el crecimiento de un niño.

- *“Si, es que a ver, la Joyce tomó pecho hasta los 3 años 2 meses, o sea hace poquito dejó el pecho, sí, es que donde ella mamaba constantemente, pero ahora como se la empecé a quitar, ya nada”. (Entrevista 1)*
- *“¡El Daniel tomó pecho hasta los 2 años 4 meses! Tuve que ponerme anestesia, no había caso, tuve que ponerme de todo, nunca quería dejar el pecho y todavía de repente anda pidiendo. No había caso con el Daniel”.(Entrevista 3)*
- *“Cuando recién nacieron ellos pasaban con el pecho metido ahí en la boca de ellos, no les dejaba respirar, porque tenía buena leche y con los dos fue igual, entonces talvez les acostumbre mucho al estómago grande yo misma, yo misma les hice el estómago... el José Luis tomó pecho hasta los 6 meses, pero yo tenía así las medias lecheras, era buena lechera, él estaba una hora chupándome a mí, el Eliseo no, el Eliseo hasta los 4 meses, los 5 meses parece”. (Entrevista 10)*
- *“Ya para cambiar un poco de tema, ¿qué piensas de la lactancia materna?: Sí, es buena, o sea la Escarlet me tomó leche y por lo que la matrona me ha dicho es buena para sus defensas, la alimenta más que un yogurt, son más vitaminas, pero ella (Fabiana) nunca me tomó pecho, habrá tomado 10 días, porque me rompió los pechos y yo misma le quité la leche, pero con la Escarlet, a pesar de que me nació con dientes, yo le daba igual, ella a los 8 meses lo dejó sola, no quiso nada más”. (Entrevista 16)*

De las respuestas anteriores, encontramos entrevistadas que declaran haber entregado una lactancia prolongada (más de 6 meses), otras que expresan el haber otorgado una lactancia adecuada (6 meses) y las que reconocen que no fue lo suficientemente prolongada (menos de 6 meses).

Alimentación propia

Por su parte, las entrevistadas describen tener una alimentación desordenada, por lo que se vislumbra de manera implícita que existe un “reconocimiento de que la práctica alimenticia que ejercen para ellas mismas no es la correcta”. Sin embargo, lo que hagan o no con su propia alimentación no les preocupa tanto como la de sus hijos, en relación al horario y los productos.

- *“Yo estaba acostumbrada a comer harto porque mi ritmo de vida era comer harto y como veía que era flaquita y no engordaba, entonces yo me aprovechaba, entonces cuando me casé con mi marido si el comía 2 platos, y yo 2 platos, entonces comíamos harto y ya después cuando yo quedé embarazada de mi hija comí mucho más porque yo me quería ver así de gorda, quería tener la tremenda guata, que me vieran que estaba embarazada”. (Entrevista 2)*

- *“Cuando estoy sola puedo almorzar a las 4 o a las 5 o si no, no almuerzo, tomo once y nada más, no tengo un horario, pero cuando estoy con los niños, con mi marido ahí está el horario, pero estando sola no, yo me puedo tomar el desayuno y puedo estar hasta las 5 o las 6, puedo comer si tengo hambre y si no la pura once antes de acostarme, pero no tengo un horario de comida”. (Entrevista 7)*
- *“Es que yo como casi más ensaladas, como más fruta, todo más sano, no como tantas cosas con fritura. Tía, si yo era muy chancha para comer, sabe que yo antes cocía el pollo con el cuero, me hacía de esos picantes que se le echa cilantrito y ya después dije yo, nada más, dije no, eso no es para mí”. (Entrevista 9)*
- *“No... diferencia podría haber sido que a mi me gusta harto la fritura y me gustan todas las cosas con harto aceite, entonces yo creo que es eso también, porque de repente yo le hago un tomatito y se me va la mano con el aceite, yo creo que en esa cosa podría influir, pero en la alimentación son iguales”. (Entrevista 19)*

Es rescatable reconocer a partir de las dos primeras citas anteriormente mencionadas respecto de la alimentación propia de las madres participantes del estudio de Zinc, que se evidencian, en las mujeres entrevistadas, la falta de comensalidad, mucha soledad y tiempo libre. Por tanto, en este punto, se estaría cumpliendo el argumento de la alimentación vagabunda, la cual se caracteriza por la superficialidad e instantaneidad de las interacciones, donde ya no interesa qué, ni con quién comer.

Alimentación entre comidas

Con respecto a la alimentación entre comidas, ocho de 20 entrevistadas declaran que sus hijos se sirven frutas durante ese período, cuatro de éstas mencionan que los niños consumen pan durante el mismo período, cinco de ellas indican que a los niños se les compran “cosas ricas” (helados, galletas, chocolates, papas fritas) para satisfacer la ansiedad u hambre del momento, y tres de ellas señalan que los niños ingieren de preferencia yogurt durante ese tiempo.

- *“¿Es bueno para comer a deshora?: “Digamos que después que come igual está picando, porque come fruta, después que quiere esto otro, por eso a mi no me gusta darle comida en la tarde, porque pica de todo, come de todo”. (Entrevista 17)*
- *“Entre medio igual come frutas, una vez a las quinientas, esta semana no le he dado ningún día para que se coman un helado, pero esas cosas por lo general, la Valentina es buena para la fruta, trato no darle tanto pan”. (Entrevista 20)*
- *“O sea, si hay cositas ricas para comer, comen cositas ricas, porque aquí siempre hay cositas ricas, aquí siempre hay un chocolatito, galletitas, entonces almorzamos, sábado y domingo cosas así, podemos estar acostados viendo tele y sacamos unas papitas fritas, que nos comemos unas galletitas, cosas así, en este tiempo y el verano comemos un heladito”. (Entrevista 2)*

- *“Por ejemplo cuando ella quiere algo no le compro dulces o cosas así, a mi me gusta comprarle un galleta digamos, o un yogurt... dulces, chicles o chocolates, cosas que ella ve así no, le digo no, pero la Coni es mala para las cosas dulces, así duros, es mala”. (Entrevista 4)*

Importancia de los alimentos

Hallamos clara referencia a que la prioridad en alimentos se dirige al consumo de leche, verduras y frutas. Asimismo, las descripciones nos muestran que las entrevistadas asocian los lácteos, con el mantenimiento y mejora de huesos, las frutas y verduras por su aporte de proteínas y vitamina c, establecen una clara diferencia entre alimentos calientes y fríos y destacan el valor social de la carne, la cual les otorgaría un “buen” niveles de status y posición social.

- *“La leche para los huesitos, los niños cuando están creciendo, eh, nosotros cuando chicos nos criamos con leche, siempre los huesitos, para la osteoporosis cuando ya son grandes, cuando ya están adultos, que sé yo, eh, por eso para mi siempre lo principal es la leche... y la fruta, bueno, fruta aquí yo soy un poco mala pa la fruta porque me crié con fruta desde chica, él como no me ve comer tampoco come demasiado, pero si se sirve, así que en ese sentido tiene más vitamina C que, para poder ayudarlo, y las verduras, siempre estamos cocinando con verduras, más ensalada”. (Entrevista 3)*
- *“La fruta, que es lo más saludable igual, la carne igual, cuando comimos carbonada con carne, tallarines con carne, la ensalada igual, que comimos harta ensalada, aquí comimos harta ensalada, la niña igual es buena para la ensalada, la coliflor le encanta, yo como más lechuga, repollo, esas cosas, tomate de repente, es que es muy helado en este tiempo”.(Entrevista 4)*
- *“Yo pienso que las verduras porque tienen proteínas, el arroz porque les da como energía, vitaminas a los niños, yo creo que eso, lo que no puede faltar son las verduras, porque hacen crecer también a los niños, para que no se enfermen, **porque si uno invierte en alimentarse bien, está invirtiendo en que los niños no se enfermen...** para mi las verduras son lo más saludable, los lácteos también, después vendrían las legumbres y como mi marido es salado, vendrían las masas que es lo que más engorda, esa es como la escala”.(Entrevista 13)*
- *“Si te pido que me establezcas u orden, ¿qué tan importante sería la leche para ti y para el resto de la familia?: Para mi la leche es lo principal, en primer lugar la leche, con ellos tres no tengo problemas con la leche, son buenos para la leche, con la mayor, ahí es pelea segura, con el papá y la abuela no, es poco y nada. Y la carne, ¿qué lugar tendría para ti y el resto de la familia?: Es que lo que aporta lo puede tener otro tipo de alimento, porque como hay gente que no come carne, entonces para mi no tiene tanta importancia, pero en la casa tiene un valor súper importante, o sea, se pide que todo sea con carne, todos los días. ¿Es igual con el pescado o el pollo?: No, pollo, no sé, una vez a la semana pescado, nunca casi o*

una vez cada tres meses, la nada misma, es bastante distanciado, porque no comen”. (Entrevista 21)

- *“El cambio, el proceso en que el empezó a comer comidas más elaboradas, ¿Cómo fue?: Igual me costaba darle la comida, pero primero empecé a darle comida bien molida, pasada por la juguera, y cuando le empezaron a salir los dientes así más picadita, porque al año le empezaron a salir los dientes y otra que ahí están más grande porque tienes que hacerle el estómago, porque igual al darles comidas muy molidas, el estómago no les trabaja mucho”. (Entrevista 12)*

Light, diet, descremado, etc.

En cuanto al uso y valoración que las entrevistadas le otorgan al consumo de productos light, diet y descremado, las declaraciones apuntan a valorar positivamente el uso de los productos descremados en dos oportunidades, productos diet en cuatro sentencias, y productos light en siete oportunidades.

- *“porque a nosotros nos gustan las cosas light y tienen mejor sabor, pero mi mama, como le explicaba la otra ve, le gusta lo vegetariano, le gusta todo, ella como que me acostumbro siempre a comer así y yo lo practico con los niños” (Entrevista 13)*
- *“yo he probado de los diet y encuentro que son igual, o a lo mejor no me he fijado bien y son distintos, pero igual compro cosas diet, les encuentro el mismo sabor e igual sirven para mantenerse”*

Existen cinco referencias negativas sobre los productos descremados y dos referencias a los productos light, las cuales nos indican lo caro e insípidos que les resultan estos productos.

- *“Es que realmente yo he probado de los diet y de los otros y encuentro que son igual, o a lo mejor no me he fijado bien y son distintos, pero no compro cosas diet, a parte que son caras y como les encuentro el mismo sabor, para mi son pérdida de plata, entonces no compro, para mi esas cosas no”. (Entrevista 1)*
- *“Por ejemplo las cosas light o diet, ¿crees que es bueno darle a los niños chicos?: No, para los niños chicos no es bueno, encuentro que son más para las personas adultas. ¿Tú los has probado?: Es que no me llaman la atención, yo he probado bebidas light y encuentro que tienen el mismo sabor, encuentro que no cambian en nada, o sea lo poco de azúcar ni se nota”. (Entrevista 18)*

Precios marcas y salud

Constatamos que las entrevistadas establecen una asociación fuerte entre lo “sano”, el “precio” y la “marca” de un producto. El concepto de Marca no se interpreta como sinónimo de calidad, ni de economía propiamente tal, sino que tiene que ver la experticia aplicada en su preparación, el sabor que se obtiene de estos (lo bueno se paga caro) y lo

saludable de los productos que se ve principalmente reflejado, por la fecha de su elaboración.

- *“Sí poh, por ejemplo SOPROLE igual es de una marca que es buena o WATTS, una leche común y una leche SOPROLE no es lo mismo, por ejemplo la CAMPO lindo o no sé las otras marcas.... Pero eso, va todo en la marca no más, en cuanto a la calidad, la marca influye más porque son productos más buenos, que otros”. (Entrevista 4)*
- *“Yo siempre compro lo que esté más barato, pero siempre veo la fecha, cuando vence y todo eso, porque no vamos a decir que el ACONCAGUA es más barato que el CAROZZI, pero **mi esposo siempre dice que el ACONCAGUA es más negro y el CAROZZI es más blanquito**, pero uno siempre tiene que ver el bolsillo de uno, porque ahí uno se ahorra pa comprar una salsa o cualquier otra cosita”. (Entrevista 7)*
- *“Eh, yo creo que más sano o mejor deben ser las leches instantáneas, que son las que revolvi y quedan listas altiro, pero igual son más caras, aparte que igual dicen que la leche NIDO es la mejor, pero es muy cara, así que yo no le compro de esa, yo le compro de la más barata no más y siempre es ULA, la del envase azul o a veces está de oferta la CALO, pero son como las 2 que le estoy dando”. (Entrevista 15)*
- *“Si tu veí la leche normal, entera, vale \$350 el litro y la descremada \$550; entonces igual son \$200 pesos más, porque igual a uno le cuesta más, y por la misma cantidad, un litro; y el pan normal, cuanto vale, \$620 el kilo y una bolsa de pan integral vale \$1000, entonces por eso que... el yogurt light también es caro, entonces...”(Entrevista 20)*

REPRESENTACIONES POPULARES SOBRE EL CUERPO

En este apartado describiremos las concepciones de belleza, las consideraciones sobre cuerpo propio y ajeno, cuerpo gordo, flaco, sano o enfermo. Teniendo en cuenta, que el sistema sociocultural del cuerpo está compuesto por un sistema personal o Cuerpo Individual, un sistema interaccional o Cuerpo Social, y el sistema funcional o Cuerpo Político, y que buscábamos acceder a sus representaciones, a través de los conceptos de belleza y salud, puesto que se postulaba un equilibrio entre bellezas (interna – externa) y entre lo saludable o no. Conciliando todo esto con lo que los hace felices (placer) a la hora de alimentarse, y que simultáneamente se opone a lo normativo de lo que debería ser saludable.

Belleza general

De un total de 17 declaraciones encontramos 14 de ellas que aluden a la belleza como un elemento interno en el que podemos incluir referencias a sentimientos, simpatía, comprensión, religión y humildad.

- *“Ehm, al conversar con esa persona, al tratar con esas personas, porque de repente yo puedo ser pesada o digo yo, esa señora que es pesada, no me cae bien, ehm como se dice, hay que tratar a las personas para poder encontrarlas... buena gente... porque de repente puede ser fea pero si los sentimientos de la persona son buenos, ya cambia la cosa”. (Entrevista 5)*
- *“Yo creo que son varias cosas...porque una persona no es necesario a lo mejor que sea un cuerpo tan lindo, pelo largo, a veces puede ser simpática, una sonrisa puede ser ya bonita, pero una persona puede ser gorda y puede ser bonita, porque se ríe, una persona no puede ser muy bonita pero si se arregla bien, anda bien ordenadita ya es bonita”. (Entrevista 2)*

Además, encontramos una referencia a un proceso donde la belleza externa se hace tributaria de la interna.

- *“Para lo de afuera, físicamente, una persona bella tiene que igual ser una persona bonita de físico, buen porte, ni tan chico, ni bajo, un color natural también, ni tan rubio, ni negro, para mi eso es un persona bella, bien natural. Y alguien por dentro tiene que ser amable, sencillo, humilde sobretodo, para mi tiene mucha belleza la humildad”. (Entrevista 14)*

Como parte importante de este concepto también se hicieron manifiestas las preocupaciones por el aseo, la higiene, y “facha” personal; al mismo tiempo que se hicieron presentes las preocupaciones por agrandar a las personas en todos los aspectos, es decir, “darse tiempo para conocerlas” y sopesar la naturalidad, espontaneidad, transparencia en el trato, que éstas desplegaban en sus interacciones diarias, a pesar de que se reconocía que la belleza física entregaba mayores oportunidades desde el punto de vista social (Ej. mercado laboral).

- *“Digamos de la persona, es cuando andan ordenadas, digamos que andan bien ordenaditas, por ejemplo si yo veo una persona por ahí y yo creo que anda ordenado, yo digo que ahí, esta persona se arregla, anda bien ordenadita, eso es como más de belleza, porque está la belleza interior también, uno se puede arreglar y todo, pero si el corazón no demuestra lo que es...” (Entrevista 17)*

Belleza corporal

De un total de 20 declaraciones, hallamos que ocho de éstas hacen referencia a la belleza corporal como un estado de equilibrio:

- *“En el cuerpo no creo mucho... sí, no lo veo por la belleza, no lo veo por lo físico, porque si yo salgo a la esquina, o digo yo, está weno el gallo que va ahí, no poh, no puedo, yo tengo que tratar con la persona y ver si me gusta cómo es, porque si son francos más cae bien, porque a mí me gusta ser franca”. (Entrevista 5)*

Una de éstas alude al concepto de belleza como algo relativo e irrelevante:

- *“Para lo de afuera físicamente una persona bella tiene que igual ser una persona bonita de físico, buen porte, ni tan chico ni bajo, un color natural también, ni tan rubio ni negro, para mí eso es una persona bella, bien natural”. (Entrevista 14)*

Una que sentencia la asociación Gordo- Feo y Descuidado:

- *“Digamos que para mí, un cuerpo feo es ya cuando las personas son gordas, así cuando ya están con sobrepeso o son obesos, o sea cuando no cuidan su cuerpo y va por la alimentación, porque comen de todo, le echan de todo al estómago y como que esos cuerpos son feos para mí porque la persona no se cuida”. (Entrevista 17)*

Cinco de éstas que definen la belleza como un estado o persona Delgada y Delicada en sus modales; dos que asocian el concepto a la altura de la persona.

- *“Ya, una mujer bella es una mujer, a ver, para los hombres las mujeres bellas son las delgaditas, bien formaditas, porque igual a las mujeres gordas como que no las pescan mucho, ya... que más, que sean como bien señoritas, bien finitas y toda la cosa, para mí esas son como las mujeres bonitas”. (Entrevista 12)*

Cuerpo hijo

De las declaraciones con referencia al cuerpo de los hijos, se enuncian 16 sentencias que hacen referencia a que el cuerpo de un hijo es bello siendo Gordo (una de éstas se remite exclusivamente a su cara), y dos a que el cuerpo del hijo es bello siendo Flaco.

- “Entonces con respecto a los niños, ¿cómo te gustaría que fuera tu hijo?: *No, a mi me gustaría que siempre fuera un poquito rellenito y que fuera sanito no más, yo no soy muy exigente en esas cosas, que sea, que tenga buena salud, que sea flaco – flaco no, me gusta que sea rellenito*”. (Entrevista 19)
- “ *Para mi los niños flacos son los más bonitos, porque hay niños que son de textura flaca y aunque coman todos los días miles de cosas, ellos siguen siendo flacos, en cambio los niños gordos, si comen más de lo que deben, más empiezan a engordar, y eso igual les causa problemas de salud y todo*”. (Entrevista 15)

Encontramos nueve sentencias que remiten a que el cuerpo del hijo es Bonito y cuatro sentencias que aluden a que el hijo es Alto:

- “*Yo lo encuentro bonito, bien, porque el Sergio siempre fue grande, nació con una talla mayor que los otros niños míos, y siempre estuvo sobrepeso, desde que yo le lleve, un sobrepeso no de 3 kilos, sino de gramos, siempre estuvo bien*”. (Entrevista 13)
- “*El Daniel, me cuesta equilibrarlo en el peso sí, porque él, como que tiende a ser más gordito... entonces cuesta equilibrarlo de repente, aunque es alto, es más alto para su edad... Siempre fue así, porque como yo sé que es gordito, entonces siempre ha sido macizo, no obeso, así grandote, ha sido un niño robusto, un niño gordito que por eso estuvo con nutrición por el hecho de que estaba subido de peso*”.(Entrevista 3)

Dos declaraciones que indican que el cuerpo del hijo es Equilibrado (ni gordo ni flaco; etc.):

- “*Sí, sí, a mi me gusta así, porque no me hubiera gustado una niñita flaquita así, que se enferme, a mi me gusta así igual, porque como está, está bien, no está ni gorda ni flaca, o sea está pa la edad y todo lo que ella come, igual está un poquito gordita, es que se le nota*”.(Entrevista 4)

Y una a que el cuerpo del hijo es Obeso.

- “*¿Cómo encuentras que está en estos momentos?: No, está obeso, yo lo reconozco, porque me pide y me pide, me llora y yo como mamá trato de decirle que no, pero igual llora, anda peleando, todo el día mañoso y no me gusta así, o sea, yo no lo malcrío, los que lo malcrían son sus abuelos*”. (Entrevista 18)

Cuerpo propio

De un total de 20 declaraciones, se presentan 17 sentencias respecto a la disconformidad con el cuerpo propio, de éstas, ocho sentencias se asocian o atribuyen causalidad al proceso de embarazo y nacimiento de los hijos, una a la falta de cuidado y responsabilidad por el propio cuerpo y una a las condiciones sociales en que se vive.

- *“Yo...con ganas de bajar de peso, con muchas ganas, todavía no encuentro el método pero con muchas ganas, pero cuesta, cuesta un mundo llevar un orden, incluso yo no como mucho ahora”. (Entrevista 1)*
- *“Es que es obvio que después que uno tiene una guagua el cuerpo no es el mismo, no es el mismo, mi cuerpo no quedó igual... igual de repente no me gusta como quedé, y en parte igual es mi culpa porque no me cuidé durante mi embarazo”. (Entrevista 4)*
- *“Yo estaba más gorda, yo estaba haciendo régimen junto con la Jocelyn, porque yo me sentía mal, sabe que como que yo me ahogaba, no podía respirar, caminaba mucho y me cansaba y como que ya estoy delgada yo también, porque me sentía mal”. (Entrevista 8)*
- *“No fui nunca gorda, era siempre pechugona, pero no era gorda, y eso me ayudó después de los embarazos, sí, quede bien de los embarazos, yo del niño menor quedé más gorda, pero de los otros dos quedé bien”. (Entrevista 13)*
- *“Eh, con mi cuerpo me gustaría trabajar, tener tiempo para mi, salir, porque tampoco salgo mucho, paso mucho en la casa y cuidarme, cuidarme mi cuerpo, tratar de bajarlo, porque tampoco me hace bien ser gorda, porque de repente se me baja la presión... y verme a mi misma también, mirarme a un espejo y decirme que también lo puedo hacer bien...”(Entrevista 16)*

Las tres sentencias restantes indican que existe conformidad con el cuerpo, y de éstas, encontramos que dos de ellas asocian la conformidad al hecho de ser “flacas” y una de ellas a la conformidad de tener un cuerpo saludable.

- *“ah no, yo me quiero mucho como soy, o sea, cuando chica era muy flaca, pero ahora encuentro que igual a nivel de mis amigos son todos chiquititos y gorditos, entonces como que me hacia mucho notar, pero no, yo me encuentro bien, no soy tan gorda, tampoco tan flaca, me encuentro bien como estoy” (Entrevista 14)*
- *“... de repente me molestan porque estoy delgada, pero de repente a uno la bajonean a donde estoy muy delgada, pero yo no me halló que estoy así, yo me encuentro bien, me siento bien así”.(Entrevista 17)*

Cuerpo Gordo / Flaco

De un total de 13 declaraciones, El cuerpo o persona Gorda está asociada a las palabras: Simpático en dos oportunidades, Divertido en una, Alegre en cuatro, Triste en dos oportunidades, Pacífico en una, Enfermo e Inteligente en una cada uno, Feliz en dos, Proactivo en una, Esforzado en una sola sentencia, y las frases “menos activo que”, “menos inteligente que”, “tiene personalidad para enfrentar a otros”, aparecen mencionadas en dos y una oportunidad respectivamente.

Además, de un total de 14 declaraciones, El cuerpo o persona Flaca está asociada a las palabras: Inseguro, Inteligente, Débil, Sano, Enfermizo, Educado, en una oportunidad respectivamente; relacionada a los conceptos Valiente, Adinerado en dos oportunidades, Activo en una, Feliz en una, Ágil en una y a la frase “fuerte de carácter” en una sola sentencia.

El cuerpo o persona Equilibrado se define como un proceso - sujeto intermedio entre Sano-Enfermo, Gordo – Flaco en cuatro oportunidades.

- *“No, los gordos yo siempre los he visto, ellos siempre son divertidos, mi esposo por ejemplo siempre anda echando la talla, bromeando, no se ve una persona triste. Claro que sí son cambiantes, porque dentro de sí llevan guardado eso, entonces ellos tratan de mostrar una cosa y por dentro son gorditos que no pueden bajar, entonces son personas ansiosas, se las ve en la carita y parecen que fueran felices”. (Entrevista 3)*
- *“El carácter si de los delgados es fuerte, es que ellos siempre tienen que salir con la de ellas, igual que mi hijo, si el sale, sale no más, no está ni ahí, en cambio el gordito es más pacífico encuentro yo, a donde no podrá correr yo pienso que tiene que ser más pacífico y aguantar todo”. (Entrevista 6)*
- *“No poh, entre los flacos y los gorditos (son) igual son felices, o sea, pero hay personas que no lo son, es más bien como nace la persona creo yo, porque a veces del nacimiento son delgados y felices, de repente son gorditos y felices, o sea, no tienen como compararlo, cada uno con su forma de ser, y como nació no más”. (Entrevista 16)*
- *“¿Qué cuerpo para ti es más sano?: “No, yo creo, las personas más flacas igual, porque encuentro que tienen más buena alimentación, pero ellos se prohíben de comer tantas cosas como nosotros, comen más vegetales, más carne, más fruta, pero depende de... se manejan más en la alimentación, porque igual tienen, han estudiado, tienen más cultura... nosotros que somos más jóvenes, a veces no sabemos que darle al niño, podemos echarle y echarle, pero no sabemos qué le hace mal”. (Entrevista 19)*

Cuerpo Sano / Enfermo

De un total de 13 declaraciones, encontramos que una de ellas hace la asociación Gordo – Sano, cuatro que hacen la asociación Flaco – Sano, cinco que hacen la asociación Flaco – Enfermo y tres que aluden al concepto de Equilibrio. De acuerdo a éstas, el flaco es débil, el gordo más sano y el aspecto físico es conceptualizado como una careta o fachada que oculta el estado de salud.

- *“Obviamente el que no está obeso, o sea el que no está sobrepeso, o sea en si, juntándolo con la obesidad está claro que el niño delgado está más sano que el obeso, pero a veces hay gorditos que son más sanos de salud, o sea, no han tenido*

*bronquitis, no han tenido enfermedades virales así y el flaco las ha tenido todas, entonces... a veces como que **no se compensan** las cosas. El gordo es más sano y el flaco es más débil, pero el gordo está más propenso a tener dolores musculares, que la salud, que los pies”. (Entrevista 1)*

- *“Es que de por si la gente siempre dice que un niño gordo está sano, y de repente es todo lo contrario porque al niño gordo le cuesta más hacer las actividades, mi hija por ejemplo de repente se cae y le cuesta pararse o subir la escalera, igual tienen como prohibiciones cuando son muy gorditos, les cuesta hacer más cosas que a un niño más flaco”. (Entrevista 4)*
- *“Yo siempre he dicho que un gordito se ve más sanito porque donde tiene sus buenos colores, claro que no vamos a saber lo que hay por dentro, y el flaquito, yo tengo un niño flaquito que siempre anda enfermito poh, siempre pasa con dolor de cabeza, es que es delgado, de estatura delgada y bueno pa comer, no para el diente, pero su estatura es delgada”. (Entrevista 7)*
- *“Ahora con respecto a si es más sano un delgado que un gordo, a mi me ha tocado que los míos son, la niña ha sido más enfermiza y es la más gordita de todos. Así que por estadística yo creo que los gordos son más propensos a las enfermedades. La Catalina ha sido más enfermiza”. (Entrevista 13)*

REPRESENTACIONES POPULARES SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD

El propósito de este apartado es dar a conocer las apreciaciones y conceptualizaciones que sirven para dar cuenta de las configuraciones que los apoderados dicen tener respecto a siete aspectos que sirven para la configuración y sedimentación de las representaciones correspondientes. Estos corresponden a las definiciones sobre el proceso (continuum) salud – enfermedad en general y sobre la obesidad en particular, identificación de sus causas y estrategias para enfrentarlas (incluidas las recetas caseras), enfermedades respecto al peso, dietas y régimen de alimentación, progresos en el tratamiento, y apreciaciones sobre la relación alimentación - salud – enfermedad.

Para abordar las primeras de estas apreciaciones las interrogantes estuvieron dirigidas a determinar qué entendían por salud, sopesar los factores a los que eran atribuidas la falta de ésta y sus consecuencias.

Salud y enfermedad

Entre las apreciaciones de las entrevistadas que sirven para responder a las interrogantes respecto al proceso de salud encontramos cuatro variantes para su definición, dentro de las cuales, la primera y más importante, es la que hace referencia o concibe la salud como un “estado general de bienestar o felicidad,” seguido por la definición que considera la “salud como actividad u estado habilitante”, luego como un proceso de buena alimentación y finalmente como una “necesidad” de primera prioridad.

- *“Sí poh, es por fuera y por dentro la salud, si uno está mal por fuera, está todo mal por dentro, eso es lo que he aprendido yo ahora, con la enfermedad que tengo, porque me dice el doctor que si uno está mal por fuera, todo está mal por dentro igual”. (Entrevista 6)*
- *“La salud es sentirse bien, no tener dolencias, ¿y qué personas son para mi saludables con respecto a la gordura dice usted? No necesariamente, en general más bien: Yo pienso que las personas que se alimentan bien son saludables, el caso de mi mamá, ella se alimenta muy bien, muchas verduras, cosas a la plancha, ella me ha enseñado mucho como alimentar a los niños, ella es saludable, a los 50 años es saludable, tiene un problema, le descubrieron hace unos años un problema de diabetes e hipertensión... y ella se ha mantenido, jamás le ha dado un coma diabético, porque se ha mantenido con puras verduras”. (Entrevista 13)*
- *“Cuando las personas están sanas, ni resfriadas, ni nada, yo encuentro que una persona, a veces un resfriado es importante, pero igual sigue siendo sano aunque esté resfriado, pero es eso, una persona que esté bien y no ande con enfermedades largas, porque aquí hay gente que se enferma muy seguido, que si no es una cosa es lo otro, yo creo que en eso igual afecta la alimentación, por que si uno come lo que debiera no se enfermaría tanto y hay gente que se alimenta mal”. (Entrevista 14)*

- *“Yo creo que la salud, porque uno no saca nada si no se cuida, uno tiene que ser bella, cuidarse el cuerpo como dicen, digamos que yo voy a la iglesia y la palabra dice que el cuerpo es de uno, y uno tiene que cuidarlo, porque hay gente que no se cuida el cuerpo, no entienden que hay que quererse a uno mismo”. (Entrevista 17)*

Las definiciones de salud adoptadas por las madres de la Pintana nos manifiestan la presencia de una visión global y conciliadora del concepto, pues ésta se concibe no sólo como un estado pasajero y concerniente al presente, sino que más bien, corresponde a un continuum donde podemos observar referencias a nociones como lo externo e interno, lo personal o social y el “ser”, “tener” o “estar” en un estado de salud adecuado, que claramente se ve influenciado por factores que van más allá de lo biológico y que están determinados socialmente.

En cuanto a la segunda de estas distinciones, es decir, la enfermedad, encontramos que ésta es definida principalmente a partir de las siguientes opciones:

La “Enfermedad como proceso de hospitalización” debería entenderse como el momento en que la enfermedad se hace patente o visible ante quien está a cargo de una persona que sufre padecimiento, es decir, cuando la madre se ve obligada a internar a su hijo:

- *“Nunca le tuvimos una hora para sus comidas, o sea, lo que era su almuerzo a la hora, pero lo que era leche con vitaminas, se la dábamos a cada rato y como era la única, obviamente que se le daba de preferencia a ella, pero igual a mi me complica, porque de repente ella también es crónica, de repente más adelante puede que le pase algo, que se me resfríe grave, entonces igual me da miedo que me pueda caer en el hospital, porque me ha estado dos veces en el hospital cuando era bebé, a los cinco y ocho meses, entonces igual me da miedo que ella pueda sufrir algo grave por la enfermedad que ella tiene y por su gordura igual”. (Entrevista 16)*

La “enfermedad como proceso contagioso, biológico u médico”, debería entenderse como la opción en que se le atribuye al contacto directo con otros sujetos enfermos:

- *“A tú hijo ¿cómo lo describirías respecto a su salud en general?: Más o menos, porque ha tenido bastantes bronquitis, siempre se me resfría. ¿Por qué crees que puede ser eso?: Es que aquí se enferma mi sobrino y se enferma él, y como mi sobrino es igual enfermizo...porque igual yo no fumé en el embarazo, por último si yo hubiera fumado, ahí estaría bien que se enferme, pero yo me cuide harto mientras estaba embarazada”. (Entrevista 18)*
- *“Y bueno, ¿con respecto a la salud, que cosas son manejables para ti y no es necesario que vayas a pedir ayuda?: Cuando uno está resfriado, yo creo que eso más que nada, porque de repente cuando se pega un virus u otra cosa, tiene que saberse ir al hospital”. (Entrevista 19)*

La “enfermedad como proceso ambiental”, es aquella en la que el padecimiento o enfermedad se atribuye a factores externos naturales que intervienen en la condición de salud de la persona:

- *“Ah, es que antes de que yo estuviera embarazada, igual fumaba harto y después de que lo tuve a él, igual seguí fumando. A lo mejor eso es una de las cosas que lo podría... pero los médicos me han dicho que es por el aire, por el ambiente, que no hay ventilación, todo eso, porque el Nicolás todos los inviernos sufre de bronquitis, el año pasado tuvo hasta bronco-neumonía, lo tuve hospitalizado por eso, pero ¿a que más lo podría asociar?, a eso no más”. (Entrevista 15)*

Terapéuticas Generales

Dentro de las terapéuticas generales encontramos que 15 de las veinte entrevistadas consideran como prioridad realizar cambios ya sea uno o varios de los siguientes aspectos: alimentación, ambiente y actividad. .

- *“Eh, depende, si la Joyce tiene mucha tos y tiene la garganta muy delicada, se le hacen caldos, o sea, no va a comer arroz, es doloroso pasar el arroz con la garganta toda, pero no, esa es la medida más que nada, a parte de los médicos, de los remedios y todas esas cosas...” (Entrevista 1)*
- *“Para mantenerme yo bien aquí, trato de abrigoarlos a los niños, ni tanto ni mucho, y empezar cuando ya están enfermos a darles vitaminas, a darle miel, temperar la casa y todo, y que no salgan tanto al frío, evitar el frío, que cuando salgan bien abrigados”. (Entrevista 7)*
- *“¿Y qué otras cosas hay que hacer para cuidarse?: Hacer harto ejercicio también, porque dicen que eso es bueno, no fumar, no tomar, igual tienen que prohibirse esas cosas, aunque tomen siempre moderadamente, fumar es malo, pero a las personas de mi edad uno no les puede quitar el vicio, yo de repente fumo, pero siempre moderadamente, no va andar uno fumándose todo el día una cajetilla, estar tomando todos los días, no”. (Entrevista 19)*

Al mismo tiempo que no descartan el uso de terapias alopáticas como el ibuprofeno, amoxicilina, paracetamol y tapsin, que peligrosamente se automedican.

- *“Antes que se ponga grave, ¿qué haces tú para manejar la situación?: Paracetamol, el puro paracetamol o la limonada que le echamos de todo, si hay miel, si hay tilo, tilo, lo dejamos en reposo y se lo toman en juguito, tiene que ser mucho para llevarlo al consultorio porque no me gusta llevarlo al consultorio, no me gusta llevarlo mucho, parece que se enferman más, hay niños muy enfermos allá”.*

Mientras que ocho de ellas, consideran la terapia alopática como primera instancia para intentar la recuperación.

- *“Claro, sí todo, sí, aparte que gastamos cualquier plata en los remedios, que la amoxicilina, si compramos los remedios es para seguirlos, no para gastar la plata, se le dan todos los días que le corresponden no más, pero siempre se les quitan en el tiempo que dicen los doctores. (Entrevista 4)*

Concomitante con la opción de manejar algún padecimiento mediante prácticas independientes al tratamiento médico, las entrevistadas recurren en esencia al uso de hierbas o aguas medicinales entre las que encontramos “agua de papa cruda” y “agua de paico” para el Empacho; “limonada con miel” y “ruda con miel y limón” para el Resfrió; “cuezco de palta rallado con eucalipto” para la Tos; jugo de limón para la Presión, “cáscaras de parrón”, “agua de ruda o menta” para el Dolor de estómago y “matico” para las heridas:

- *“Antes que se ponga grave, ¿Qué recetas, qué tipo de remedios usas tú para manejar la situación?: Paracetamol, el puro paracetamol o la limonada que le echamos de todo, si hay miel, si hay tilo, tilo, lo dejamos en reposo y se lo toman en juguito, tiene que ser mucho para llevarlo al consultorio, porque no me gusta llevarlo al consultorio, no me gusta llevarlo mucho, parece que se enferman más, hay niños muy enfermos allá”. (Entrevista 14)*
- *“Para el empacho siempre les doy por ejemplo, rallo una papa, después la estrujo, le echo aceite y sal y eso les doy para que le corra todo lo que tiene pegado, pero de ahí nada de remedios más... muy a lo lejos vamos al consultorio por cosas así.” (Entrevista 2)*
- *“Esa es como para el resfriado, la ruda con miel y limón, es súper buena, transpira harto y al otro día está como si nunca hubiese tenido nunca resfriado, ese es súper bueno, remedio casero, igual que pa la tos dicen que el cuezco de palta pa rallarlo, y tomárselo con agua de eucalipto es súper bueno”. (Entrevista 7)*
- *“No me acuerdo con las recetas caseras, cáscaras de parrón para dolor de guata, matico para curar las heridas, apio para que las guaguas no se hinchen, paico para tirar la cola”. (Entrevista 11)*
- *“¿Y tú conoces algún alimento, alguna preparación que sirva para mejorarse de alguna cosa?: Eh, con la Escarlet mi mamá le da arroz con canela y como que a todas las personas enfermas se les da eso. ¿Sirve para todas las enfermedades?: O sea mi mamá es como esas “CURITIBAS” le digo yo, porque ella le encaja de todo, le dice Escarlet, esto te va hacer bien y le da sopita. ¿Tu mamá conoce otros remedios caseros?: Sí, ella le hace, quema azúcar y le hace esta cuestión con eucalipto, le echa de esta que venden en la feria, le echa ruda, le echa orégano, le hace siempre”.(Entrevista 16)*

Obesidad

Para las entrevistadas de la Pintana, la obesidad es una enfermedad, que puede tener su origen en factores tanto biológicos como sociales:

- *“La obesidad yo creo que de hecho es una enfermedad, porque o el sistema nervioso está funcionando mal y lo hace comer más de lo que debe o el **hábito** que tiene una persona de comer a cada rato, lo que sea, sacar, comer, picar, son personas muy inquietas”. (Entrevista 3)*

Es además asociada a un sustancial incremento de peso, visible y patente, y cuando afecta notoriamente la capacidad de autonomía e independencia de las personas.

- *“Obeso para mi significa una persona gorda así, que se note que es gorda, que se vea que es gorda igual, porque una persona que tenga 5 kilos de más no es obeso, pero una persona que tiene 20-30 kilos de más sí, ya pasa a ser obeso, porque obesas son las personas cuando ya su físico, su cuerpo, no se empiezan a sentir bien con ellos mismos, les impide trabajar y hacer sus cosas normalmente, esas son las personas que son obesas”. (Entrevista 15)*
- *“Es que hay obesidad y obesidad igual, está esa obesidad mórbida, que da, que no se pueden ni parar, caminar, nada, sí poh, es que igual depende de la obesidad ...”. (Entrevista 4)*

Sin embargo, existen opiniones que no la describen como enfermedad sino como relativa a la belleza corporal:

- *“Yo pienso que es algo estético, pero no es una enfermedad, para la persona que está, no sé, para la persona que se da cuenta o no sé, es que para otras personas es como una enfermedad, pero para mi no sé poh, yo lo tomo como un problema estético, porque va en uno, si yo me siento gorda no me voy a poner a comer diez panes poh, y si yo me quiero, tengo que cuidarme”. (Entrevista 10)*

En cuanto a su etiología, hallamos declaraciones que asocian Obesidad a lo Social haciendo referencia a las condiciones económicas de su origen. Cabe destacar que para cinco de las entrevistadas, la diferencia económica tiene influencia positiva, es decir, aparece como factor determinante de la condición o estado de obesidad.

- *“Yo encuentro que las personas que se alimentan bien, son la gente que tiene plata, porque ellos saben lo que pueden comer, se miden mejor”. (Entrevista 9)*

Por otra parte, en los aspectos sociales que van más allá de lo económico, se deben incluir las declaraciones que apuntan a los resultados discriminatorios que conlleva la obesidad, a los aspectos relacionados con la “Moda”, y a la responsabilidad que le cabe a cualquiera de los miembros del grupo familiar o persona externa en fomentar el cambio alimentario de la persona obesa.

- *“Sí, porque si ya es un problema de salud, se supone que uno tiene que buscar el bienestar de la persona, no te vas a poner al lado de un niño obeso a comer papas fritas, completos o esas cosas, porque no le ayudas en nada, de hecho le estás haciendo un daño. Si la mamá se preocupara del problema, el tema de los consultorios pasaría a segundo plano”. (Entrevista 15)*

Además, encontramos seis declaraciones que atribuyen a la obesidad una “etiología biológica”.

- *“Yo, por ejemplo, hay personas que tienen tendencia a la gordura por genética y lo que hagan no les sirve porque hasta el agua la asimilan, eso es verdad y... es verdad que la genética tiene mucho que ver, aunque si la persona tuviera dinero, igual podría operarse, hay como hartito medio”. (Entrevista 13)*
- *“¿Qué cosas te indican que un niño está llegando a ser obeso?, ¿Qué cosas te dan señales de que puede ocurrir algo así?: Se ve que empiezan a ser gorditos. Entonces, ¿por qué piensas tú que algunos niños son obesos y otros no?: Yo creo que es primero por la genética... no sé, la parte genética de los papás, la familia y la mala alimentación”. (Entrevista 20)*

Y se hacen amplias referencias a las propiedades negativas (“satanización”) de las carnes, las masas y comidas chatarras.

- *“Yo creo que a la cantidad de comida que uno come y a parte de la cantidad, la calidad, porque una persona que ya come hartito, ya va engordar, si se come un plato inmenso de tallarines claro que va engordar y a parte si le pone un bistec, o lo agrega con más cosas o si uno hace de repente mucha grasa, mucha carne de chanco, muchos asados y no se ve la verdura, en cambio si uno se come un trozo más moderadito y come harta ensalada yo creo que por ahí va la cosa, entre poquito, poquito carne, más verdura, más ensalada y después comer harta fruta, cosas así”. (Entrevista 2)*

Ante interrogantes sobre lo que pueden hacer los padres para mantener a los niños sanos con respecto al peso, las referencias nos indican que la alimentación correcta es la principal estrategia.

- *“Ok, cuénteme ¿qué cosas cree usted que los padres - de los niños que tienen estos problemas- pueden hacer para mantenerlos sanos respecto a su peso?: “Los niños que están obesos... dieta equilibrada no más, no hay otra, y que no sean sedentarios”. (Entrevista 13)*
- *“Ah, yo creo que hay que tratar, porque a veces igual es difícil, y que digan en el consultorio, en el control sano, si dicen que el niño está gordito, que hay que darles su comida a la hora, pero igual cuesta de repente, siempre hay fechas o pasa algo*

que a uno lo desordena, pero hay que tratar de darles su comida no más”. (Entrevista 14)

- *“Dándoles la alimentación adecuada no más, no darles más de lo que ellos pueden, porque de repente para no molestar le dan un yogurt, para que lo dejen almorzar a uno, entonces esas cosas igual hacen mal”. (Entrevista 19)*

Enfermedades asociadas al peso

Dentro de las interrogantes que buscaban dilucidar los alcances o vínculos entre la salud y los problemas derivados del aumento o disminución de peso, encontramos que las entrevistadas participantes del proyecto Zinc, manejan muy diferentes niveles de “conocimiento” al respecto. De allí que encontremos apreciaciones que asocian el “peso” a “enfermedades” tan variadas como el resfrío y la bronquitis, diabetes, hipertensión y colesterol, ceguera – sordera, heridas en los pies, retención de líquido, anorexia y depresión, corazón – paro. Al mismo tiempo que atribuyen dichos “sufrimientos” u “anormalidad físicas” a un desequilibrio en la alimentación o bien “disconformidad con lo que Dios les dio” (enfermedad biológica que traspasa a la mente y la divinidad).

- *“Yo creo que la tos, cuando un niño está resfriado y tose mucho es porque puede estar muy gordo, ¡o se cansa! se cansa y al estar muy gordo tose más, se le tapan más los estres, por la grasita que tiene, se le tapan más los bronquios puede ser, por la misma grasa”. (Entrevista 2)*
- *“Sí, yo así me encuentro bien, me siento bien, claro que la diabetes no se me va pasar, la hipertensión tampoco, pero igual, mantenerme como estoy no más, y que sola voy bajando de peso, con la misma diabetes, entonces también me preocupa porque no es bueno, porque voy bajando muy luego de peso”. (Entrevista 6)*
- *“¿Qué otras cosas tu piensas que le pasa a alguien que llega a ese extremo?: “Tiene posibilidades de que le de diabetes y no me acuerdo que otra enfermedad... y ahí vienen otras complicaciones, porque pueden quedar ciegos, pueden quedar sordos, eso poh”. (Entrevista 10)*
- *“¿Qué otros problemas tienen los gorditos?: Sufren que se les pueden hinchar los pies, esas cosas, se hacen heridas en los pies y esas no se les sanan nunca por la gordura...”. (Entrevista 19)*
- *Y sobre las personas que tiene anorexia, que no comen, ¿Qué piensas tú?: “Yo encuentro que son personas que deben tener algo en la cabeza, eso no es normal en una persona, porque se autodestruyen, se eliminan ellos mismos, o sea, ¿qué le van a encontrar a ser flaca?, porque es un hueso lo que una mira, yo creo que es depresión, las personas que pueden llegar a tener eso, porque no están conformes con lo que DIOS les mando”. (Entrevista 19)*

Dietas y régimen de alimentación

Las entrevistadas consideran que las dietas son positivas con respecto a los adultos en nueve apreciaciones, y negativas con respecto a la aplicación a niños en tres ocasiones, pues son difíciles de implementar, ya sea porque los niños ponen obstáculos o porque los padres se niegan a someterlos a tales acciones considerando la edad de los mismos.

- *“Son buenas las dietas, pero yo creo que las usan mal, porque no saben equilibrar la comida, dicen ¡ay, voy a dejar de comer pan! Y eso de dejar de comer pan es malo, por lo que yo he escuchado, un día que uno no coma pan, al otro día va comer con más ansiedad, porque le está faltando una comida o unos dos días que uno no almuerce y al otro día va comer con más ansiedad porque le está faltando la comida del otro día”.* (Entrevista 2)
- *“Bueno, es que igual son buenas para que uno se mantenga en el peso, pero es que uno no, si comiera solamente cosas light, no sería solamente eso porque la dieta hay que acompañarla con ejercicio, uno no saca nada con hacer dieta si está todo el día sentada, pero el otro día te decía que son cosas que nosotros no tenemos tantas posibilidades, son como más difícil de consumirlas porque son más caras, eso”.* (Entrevista 20)
- *“¿Qué es para ti una dieta?: Dieta es comer más sano no más, no es dejar de comer, es comer más sano, yo creo que un poquitito no más, no tan abundante, medirse con la comida. ¿Tú crees que es bueno y fácil poner a los niños a dieta?: “No, con los niños no, porque ellos no saben, ellos piden y piden”.* (Entrevista 19)

Al mismo tiempo, el aplicar una dieta (régimen de alimentación en lenguaje nutricional) se considera económicamente difícil de implementar dado que son consideradas caras.

- *“Porque uno no está en situación de estar haciendo un régimen... ehm, como dicen ellos también... a mi no me puede faltar un plato de comida para los niños, pero es que uno no puede estarse dando el lujo de comer a la once un postre, por ejemplo a la Javiera le doy una fruta de repente, bueno que hay que obligarla también, pero el régimen como debe ser uno tampoco se lo da, porque tampoco tiene los medios para estar dándole, pero de que uno le mide un poco, sí le mide, pero lo demás está todo bien, su leche igual”.* (Entrevista 5)

Progresos en el tratamiento

Ante la pregunta de si observan mejorías en la salud de sus hijos, una vez que han decidido incorporarlos al proyecto de Zinc, las entrevistadas consideran que las acciones tomadas han sido satisfactorias y merecen una evaluación positiva en 13 de las declaraciones, dentro de las cuales las razones esgrimidas incluyen la disminución o mantención de peso; el aumento de la actividad y el aumento de la. En tanto, se evalúa negativamente el proceso en sólo dos oportunidades, dentro de las cuales sólo una se atribuye a factores externos no especificados y al aumento de peso en dos de las declaraciones.

- *“Sí, ha ido bajando un poco, se ha ido normalizando, porque donde creció se ha mantenido en el peso entonces ahí él se ha ido, porque de chiquito siempre había sido gordo, con mi leche siempre engordó, pero me dijeron que después bajaban solos con la leche, sí, me dijeron”. (Entrevista 3)*
- *“Sí, sirvió hartito, les agradezco a todos los tíos que lo ayudaron y echándoles de menos, el niño siempre se acuerda de las tías. Ha adelgazado yo encuentro algo, pero no tanto, pero de a poco vamos a seguir siguiendo el régimen que nos tenían, hasta el último”. (Entrevista 7)*
- *“Sí, pasaba enferma del pecho, como que se ahogaba ella, se cansaba, no podía hacer sus actividades como debía, y eso era lo que yo notaba, pero ahora no, tiene más agilidad ella, ya no se enferma tanto, porque era más enfermita cuando estaba muy gorda”. (Entrevista 8)*
- *“No, yo al José Luis no hay como pararlo, igual que a él (Eliseo), pero él no, yo a él lo estoy controlando con el zinc poh, pero el otro me roba las cosas, yo dejo pan por ahí y me lo pilla y me lo come, está pesando treinta y dos kilos, tiene cuatro años recién y debería pesar como veinte kilos, no, menos, como dieciocho kilos, si ya está pesando como adulto, le dieron amoxicilina de 500, igual que un adulto, porque estaba dándole como principio de sinusitis...” (Entrevista 10)*
- *“Es que antes, cuando yo lo inscribí era gordito, ahora ha adelgazado con el zinc. A los controles que lo he llevado, él ha adelgazado y crecido, está bien para su edad”. (Entrevista 18)*

X. DISCUSIÓN A PARTIR DE LOS RESULTADOS

LA RELACIÓN ENTRE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE CUERPO, SALUD Y ALIMENTACIÓN

En este capítulo, y a partir de los resultados expuestos en los apartados precedentes (presentación de los resultados y las distintas categorías de exposición de los mismos), se tratará de responder a la pregunta de investigación planteada: *¿Cuál es la relación existente entre la representación materna del cuerpo, la salud y las prácticas de alimentación del niño?* Considerando el contexto sociocultural en la cual se generan estas respuestas.

Partiremos diciendo que en la sociedad actual hablar del cuerpo y la alimentación vinculadas a la obesidad se ha vuelto lugar común o “escándalo social” para diversos sectores comunicacionales y médicos.

Por ejemplo, la Estrategia Global contra la Obesidad, creada por el Ministerio de Salud, (EGO-CHILE, 2006) plantea la prevención de esta epidemia como prioridad de Salud Pública, enfatizando que los principales factores de riesgo son la excesiva alimentación y falta de ejercicio físico de la población. Factores que se asocian a estilos de vida no saludables, desigual distribución del ingreso, la urbanización, el avance tecnológico, la mayor influencia de los medios masivos de comunicación, los problemas de violencia y desigualdad social, la incorporación de la mujer al mundo laboral, entre otros.

Sin embargo, las principales lecturas dadas a esta temática, han sido formuladas desde el “tradicional y objetivo” punto de vista nutricional, que al igual que otras ciencias médicas, se encuentra supeditado, por años, a la observación y descripción de los fenómenos por medio de epistemologías y metodologías que enfatizan lo cuantitativo, objetivo, biológico, y económico de sus preocupaciones.

Desde esta perspectiva, y específicamente relacionado con el problema de la obesidad, se han enfatizado las co-relaciones entre la educación, el nivel socioeconómico, y el conocimiento que tienen las poblaciones más vulnerables para enfrentar dicha situación. Y se ha relegado al lado oscuro de la distinción, aquellas variables que tienen que ver con la memoria e historia personal, variables afectivas y relacionales, construcción y valor social de la alimentación, el cuerpo y la salud.

Por lo tanto, en un esfuerzo por recuperar o más bien reflotar el lado oscuro de la ciencia nutricional -a través de la antropología y la observación de segundo orden- podemos partir diciendo que en el discurso de las madres de la Pintana, la salud aparece representada como una dimensión que no compete exclusivamente al cuerpo, sino que a una persona que puede sentir su ausencia o presencia, ya sea porque afecta su físico o **individualidad**, sus condiciones sociales, materiales o ambientales de vida (cuerpo social). Las entrevistadas pueden pensar (se), sentir (se) o decir (se) que sus hijos o ellas, están enfermos.

Más aún, el estudio plantea que la salud no es un estado que pueda describirse sólo en su relación con las condiciones del Cuerpo, sino que más bien, la Salud y la enfermedad son percibidas como realidades con un contenido tanto orgánico, como relativo al comportamiento y el estado anímico, tal como lo muestran frases como “el buen humor es un signo de buena salud”, “Cuando están inquietos, alegres, traviesos, están sanos... están enfermos cuando son fastidiosos, no comen, lloran o son renegones...” o bien “saludable para mí es cuando se está bien de carácter, se siente feliz... que no esté enfermo, que ande contento, que coma bien, que duerma bien”.

Es así como evidenciamos una clara tendencia en las narrativas de las entrevistadas ha describir los procesos de salud y enfermedad a partir de una visión globalizada, en el sentido de que tanto las etiologías como terapéuticas aplicadas hacen patente la presencia de dimensiones y distinciones que nos dan cuenta de un universo en el que tienen cabida las explicaciones individuales, sociales, naturales y sobrenaturales.

Con respecto al estado de salud familiar e individual, las entrevistadas dicen que si bien, no es el más elevado, al considerarlo negativo “serían mal agradecidas de lo que tienen”. A sus hijos los consideran sanos y activos (no se observa inactividad), ya que han tenido enfermedades cortas, no muy graves y que no requieren hospitalización.

Además, y según lo expuesto por las madres participantes en esta investigación, existe una multiplicidad de asesores que opinan en el momento en que surgen enfermedades en los niños y en el núcleo familiar, pero el principal sigue siendo el médico, aunque también valoran positivamente la ayuda y apoyo de los familiares, vecinos y Dios.

Por su parte, los relatos que nos dan cuenta del cuerpo, a los cuales se accedió en primer instancia a través de las interrogantes sobre la belleza, nos revelan también, que ésta última no compete exclusivamente a un cuerpo, si no más bien a una persona o sujeto que se concibe desde sus vertientes biológicas individuales hasta sus dimensiones simbólicas sociales relativas al alma, la mente y los imaginarios sobre el mismo.

En ese sentido, la narrativa de las madres de la Pintana, personifica la belleza, ésta existe en dos vertientes: externa e interna al cuerpo. En sus relatos predomina la preocupación por la belleza interna, ya que la belleza externa puede verse asociada a la vanidad y ésta le resta belleza interna a las personas. Demostrándose así, una inquietud por cumplir con preceptos morales o religiosos más que por sanitarios o estéticos.

Es el cuerpo la primera instancia que debe ajustarse, ya sea a los requerimientos dietarios, a la moda o a toda otra serie de parámetros relativos a las expectativas y metas sociales, como son los grupos de referencia o de clase, a través de diversos ajustes espacio-temporales entre el “cuerpo para sí” y el “cuerpo para otros” o “cuerpo para el hijo”, que se ve manifestado principalmente en narrativas relativas al proceso de embarazo.

Al preguntarles por quiénes les parecen más felices, alegres o tristes de acuerdo a la configuración corporal, se observa una clara tendencia a describir a los niños en general y sus hijos en particular, como siendo “más felices” en un estado de equilibrio entre lo gordo y flaco, lo bonito y saludable. Además, de mencionar un origen personal más que corporal de la felicidad, aunque se reconozca una menor conformidad corporal de gordo.

Las entrevistadas, no distinguen entre un cuerpo flaco o gordo, ya que para ellas son las personas - sujetos en su globalidad y completitud las que son flacas o gordas. El carácter del flaco es observado como más activo, atrevido e independiente que el del gordo. Los gordos están más conformes consigo mismo que los flacos, que son más exigentes respecto a la estética. En sus discursos, existe una clara disconformidad con el cuerpo propio, pero al existir un buen apoyo familiar, las personas se sienten queridas de cualquier manera.

Con respecto al cuerpo ajeno, especialmente el de los hijos, existe tendencia a sobre valorar el porte (estatura) que estos tienen o lograrán alcanzar, admitiendo que si bien existe una tendencia familiar (padres gordos y crónicos), la altura observada compensa en cierta forma el peso pesquisado. Los niños en general son vistos bellos de cualquier manera.

De las declaraciones esgrimidas por nuestros sujetos de estudio, nos parece interesante reconocer aquellas que nos hablan de distintas jerarquías de la visión sobre cuerpo y la relación de éste con las prácticas alimenticias. Llama la atención por ejemplo declaraciones que apuntan a que el cuerpo de un niño es bello siendo gordo, (donde una declaración se asocia incluso gordura con salud) así como también el hecho de que el cuerpo o persona gorda esté asociada a una serie de adjetivos tanto positivos como negativos, percepciones que van a depender de las circunstancias que cada uno de los individuos y la familia en que vive o enfrenta.

Dentro del primer grupo encontramos alusiones a simpático, proactivo y esforzado, mientras que del lado oscuro de la distinción aparecen conceptos y frases tales como “triste”, “menos activo que” y “menos inteligente que”. El cuerpo o persona flaca, en tanto, esta asociada a las palabras: inseguro, débil, enfermizo, por un lado, y educado, valiente, inteligente, sano por el otro. Demostrándonos que para nuestras entrevistadas ninguno de los grupos mencionados son tajantemente negativizados.

Las descripciones anteriores, vienen a comprobar la proliferación en los últimos años de diversos tipos de percepciones e imágenes corporales, así como también la ambivalencia sobre la gordura y la delgadez. Por otro lado, vienen a acreditar que no es el cuerpo el que sufre, sino la persona. Revelándonos esto la presencia de la distinción entre “illness”, lo que sufre el órgano o cuerpo, y “disease”, lo que sufre la persona o sujeto.

En relación con los sentimientos relacionados con el cuerpo y la aceptación del mismo de las mujeres entrevistadas, se encontró que se valora más positivamente el cuerpo del hijo que el propio. Lo consideran "más sano", "más bello", "más alegre", "más gordo", "más blanco", "más fuerte", "menos pesado", "más bueno" que el propio y el de los niños que conocen en su entorno.

De tal manera, observamos que lo que se plantea sobre el valor moral atribuido a la delgadez en la actualidad no se estaría aplicando fehacientemente en el grupo estudiado, pues la búsqueda del cuerpo ideal apunta mayoritariamente a conseguir un equilibrio.

Por su parte, la obesidad si bien es una preocupación patente, suelen darle una semi explicación genética, ya que las madres perciben que ésta acrecienta la bronquitis, aumenta o disminuye el apetito de los niños, a quienes se les dificulta poner en régimen, ya sea por los obstáculos familiares (no pueden negar nada) o por el miedo o riesgo a que generen problemas de bulimia, anorexia o depresión. Y cuya solución “objetivamente observable”, sería la alimentación y actividad física que estos pudiesen realizar en el jardín o escuela (lógica aditiva).

Además, las entrevistadas tienden a enfatizar que el sobrepeso (sobre 20 ó 30 kilos) se nota por la alimentación y el físico que observan, conjuntamente a los dolores por el esfuerzo que deben realizar en las distintas labores. Por lo tanto, una vez que se sufre se hace presente la etiología inhabilitante de la enfermedad por la pérdida o ausencia de la capacidad de trabajo y de vínculo social. De tal manera, que la enfermedad (obesidad) es concebida como un estado físico que no permite hacer ejercicio, y que se siente cuando existe discriminación en el mundo del trabajo o mundo público.

En cuanto a su etiología, hallamos que las entrevistadas asocian la obesidad a lo “social”, haciendo referencia a las condiciones económicas de su origen. Por otra parte, encontramos declaraciones, que atribuyen a la obesidad una “etiología biológica”. Respecto de sus terapéuticas, observamos una referencia a terapéutica alopática y una referencia a terapéutica familiar (recetas caseras y otras estrategias), dentro de las cuales las entrevistadas de la Pintana consideran que la alimentación se concibe mayormente como tratamiento o factor protector. Dentro del uso de la alimentación como terapéutica se concibe el éxito de dicha opción en parte a la capacidad o voluntad individual de seguir dicha acción, y como también al apoyo de los miembros de la familia para seguir el proceso.

Dentro de las interrogantes que buscaban dilucidar los alcances o vínculos entre la salud y los problemas derivados del aumento o disminución de peso, encontramos que las entrevistadas participantes del proyecto Zinc, manejan muy diferentes niveles de “conocimiento” al respecto. De allí que encontremos apreciaciones que asocian el “peso” a “enfermedades” tan variadas como el resfrío y la bronquitis, diabetes, hipertensión y colesterol, ceguera – sordera, heridas en los pies, retención de líquido, anorexia y depresión o paros al corazón. Al mismo tiempo que atribuyen dichos “sufrimientos” u “anormalidad físicas” a un desequilibrio en la alimentación o bien “disconformidad con lo que Dios les dio” (enfermedad biológica que traspasa a la mente y la divinidad).

Por su parte, la alimentación, si bien es entendida como hecho y construcción simbólica social, sus definiciones nos muestran en parte, lo hondo que ha calado en sus distinciones los argumentos esgrimidos por el paradigma médico nutricional, ya que aparece descrita frecuentemente como método de prevención o tratamiento. Se idealizan las frutas, verduras y lácteos, se satanizan las masas, grasas y carnes. Sin embargo, estas últimas siguen

manifestando un alto valor social, ya que se destinan a las celebraciones y periodos de bonanza.

Simultáneamente, aparecen las oposiciones significantes entre lo dulce, húmedo y suave, que es mayoritariamente asociado a la alimentación de mujeres y niños, y lo salado, seco, fuerte, asociado a la comida para hombres y adultos. Lo cual viene a mostrarnos la vigencia de aquellas clasificaciones tradicionales donde lo asado se muestra asociado a prodigalidad y lazos sociales amplios, mientras lo hervido o mojado aparece como signo de austeridad, ahorro y lazos sociales estrechos que desafían la sabiduría del cuerpo.

En general, las entrevistadas conciben la alimentación sana o saludable como comer cuatro comidas diarias y a horarios establecidos. El orden de las comidas se conceptualiza como un método preventivo que debe ser complementado con la fuerza de voluntad, principalmente de los adultos, comer bastante fruta y nada de grasa, (los alimentos perjudiciales son las grasas, las comidas con masa y las carnes) y en cantidades adecuadas, acordes al sexo y edad de las personas. Sin embargo, la comida propia la perciben como “de menos relevancia” en oposición a la comida familiar o de sus hijos. La comida de estos últimos muestra una tendencia o expectativa a ser saturada de verduras, en tanto que el periodo de lactancia lo consideran un protector de enfermedades, el cual a su vez varía de acuerdo a las distintas situaciones en que se ven enfrentadas las madres.

También se evidencia una alta preocupación por los horarios de comida y una tendencia a conceptualizar la comida húmeda (sopa), de campo, y de “antes” como una versión de alimentación más completa y variada.

En cuanto a las nociones que permiten describir la alimentación de sus hijos, las entrevistadas de la Pintana sostienen que ésta se ha ido mejorando paulatinamente, preocupándose por la variedad y satisfacción de los distintos gustos.

Además, la alimentación de los niños debe o suele ser de preferencia suave, líquida y dulce; la del adulto fuerte, seca, y salada. Y la responsabilidad de que estos parámetros u expectativas sean cumplidos recae en cualquiera de las personas involucradas en el cuidado e interacción diaria con los niños, por tanto, se enfatiza una lógica de presencialidad, relaciones duraderas y “cara a cara” que favorecen un estado de salud global, donde tienen cabida las variables emocionales del afecto y del placer, así como distintas instancias terapéuticas que incorporan el saber popular y alternativo de las recetas caseras.

Considerando entonces lo anterior, si se nos pregunta por la existencia de un vínculo establecido entre las representaciones del cuerpo, la salud y la alimentación, la respuesta es afirmativa; las madres de la Pintana hacen claramente una asociación de estas tres dimensiones.

Lo cual queda expresado en narrativas que nos indican que la alimentación es fundamental para el cuidado y la salud del cuerpo, ya que se constituye como principal método de cuidado e intervención corporal y ajuste a las expectativas sociales sobre el mismo.

“¿Cómo cuidarías tú el físico?: “Uhm, comer sano, eso poh, la alimentación es lo principal para el cuerpo. Con una buena alimentación, ordenada, con él... es lo principal para la salud de una persona, una buena alimentación, o sea, ordenada en lo que es verdura, en todas sus medidas”.

¿Y qué cosas hay que hacer para cuidar el cuerpo, cuidar el físico?: “Yo creo que para cuidar el cuerpo y dedicarse a cuidarse, las comidas más que nada, comer sano y... hacer ejercicio para cuidarse, más que eso no (aunque yo no lo hago)”.

“Cuando recién nacieron ellos pasaba con el pecho metido ahí en la boca de ellos, no les dejaba respirar, porque tenía buena leche y con los dos fue igual, entonces talvez les acostumbre mucho al estómago grande yo misma, yo misma les hice el estómago”.
(Entrevista N° 4)

“No, si yo sé que el niño va a pegar el estirón y va a adelgazar, pero igual hay que cuidarlo, lo importante es que de chiquitito hay que cuidarlo en la alimentación para que no sea más gordito. Es que uno no discrimina a los niños gordos, pero lo que pasa es que hay que cuidarlos, por las enfermedades que pueda tener...” (Entrevista N° 12)

Dicho instrumento, también les sirve para valorar el estado de salud de una persona, además de indicarnos la existencia de cierta relación entre la situación socioeconómica y los problemas derivados de la malnutrición por exceso.

¿Cómo te das cuenta de que una persona está bien, sana?: “Es que yo encuentro que las personas que se alimentan bien, son la gente que tiene plata, porque ellos saben lo que pueden comer, se miden mejor, en cambio acá, nosotros somos bueno para la carne, la bebida, el fin de semana que su pollito a la parrilla, que sus papas fritas, entonces se come mucha comida chatarra”. (Entrevista N° 9)

¿Tú crees que tiene que ver con la situación económica?: “Sí poh, porque yo no encuentro que las personas que sean de clase, tengan hijos gordos, incluso están todos flaquitos con buena salud... por eso creo que va más, de repente aquí uno es ignorante es ese aspecto, porque igual nosotros gastamos mucha plata pensando que es lo mejor y no poh, porque eso trae mucha grasa, igual que la bebida, igual hace mal, porque se hincha”. (Entrevista N° 18)

“Se manejan más en la alimentación, porque igual tienen, han estudiado, tienen más cultura.... nosotros que somos más jóvenes, a veces no sabemos que darle al niño, podemos echarle y echarle, pero no sabemos que le hace mal”. (Entrevista N° 16)

De acuerdo a estas últimas observaciones, estamos en condiciones de afirmar que se cumple la sentencia planteada por Bourdieu sobre la existencia de un cuerpo y gusto de clase, manifestándose en narrativas que indican una clara distinción entre lo que comen y prefieren los “grupos acomodados” (de valor hedonista, estético más que pragmático), con aquello que “esta disponible”, para el “grupo” de nuestros entrevistados.

Por lo tanto, ante la pregunta antes planteada, debemos agregar que la *alimentación* y el *cuerpo* constituyen un universo indisoluble, en permanente acoplamiento estructural, metáforas del mundo que se influyen mutuamente en un proceso de desdiferenciación, donde se unen la lógica de lo comestible y no comestible, con la lógica de lo saludable o no saludable, lo placentero, el sufrimiento, etc. Proceso en el cual la *alimentación* adopta el rol activo y el *cuerpo* el rol pasivo, ya que la primera, condiciona la constitución del *cuerpo*, a través de su uso ya sea como método de prevención o como método de cura de las diversas enfermedades nutricionales relacionadas con el peso.

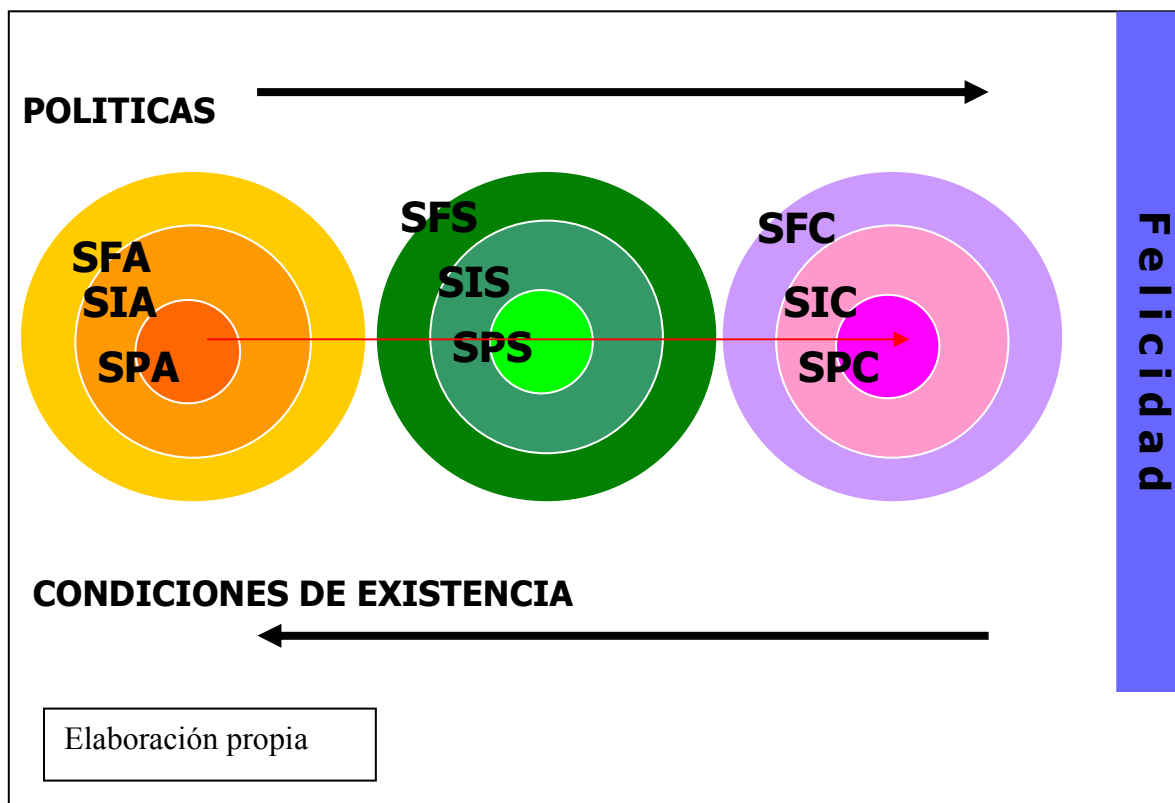
La alimentación gracias a la lógica de la incorporación, juega el rol de interventor cultural que adopta manifestaciones múltiples, de acuerdo al ciclo vital o al género en que se ve inmersa. Actuando de acuerdo a las variaciones que le presenta el entorno, a través de las diferentes condicionantes económicas (caro / no caro), políticas (poder / no poder), religiosas (sagrado / profano) que dejan desplegar su influjo en el sistema personal de *alimentación* y corporal del individuo.

Considerando lo expuesto, podemos plantear la existencia de tres campos (triplemente configurados) que dan significación y sentido a la ya compleja problemática de la obesidad. En primer lugar, tenemos el sistema personal de alimentación o alimentación individual que nos indica ¿por qué comer? (sea por salud, placer, estética etc...), el sistema interaccional de alimentación que nos indica ¿con quién o no comer? (anfitrión o invitado) y un sistema funcional de alimentación que nos señala ¿qué comer? (políticas agroalimentarias, entre otras).

En segundo lugar, tenemos un sistema personal de cuerpo o cuerpo individual constituido por las valoraciones personales sobre el curso de vida, los altos y bajos, penas y alegrías del sujeto. Luego un sistema corporal social o cuerpo social donde están incorporadas todas las redes sociales que nos permiten establecer los límites de la clase social, religión, género, estado, ciclo de vida del sujeto... (Bordieu, 1987; Douglas, 1975)... y un sistema funcional de cuerpo o cuerpo político por medio del cual el control de cuerpo es establecido ya sea por medio de planes de alimentación individuales o recomendaciones dietarias generales (políticas corporales).

Por último, contamos con la presencia de un sistema individual de salud o salud personal, constituido por el código saludable no saludable, un sistema interaccional de salud donde se dan diferentes relaciones médico – paciente, y un sistema funcional de salud en donde aparecen temas como la distinción salud pública - privada, seguros, y leyes sanitarias. (Ver cuadro N° 4)

Cuadro N° 4: Campos en relación¹⁰



Estos tres CAMPOS, tienen en común, un objetivo o principio ético universal a alcanzar. Esto es el principio de felicidad y realización personal, el cual se encuentra inmerso en diversas dinámicas contextuales que lo constriñen:

En primer lugar, se enfrenta a los contextos políticos de una sociedad dominadora donde los valores masculinos, patriarcales y científicos están en boga, gracias al orden, control y disciplina que día a día, ejercen diversas instituciones que buscan someter a la población bajo lógicas de “estimulación” por ser bellos, sumisos o sanos. Ejerciendo una violencia simbólica que se fundamenta en la legitimidad técnica científica del poder médico y la medicalización y que finalmente viene a reforzar la creación de un cuerpo “femenino” a

¹⁰ SFA : sistema funcional de alimentación
SIA : sistema interaccional de alimentación
SPA : sistema personal de alimentación
SFS : sistema funcional de salud
SIS : sistema interaccional de salud
SPS : sistema personal de salud
SFC : sistema personal de cuerpo
SIC : sistema interaccional de cuerpo
SPC : sistema personal de cuerpo

través de la cirugía, los regímenes, la expresión corporal y actividades físicas prescritas diferencialmente a niños y niñas.

En segundo lugar, se enfrenta a un contexto económico mundial caracterizado por el consumo, donde todo se transforma en mercancía, en especial el cuerpo, que se vuelve medio de producción (mujeres reproduciendo hijos y capitales) y distribución del poder que refuerza la desigualdad de género, ya que se sigue culpabilizando a la mujeres – madres por la condición o estado de salud de su familia e hijos, ya que éstas han debido o han elegido incorporarse al mundo laboral para solventar las restricciones monetarias de su familia o bien para satisfacer sus deseos de realización personal.

En tercer lugar, estos tres campos que tienen por objetivo común alcanzar los mayores niveles de satisfacción posible en cada una de sus dimensiones (personal, interaccional, funcional) se enfrentan a un contexto salubrista de combate al envejecimiento de la población, dado que trae aparejada la mantención de un buen estado de salud, con la intención de aminorar las implicancias económicas para el mercado de trabajo, costos de jubilación, previsión médica, alojamiento, etc. que son consecuencia del adelanto tecnológico médico que ha permitido mejorar los estándares y expectativas de vida.

Contextos que en su conjunto, hacen que la lucha se de principalmente en el terreno corporal, pues al ser este el lugar o bien último de la identidad (y la diferencia), es en este donde se hace mas visible la lucha por capitales, ya que al ser el cuerpo el principal capital de la clase socioeconómica baja hace de este el medio para acceder a bienes de valor simbólico como la educación o bien oponer resistencia a la visión unitaria – dualista promulgada por el saber y poder médico, que no es otro que el de una clase privilegiada con un mayor volumen de capitales (económico y cultural principalmente).

En definitiva, los campos en interacción (alimentación, salud y cuerpo) se encuentran obstaculizados por un entorno que comparte el ideal estético de la delgadez¹¹, con el objetivo de esconder la decadencia del cuerpo, ya sea que esta se manifieste en el envejecimiento o la inhabilitación social del obeso.

De ahí que la proliferación actual de los estilos de vida sano sean un testimonio de la idea de que nuestros cuerpos están inacabados y son susceptibles de cambio (Featherstone) Por ello nuestra felicidad y realización personal están cada vez mas sujetas al grado en que nuestros cuerpos se ajustan a las normas modernas de salud, belleza y moral. Las exigencias son que el cuerpo interior funcione bien (este sano, en forma), que la apariencia sea cuidada (bella), y los modales delicados. El autocuidado del cuerpo, no sólo hace referencia a la salud, sino también a sentirse bien, pues no basta con ser feliz con uno mismo, sino que se debe proyectar esa felicidad hacia los otros.

¹¹ lipofobia

CONOCIMIENTO Y ACCION: LA BRECHA EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Ahora bien, si las preferencias corporales, de alimentos y salud se ordenan de acuerdo al volumen de capital (económico, social, cultural) que las distintas prácticas y estilos de vida permiten, por qué las mujeres participantes de este estudio, con un nivel educativo y económico disminuido, han incorporado un discurso nutricional normativo - moderno, donde sus acciones y prácticas concretas evidencian un choque o desviación de las nociones y normas nutricionales actuales.

La primera opción de respuesta es que en este ámbito es donde se materializa patentemente la brecha conocimiento - conducta en salud. Esto ocurre en primer lugar porque se asume que el cambio puede “estimularse” consciente y direccionadamente, sin referencia a que los resultados son más bien espontáneos, inconscientes y situacionalmente ajustados a prácticas siempre en movimiento. (o prácticas transformadoras)

En segundo lugar, ocurre porque las nociones y acciones que este discurso promulga, chocan con los tres aspectos abordados por este estudio, en especial con aquellas nociones del cuerpo utilizadas por el grupo social estudiado, ya que este es el lugar, territorio o bien último desde el cual pueden marcar su diferencia de grupo, sentirse identificadas, apoyadas en un curso de vida común cuyas prácticas y gustos pueden hacer perdurar a través de este cuerpo que es sello de su identidad, resistencia y trascendencia.

Por ello, pasar de los conocimientos a la práctica en este caso, implica sincronizar los tres campos o sistemas abordados (alimentación, salud y cuerpo) con los contextos que los sustentan. Entender que las tres nociones son dinámicas y en proceso de permanente cambio que imperativamente deben articular sus bases ideacionales (teorías) con sus bases materiales o contextos, para que éstas no se separen y pierdan sentido. Cabe destacar que con el avance tecnológico, la conciencia del cuerpo esta cada vez menos presente gracias a los apéndices tecnológicos que se han ido creando para órganos. Cualquiera sean las medidas adoptadas para la crianza de los niños o para la adopción de estilos de vida saludables entre los adultos, las estrategias deben encontrar su referencia o replica en el mundo escolar, laboral, y comunicacional, de modo que sea factible “remar hacia el mismo lado”.

Las razones a la problemática anteriormente expuesta pueden estar basadas desde diferentes orientaciones. Una primera explicación de ello se debe a que las prácticas efectivas no son la simple puesta en práctica de una serie de actitudes, categorías o valores previos, sino que por el contrario, las prácticas se juegan en un espacio concreto de constricciones –de tiempo, de dinero, de negociación con otros sujetos- que delimitan el margen de maniobra cotidiano. Además, las elecciones de alimentos están estructuradas sobre unos gustos que, incorporados a lo largo de toda la vida del sujeto y en muchos casos difícilmente modificables, pueden hallarse en oposición a los valores de alimentación sana proclamados y asumidos – ofreciendo una resistencia práctica y corporal continua, a la incorporación de formas de alimentación distintas.

Una segunda razón es el hecho de que las elecciones alimentarias no ponen en juego únicamente valores de salud; más allá de éstos, y en muchos casos, aparte de factores prácticos, se hacen presentes apuestas identitarias y marcos de significado que rebasan ampliamente el marco de la dimensión nutricional de los alimentos.

No se trata únicamente de que las prácticas no deriven de forma directa de las informaciones asumidas, de los preceptos conocidos, de los conocimientos nutricionales aprendidos, se trata, además, del hecho de que las prácticas modifican, a su vez, los esquemas simbólicos en juego: los sujetos utilizan de forma estratégica los esquemas de alimentación sana para acomodarlos a las prácticas efectivas. Ello se debe a que los esquemas culturales, la dimensión simbólica de las relaciones sociales, supone siempre una dimensión valorativa, esto es, una jerarquía de valor de sujetos, objetos y prácticas.

En este punto, es importante enfatizar y profundizar en el rol materno respecto a la alimentación de los hijos. En esta investigación se ha destacado el rol que cumple la figura materna en la alimentación infantil, donde en la mayoría de los casos sigue siendo la madre la principal encargada y responsable de la alimentación doméstica y familiar. Ante la interrogante sobre quiénes tendrían la responsabilidad de mantener a los niños sanos con respecto al peso, las entrevistadas de la Pintana declararon que en primera instancia son los padres en general y las madres en particular los encargados de velar por la correcta alimentación y estado de salud de sus hijos. Los médicos y familiares, principalmente los abuelos, ocupan el segundo lugar.

Los medios de comunicación, la industria de los alimentos y la sociedad en general han influido de manera tangencial en las prácticas relacionadas con la alimentación, la salud y la obesidad. Estos son responsables de transmitir conocimientos e informaciones dispares, difusas, oficiales y no oficiales, sustentadas en bases totalmente opuestas, por ejemplo concepciones estéticas, gastronómicas, comerciales o religiosas que no necesariamente deben ser acordes o compatibles.

Otro punto importante de considerar es que hemos comprobado que el trabajo de alimentar a los hijos, en la mayoría de los casos, no es un trabajo solitario. Por el contrario, supone una constante relación y negociación con otros agentes que condicionan el margen de maniobra.

Insistimos en que el tema del poder, se hace patente al nivel de las familias en relación a la distribución de responsabilidades ante el cuidado y la alimentación de los niños, a los obstáculos y problemas que esto presenta. Entre las dificultades que citan las madres para aplicar las normas y acciones adoptadas para mantener un estado de salud adecuado del niño, es la falta de apoyo y desautorizaciones, ya sea del padre o de los familiares directos.

También, las declaraciones nos hablan, de que a medida que la escolarización es mayor, los sujetos disponen de más medios para apropiarse del discurso médico tal como éste pide ser interpretado. Factor que también influenciaría a la hora de escoger los productos alimenticios, ya que se considera que las personas con mayor educación conocen las pautas para una dieta equilibrada.

En nuestra investigación encontramos que la dimensión simbólica de las relaciones sociales pone en juego la legitimidad de los sujetos y sus prácticas, la jerarquía entre ellos, el derecho a poder llevar a cabo –y a exigir de otros- determinadas prácticas. Ello es especialmente claro en el ámbito de la salud, porque ésta se ha convertido en el nuevo referente valórico, puesto que los ideales de perfección y de pureza ahora se corresponden con una buena salud. Los “hábitos sanos”, especialmente en alimentación, se imponen cada vez más como una nueva moral legítima que conlleva la realización de estrategias de diversa índole que nos permitan ubicar las prácticas buenas en torno a la alimentación, en el lado iluminado y las practicas malas en el lado oscuro.

XI. CONCLUSION

La Estrategia Global Contra la Obesidad, postula la necesidad de “incluir e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida Saludable” (EGO-CHILE, 2006), teniendo como meta fundamental disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable, y promoviendo la actividad física a lo largo de toda la vida. Sin embargo, si bien en sus postulados se plantea la importancia de tener presente el carácter multidimensional de los factores socioculturales involucrados en el problema de la obesidad, las acciones y estrategias adoptadas no nos dicen, ni ponen en cuestionamiento explícito, las nociones o interpretaciones dadas al concepto “estilos de vida Saludable” promulgado. Y más aún, ellas mismas se definen como aplicables mediante recomendaciones, acuerdos voluntarios, regulación y autorregulación e iniciativas normativas que difícilmente son consultadas a las personas para las cuales han sido diseñadas.

Ante lo anterior, esta investigación es un instrumento de trabajo que puede resultar de interés para la elaboración de programas de promoción de la salud, y específicamente de aquellos orientados a disminuir los índices de obesidad infantil en Chile. Los resultados del estudio nos permiten insistir en aquel discurso que apunta a la necesidad de reforzar la construcción de políticas de alimentación saludable que incluyan las limitaciones inherentes a las iniciativas sobre cambios de hábitos. Ello, pues las entrevistas en profundidad permitieron comprender que las prácticas alimentarias no son solo hábitos en el sentido de repetición mecánica de actos, ni pueden interpretarse como hábitos más o menos inadecuados como frecuentemente se ha hecho, sino que deben considerarse como una consecuencia también de conductas culturales.

La población es heterogénea y también lo son los procesos de interiorización de las recomendaciones respecto de una alimentación saludable, por ello será importante, además, que las políticas propuestas orienten perspectivas que tengan en cuenta las condiciones, posibilidades y entornos de cada uno de los sectores poblacionales donde van dirigidos los programas. En este punto, esta investigación cobra sentido al otorgarnos la visión de un grupo específico de la población, como son madres de bajos recursos económicos, pues se ha considerado que esta condición está asociada a niveles de educación bajos que implicarían la no adopción de recomendaciones dietarias por ser éstas incomprendidas.

Creemos que resulta muy positivo facilitar datos empíricos para que los profesionales de la salud puedan adecuar las indicaciones y mensajes que transmiten, modulándolos según las características y condiciones de la población atendida y la distinta reinterpretación que de dichos mensajes hacen los diferentes sectores sociales.

Nuestra respuesta, más que dar una fórmula o receta que pudiese ser la panacea a dicha problemática, ha sido más bien cuestionar, con la ayuda de los planteamientos teóricos la supuesta subyugación que debiesen tener las representaciones populares ante las representaciones médicas.

Por último, queremos hacer patente nuestra intención de superar la camisa de fuerza impuesta por el paradigma biomédico en la consecución de esta tesis, además de avanzar en la incorporación de metodología cualitativa y participativa en el diseño y evaluación de intervenciones nutricionales en lo específico y médicas en lo general.

XII. BIBLIOGRAFIA

- ABEYA-GILARDON, E Y COL. 2004: “El desarrollo del niño. Una definición para la reflexión y la acción”. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Archivos Argentinos de Pediatría. Vol. 102. N° 4.
- ALBALA, C. VIO F. KAIN J. UAUY R. 2002 Nutrition transition in Chile: Determinants and consequences. Public Health Nutr; 5: 123-8.
- ARAUJO. K. 2005 “¿De qué hablamos cuando hablamos de cuerpo? En Revista Con-Spirando N° 37/01, Pág. 15-19.
- ATALAH, E URTEAGA, C Y REBOLLEDO, A. 2004. Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago. Revista Médica. Chile, Nov. Vol.132, no.11. ISSN 0034-9887.
- BARBADO ALONSO JA, AISPIRI DIAZ JJ, CAÑONES GARZÓN PJ, FERNANDEZ CAMACHO A, CONÇALVEZ ESTELLA F, RODRIGUEZ SENDIN JJ, DE LA SERNA DE PEDRO I, SOLLA CAMINO JM. (2005) “Aspectos históricos antropológicos de la relación médico-paciente”. Revista Medicina General N° 70. Sociedad Española de Medicina General. En http://www.semg.es/revista/revista_70
- BOURDIEU, P 1988. La distinción, “El habitus y el espacio de los estilos de vida”, Grupo Santillana de Ediciones, Madrid
- BOURDIEU, P 1998. La distinción: criterios y bases sociales del gusto. España, Taurus.
- BUSDIECKER S, CASTILLO C, SALAS I. 2000. “Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica”. Revista Chilena de Pediatría N° 71.
- CATTÁNEO A. 2000. “Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa de desnutrición”. Ponencia presentada en las jornadas de nutrición, organizadas por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (UBA).
- CESARE, S. 1985. “La comunicación”, “El texto”, En Principios de análisis de texto literario. Editorial Crítica, Barcelona.
- COMELLES, JOSEPH M. Y ANGEL MARTÍNEZ. 1993. “Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina”. Madrid: Eudema.
- CONNORS, M., BISOGNI, CA., SOBAL, J., AND DEVINE, C.M. 2001 “Managing values in personal food systems” APPETITE. Vol. 36.
- CONTRERAS, J. 1993. “Antropología de la alimentación”. Eudema, Madrid.
- COUSIÑO, C Y VALENZUELA, E. 1994. “Politización y Monetización en América Latina”. Cuadernos del Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- DÍAZ M. 2000. “Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos”. Revista Chilena de Pediatría N° 71.
- EXPEITX, E. 2002. “Alimentos, alimentación y cocina: su papel como eje o pretexto en discursos contrastados y ajenos”. Actas del IX. Congrés D’ Antropologia FAAEE. Barcelona.
- FAO. 2002. Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después.

- FERNANDEZ TRUJILLO J. 2003. Apuntes de antropología. En <http://club.telepolis.com/torrefdz/antropusi.htm>.
- FISCHLER, C.1995. "El (H) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo". Barcelona, Anagrama.
- FLORES GUERRERO, R. 2004. "Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural". Revista Magíster en Antropología y Desarrollo N° 10 En: <http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>
- FOUCAULT, M. 1992. "Microfísica del Poder". Madrid, Ediciones de la Piqueta.
- FOX KÉLLER, E. 1989. "El mundo interno de sujetos y objetos". En Reflexiones sobre género y ciencia. Valencia: Alfons el Magnánim.
- FURTST, T., CONNORS, M., BISOGNI BISOGNI, C. A., SOBAL, J AND WINTER FALK L. 1996. "Food choice: a conceptual model of the process. APPETITE 26(3):247-265.
- GARCÍA, M. 2001. "Representaciones culturales del sufrimiento en la cultura popular chilena: el caso de la enfermedad del susto". Revista Persona y Sociedad Vol. XV, N° 3.
- GAVILÁN, V. 2005. "Representaciones del cuerpo e identidad de género y étnica en la población indígena del norte de Chile". Estudios Atacameños N° 30.
- GIDDENS, A. 1995. "Modernidad e Identidad del Yo". Ed. Península, S. A .Barcelona.
- GUERRERO, ML; MORROW, JJ; CALVA, ORTEGA-GALLEGOS, H; WELLER, SC; RUIZ-PALACIOS, M; MORROW. AL. 1999 "Evaluación etnográfica de la práctica de lactancia natural en una zona periurbana de Ciudad de México" Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de Artículos N° 1.
- HAMMERSLEY, M Y ATKINSON, P. 1994. "Etnografía. Métodos de investigación". Barcelona. Paidós.
- HARRIS, M. 1985. "Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura". Madrid, Alianza Universidad.
- HELMAN C. 1994. "Culture, Health and Illness". Butterworth Heinemann. Ltd., Oxford.
- HERSKOVITS. 1969. "El hombre y sus obras". Fondo de cultura económica, México
- HURTADO H. Y GITTELSON J. 1997 "Factores sociales y culturales que influyen en el proceso de alimentación del niño en América Latina. En: Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida". O'Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara Pantín E, y Peña M eds. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 391- 422
- INTERLANDI. L. "Participación y ciudadanía en la red de redes" En: <http://www.hipersociologia.org.ar/papers/linterlansp.htm>
- JADUE L, MARÍN, F. 2005 (Eds). "Determinantes sociales de la Salud en Chile: En la perspectiva de la equidad". Iniciativa Chilena de Equidad de Salud (ICES). SANTIAGO. <http://www.equidadchile.cl/home.html>
- JUNGE, P. 1999. "Nuevos Paradigmas científicos y antiguas sabidurías, un encuentro creativo". Tesis para optar al título de Antropóloga Social. Universidad de Chile.

- JUNGE, P. 2001. “Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica”. Ponencia presentada el Cuarto Congreso Chileno de Antropología. Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia.
- KRIPENDORF. 1990. “Metodologías de análisis de contenido: Teoría y práctica2. Piados Communication.
- KRISTENSEN, ST. 2000. “Social and cultural perspective on hunger, appetite and satiety”. Eur J Clin Nutr. 54; 473 – 478
- LE BRETON, D. 1995. “Antropología del cuerpo y la modernidad”. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- LÉVI-STRAUSS. “El origen de las maneras de mesa”. Mitológicas II. Siglo XXI, México.
- MADRIGAL-FRITSCH, M. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. KEARNEY, M. GIBNEY, J. MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. 1999. “Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición”. Salud pública de México. Vol.41, no. 6.
- MANTILLA, MJ. 2004. “Prácticas y significados desde la perspectiva de PierreBourdieu. Reflexiones en torno a sus implicancias en un caso empírico.” En: http://www.iigg.fsoc.uba.ar/Jovenes_investigadores/3JornadasJovenes/Templates/accion%20y%20estructura/MANTILLA_ACCION.pdf
- MARTINEZ. 2004. EN GAVILÁN, V 2005. “Representaciones del cuerpo e identidad de género y étnica en la población indígena del norte de Chile” Estudios Atacameños N° 30, pp. 135-148
- MARTON, B; ECHAZÙ, G. 2006. V “La violencia simbólica de las representaciones en salud: El caso de la diada madre-hijo y la lactancia materna”. VII Congreso Argentino de Antropología Social, mesa: Antropología y Salud.
- MASCAREÑO, A. 2000. “Diferenciación funcional en América latina: los contornos de una sociedad concéntrica y los dilemas de su transformación”. Revista Persona y Sociedad, Vol. XIV, N° 1.
- MASCAREÑO, A. 2003. “Teoría de sistemas de América Latina. Conceptos fundamentales para la descripción de una diferenciación funcional concéntrica”. Revista persona y sociedad, Vol. XVII, N° 2.
- MAUREIRA, F. 2004. Apuntes personales de cátedra. Metodologías Cualitativas. Magíster en Antropología y Desarrollo, Universidad De Chile.
- MEEROFF, J.C. 2000 “América en peligro: la obesidad, una grave epidemia fuera de control”. En: <http://www.sama.org.ar/>
- MEEROFF, M, Marcos. 2001. “Análisis crítico de la "Medicina de la Evidencia" 2001 En <http://www.sama.org.ar/>
- MEEROFF, M. “Cambio del modelo médico: De la Medicina Biológica a la Medicina Bioantropológica. Fundamentación Científica”. En: <http://www.sama.org.ar/>
- MEJÍA, L. SIGUENCIA, N; VITERI., W. 2005. “Estudio Piloto de Factores Sociales y Culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años”. Revista Ecuatoriana de Pediatría. Vol. 6, N° 1.
- MÉNDEZ, M L. “Significados asociados a la idea de movilidad social en el relato de doce familias floridanás”. Tesis para optar al grado de Magíster en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile. En: <http://www.revistamad.uchile.cl/06/paper07.pdf>

- MIES, M. 1998. “¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista?” En Bartra, E. “El debate en torno a la ciencia y la metodología feministas”, UNAM, 1998.
- MINISTERIO DE SALUD, 2006. ESTRATEGIA GLOBAL CONTRA LA OBESIDAD. DOCUMENTO DE TRABAJO
- MOCK ET AL 1985. En HURTADO H. Y GITTELSON J. 1997 “Factores sociales y culturales que influyen en el proceso de alimentación del niño en América Latina. En: Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida”. O’Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara Pantín E, y Peña M eds. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 391- 422.
- MONTOYA, P. 2000. “Alimentación, Nutrición y Salud”. <http://www.fao.org/righttofood/KC/downloads/vl/docs/AH420.pdf>
- NAVARRO, C. 2006: “Alimentación y salud. aproximación antropológica a las representaciones sociales en torno al problema de la obesidad”. Memoria para optar al título de Antropóloga social. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología.
- OLIVARES, S. 1999: “Educación en nutrición y guías alimentarias para la prevención de las enfermedades crónicas”. Revista Chilena de Nutrición N° 26.
- OMS. WHO 1997. Global database on child growth and malnutrition. Ginebra.
- OSORIO E., J, WEISSTAUB N., G Y CASTILLO, C. 2002. “Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones”. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 29 no.3.
- PEREZ-ESCAMILLA, J 1993. En HURTADO H. Y GITTELSON J. 1997 Factores sociales y culturales que influyen en el proceso de alimentación del niño en América Latina. En: Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. O’Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara Pantín E, y Peña M eds. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 391- 422
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. Apuntes sobre Historia de la Medicina. En: <http://escuela.med.puc.cl/publ/historiamedicina/Indice.html>
- PORZECANSKI, T. 1994. “Aspectos antropológicos de la nutrición Humana”. Rev. Chil. Nutr. Vol. 22 (N° 2): 91-97.
- RODRÍGUEZ, D Y ARNOLD, M. 1991. “Sociedad y Teoría de sistemas”. Editorial Universitaria.
- ROMO, M Y CASTILLO, C. 2002. “Metodologías de las Ciencias Sociales aplicadas al estudio de la nutrición.” Revista Chilena de Nutrición. Vol. 29.
- RUBIN DE CELIS, E., PECHO, I., DE SUREMAIN, CE. 2003. Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú. En Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú. IFEA Instituto Francés de Estudios Andinos. IRD Instituto de investigación para el Desarrollo.
- SANJUR ET AL, 1970. En HURTADO H. Y GITTELSON J. 1997 Factores sociales y culturales que influyen en el proceso de alimentación del niño en América Latina. En: Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. O’Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara Pantín E, y Peña M eds. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 391- 422.
- SOBAL, J. Y MAURER, D.1999. Interpreting weight: The social management of fatness and thinness. New York: Aldine de Gruyter.

- TAYLOR Y BODGAN.1994. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Paidós.
- TEJADA, J. L. 2004. “La intervención médica: Una propuesta sistémica”. En: <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/10/paper05.pdf>
- THUMALA, D 2002. “Modernidad y Sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento”. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Antropología y Desarrollo, Santiago.En <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/08/paper07.pdf>
- VIOLI, P. 1990. “Sujeto Lingüístico y Sujeto Femenino”., En Feminismo y Teoría Del Discurso. Giulia Colaizzi (Ed) Cátedra, Madrid., 1990.
- VIVEROS, M. 1993. “La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad”. Revista Colombiana de Antropología. Vol. XXX.

XIII. ANEXOS

1. PAUTA DE ENTREVISTAS

Datos personales

1. ¿Cuántas personas viven en la casa?
2. ¿Cuántos adultos y cuántos niños hay en la casa? (tipo de familia)
3. ¿Cuántas personas reciben ingreso? (rango)
4. ¿Cuál es la religión de la familia?
5. ¿Cuál es su nivel de educación?
6. ¿Cuál es su situación conyugal?

Preguntas sobre cuerpo propio

7. Dígame, ¿Qué es para usted la belleza?
8. O, ¿Qué tipo de cuerpo es más bello para usted; un cuerpo flaco, un cuerpo gordo u otro?
9. ¿Cómo se siente con el suyo?
10. ¿Qué cosas quiere mejorar? , ¿Quiere bajar de peso?
11. ¿Qué medidas cree que hay que adoptar para lograr eso?

Preguntas sobre cuerpo ajeno

12. ¿Cuál es su ideal de cuerpo respecto a un niño?
13. ¿Para usted que es más sano; un cuerpo flaco o un cuerpo gordo?
14. ¿Qué aspectos le indican que un cuerpo es saludable?
15. ¿Usted está contenta con el cuerpo de su hijo (a)? (tamaño, peso, forma)

Preguntas sobre obesidad

16. ¿Qué significa para usted la palabra obeso?
17. ¿Cómo sabe usted que un niño es (está) obeso?
18. ¿Cuáles son los signos de alerta de que un niño se está volviendo obeso?
19. ¿Por qué piensa usted que algunos niños son obesos y otros no?
20. ¿Qué piensa usted que los padres pueden hacer para mantener a los niños libres de volverse obesos (sanos respecto al peso)?
21. ¿Qué cosas hace usted para mantener a un niño libre de volverse obeso?
22. ¿Qué piensa usted de la obesidad?,
23. ¿A qué tipo de personas afecta mayormente?,
24. ¿Cree que es un problema de salud?

Preguntas sobre salud-enfermedad

25. ¿Qué es para usted la salud?
26. ¿Cómo se mantiene?
27. ¿Qué define una persona saludable?
28. ¿Qué cosas hace usted hacer para restablecer la salud?
29. Según su apreciación: ¿qué importancia tiene la alimentación para la salud?
30. En su familia: ¿considera usted que se maneja una buena alimentación?
31. (Sí) ¿En qué consiste? (No) ¿Qué cambios le haría?
32. ¿Cuántas veces al día cree usted que es necesario comer y en qué horarios?
33. ¿Qué cosas se pueden comer juntas y qué cosas no?
34. ¿Qué tan importante es la leche en la familia?
35. ¿Qué tan importante es la carne en la familia?
36. ¿Qué tan importante son las frutas en la familia?
37. ¿Qué tan importante son las verduras en la familia?
38. ¿De qué manera cree usted, que los niños aprenden hábitos alimenticios?, ¿Cómo los aprendió usted?, ¿Quién le enseñó?

Preguntas sobre alimentación

39. Cuénteme, ¿Cómo sabe usted que un niño tiene hambre?
40. ¿De quién es la responsabilidad de controlar la alimentación de un niño?
41. ¿Qué tipos de alimentos le da usualmente a su hijo (a), ¿en qué ocasiones?, ¿en qué cantidad?
42. ¿Por qué ha elegido esos alimentos? (por recomendación de: mamá, médico, familiares, publicidad)
43. ¿Cuántas comidas al día le da a su niño?
44. ¿Usted prepara alimentos especiales para su hijo?, ¿Cuál es su composición?,
45. ¿En qué se diferencia lo que usted le da a su hijo, respecto de lo que le prepara al resto de su familia?
46. ¿Usted lo alimenta sólo en los horarios de comida?
47. ¿Fuera de esos horarios, que alimentos le da a su niño si usted siente que tiene hambre? / ¿Qué medidas toma usted cuando se percata que el niño tiene hambre fuera de los horarios de comida?
48. ¿Usted le da comida a su niño en compañía de otras personas?, ¿De quiénes?
49. ¿Qué alimentos le da a su niño cuando está enfermo?
50. ¿Para usted son importantes las marcas de los productos? ¿Cómo son en cuanto al precio?
51. ¿Qué opinión tiene usted de los alimentos industriales?

Preguntas sobre asesoramiento (familia, servicios de salud, medios de comunicación, publicidad)

52. ¿Qué opinión tiene usted de lo que le puedan decir los médicos al respecto?, ¿es importante?
53. ¿Qué opinión tiene usted de lo que le puedan decir sus familiares al respecto?, ¿es importante?
54. ¿Qué opinión tiene usted de lo que le puedan decir los medios de comunicación al respecto?, ¿es importante?
55. ¿Para usted es importante la información nutricional de los productos?, ¿de dónde la obtiene?
56. ¿Qué relación tienen los precios con lo saludable de las comidas?
57. ¿Qué relación tienen las marcas con lo saludable de las comidas?

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción del estudio

Estimada Mamá:

El objetivo de esta carta es informarle a usted que el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile está realizando un estudio para conocer las opiniones que tienen las madres o familiares de niños preescolares obesos de sectores socioeconómicos bajos sobre la relación entre el cuerpo y la alimentación infantil.

Su participación

Su participación consiste en permitir que una alumna de Magíster de la Universidad le realice 2 ó 3 entrevistas personales, ya sea en su hogar o en el lugar que usted encuentre más adecuado. Estas entrevistas tienen una duración promedio de 1 hora y deben ser realizadas con ayuda de una grabadora. En ellas se le preguntará acerca de: su familia, la obesidad, la alimentación, los servicios de salud y los medios de comunicación.

Molestias y beneficios

La participación en el estudio no le reportará riesgos ni tampoco beneficios monetarios personales. Nada de lo que nosotros hagamos tendrá costo para usted.

Uso de la Información

Esta información será de beneficio social en el futuro para planificar la modificación de hábitos alimentarios en grupos de alto riesgo de obesidad. Además, toda la información que usted pueda entregar en las mismas será en total **confidencialidad y anonimato**, teniendo acceso a ellas sólo los profesionales que participan del proyecto.

Retiro del estudio

Su participación y permanencia en el estudio son voluntarias. Si cambia de opinión en relación a su participación, puede retirarse en el momento que lo decida, lo que no tendrá ningún efecto adverso para Ud. o su familia.

Información adicional

Sí le gustaría tener información adicional acerca del estudio antes o después de que finalice, puede ponerse en contacto con Gerardo Weisstaub al fono 9781412 o también puede consultarle al Doctor Carlos Castillo. INTA - Universidad de Chile, fono 6781451.

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

3. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

Autorización

“He leído la información anterior y mis preguntas acerca de este proyecto han sido satisfactoriamente respondidas. Al firmar esta copia declaro que comprendo claramente el proyecto y que deseo participar libremente en él”.

Yo: _____

Carné de identidad N°: _____

Dirección: _____

Fono: _____

Firma de consentimiento de la madre _____

Fecha: _____

Declaro que acepto voluntariamente participar en el proyecto de investigación: “Cuerpo y alimentación: Aproximación antropológica a las representaciones del cuerpo y las prácticas de alimentación de lactantes de nivel socioeconómico bajo”

Consentimiento del investigador

Al sujeto de investigación he entregado información sobre el estudio, y en mi opinión esta información es precisa y suficiente para que el sujeto entienda completamente la naturaleza, los riesgos y beneficios del estudio, y los derechos que tiene en tanto sujeto de investigación. No ha existido coerción ni ha actuado bajo influencia alguna. He sido testigo que el sujeto firmó el documento.

Nombre del investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha _____

4. DECLARACIÓN DE USO DE FUENTES

Yo, NOMBRE DEL TESISISTA, declaro que en mi documento de Tesis indiqué en forma precisa y explícita todas las fuentes de información que utilicé. Para ello apliqué las normas de citación convencionales en estudios científicos y respetando la autoría de las ideas ajenas. Esta declaración se aplica para todo tipo de referencias, sin importar el medio de circulación de las mismas: radios, entrevistas a informantes y a expertos, Internet, revistas, libros, periódicos, diarios y equivalentes.

Firma

