



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

CONOCIMIENTO NUTRICIONAL DE MADRES DE
PRE-ESCOLARES OBESOS DE ESTRATOS
SOCIOECONÓMICOS BAJO Y MEDIO

Memoria para optar al Título de Antropólogo Social

ÁLVARO CASTILLO CARNIGLIA

Profesor guía: Marcela Romo M.

Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

Profesores tutores Dr. Carlos Castillo D. y Dr. Gerardo Weisstaub N.

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile

SANTIAGO-CHILE 2006

AGRADECIMIENTOS

La culminación de este proceso fue el resultado de un largo trabajo en el que participaron varias personas vinculadas académica y personalmente conmigo, y cuyo apoyo fue fundamental para lograr lo que aquí se presentará.

En primer lugar, quiero agradecer a los académicos y especialistas que trabajaron de forma permanente y desinteresada conmigo, al Dr. Carlos Castillo D. quien me introdujo y me guió en el área de la nutrición y quien pacientemente corrigió una y otra vez los textos que le presenté; al Dr. Gerardo Weisstaub N. por su ayuda bibliográfica y su espíritu crítico; a Marcela Romo M. y su permanente dedicación, no sólo como profesora guía, sino como colaboradora y referente del trabajo antropológico en nutrición.

A mi familia por su paciencia y apoyo en este largo proceso, a mi madre y mi hermano, a mi padre por su siempre buena disposición a trabajar y a mi hermana por su trabajo editorial.

Por último, quiero agradecer a Claudia Smith por su ayuda, apoyo y rigor académico, quien me inspiró y me mostró la excelencia en los momentos de mayor duda.

A todos ellos gracias.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1 ANTECEDENTES	5
1.1 SALUD Y ANTROPOLOGÍA	5
1.2 OBESIDAD Y POBREZA	8
2 MARCO TEÓRICO	12
2.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	12
2.2 SUBDISCIPLINAS ANTROPOLÓGICAS Y EL ESTUDIO DE LA SALUD	17
2.3 ANTROPOLOGÍA EN EL SIGLO XXI.....	19
3 CONCEPTOS BÁSICOS Y DEFINICIONES	25
4 HIPÓTESIS	30
5 OBJETIVOS	31
5.1 OBJETIVO GENERAL	31
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
6 MARCO METODOLÓGICO	32
6.1 ORIENTACIÓN METODOLÓGICA.....	32
6.2 GRUPO Y UNIVERSO DE ESTUDIO.....	37
6.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	41
6.4 INSTRUMENTOS DE REGISTRO	41
6.5 CLASIFICACIÓN, ANÁLISIS Y RESULTADOS	42
6.5.1 Transcripción de la información	42
6.5.2 Clasificación y análisis de la información.....	42
6.5.3 Resultados.....	44
6.5.4 Interpretación de resultados.....	44
7 RESULTADOS	45
7.1 DESCRIPCIÓN	45
7.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS.....	50
7.3 CARACTERIZACIÓN DEL GRADO DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO	56
7.3.1 Percepción.....	57
7.3.2 Selección	58
7.3.3 Consumo	61
7.3.4 Conocimiento.....	66
7.3.5 Transmisores.....	69
8 DISCUSIÓN	75
9 BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
ANEXO 2 CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL POBLACIÓN MENOR DE 6 AÑOS	94
ANEXO 3 CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE 6 AÑOS	95
ANEXO 4 TABLAS DE DESVIACIONES ESTÁNDAR	96
ANEXO 5 PAUTA DE ENTREVISTA	98

ANEXO 6 ENTREVISTA 1..... 100
ANEXO 7 ENTREVISTA 2..... 106

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 ENTREVISTAS (Nº) POR GRUPO DE ESTUDIO	38
TABLA 2 INGRESO AUTÓNOMO PER-CÁPITA DEL HOGAR, SEGÚN ZONA Y QUINTIL (*)	40
TABLA 3 PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD EN POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS POR QUINTIL DE INGRESO (*)	40
TABLA 4 CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	51
TABLA 5 PERCEPCIÓN DE ALIMENTOS Y COMIDAS ENGORDADORAS	57
TABLA 6 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS.....	59
TABLA 7 PRINCIPALES ALIMENTOS CONSUMIDOS Y PRESENCIA DE PRODUCTOS EN EL HOGAR	61
TABLA 8 CONSUMO DE GOLOSINAS Y BEBIDAS	63
TABLA 9 ÁREAS DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD	66
TABLA 10 FUENTES DE CONOCIMIENTOS NUTRICIONAL	69

RESUMEN

Dado el aumento en las cifras actuales y las alarmantes proyecciones a futuro, principalmente en los sectores pobres, la obesidad constituye uno de los principales problemas de salud y desafíos nutricionales en la actualidad. Se propuso investigar comparativamente el conocimiento nutricional de las madres de pre-escolares obesos y eutróficos de sectores socioeconómicos bajos y medios, y establecer asociación entre pobreza y obesidad. Se realizaron 27 entrevistas semi-estructuradas a madres de niños entre 18 y 36 meses de edad, entre los meses de Julio del 2005 y Julio del 2006. No se estableció asociación entre el conocimiento nutricional de las madres y el estado nutricional de los hijos. La presencia de familia extendida en los grupos pobres y obesos fue 4 veces mayor que en el grupo eutrófico de sectores medios. La condición socioeconómica resulta relevante en cuanto a la conformación del hogar y de familia nuclear o extendida. La presencia de familia extendida constituiría un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad en los preescolares dada su ingerencia en la alimentación de éstos. Se plantea que los niños de sectores pobres tienen un mayor riesgo de obesidad si no se producen cambios en la pautas de alimentación. Se destaca lo multifactorial del problema y la necesidad de entenderlo de forma contextual y como parte de los procesos socioculturales de la vida moderna.

INTRODUCCIÓN

El tema de nuestro trabajo lo hemos definido a partir de una serie de inquietudes surgidas en el seno de un equipo de profesionales que se está dedicando al estudio de la obesidad infantil en Chile. La parte troncal de este trabajo es un proyecto FONDECYT encabezado por el Dr. Carlos Castillo, del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, y corresponde a un área netamente biológica y altamente específica. El estudio se titula “Modificaciones en la composición corporal mediante la suplementación con zinc, en pre-escolares obesos de estratos socioeconómicos bajos” y se complementa con varios otros trabajos que se están efectuando en paralelo para conocer y controlar el aumento de la obesidad en Chile. Además se utilizó la estación de terreno financiada por dicho proyecto para facilitar la labor de los trabajos complementarios. La complejidad del tema y del grupo estudiado, así como el evidente contenido sociocultural del problema, hizo que se considerara fundamental el trabajo con antropólogos, o más bien, trabajar desde un punto de vista antropológico.

La aprobación del proyecto en este contexto profesional requirió de la elaboración de un consentimiento informado donde se resumió de manera simple el estudio para aclarar las dudas más comunes dentro de la población

estudiada¹. Este consentimiento fue requisito fundamental para la realización del estudio y la aprobación del Comité de Ética del INTA.

Desde el lado antropológico del tema se han propuesto dos líneas a seguir dentro de la investigación troncal: una tiene que ver con las percepciones de los familiares sobre el cuerpo y la figura del niño, así como del concepto de niño sano que se maneja al interior de las familias y la comunidad en los sectores pobres. La otra línea es la que nosotros presentaremos aquí y se orienta hacia la caracterización y la comparación de distintos grupos socioeconómicos en relación al tema de la obesidad infantil y la alimentación. En el fondo se trata de responder a la pregunta ¿Por qué la obesidad infantil se da con más fuerza en los sectores pobres?

Hemos definido los factores culturales como la parte principal de nuestro estudio, puesto que son éstos los que han predominado y definido el panorama para los sectores más pobres (Romon 2005) y donde el problema se presenta de manera más aguda.

Nuestros objetivos se plantearon a partir de un vacío en el conocimiento sobre los roles familiares y el nivel de información y conocimiento nutricional disponible en los sectores más pobres de nuestro país. Esta información es

¹ Consentimiento informado en Anexo 1

imprescindible si se pretende tratar e intervenir en el tema a nivel institucional o gubernamental. Cualquier programa de prevención o de control de la obesidad requiere información de las condiciones sociales y familiares que posibilitan y favorecen su surgimiento. En este caso, el grupo de mayor riesgo y de menor posibilidad de tratamiento son los sectores pobres, por lo mismo es ahí donde se colocó el énfasis de la investigación.

Para esto comparamos los hábitos alimentarios de cada grupo (platos y alimentos más típicos, número de comidas al día, elección de productos), la persistencia de ciertos rasgos en el tiempo y el conocimiento sobre las comidas y los estados nutricionales. La conformación de este panorama inicial, fue sumamente útil para entender ciertas características de la alimentación de los niños en los diferentes grupos de estudio.

Como grupo de comparación de los sectores más pobres se utilizaron a los sectores medios, que fueron establecidos por estar económicamente más próximos y por el acceso que se tiene a ellos.

Otro punto importante dentro del trabajo es la distinción de roles al interior de las familias, distinción necesaria para poder caracterizarlas y categorizarlas de acuerdo al grupo socioeconómico al que pertenecen. La comparación de estos aspectos es importante ya que en los distintos niveles socioeconómicos

hay diferencias importantes en cuanto a la composición familiar (Araya 2002) y a la constitución de los hogares.

Es importante recalcar el rol de los equipos de salud y su esfuerzo por controlar y educar a la población de manera periódica en relación a los riesgos de la obesidad y a la manera adecuada de alimentarse².

Como comentario final antes de presentar la investigación, está el hecho de que hay muy pocas investigaciones que analizan los aspectos sociales de la obesidad en nuestro país, y en general en América Latina, y prácticamente nada en la etapa de transición socioeconómica y alimentaria en la que estamos. Ésta tiene que ver con el proceso de desarrollo en el que se encuentra Chile y con la implantación de políticas destinadas al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de las personas, en el marco de las estrategias para la superación de la pobreza. Al mismo tiempo, están los cambios alimentarios que tienen ver con la apertura de mercados y la introducción de productos, comidas y tendencias culinarias nuevas para la población chilena.

² Existe un control de niños obesos que se hace de manera trimestral en los consultorios.

1 ANTECEDENTES

1.1 Salud y Antropología

A través de los años, el estudio y la concepción de la salud/enfermedad se ha enmarcado dentro de un paradigma dominante ligado a las ciencias naturales, pero sobre todo al de la disciplina médica donde el enfoque es netamente “biologisista”. Sin embargo, tanto dentro como fuera de este paradigma existen numerosas visiones y formas de entender el proceso salud/enfermedad, muchas de estas validadas dentro de la comunidad científica. Nos referimos al desarrollo de la homeopatía, subdisciplinas médicas como la medicina familiar o algunas escuelas psiquiátricas, al advenimiento de medicinas no tradicionales como la china, la mapuche, etc.

No pretendemos abarcar ni detallar todas las alternativas a la medicina clásica, aunque sí nos parece necesario exponer dos visiones a fin de entender el rol y los aportes de la antropología y las ciencias sociales en el estudio del proceso salud/enfermedad del hombre.

En primer lugar, nos referiremos al modelo epidemiológico clásico, que lo podríamos ubicar en el lado más “biologisista” de la medicina, y que está sustentado en metodologías de las ciencias naturales. Aquí la noción de causalidad es clave para entender el modelo, cuya función es la de estudiar los

factores que determinen esas relaciones. Generalmente se recurre a lo que se denomina una cadena de causalidades para explicar la distribución y los orígenes de las enfermedades. La búsqueda de factores ha sido su objetivo a lo largo de su desarrollo, factores que han sido históricamente genéticos y ambientales. Sólo en las últimas décadas se ha incorporado la variable psicosocial dentro de los rígidos márgenes de la teoría médica, aunque solamente como un factor más dentro de este modelo.

“El modelo epidemiológico clásico define a la epidemiología como el estudio de la distribución de las enfermedades y sus determinantes. En otras palabras, la epidemiología se ocupa de describir la distribución de la enfermedad en términos de las personas, lugares y tiempos en que ocurre y además, estudia los factores causales o de riesgo para esas enfermedades.”(Parra-Cabrera 1999, p.316)

Más recientemente, aunque hace bastantes años ya, ha surgido de forma paralela otro modelo que se escinde del visto anteriormente. En éste se parte de la base de que la concepción de la salud/enfermedad debe ser entendida como la forma específica del proceso bio/psíquico humano en las distintas sociedades, en un período histórico determinado. Reconoce el carácter social y bio/psíquico de la salud/enfermedad, pero a diferencia del modelo anterior, lo concibe como parte de la interacción del individuo con su entorno colectivo, que a su vez está inserto dentro de un entorno social mayor que varía de acuerdo a contextos históricos y geográficos.

“Se ha propuesto la idea de que tanto la enfermedad, como los métodos disponibles para enfrentarla se encuentran socialmente determinados (...) conforme una sociedad evoluciona, encuentra nuevas formas de organización, por lo tanto, surgen nuevas formas de estructuras familiares y de vida, que a su vez crean nuevas interdependencias entre personas y grupos, y producen nuevas enfermedades.”(Parra-Cabrera 1999, p315)

La importancia de este modelo es fundamental para nosotros, como antropólogos, que estudiamos la salud de los hombres en un contexto social. Este modelo es entonces indicado para comprender la obesidad y, en general, las enfermedades que han explotado en el contexto histórico actual, respondiendo a condiciones específicas generadas por procesos sociales, económicos, políticos y culturales. Si bien las formas de proceder de la antropología no coinciden necesariamente con las del modelo epidemiológico social, sí existe una visión y una forma en común de entender la salud como algo multifactorial que debe ser estudiado en todas sus dimensiones de manera coordinada e integrada.

Estudiamos la obesidad desde un punto de vista antropológico porque su carácter social es evidente y porque es parte de la transición en la que se encuentra Chile como país en desarrollo.

1.2 Obesidad y pobreza

En Chile, al igual que países desarrollados como Estados Unidos (Mei 1998), nos encontramos ante un acelerado aumento de la obesidad en los últimos 30 años. Se ha calculado que uno de cada tres escolares es obeso o tiene riesgo de serlo (categoría intermedia de sobrepeso) sin un adecuado control de la dieta y de los hábitos alimentarios. Dentro de las consecuencias asociadas a la obesidad infantil se encuentran una serie de enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, Diabetes, Cáncer, enfermedades cardiovasculares, así como problemas psicológicos y sociales en el niño (Busdiecker 2000). Es por esta razón que la OMS la ha definido como una enfermedad crónica debido a la alta probabilidad de continuar obeso en la vida adulta y a las consecuencias que acarrea a futuro (Burrows 2000).

Pero el tema se hace más complejo aún si consideramos que la obesidad se acentúa en los sectores más pobres de la población, fenómeno que no es exclusivo a Chile, sino más bien una constante que se está dando en los países desarrollados y en vías de desarrollo como el nuestro (Moreno 2004). La carga de obesidad de cada país en desarrollo tiende a desplazarse hacia los grupos de inferior nivel socioeconómico a medida que aumenta el producto nacional bruto (Monteiro 2004). Este escenario nos sitúa ante un problema global, aunque con particularidades (Osorio 2002) que no pueden ser ignoradas a la hora de realizar cualquier estudio.

Ahora, cuando hablamos de pobreza ya no nos referiremos a la pobreza de hace 20 años asociada a la desnutrición, a la indigencia y a la insatisfacción de las necesidades más elementales, sino a una pobreza que ha redefinido sus prioridades a la par con el acceso y disponibilidad de bienes de consumo. Las nuevas posibilidades de crédito han convertido a una población excluida de los procesos económicos en una masa altamente consumista y endeudada. De igual manera, si años atrás la lucha era contra la desnutrición y el hambre en los sectores pobres, en la actualidad esto se ha invertido y es la obesidad la que ha definido el nuevo panorama nutricional en estos grupos.

Pero, ¿por qué el problema de la obesidad infantil se da con más fuerza en los sectores pobres? ¿Por qué se ha producido un aumento de la obesidad infantil en estos sectores en los últimos años? Peciara que en este grupo socioeconómico existe una vulnerabilidad mayor respecto a los poderes que mueven a la industria alimentaria a través de la publicidad y las estrategias comerciales de amplia difusión. Sólo un ejemplo de esto es que en la Región Metropolitana, en 1996, la ingesta calórica de los preescolares de peso normal estaba basada en un 16% por golosinas y bebidas, cifra que alcanzaba el 29% en los preescolares obesos (Olivares 1999). Las consecuencias de esto parecen ser obvias, sin embargo, el problema se reconoce como algo mucho más complejo y de explicación multifactorial.

Otro antecedente del panorama nutricional de Chile que es importante mencionar son algunas cifras de obesidad para la población menor de 6 años con características que llaman poderosamente la atención. La prevalencia de obesidad en el país varía de forma considerable en los distintos grupos etáreos. A partir de los 3 meses existe un fuerte aumento de la obesidad en los niños, pasando de una tasa de alrededor del 2% a una tasa cercana al 6% a nivel nacional, cifra que se mantiene relativamente estable hasta los 4 años de edad, cuando el porcentaje promediado crece a casi el doble, alcanzando un tasa del 11,5 % a nivel nacional. Los datos para la Región Metropolitana no varían de manera considerable³.

Así, vemos que el panorama nutricional del país es complejo y presenta cifras preocupantes. Si bien la variable edad es importante y llama la atención en un comienzo, hay otros antecedentes que nos ratifican la complejidad de la realidad alimentaria y nutricional en Chile y el mundo. Día a día se realizan estudios que aportan nuevos antecedentes y nos permiten profundizar sobre áreas más específicas del tema. La investigación realizada aquí apunta hacia esa dirección, hacia la generación de conocimiento que permita avanzar en materia alimentaria y nutricional en el país y que ayude al control de la

³ Cuadros estadísticos en Anexo 2.

obesidad, sobre todo en la población de mayor riesgo, como son los sectores pobres.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes generales

Aunque el estudio de la alimentación y la nutrición no es algo nuevo para la antropología, la complejidad del tema y el nuevo panorama nutricional de la población, principalmente urbana, ha requerido del desarrollo de áreas cada vez más específicas, con miradas novedosas y enfoques multidisciplinarios. Pese a esto, existen pocos estudios desde una mirada sociocultural, sobre todo en Latinoamérica, lo que hace que la nutrición y la alimentación sean de dominio casi exclusivo de médicos y nutricionistas.

Ahora nos propondremos realizar una síntesis de lo que ha sido el interés antropológico por los alimentos, una revisión de sus principales aportes y las orientaciones conceptuales que han tenido sus estudios.

Los principales puntos que han definido los estudios antropológicos a lo largo de su historia apuntan hacia la construcción de teorías que enmarcan la diversidad cultural existente en los distintos lugares del mundo, sobre todo de aquellos que estaban alejados de “occidente” y sus afanes imperialistas. Dentro de esos intereses clásicos de la antropología, son los estudios sobre los aspectos económicos, religiosos y de parentesco los que han predominado y los que han servido de ejemplo para sus construcciones teóricas.

En los primeros tiempos de la disciplina antropológica, hacia fines del siglo XIX, el estudio de los alimentos estaba inserto dentro de estos grandes temas que preocupaban a los antropólogos, particularmente en relación al tabú, el totemismo, el sacrificio y la comunión, es decir, en los aspectos religiosos del proceso de consumo (Goody 1995). Podemos decir entonces que en esta etapa, el estudio de los alimentos y la alimentación era un medio para conocer y entender otros aspectos de la cultura, y no un fin en sí mismo. Autores como James Frazer, Ernest Crawley y Robertson Smith son parte de los que trabajaron el tema siguiendo esa línea.

Posteriormente autores clásicos de la escuela funcionalista como A. R. Radcliffe-Brown, Bronislaw Malinowski y Audrey Richards abordaron el tema desde un punto de vista similar, es decir, en relación a otros aspectos culturales como la religión o la comunión, pero con algunos cambios importantes. El trabajo antropológico comenzó a ser más empírico y presencial, se alejó del trabajo bibliográfico y recopilatorio de los antropólogos del siglo XIX para convertirse en un trabajo etnográfico, donde la observación prolongada y el contacto con la comunidad era el principal instrumento metodológico de sus estudios. Otro cambio importante fue el énfasis dado al estudio de los alimentos, ya no sólo como un medio, sino como parte de los mecanismos sociales que dan forma a la cultura. La alimentación y todo lo que conlleva su

producción, preparación y consumo son fundamentales para el antropólogo, ya que permite que las personas se encuentren, compartan y socialicen; es en la función social y el significado de los alimentos donde recae la relevancia de su trabajo. La producción y consumo de alimentos es una necesidad básica que satisface una respuesta biológica del cuerpo, pero su función y relevancia van más allá, permitiendo que aspectos de la cultura -religiosos, simbólicos, económicos, jurídicos, sociales- se reproduzcan y se compartan dentro de la comunidad.

En los años siguientes el estudio de los alimentos adquirió nuevos matices, principalmente por parte del antropólogo francés Claude Lévi-Strauss, quien se centró en la determinación y observación de estructuras de pensamiento. Este trabajo lo llevó, dentro de otras cosas, al estudio del aspecto culinario del proceso de alimentación en busca de principios universales del pensamiento humano y su identidad con los principios subyacentes de la sociedad, lo que luego fue conocido como enfoque estructuralista.

En un comienzo, su interés se centró en el sexo como forma para establecer la distinción entre naturaleza y cultura, siendo la prohibición del incesto el factor crítico de esta separación. Esta distinción era homologable a las transformaciones realizadas en los alimentos, lo que podía entenderse como el punto de partida para el estudio de la cultura. Pronto pasó a ser el

componente dominante del análisis realizado por Lévi-Strauss sobre las transformaciones producidas en la cultura, que se centró en los rasgos distintivos de la *cuisine* para desarrollar su análisis sobre la cocina. A estos rasgos distintivos o unidades de gusto los denominó gustemas, inspirado en el trabajo desarrollado por la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure con su determinación de fonemas y morfemas como rasgos distintivos del lenguaje. Posteriormente, Lévi-Strauss cambió de modelo y se centró en las distintas técnicas u operaciones de transformación de los alimentos (preparación) y ya no en las unidades del gusto (consumo). Esto lo llevó a la elaboración de lo que llamó *triángulo culinario*, modelo bajo el cual subyace una doble oposición: por un lado está la oposición elaborado/no elaborado, y por otro cultura/naturaleza. Este primer modelo fue luego enriquecido con la elaboración del *triángulo de recetas*, donde la oposición cultura/naturaleza también está presente, pero en una relación más compleja. Ambos modelos están fuertemente arraigados en el de la lingüística estructural, la que reduce en gran medida los fenómenos socioculturales a la lengua, es decir, los fenómenos socioculturales son tratados en términos de comunicación (intercambio) (*Ibíd.*).

La idea fundamental en el trabajo de Lévi-Strauss consiste en extraer las constantes universales y atemporales de la cultura. Esto hace que su trabajo sea menos exhaustivo que el de otros autores de su época en términos de la

densidad de sus estudios, pero más abstracto y general en cuanto a su búsqueda.

Otros autores como Mery Douglas o Jack Goody también han abordado el tema de los alimentos y su consumo, pero centrándose en otros aspectos. El trabajo de Douglas, por ejemplo, se ocupó del análisis de la comida en cuanto a su significado, a la comida como símbolo que transmite significados culturales estructurados socialmente. La comida es entendida como un código cuyo desciframiento se hará en el modelo de relaciones sociales en que se esté expresando.

Muchas veces los modelos mencionados coincidían en las formas de abordar el estudio de la cultura, es por eso que cuando hablamos de “funcionalismo” o “estructuralismo” no hablamos de modelos opuestos o contradictorios, sino de preocupaciones distintas en el marco de contextos académicos específicos.

Son muchas las críticas realizadas a estos autores y los esfuerzos por superar los vacíos conceptuales. Se han incorporado nuevas variables a los problemas culturales y se han corregido las metodologías utilizadas. La dimensión histórica de las culturas o sus determinantes ambientales son cuestiones que abren nuevas perspectivas en el estudio de la alimentación y en

general de los fenómenos culturales. En la actualidad se han abandonado en gran medida los esfuerzos por establecer generalizaciones y postulados universales. El alcance de los estudios es menor a medida que su especificidad aumenta. El contexto global cambia; la integración mundial alcanza estados que eran impensables hace décadas atrás y la antropología encuentra nuevas áreas de conocimiento al mismo tiempo que surgen nuevas problemáticas sociales.

El estudio de la alimentación es un ejemplo de esto. Si bien ha sido parte de la historia de la antropología, es en la actualidad donde su importancia ha alcanzado nuevos niveles. La necesidad de su desarrollo responde a las múltiples problemáticas nutricionales generadas en el mundo globalizado en el que estamos y a la proliferación de nuevas culturas alimentarias de gran complejidad en un proceso dinámico constante.

2.2 Subdisciplinas antropológicas y el estudio de la salud

El desarrollo de subdisciplinas antropológicas, tales como la antropología médica y posteriormente la antropología de los alimentos y la antropología nutricional, son un ejemplo de los esfuerzos realizados por los antropólogos por entender y enfrentar los nuevos desafíos alimentarios y nutricionales de nuestra época.

La antropología médica, por ejemplo, estudia el cuerpo humano y las múltiples representaciones en torno a la salud/enfermedad en su dimensión histórica y transcultural. La noción de imagen corporal definida en esta área cobra especial relevancia para los estudios que trabajan los aspectos alimentarios y nutricionales de la sociedad, imagen entendida como la representación colectiva e idiosincrásica que un individuo posee de su cuerpo y en su relación con el ambiente, incluida la percepción interna y externa, recuerdos, afectos, conocimientos y acciones (Johnson y Sargent 1990).

La antropología de los alimentos, en tanto, es el área de la antropología que se ha ocupado del estudio de los alimentos en relación a las manifestaciones simbólicas, comportamientos, costumbres, sistemas de valores y creencias (Busdiecker 2000). La alimentación es entendida como parte de un complejo sistema cultural, es decir, interrelacionada con los distintos sistemas e instituciones sociales, y su estudio debe contemplar las motivaciones y valoraciones que los individuos poseen. En este sentido, la herencia de tradiciones alimentarias contrasta con las prácticas propias de la vida urbana moderna, dadas a partir de la interacción con intereses económicos y políticos.

Por otro lado, la antropología nutricional combina perspectivas de la antropología cultural y la biología. Se trata del estudio del comportamiento y de las organizaciones sociales en relación con los estados nutricionales,

requerimiento de nutrientes y patrones de crecimiento (*Ibid*). En general sigue los modelos evolucionista y ecológico, donde el énfasis está en las determinantes medioambientales y en aspectos de la evolución como adaptación, selección y enfermedad en su asociación con la dieta y los alimentos.

Por último, la antropología culinaria, desarrollada en Chile principalmente por Sonia Montecino, más ligada a los trabajos de la antropología clásica y al realizado por Claude Lavi-Strauss, se ocupa del estudio de los diversos estilos culinarios y formas de consumo al interior de un pueblo y su relación con los distintos sistemas culturales que participan en ese proceso. El estilo culinario es considerado como un flujo permanente entre lo viejo y lo nuevo y se define como las maneras de cocinar y consumir que otorgan una característica especial, discernible y reconocible a la alimentación de un grupo determinado (Montecino 2004). Aspectos como el mestizaje, el comensalismo y los tabúes alimentarios son claves para entender la manera en que la antropología culinaria desarrolla sus estudios.

2.3 Antropología en el siglo XXI

Hoy en día el estudio de la alimentación y la nutrición en la población urbana de Chile parte por reconocer que el contexto en el cual se enmarca es el

del mundo globalizado. La apertura de mercados, el desarrollo de las comunicaciones y la integración de los países es parte del proceso de desarrollo en el que nos encontramos. Este proceso ha significado una mejoría en muchos aspectos que tienen que ver principalmente con presentar buenas condiciones económicas para los inversionistas, la apertura a nuevos mercados y distintas formas de acceder a productos antes desconocidos. Las actuales condiciones económicas posibilitan un mayor gasto social, mejor infraestructura y nuevas estrategias para combatir la pobreza. Pero al mismo tiempo que mejoran algunas condiciones para los sectores más pobres, se crea una brecha cada vez mayor entre éstos y los más ricos, brecha que significa que sólo unos accedan a productos más caros, a conocimientos más especializados y en general, a las condiciones que permitan producir y perpetuar un modo de vida médicamente recomendado.

Ante este escenario, el concepto de clase social adquiere una importancia fundamental a la hora de enfrentar el estudio y de comprender este nuevo problema nutricional en el que nos encontramos. De hecho la obesidad y, en nuestro caso la obesidad infantil, es una cuestión de clases, cuestión que tiene que ver con una forma particular de alimentarse, con posibilidades limitadas de acceder a ciertos alimentos, con nociones de un cuerpo sano que no corresponde al médicamente convenido, con necesidades básicas difícilmente satisfechas o con un conocimiento insuficiente en materia nutricional. No

hablamos de una pobreza en términos materiales (solamente), hablamos de patrones y estilos de vida, de una cosmovisión en particular que no se cambia con viviendas sociales o ingresos más altos sino con políticas de largo plazo que probablemente demoren generaciones. Son diferencias estructurales respecto a aquellos que tratamos de usar como “modelo”. La obesidad en los sectores más pobres no puede ser entendida solamente en términos de carencias, sino de diferencias.

“Los pobres afirman que forman su canasta de consumo con productos rendidores, los sectores de ingresos medios la explican porque son ricos y los sectores de ingresos altos manifiestan que buscan alimentos sanos (...) Los sectores pobres resumen su ideal corporal en la noción de “fuerte” que para ellos sintetiza además salud y belleza. Se puede interpretar que el ideal del cuerpo “fuerte” no es más que una relectura de su propia imagen caracterizada por el sobrepeso (...) Estas representaciones hacen que la comida coincida con las propiedades que cada sector adscribe al cuerpo. Y el cuerpo coincidirá a su vez con las propiedades asociadas a la comida. Comidas fuertes para cuerpos fuertes entre los pobres y comidas sanas para cuerpos sanos entre los más acomodados. También -como hemos señalado- servirá, para marcar diferencias de género: comidas fuertes y voluminosas para los varones y comidas livianas y menor cantidad para las mujeres, los niños y los viejos.” (Aguirre 2001, pp7 y 8)

Esta cita ejemplifica lo que hemos dicho más arriba sobre las diferencias entre los distintos grupos socioeconómicos; no se trata sólo de carencias materiales o diferencias económicas, se trata de mundos sociales distintos, de estilos de vida, relaciones interpersonales, conocimientos, aspiraciones, ideales, concepciones diferentes. Los distintos grupos sociales comen distinto

porque su relación con la comida es diferente, su idea de cuerpo sano es distinta, porque su conocimiento nutricional no es el mismo.

En Latinoamérica, en países como Argentina o Venezuela la situación no es distinta a la nuestra. Patricia Aguirre nos muestra que las condiciones y el acceso a los alimentos han cambiado radicalmente en los últimos cuarenta años. Este cambio va asociado con la cada vez mayor diferenciación entre las clases sociales y con la brecha cada vez más grande entre ricos y pobres.

Pero la complejidad del tema va más allá de la formación de una mala conducta alimentaria. Radica en que la gente no consume a ciegas lo que está más disponible, sino que lo hace basado en un complejo sistema de factores sociales y culturales (Busdiecker 2000). A partir de esta idea, se plantea como requisito no sólo la comprensión de hábitos de un determinado niño o grupo familiar, sino la comprensión de un sistema, de una red de factores que convergen en malos hábitos alimenticios y en la conformación de una cultura alimentaria determinada.

La discusión acerca de lo que significa alimentarse correctamente tiene que ver con las definiciones sociales acerca de qué quiere decir vivir bien, lo cual depende de la escala de valores de una cultura formada en una relación dinámica con su propia historia (Aguirre 2004). Estas construcciones culturales

significan tener un conocimiento propio, diferenciado de acuerdo a sus propias tradiciones y a los roles que se cumplen al interior de la familia, lo que influye directamente en un modo particular de elección de los alimentos, en la forma de prepararlos y en la manera de consumirlos. Así, cuando hablamos de hábitos alimentarios, hablamos principalmente de lo que se compra para comer, la forma en que se prepara y la manera en que se come, es decir, hablamos de patrones de consumos que forman conductas alimentarias determinadas, ya sean perjudiciales o benéficas (Del Real 2005).

Ante este escenario tan complejo, se dificulta el tratamiento de los niños obesos a través de programas, campañas y al rol educativo de los equipos de salud, porque ya no sólo se trata de educar en virtud de lo que es bueno y lo que es malo en la alimentación de un niño, sino que es necesario reeducar patrones culturales que se han transmitido de generación en generación al interior de un grupo humano, en respuesta a problemas específicos que históricamente han afectado a los sectores más pobres de la población⁴ (Uauy 2001).

Todos estos elementos y muchos más, son los que dan forma al problema y que hay que tener en consideración al momento de interpretar y relacionar los datos, ya que no son problemas aislados que poseen causas específicas, sino

⁴ La desnutrición y la mal nutrición, es un ejemplo paradigmático de esto.

que son una compleja red de elementos que en su conjunto producen un determinado problema. En este estudio no se pretende dar una respuesta o una solución definitiva al problema de la obesidad infantil en los sectores pobres, sino el definir algunos de los aspectos sociales y culturales relevantes para el tratamiento del problema, como los que nos hemos planteado en este estudio. Se trata de ampliar el conocimiento en relación a las diferencias existentes entre distintos grupos socioeconómicos en cuanto a su forma de alimentarse y de concebir el problema que les afecta.

3 CONCEPTOS BÁSICOS Y DEFINICIONES

Cuando planteamos realizar nuestra investigación, lo hicimos pensando en un conjunto de conceptos que de forma interrelacionada constituyen un escenario determinado, es decir, que cuando hablamos de obesidad, pobreza y pre-escolares estamos hablando de un problema de estudio acotado, en un contexto socioeconómico definido y en población con una edad específica. Ahora, cuando hablamos de conocimiento nutricional y de cultura alimentaria, estamos acotando aún más el tema y el rango de explicaciones posibles. Centramos nuestra mirada en el conocimiento nutricional de las madres y en la conducta asociada en contextos sociales, culturales y económicos específicos, o en otras palabras, nos abocamos al estudio de aspectos culturales de la obesidad infantil en sectores pobres.

- **Obesidad**

La definición estándar de obesidad corresponde al exceso de grasa corporal, y su medición se realiza de dos maneras convenidas mundialmente:

1) Índice de Masa Corporal (IMC), representado por la fórmula $\text{Peso}/\text{Estatura}^2$.

Se considera obeso a quienes tengan un resultado igual o mayor de 30 (IMC ≥ 30).

2) Para la población preescolar se utiliza la relación peso/talla y se compara con estándares internacionalmente establecidos, considerándose obeso al niño

cuyo peso en relación al correspondiente a su talla sea igual o mayor de dos desviaciones estándar ($\geq +2DE$). Los niños con sobrepeso son aquellos cuya relación peso/talla esté entre una y dos desviaciones estándar ($+1 - +2DE$). Se considera sano (eutrófico) a aquellos cuya relación peso/talla esté entre menos una y una desviación estándar ($-1DE - +1DE$)⁵.

La obesidad se produce por una ingesta aumentada, un gasto energético total o de reposo disminuido, o por alguna combinación de ellos mantenida en el tiempo (Muzzo 2002). La obesidad en la vida adulta se asocia a enfermedades como la Hipertensión, Diabetes tipo 2 e Hiperlipidemia, problemas cardiovasculares y otras enfermedades crónicas que en conjunto hoy día son la principal causa de muerte en Chile (MINSAL 2004).

- **Pobreza**

El concepto de pobreza ha sido ampliamente estudiado en todo el mundo y existen numerosas definiciones. Para los efectos de este estudio la definiremos como “la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros (...)” (CEPAL / DGEC, 1988, citado en Feres 2001, p5). A ello puede agregarse que “la pobreza (...) es un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la malnutrición, las precarias

⁵ Ver tabla de Desviaciones Estándar en Anexo 4

condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna manera de la del resto de la sociedad” (Altimir, 1979, citado en Feres, 2001, p5).

La dificultad de su medición llevó a una definición operativa del concepto, fijando sus márgenes a partir del ingreso autónomo del hogar en la zona urbana de la Región Metropolitana y el nivel de escolaridad de la madre agrupado en quintiles de ingresos autónomo regional, establecidos de acuerdo a la información entregada por la encuesta CASEN del año 2003. Se decidió hacer la distinción por zona y por región ya que la realidad de la población varía de acuerdo a estos criterios.

El primer quintil corresponde a los sectores pobres mientras que el segundo y el tercer quintil a los sectores medios de la población.

En cuanto a los años de escolaridad, hemos decidido considerar solamente a la madre, estableciendo los años de escolaridad por quintiles de ingreso y promedio de escolaridad en población de 15 años o más. De igual

manera que el ingreso, el primer quintil corresponde a los sectores pobres, mientras que el segundo y tercer quintil a los sectores medios de la población.

- **Pre-escolares**

Son aquellos niños que no tienen la edad suficiente para entrar a la enseñanza básica. Generalmente se considera pre-escolar a aquellos niños menores de 6 años, etapa de desarrollo donde los hábitos alimenticios comienzan a desarrollarse.

- **Conocimiento nutricional**

Berger y Luckmann definen el conocimiento como la certidumbre de que los fenómenos son reales y poseen características específicas (Berger y Luckmann 1968).

Para Maturana y Varela (1984), el ser humano admite el conocimiento cada vez que observa una conducta efectiva (o adecuada) en un contexto señalado, es decir, en un dominio que definimos con una pregunta (explícita o implícita) que formulamos como observadores.

En nuestro caso podemos definir conocimiento como un conjunto de datos e información almacenada a través de la experiencia, el aprendizaje o la

introspección, que de manera interrelacionada forman un juicio. Y cuando hablamos de conocimiento nutricional, lo hacemos aplicando nuestra definición de conocimiento al área de la alimentación y la nutrición.

- **Cultura alimentaria**

Corresponde al conjunto de factores implicados en el proceso de alimentación de un grupo determinado de personas. Es la red de símbolos y significados transmitidos de generación en generación, en relación con el contexto histórico-social particular de un grupo humano, que determinan el sentido, la selección, la preparación y el consumo de los alimentos.

4 HIPÓTESIS

En relación al problema de estudio definido en esta investigación ¿por qué la obesidad infantil se da con más fuerza en los sectores pobres? hemos planteado la siguiente hipótesis de trabajo: La mayor prevalencia de obesidad infantil en estratos pobres urbanos en Chile estaría asociada con un menor grado de conocimiento de parte de éstos sobre lo que es la obesidad y una alimentación saludable en relación a los estratos medios.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Establecer asociación existente entre pobreza y obesidad infantil, e identificar factores que participan de esta asociación.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar las familias con niños obesos y con niños normales, de estratos socioeconómicos bajos y medios, los roles y funciones de sus integrantes.
- Caracterizar el grado de información y conocimiento respecto a la alimentación y la obesidad dentro de los grupos estudiados.
- Analizar comparativamente las similitudes y diferencias entre los grupos

6 MARCO METODOLÓGICO

6.1 Orientación metodológica

Como decíamos al comienzo, el estudio de los alimentos y la nutrición ha sido foco de interés por largo tiempo en antropología. Sin embargo, no es en esta disciplina donde se han concentrado la mayoría de los estudios sobre el tema sino en otras como la Nutrición o la Medicina, casi siempre bajo un prisma biologicista, con metodologías y objetivos distintos a aquellos de la antropología.

Las múltiples metodologías existentes, tanto en las ciencias naturales como en las ciencias sociales, apuntan al conocimiento de áreas específicas de la realidad, donde cada información, cada perspectiva metodológica, cada técnica, tiene un campo de observación propio (Ibáñez 1992) en función a sus objetivos.

En general, podemos decir que la metodología de investigación de la medicina y la nutrición es de tipo cuantitativo, buscando alcanzar validez estadística. Considera la realidad como algo dado y externo al investigador, con posibilidad de ser objetivada por el investigador a través del método científico, donde lo fundamental es la verificación de las hipótesis mediante la medición o cuantificación de los hechos (Tudela 2003). La objetivación se basa en la

universalidad de su saber y en la verificación de sus postulados a través de la experimentación.

En nutrición y medicina, la bioestadística es utilizada para los estudios como método que tiene por objetivo la búsqueda de relaciones entre un hecho y otro a través de procedimientos estadísticos, es decir, que busca establecer y medir causalidad entre un fenómeno X y una reacción biológica determinada.

Un ejemplo de estas investigaciones es el estudio mencionado más arriba, realizado por el Dr. Castillo, de tipo experimental randomizado y controlado. Esta metodología intenta determinar causalidad con el menor sesgo posible y consiste en crear 2 grupos cuyos participantes son distribuidos de forma aleatoria, generando grupos de similares características (en este caso pre-escolares obesos de sectores pobres) cuya única diferencia es la exposición a la variable en estudio (para el caso del estudio mencionado, grupo experimental: suplementación con zinc, y grupo control: placebo). Luego, ambos grupos son controlados (medición del nivel de zinc en la sangre y su composición corporal). En muchos casos se plantea la realización de un doble ciego, lo cual significa que tanto los grupos de control, los investigadores y los analistas desconocen la composición de cada grupo y la dirección de las exposiciones. Así, a la hora de los resultados, es posible determinar los efectos del estímulo dado y el denominado efecto placebo. El doble ciego tiene por

función limitar al máximo cualquier sesgo en los involucrados en todos los niveles del estudio.

En antropología, el desarrollo y perfeccionamiento de metodologías de investigación han estado siempre ligados a los nuevos problemas que se le han presentado. En general, podemos decir que la antropología trabaja con metodologías cualitativas, las cuales se fundamentan en enfoques micro y en la búsqueda de significados contextuales (Tudela 2003). En palabras de Geertz “...el análisis de la cultura ha de ser por tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significados” (Geertz 1973, p20).

Sin embargo, existe un método de investigación propio que resume las formas de estudio antropológico: la etnografía, antropológica por excelencia, que a *grosso modo* consiste en la aproximación empírica del investigador hacia los grupos y lugares de estudio, de manera prolongada, a fin de crear una imagen realista de éstos. Como casi todo en ciencias sociales, la etnografía, y en general las metodologías de investigación, son blanco de fuertes críticas sobre todo de aquellos que provienen de disciplinas con metodologías más estructuradas, en base a procedimientos matemáticos y con un margen de error predecible.

Pero esto no quiere decir que en antropología la rigurosidad científica no exista. El desarrollo de técnicas de investigación propone una serie de etapas de trabajo, estructuradas de modo que los resultados obtenidos sean mostrados en el texto de manera lógica, con coherencia argumental, y reproducibles. Por lo mismo, su validez no recae en el sometimiento de la prueba experimental, sino en la aceptación intersubjetiva de la comunidad científica comprometida en este tipo de estudios. Por esto mismo, se proponen pasos en la investigación que van desde el diseño metodológico, la aplicación de las técnicas, la obtención de resultados, hasta la interpretación de estos. Cada uno de estas etapas posee procedimientos definidos que, en la medida que se respeten, validan el trabajo.

Dentro de las características de las metodologías cualitativas podemos mencionar el carácter empírico y el énfasis en lo empático (*rapport*) a la hora de recolectar la información. Es fundamental la buena formación, la experiencia y el carisma del antropólogo, ya que el *rapport* logrado y la calidad de la información dependerán de esto. Es necesario decir que además del trabajo en terreno existen estudios bibliográficos como los etnohistóricos o el análisis de discurso, cuyo procedimiento se basa en la interpretación de sentidos en el lenguaje, ya sea en el registrado por el investigador o en aquellos de dominio público. Este tipo de análisis es común en técnicas como los grupos de discusión y los *focus group*, donde la búsqueda de estructuras lógicas y

significados implícitos permiten conocer una variedad de dimensiones en la experiencia del otro (Martinic 1992).

Otra característica de los estudios antropológicos es su carácter *emic*, lo que quiere decir que se centra en la perspectiva de los actores sociales y la visión que éstos transmiten de la realidad. Si bien esto ha caracterizado el trabajo antropológico, está lejos de constituir un consenso y es motivo de debate hasta nuestros días. En general, tanto las perspectivas *emic* como las *etic* (punto de vista del investigador) son susceptibles de críticas, pero ambas son complementarias y son parte del trabajo antropológico, ya que así como la interpretación que de la realidad tienen los actores (*emic*) es central en el trabajo, la interpretación de esas interpretaciones (*etic*) y el relato que se hace de ellas (Geertz 1973) es lo que caracteriza la labor de los antropólogos.

El reconocimiento de los efectos del investigador sobre las personas y grupos estudiados, también es parte de la naturaleza de los estudios cualitativos. Supone que el investigador dice algo de la sociedad, pero también hace algo en la sociedad (Ibáñez 1992). Significa el reconocimiento conciente de que los contextos de cada investigación son particulares a cada grupo de estudio y al grado de proximidad del investigador con los actores involucrados.

Los estudios cualitativos se han planteado como una respuesta a la complejidad de los múltiples fenómenos socioculturales. Sus procedimientos son parte de un esfuerzo por comprender esta realidad desde un punto de vista humano, donde estén presentes las sensibilidades, las emociones y todos aquellos aspectos no cuantificables de la realidad. La comprensión de los fenómenos socioculturales como parte integral de una realidad compleja, imposible de reducir en su totalidad a variables aisladas e independientes, hace que el trabajo del antropólogo sea de gran ayuda en el estudio y la comprensión de las culturas, y un aporte para el conocimiento.

En nuestro caso, hemos definido nuestro estudio como una investigación exploratoria de carácter cualitativo, puesto que el tamaño muestral es pequeño y que la información obtenida muestra tendencias, no generalidades.

6.2 Grupo y universo de estudio

Los grupos estudiados se seleccionaron de acuerdo a la presencia de tres condiciones: estado nutricional, edad y condición socioeconómica. En base a esto, se han definido cuatro grupos de estudio. Por un lado están los grupos obesos de los sectores socioeconómico bajo y medio y por otro están los grupos no obesos de los mismos sectores. La idea era la de tener puntos de

comparación que nos permitieran entender de mejor manera el fenómeno nutricional de los sectores más pobres.

TABLA 1 ENTREVISTAS (Nº) POR GRUPO DE ESTUDIO

Nivel socioeconómico	Condición nutricional	
	Obesos	No obesos
Bajo	7	6
Medio	7	7

Se realizaron 27 entrevistas semi-estructuradas entre los meses de Julio del 2005 y Julio del 2006. La cantidad de casos por grupo estuvo basada en la información recabada y en el análisis de ésta. Se destacó la importancia de que cada grupo fuera homogéneo en cuanto a su nivel socioeconómico y heterogéneo en su composición familiar (por ejemplo, niños de ambos sexos y diferente número de hijos), a fin de manejar un abanico amplio de características y de posibles respuestas a nuestros objetivos⁶.

El contacto de las familias se efectuó en el Consultorio Santiago Nueva Extremadura de La Pintana para los grupos más pobres; los grupos medios fueron contactados a través de distintos jardines infantiles del sector oriente de la capital y del Hospital San Borja Arriarán, y pediatras que trabajaran con pacientes que cumplieran los requisitos de selección.

⁶ La representatividad estadística del grupo no constituyó un requisito para la selección de la muestra por tratarse de un estudio de carácter cualitativo

La condición de obesidad fue determinada por los médicos y profesionales especialistas en el tema en base a los estándares de obesidad ya establecidos. Como se mostró más arriba, se consideró obeso al niño cuya relación peso/talla fuera igual o mayor de dos desviaciones estándar ($\geq +2DE$), y sano (eutrófico) a aquellos niños que cuya relación peso/talla estuviera entre menos una y más una desviación estándar ($-1DE - +1DE$).

El estado nutricional del niño puede ser encontrado en las fichas de salud de los centros de atención médica o los jardines infantiles a los cuales asisten. No se efectuaron mediciones de peso/talla en los niños por parte del investigador responsable.

La edad definida para los niños del estudio fue entre 18 y 36 meses de edad, ya que se encuentran en edad para comer alimentos sólidos y a que es cuando sus hábitos alimenticios comienzan a desarrollarse.

El nivel socioeconómico fue determinado de acuerdo al ingreso autónomo del hogar en la población urbana y al nivel de estudio alcanzado por la madre, de acuerdo a la información entregada por la encuesta CASEN del año 2003 respecto a la Región Metropolitana, que agrupa a la población por región en quintiles.

TABLA 2 INGRESO AUTÓNOMO PER-CÁPITA DEL HOGAR, SEGÚN ZONA Y QUINTIL (*)

(Ingreso en pesos de noviembre de 2003)									
Región	Zona	Quintil Autónomo Regional	Hogares	Población	Promedio de personas en el Hogar	Promedio Ingreso Autónomo Hogar	Ingreso autónomo per-cápita del hogar		
							Promedio	Mínimo	Máximo
R.M.	Urbana	I	316.806	1.433.742	4,5	147.879	32.402	-	50.617
		II	320.789	1.325.408	4,1	279.781	68.318	50.625	85.834
		III	325.195	1.221.212	3,8	408.558	108.768	85.875	138.320
		IV	326.464	1.139.500	3,5	652.561	188.209	138.328	263.950
		V	326.959	977.627	3,0	2.091.749	762.096	263.992	-
		Total	1.616.213	6.097.489	3,8	721.696	233.985	-	-

(*) Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2003, con factores de expansión en base a CENSO 2002.

El primer quintil corresponde a los sectores pobres, mientras que el segundo y el tercer quintil a los sectores medios de la población.

En cuanto a los años de escolaridad, hemos decidido considerar solamente a la madre, estableciendo los años de escolaridad por quintiles de ingreso y promedio de escolaridad en población de 15 años o más. De igual manera que el ingreso, el primer quintil corresponde a los sectores pobres, mientras que el segundo y el tercer quintil a los sectores medios de la población.

TABLA 3 PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD EN POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS POR QUINTIL DE INGRESO (*)

Región	Quintil de Ingreso Autónomo Regional					Total
	I	II	III	IV	V	
R.M.	9,1	9,8	10,5	11,9	14,3	11,0

(*) Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2003, con factores de expansión en base a CENSO 2002.

6.3 Técnicas de investigación:

Es este estudio se propuso como técnica de investigación el realizar entrevistas semi-estructuradas⁷. Este tipo de entrevistas sigue una pauta establecida con anterioridad en base a los objetivos planteados en la investigación, aunque deja abierta la posibilidad de que el investigador profundice en un tema que considere importante. La pauta se plantea como una guía a seguir por el investigador y no como un cuestionario rígido de entrevista.

6.4 Instrumentos de registro

Los instrumentos de registro son claves a la hora de realizar cualquier investigación, ya que la información debe estar disponible para el investigador y debe ser susceptible de revisión. El empleo de diarios de campos, grabadoras, filmadoras, cámaras fotográficas, son necesarios para un mejor registro de la información, para su permanencia en el tiempo y para darle un sustento técnico a la fragilidad de la memoria.

En este estudio hemos propuesto el empleo de grabadora, a fin de registrar en su totalidad las entrevistas realizadas.

⁷ Pauta de entrevista en Anexo 5

En general, el empleo de instrumentos de registro debe ser de manera abierta y consentida por los actores que participan en la investigación. Su empleo de manera oculta o sin el consentimiento de los participantes tiene implicancias éticas⁸ que podrían cuestionar la investigación.

6.5 Clasificación, análisis y resultados

Para esta etapa de la investigación se desarrollaron los pasos que se describen a continuación.

6.5.1 Transcripción de la información

Transcribir las entrevistas realizadas a lo largo del período de recolección de información.

6.5.2 Clasificación y análisis de la información

Ordenamiento de la información transcrita, extracción de conceptos claves y su clasificación en base a los objetivos planteados en la investigación.

⁸ Existen códigos de ética antropológica como el de la Asociación Antropológica Americana (AAA) aprobado en Junio de 1998 y traducido en Chile por Debbie Guerra y Juan Carlos Skewes en Marzo del 2003, que regula el comportamiento moral de los antropólogos ante las comunidades estudiadas y de la profesión antropológica.

El análisis corresponde a la correlación de conceptos claves y la comparación de los aspectos más relevantes de la información obtenida de y entre cada grupo de estudio.

Para esta etapa de la investigación establecimos tres niveles de conocimiento nutricional que nos permitieran ordenar y analizar de manera más precisa y operativa el concepto y la información recabada en las entrevistas.

- Nivel Bajo: corresponde a aquel grupo que no posee conocimientos o información directa sobre el tema, es decir, aquellos que no han sido informados por los equipos de salud, colegio, o quienes no han tenido el interés y la iniciativa personal de informarse sobre el tema.
- Nivel Medio: corresponde a aquellos que sin una educación formal sobre el tema, se han preocupado de informarse, ya sea en los centros de salud, en medio de comunicación o en otros ámbitos⁹.
- Nivel Alto: corresponde a aquellos que poseen educación formal en el tema, ya sea a través de institutos, universidades, estudios de postgrado o quienes trabajen en áreas ligadas a la nutrición.

⁹ Es usual que madre que son o han sido obesas estén dentro de este grupo ya que por lo general asisten a médicos o nutricionistas para tratarse.

6.5.3 Resultados

Presentación de los datos y la información de manera ordenada y coherente.

6.5.4 Interpretación de resultados

Supone la categorización, interpretación y articulación de la información en su fase final. Busca establecer similitudes, diferencias, contradicciones y patrones entre los grupos estudiados.

7 RESULTADOS

En este capítulo presentaremos los resultados obtenidos a lo largo de nuestra investigación. En primer lugar, y con el fin de contextualizar el trabajo en terreno, presentaremos una descripción de lo que fue el proceso de contacto con las madres de los grupos estudiados. A continuación, presentaremos, analizaremos y compararemos los resultados de acuerdo a los objetivos específicos 1 y 2 propuestos en el proyecto de investigación, a fin de facilitar su comprensión y hacer la lectura más fluida. El objetivo específico número 3 estará incluido en la presentación de los resultados por lo cual no constituye un apartado en sí mismo.

7.1 Descripción

Cuando planteamos establecer cuatro grupos de estudio diferenciados en relación al estado nutricional de los niños y al sector socioeconómico del que provienen, lo hicimos pensando en que era necesario obtener la mayor cantidad de información respecto a las diferencias existentes entre cada grupo, esto partiendo del antecedente de que en los sectores más pobres existe una mayor prevalencia de niños, en nuestro caso de pre-escolares, con presencia de obesidad que en los sectores medios y altos. Pensábamos que comparando los distintos grupos de estudio podríamos llegar a entender cuáles son las

diferencias fundamentales que hacen que en un grupo se acentúe el problema de la obesidad y en otro no.

Contactar y entrevistar al grupo obesos-pobres no fue difícil ya que existía el contacto previo con varias madres y familias de niños con ese problema, por lo que solo había que dirigirse a las casas y fijar un día y hora para la entrevista. En el peor de los casos no encontrábamos a las madres o no coincidíamos con los horarios, pero siempre había otra casa a pocas cuadras a la cual acudir.

El segundo grupo, el grupo no obeso-pobre tampoco tuvo mayor dificultad en cuanto a los contactos. Se revisaron las fichas del consultorio y se seleccionaron a familias con niños en estado nutricional normal que cumplieran con los requisitos fijados para este grupo en el proyecto. Al igual que en el otro grupo la recepción fue buena, con un par de excepciones que tenían que ver con la confianza hacia nosotros y a un desconocimiento de nuestra misión.

Respecto a los grupos no pobres el asunto se complicó un poco. En primer lugar, ya no contábamos con el apoyo directo de una de las auxiliares que trabajaban en el proyecto troncal que solucionaba o contribuía en gran medida a establecer el contacto inicial con las madres. En esta ocasión había que realizar contacto a través de personas conocidas que tuvieran relación

directa con niños de edad, condición nutricional y nivel socioeconómico necesarios para el estudio.

La primera estrategia para realizar los contactos fue a través de pediatras conocidos que pudieran ver a niños de esas características. Se hizo la presentación del tema y en general la recepción fue bastante buena y la disposición a ayudar también. La idea era que a medida que fueran viendo pacientes que tuvieran los requisitos necesarios (niños entre un año y medio y tres con un estado nutricional sano u obeso de un nivel socioeconómico medio), le comunicaran a la madre del estudio y de la necesidad de ser entrevistadas y luego se contactaran conmigo. Sin embargo, en la realidad sólo logramos hacer un par de contactos a través de este sistema, pese a que en un principio se pensaba como la mejor forma de hacerlo.

Luego de ese primer intento, se acudió a un colegio conocido de nivel socioeconómico acomodado para ver la posibilidad de hacer contactos a través de los apoderados del dicho establecimiento gracias a la buena voluntad y ayuda de las profesoras del establecimiento. Gracias a este sistema se pudieron establecer varios contactos con apoderados de niños que estaban dentro de la edad aunque en ninguno de los casos presentaban problemas de sobrepeso ni mucho menos de obesidad. De esta forma el grupo eutrófico-

medio estaba resuelto y con la posibilidad de seguir aumentando en número de ser necesario.

En cuanto al grupo obesos de sectores medios, las cosas se complicaban cada vez más, puesto que los recursos pensados en un comienzo se agotaban. Se logró hacer una entrevista gracias a de uno de los pediatras contactados pero el entusiasmo inicial sólo quedó en esa primera entrevista. Más tarde se pensó en visitar jardines infantiles de comunas más acomodadas, introducirse de manera apropiada y ver la posibilidad de contactarse con madres de algún niño con problemas de peso. La primera experiencia de este tipo fue bastante buena, sobre todo por la disposición de las tías a cooperar con el estudio y al interés por el tema. De esa visita se logró establecer un contacto. Luego se decidió visitar otros jardines infantiles que estuvieran en el perímetro de Ñuñoa, Providencia y Macul, con el fin de establecer nuevos contactos. Se seleccionaron alrededor de 15 jardines infantiles del perímetro ya mencionado y se visitaron uno por uno, más otros que se encontraron en el camino y que no estaban dentro de nuestra selección preliminar. En general, el recibimiento era bueno y había interés por el tema, pero en todos los establecimientos dijeron no tener ese problema con sus niños o que los casos de obesidad que tenía eran en niños más grandes. Sólo en un par de jardines el recibimiento fue derechamente malo y no existió ninguna voluntad de cooperar.

Luego de esta experiencia desalentadora me contacté con el doctor Carlos Castillo, guía y colaborador de este estudio y se planteó la posibilidad de ir al jardín infantil del Hospital San Borja Arriarán, que ya había sido contactado para otros estudios de similares características. Se pensó en este jardín porque en los estudios anteriores se encontraron bastantes niños con sobrepeso y obesidad, además la condición socioeconómica de las madres estaba dentro de los márgenes que habíamos definido para el sector medio, es decir, las madres de ese jardín infantil son todas de sectores medios dado su nivel de educación y el ingreso de sus hogares. Se pensó en un momento que la muestra obtenida en este jardín podría estar sesgada dada la ocupación de las madres, no obstante, las características que presentaba el jardín infantil en materia de obesidad de sus niños reflejaba otras cosas y aunque llegara a haber un conocimiento mayor sobre el tema por parte de la madre, el cuidado y el comportamiento de éstas no correspondía con la realidad de su educación en salud.

En la primera reunión con la directora del establecimiento se manifestó una muy buena disposición a cooperar con el estudio y a la necesidad de que el tema sea tratado en ese establecimiento. Se habló sobre los cambios que se habían incorporado en el jardín en el último tiempo en relación a la alimentación de los niños, sobre la prohibición de traer colación, y la regulación de todos sus horarios y cantidades de comida en base a la evaluación del nutricionista. Se

mencionó que se había intentado hablar con los padres en otras oportunidades sobre una adecuada alimentación para sus hijos y aunque parecía haber una buena recepción en el comienzo, se abandonó el esfuerzo en el momento que se estableció la prohibición de comer golosinas o de mandar una colación para sus hijos.

En total se realizaron cinco entrevistas a madres de niños obesos en este jardín infantil, lo cual bastaba para completar el último grupo de estudio y dedicarse por entero a la transcripción y análisis de las entrevistas.

7.2 Caracterización de las familias

Caracterizar las familias de los distintos grupos socioeconómicos significa definir variables básicas que nos permitan conocer de manera general las condiciones de vida de cada grupo para así poder establecer asociaciones entre estas variables, y la presencia o no de obesidad en los niños y la familia.

Las variables que han sido establecidas tienen relación con las características de cada familia, es decir, con la presencia de parientes y personas que participan en la crianza y alimentación del niño, el nivel educacional de la madre, número de hijos y las posibilidades de acceder a

escuelas y productos que permitan y fomenten una alimentación saludable en base a la conciencia de los riesgos de una mala nutrición.

TABLA 4 CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

	Familias de nivel socioeconómico bajo		Familias de nivel socioeconómico medio	
	Niños obesos	Niños no obesos	Niños obesos	Niños no obesos
Nº de familias	7	6	7	7
Promedio de hijos	2,43	1,83	1,17	2,28
Uniparental nº (%)	0 (0)	0 (0)	2 (28)	0 (0)
Biparental nº (%)	7 (100)	6 (100)	5 (71)	7 (100)
Nivel educacional de la madre	Básica completa	Básica completa	Técnico/profesional	Técnico/profesional
Madre con trabajo formal nº (%)	0 (0)	0 (0)	6 (86)	4 (57)
Promedio de personas por hogar	8,29	6,33	4,71	4,43
Familia extendida en el hogar nº (%)	5 (71)	4 (67)	4 (57)	1 (14)
Presencia de Empleada nº (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (42)
Asistencia a jardines infantiles nº (%)	1 (14)	0 (0)	6 (86)	3 (42)

En la Tabla 4 podemos ver que en los grupos de sectores pobres, la presencia en el hogar de familiares como abuelos y tíos es significativamente mayor que en los grupos de sectores medios, principalmente respecto al grupo con niños estróficos. Esta diferencia es importante ya que, en muchos, casos la presencia de otros miembros de la familia en el hogar, ya sea como conviviente o como cuidador de los hijos, produce alteraciones en los patrones de alimentación de los niños.

En repetidas ocasiones las madres manifestaron que sus hijos son consentidos o silenciados con comida. Este hecho es relativamente habitual en todas las familias con niños pequeños, ya que la comida funciona como un premio o un incentivo que permite un control sobre los hijos. Esta situación se acentúa en los hogares donde viven o transitan frecuentemente otros miembros

de la familia, quienes se relacionan y buscan aprobación de los niños a través de la comida:

“Mi casa es como el punto de reunión (...) ellos consienten a la Francisca en todo, es una guerra de mí con mi esposo, contra todos ellos, mi mamá mi hermano y mi hermana, porque todo lo que ella quiere se lo dan y la compensan con comida o para que deje de llorar y como ellos ven la parte de que yo soy tan estricta que como que ellos tiene que poner el relajo en esta situación, porque pobrecita está todo el día con su mamá y nosotros tenemos que poner el lado blando aquí para que no esté tan...”

“...la Jennifer tiene muy mala su dentadura, entonces... no por culpa de nosotros sino porque ella va donde su abuela y ellos la regalonean y le compran todo eso, entonces le echaron a perder todas las muelas...”

“...aquí en general casi todos le dan en el gusto, pa` que no llore o ande mirando (habla la abuela) aquí en general se le tiene dulces a los cabros chicos, por ejemplo siempre que lo llevan al poli hay que llevar monedas, así que siempre una moneda o si lo invito a comprar hay que comprarle algo...”

“...su tata, por ejemplo si van a comprar tiene que traerle algo aunque la Leo no lo coma, porque a veces lo pide por pedir”

“...va a comprar con el tata y vuelve con un dulce y así... siempre viene con su regalito.”

Esta situación de convivencia, donde el hogar está compuesto por abuelos, tíos y otros miembros de la familia, es algo que se da con mayor frecuencia en los sectores más pobres y tiene que ver con la dificultad de muchas familias de arrendar o comprar su propia casa, sobre todo de las familias más jóvenes quienes no poseen mucho tiempo y capacidad de ahorro.

Otro dato importante de la Tabla 4 es la situación laboral de las madres. En los sectores pobres esta función es cumplida principalmente por los esposos y son las mujeres las encargadas del cuidado de los hijos y la administración del hogar. Esta situación significa que los hijos desarrollan sus primeros hábitos alimenticios en casa, muchas veces en presencia y colaboración de otros miembros de la familia y vecinos. En este caso, si no existe una preocupación consciente por la alimentación del hijo, es fácil caer en “regalones” que favorecen un hábito alimenticio rico en productos engordadores.

En el caso del grupo socioeconómico medio con niños obesos, podemos explicar esta condición por el cuidado del niño mientras la madre trabaja, usualmente por un pariente o un jardín infantil. Existe una actitud común de las madres de consentir al niño después de un día laboral mediante la compra de una golosina o como incentivo para ir al jardín infantil de manera tranquila y sin mañas.

“...por ejemplo en el trayecto del jardín a las casa, que son como 4 cuadras, todo ese camino se va comiendo, se le hizo costumbre más que nada, yo sé que es malo para sus dientes, pero hasta ahora no ha tenido ningún problema...”

“...por ejemplo lo que ella quería en la mañana se lo comía, ahora lo encuentro atroz pero hace dos meses era normal que le comprara todos los días una cosa para que entrara contenta al jardín...”

Viendo los datos de la Tabla 4, en general vemos que no existen mayores diferencias entre los grupos de sectores pobres, lo que llamó la atención ya que

esperábamos encontrar aspectos que nos permitieran entender sus diferencias. Y esto no sólo respecto a los datos obtenidos pues al momento de revisar las entrevistas nos dimos cuenta que no existían diferencias destacables que nos permitieran entender por qué en un grupo los niños estaban obesos y en otro no, en condiciones socioeconómicas similares.

En general, más allá de las particularidades que podemos ver en la Tabla 4, las características de los grupos pertenecientes al mismo sector socioeconómico son similares y no explicarían las diferencias nutricionales en los niños. La información disponible en nuestro estudio no nos permite determinar las causas de estas diferencias, no obstante, creemos que la explicación a esto puede expresarse de otra manera. Las similitudes entre ambos grupos sólo nos indican que la condición de obesidad de los niños está determinada por la formación de ciertos hábitos de alimentación, que significan un exceso de comida, un desorden de sus horarios y la ingesta de productos muy calóricos y poco nutritivos. Esto es algo que ocurre de igual manera en los dos grupos de sectores pobres, lo que significa que los niños con peso normal están expuestos a una mala alimentación y a engordar de manera desmedida en el futuro.

“... yo le doy de todo, es que lo hallan bajo de peso, entonces yo le meto de todo no más”

“El niño no tiene horario, es que es medio mañoso, cuando me pide si tiene hambre yo le doy, no tiene horarios, cuando era más chiquitito traté de darle en un horario pero después...

E: ¿Es mañoso para comer?

Si es mañoso, prefiere las golosinas...”

Las razones que explican por qué aún no son obesos pueden ser muchas y tienen relación con múltiples factores que conforman el problema y que lamentablemente escapan a nuestra investigación.

Lo que tratamos de expresar aquí es que por sobre los factores específicos que pueden producir obesidad en los niños, existen patrones y conductas en las familias de los sectores pobres que favorecen la formación de hábitos alimenticios generadores de obesidad. La caracterización de los grupos estudiados apunta hacia esa dirección, a determinar factores que inciden en ese tipo de actitudes. Uno de estos patrones tiene que ver con la presencia de familiares como abuelos y tíos en el cuidado de los niños, en tres de los cuatro grupos estudiados: en los dos grupos pobres y en el grupo obeso de nivel socioeconómico medio. Como decíamos anteriormente, la presencia de estos parientes explicaría en parte la formación de hábitos alimenticios y la presencia de obesidad en los niños. Si bien el grupo no obeso de sectores pobres no tiene presencia de obesidad en los niños, sí se encuentran en riesgo a futuro si se mantiene la conducta actual respecto a la comida y la alimentación.

Las razones de por qué en algunas familias los abuelos y tíos tienen más participación que en otras, tiene que ver en la mayoría de los casos a que las condiciones económicas no permiten contratar a una empleada o acceder a una sala cuna o jardín infantil. En los sectores más pobres es habitual que el hogar esté formado por la familia extendida, es decir, por abuelos, padres, tíos, hijos, etcétera, dado que la compra o arriendo de una casa propia resulta imposible, al igual que el acceso a jardines infantiles y sala cuna en edades tempranas. El uso de pañales en los niños, cosa habitual hasta los dos años de edad, es un impedimento para el ingreso a los establecimientos que poseen subvención del Estado. En el caso de los sectores medios, la alta presencia de familia extendida en el cuidado del niño se explica por la situación laboral de la madre y la imposibilidad en muchos casos de contratar a una empleada calificada.

7.3 Caracterización del grado de información y conocimiento

En esta etapa de los resultados mostraremos las características principales de cada grupo estudiado en relación al objetivo específico que la encabeza. Al igual que en la etapa anterior, los resultados son analizados y presentados de manera comparativa entre sí y divididos en categorías.

7.3.1 Percepción

En lo que respecta a la percepción de alimentos engordadores¹⁰, podemos decir que los carbohidratos complejos¹¹ son considerados en la mayoría de los casos como los alimentos más engordadores, siendo el pan, las masas y las pastas los más nombrados dentro de este grupo alimenticio. Los azúcares fueron el segundo grupo alimenticio más mencionado en total y el primero en el grupo obesos de sectores medios. Las golosinas, bebidas gaseosas y azúcar granulada fueron los principales alimentos mencionados dentro de este grupo alimenticio. Los aceites y grasas están en tercer lugar, siendo frituras y carnes grasas los más recurrentes.

TABLA 5 PERCEPCIÓN DE ALIMENTOS Y COMIDAS ENGORDADORAS

	Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio	
	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos
Alimentos engordadores	1) Carbohidratos 2) Azúcares 3) Aceites	1) Carbohidratos 2) Azúcares 3) Aceites	1) Azúcares 2) Carbohidratos 3) Aceites	1) Carbohidratos 2) Azúcares 3) Aceites
Comidas engordadoras	1) Pan 2) Masas 3) Golosinas 4) Grasas 5) Frituras	1) Masas 2) Golosinas 3) Grasas 4) Frituras	1) Azúcar 2) Grasas 3) Masas 4) Frituras 5) Golosinas	1) Pan 2) Frituras 3) Golosinas

“Las masas, todo lo que es tallarín tú lo comí e igual vay a engordar porque es masa, el pan. Yo encuentro que ninguna verdura te hace engordar, y no sé, las legumbres igual, es que con todo subís de peso...”

“E: ¿Sabe cuáles son los alimentos engordadores?”

¹⁰ Las categorías de alimentos presentes en la tabla fueron establecidas por nosotros, con el fin de resumir las respuestas entregadas.

¹¹ Los carbohidratos se clasifican en dos grupos: los simples, que están presentes principalmente en azúcares refinadas y en derivados de ésta como las mermeladas, golosinas, manjar, etc; y los complejos, presentes en cereales, legumbres y derivados de harinas como el pan y las pastas.

A ver, a parte de las frituras, los chocolates... los sándwiches que venden en la calle, mucha grasa, eso po...”

“Los dulces, las frituras, eso es lo que han dicho en la tele...”

En general se identificaron como engordadores aquellos alimentos que son percibidos como “llenadores”, es decir, comidas como masas, pastas, legumbres o arroz, por sobre aquellos como grasas y azúcares.

“E: ¿Sabe cuáles son los alimentos más engordadores?

Los porotos, yo creo pero el Joan no come porotos, no le gustan

E: ¿Por qué crees que son los porotos?

Porque son como más llenadores, igual que la cazuela tiene papas e igual las papas son engordadoras...”

De los alimentos que son percibidos como engordadores, el pan fue el más mencionado en dos de los grupos estudiados. De igual manera, las masas fueron mencionadas en muchas oportunidades como un nombre genérico para referirse a panes, queques, pastas y derivados de la harina¹².

7.3.2 Selección

Respecto a la selección de productos y a la presencia de éstos en el hogar, vemos que existen diferencias evidentes entre los grupos, que se

¹² Según la información especializada, el consumo de féculas, granos, cereales y legumbres debería constituir el principal alimento seguido de frutas y verduras. Si bien su aporte energético es alto, su consumo se recomienda porque constituyen la principal fuente de energía y un gran aporte de vitaminas, minerales y fibras necesarias para el cuerpo. Los productos poco refinados o integrales se recomiendan por su mayor aporte de vitaminas, minerales y principalmente fibras.

acentúan entre un sector socioeconómico y otro. Respecto a los criterios de selección de productos se plantearon alternativas dentro de la pauta de entrevista de modo que su ordenamiento y clasificación resultara más fácil.

TABLA 6 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS

	Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio	
	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos
Criterios en la selección de productos	1) Precio 2) Nutritivo 3) Sabor 4) Saludable	1) Precio 2) Sabor 3) Saludable	1) Light 2) Saludable 3) Nutritivo 4) Sabor 5) Precio	1) Saludable 2) Sabor 3) Nutritivo 4) Light 5) Precio

En la Tabla 6 podemos ver que en los sectores más pobres, el precio constituye un factor determinante en la selección de productos para el hogar.

“...vamos al Arpio, que es un supermercado mayorista, porque aquí nosotros compramos diez kilos de azúcar para la quincena, y ahí nos sale más barato que comprar en la feria”

“Me fijo en la fecha y cuando están baratas, aunque sea diez o veinte pesos, para poder comprar otra cosa”

En los sectores medios se privilegian otros factores como lo *light*, lo saludable y lo nutritivo por sobre el precio del producto.

“Mi criterio por lo general es la calidad más que el precio porque por ejemplo mi hijos comen salchicha, pero compro la más cara, no las de 300 pesos, a mí me cuesta 1500, por eso el criterio fundamental es la calidad...”

Esta diferencia de criterios podemos explicarla por la situación económica de las familias más pobres respecto a los niveles medios.

Otro punto interesante en la selección de productos lo podemos observar en el grupo obeso de sectores medios, donde se privilegia ampliamente el consumo de productos *light* por sobre otros. Creemos que esto responde a que el azúcar es percibida como el grupo alimenticio más engordador, y a una toma de conciencia respecto al estado nutricional de los hijos, ya que además se reconoce una disminución en el consumo de golosinas y bebidas.

“Si hablamos de la guagua busco todo menos lo barato, nunca me fijo en el precio cuando es para la guagua, y del chico trato que sea *light* porque está un poco con sobrepeso”

“En realidad ahora me estoy fijando más que sea *light*, aunque igual no hay mucho cosas como que... porque los fideos compro siempre los mismo y el arroz que ahora cambié compro el integral, y el resto de cosas más *light* yo diría”

Los criterios de selección observados son parte de una respuesta relativamente esperada. Las diferencias entre los grupos responden a condiciones monetarias distintas, donde la economía doméstica de un grupo dice “hay que hacer rendir lo que se tiene” y la otra “hay que comprar lo mejor que se pueda para nuestro hijos”, o, en otras palabras, para unos las necesidades de los hijos se adaptan a la economía del hogar, y para otros la economía del hogar se adapta a las necesidades de los hijos.

“... yo compro cuatro pollos y esos los hago durar para el mes”

“...me fijo en que sea saludable, aunque igual me fijo en el precio de las cosas, tampoco voy a comprar lo más caro de todo, un equilibrio en todas las cosas”

7.3.3 Consumo

En la Tabla 7 podemos ver cómo el consumo de alimentos varía de grupo en grupo aunque existe una repetición de platos tradicionales que va más allá de una cuestión de clases. En general hay una alta presencia en la dieta de platos como la cazuela, la carbonada y las legumbres, además de un alto consumo de arroz y pastas. El orden de los alimentos en la tabla, representa la frecuencia en que son consumidos, siendo el arroz, seguido por las legumbres y la cazuela, las comidas más comunes en los grupos de sectores pobres. La única diferencia que logramos destacar respecto a los grupos de sectores medios fue la ausencia de carnes entre los alimentos más mencionados.

TABLA 7 PRINCIPALES ALIMENTOS CONSUMIDOS Y PRESENCIA DE PRODUCTOS EN EL HOGAR

	Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio	
	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos
Comidas típicas consumidas	1) Arroz 2) Porotos y legumbres 3) Cazuela y carbonada 4) Pollo	1) Arroz 2) Fideos 3) Cazuela y carbonada 4) Porotos y legumbres	1) Cazuela 2) Carnes 3) Legumbres 4) Ensaladas 5) Tallarines	1) Cazuela 2) Pastas 3) Legumbres 4) Pollo 5) Arroz 6) Pescado
Productos más comunes en el hogar	1) Yogurt 2) Bebida 3) Leche 4) Fruta	1) Fruta 2) Pan 3) Yogurt	1) Fruta 2) Yogurt 3) Leche 4) Golosinas	1) Fruta 2) Yogurt 3) Leche 4) Cereales 5) Pan

Dentro de las cosas que llamaron la atención en estas preguntas fue el alto consumo de arroz en los sectores pobres, consumo que superó a las

legumbres y pastas. El bajo costo del arroz y su fácil combinación con otras comidas como guisos, huevo, tortillas, carnes o cecinas explicarían este hecho. La ingesta de carnes en estos sectores fue poco mencionada, siendo el pollo la carne más consumida, principalmente en cazuelas, guisado o al horno. El consumo de carne de vacuno, cerdo o pescado fueron poco mencionadas, principalmente dado su alto costo.

“...hay cosas muy saludables pero que no están al alcance, de hecho lo que faltaría incluir en la dieta y que no lo hago, es... el pescado... si es que una vez al mes, porque en la feria no me gusta comprar pescado y en el súper te suben hartos los costos...”

“Es que antes se comía como más, es que tengo un cabro que es súper hambriento pero ya no tanto porque no hay plata, antes por ejemplo se comía carne todos los días...”

“...trato de no repetir los platos durante la semana, una vez pollo, una vez pescado, una vez legumbres fijo, una vez tallarines también, guisos de verduras o charquicán de cochayuyo, porque yo no como carnes rojas y los niños tampoco, pero pollo empezaron a comer como al año”

Respecto al segundo punto de la Tabla 7, la pregunta que hicimos tenía relación con aquellos productos que se encuentran permanentemente en el refrigerador o despensa, y cuyo consumo puede definirse como impulsivo. Corresponde a aquellos productos que pueden ser consumidos en cualquier momento del día, sin una preparación de por medio. Dentro de estos productos, los más mencionados fueron las frutas, yogurt y leche, que si bien fueron mencionados en prácticamente todos los grupos, productos como el pan y las

bebidas fueron mencionadas con mayor frecuencia en los grupos de sectores pobres.

Así mismo, la presencia de frutas en el hogar en el grupo obeso de sectores pobres fue menor en relación a los otros tres grupos estudiados, donde se reconoció como el producto de mayor presencia en el hogar en casi todos los casos.

TABLA 8 CONSUMO DE GOLOSINAS Y BEBIDAS

	Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio	
	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos
Frecuencia de consumo	Al menos una vez al día	Al menos una vez al día	Ocasionalmente, se reconoce una disminución en su consumo	Cumpleaños y ocasiones especiales, algunos fines de semana

En los grupos no obeso de ambos niveles socioeconómicos y en el grupo obeso de sectores medios se reconoció que la colación en base a fruta y yogurt es algo diario. Las golosinas consumidas en estos grupos no poseen un rol alimenticio (colaciones) o nutricional. La frecuencia en el consumo varió de acuerdo a los grupos socioeconómicos, donde la ingesta de productos como soufflés, koyac, masticables, pan y bebidas es diario en los grupos de sectores pobres. Se observó una disminución en el consumo de golosinas en el grupo obeso de sectores medios.

“...no puedo mentir, todos los días le doy cien pesos y se compra diez frugelé y se los come porque le encantan, pero ningún otro dulce le doy, porque no le gustan...”

“Son como... guata de bebida, se pueden tomar un litro de bebida en un día los dos, yo tengo que mandarles jugo al jardín para que le preparen y le hacen un litro de jugo y no les alcanza a durar un día y después en la casa toman y toman bebida”

Las instancias más comunes para el consumo de estos alimentos son en las salidas, por ejemplo al comprar algo en los almacenes, así como el regalo de padres, parientes o vecinos. Las restricciones en el consumo de dulces y golosinas se relacionan en muchos casos con la higiene y salud dental de los niños más que con sus consecuencias nutricionales.

“...Simón la ha probado porque le dio un día una vecina mía y se vuelve loco claro, pero delante de él hay que tener Coca Cola de otro color sino él monta el medio escándalo, así que para que no lo haga un vaso de otro color y ya...”

“Por él comería todo el rato, yo trato de no comprarle mucho, pero mi mamá le trae todos los días un chocolate, aunque sea uno pero le trae todos los días algo”

“Son buenos para los dulces los dos, todos los días se comen algo, por lo general la chica le compramos los frugelé y ella todos los días se tiene que comer unos 10, es típico, por ejemplo en el trayecto del jardín a las casa que son como 4 cuabras todo ese camino se va comiendo, se le hizo costumbre más que nada, yo sé que es malo para sus dientes, pero hasta ahora no ha tenido ningún problema”

Sólo en algunas ocasiones, principalmente en el grupo no obeso de sectores medios, se mencionaba un consumo periódico pero moderado de golosinas, ya sea en fiestas o cumpleaños o como parte de un momento de “relajo” de los padres.

“...yo soy dulcera, pero no comen en exceso, de vez en cuando nos damos sus gustillos, un chocolatito por ahí, pero no tengo rollo, no las prohíbo pero tampoco las fomento...”

“Yo no compro, de repente un huevo kinder o algo así pero contadas veces y respecto a los dulces cuando van a cumpleaños que les dan un frugelé (...) el problema es cuando se le juntan tres cumpleaños y traen la media bolsa de dulces a la casa, pero no, porque además se los escondo y se los voy dando dosificado”

Resulta interesante constatar que el consumo de golosinas y bebidas es claramente mayor en los sectores pobres (ver Tabla 8) pese a que se reconocen como productos engordadores (ver Tabla 5). Por su parte, en el grupo obeso de sectores medios los azúcares fueron catalogados como el grupo alimenticio más engordador generando una disminución en el consumo de golosinas. Esto parece reflejar un cambio de actitud reciente y una toma de conciencia de que las bebidas y golosinas perjudican la salud de sus hijos y fomentan una mala alimentación.

“...antes tomaba hartito, ahora no porque le estamos metiendo el agua y no hay bebidas, no hay, entonces si tiene sed toma agua...”

E: ¿Compran golosinas en la casa?

No, ya no. Ese cambio fue el año pasado cuando me tuvieron que operar de la vesícula porque hacía yo todos los fines de semana asado, a mí me fascinaba el choripán y todo ese cuento y ahora no, o sea, igual si hay algo puedo hacer una dos veces en el año un asado, pero ahora no lo hago. Esos cambios los hice por mí y por el Vicente

E: ¿Y ha cambiado en algo el peso del Vicente?

Es que yo no sé por qué engorda, ahora la tía lo pesó y estuvo resfriado pero ese te come igual. Pero por ejemplo ahora ya no está comiendo galletas y esas cosas”

7.3.4 Conocimiento

El conocimiento nutricional de las madres mostró diferencias entre los distintos grupos socioeconómicos, aunque dentro de éstos ningún subgrupo se destacó por sobre otro.

TABLA 9 ÁREAS DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD

	Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio	
	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos
Causas	1) Exceso de comida 2) Mala alimentación	1) Mala alimentación 2) Exceso de comida	1) Malos hábitos alimenticios 2) Excesos de comida	1) Malos hábitos alimenticios
Consecuencias	1) Diabetes 2) Problemas al corazón 3) Agotamiento	1) Problemas al corazón 2) Diabetes 3) Colesterol	1) Problemas al corazón 2) Diabetes 3) Ahogo	1) Problemas la corazón 2) Diabetes 3) Colesterol

En la Tabla 9 referente al conocimiento sobre obesidad en las madres, podemos ver que no existen diferencias claras que nos permitan decir que éste es mayor o menor en un grupo. En general, se manifestó un conocimiento relativamente homogéneo en todos los grupos, por lo menos en lo que respecta a sus causas y sus consecuencias. Las diferencias que logramos captar tenían que ver con el lenguaje, especificidad y seguridad de las respuestas, atribuible a las diferencias educacionales de las madres de los distintos sectores.

“... lo que pasa es que nosotros hemos dudado mucho en el hecho de ser vegetarianos, sobre todo ahora último con el tema del hierro y del zinc pero uno después se da cuenta que los requerimientos básicos que piden en Estado Unidos son muy elevados y los que piden en Europa y Canadá son la mitad, entonces debe haber algo aquí que no funciona”

Las causas más nombradas de la obesidad tienen que ver con la formación de malos hábitos alimenticios en el niño lo que significa concretamente comer en exceso, comer a deshora y comer alimentos engordadores.

“...la obesidad es un mal hábito alimenticio y por el lado de mi familia... o sea mi mamá es flaca y mi hermana fue flaca como hasta los 17 pero yo no, siempre he sido igual, pero es por lo mismo porque a mi siempre me han gustado las papas, la papa misma. Cuando yo no comía algo mi abuelita me hacía un purecito, entonces es la mala alimentación...”

También se mencionó en algunas oportunidades la falta de actividad física y la composición genética como un factor determinante para la presencia de obesidad.

“Yo sé que en muchas personas es hereditario, viene en el gen de cada persona y otras que se lo forman con malos hábitos desde chicos y depende como lo cuiden la mamá, y si los papás y los abuelos no tienen problemas de obesidad y el chico sí, es porque algo falló en la alimentación, pero si hay familias que por generación han tenido problemas es porque viene en la sangre en el gen de cada persona y son propensos a ser obesos”

Las consecuencias de la obesidad más nombradas son los problemas al corazón (riesgo de infartos), hipertensión, colesterol alto, diabetes, agotamiento, ahogo y, en menor medida, problemas sociales y psicológicos en el niño, dificultades motrices, sudoración excesiva, ronquidos y problemas a las articulaciones.

“Problemas cardíacos, la diabetes, por lo general los obesos son más propensos a todo tipo de enfermedades, de la tiroides, le afecta todo el organismo...”

“...a mí no me gustaría que a mi hijo lo molestaran mucho en el colegio porque yo sé que le baja el autoestima porque le andan diciendo sobrenombres, se cansan más, y más que nada por eso y para que no se vean mal”

“...el niño como es muy gordito como que traspira más, en la noche como que se puede ahogar en la noche, porque algunas veces tiene como unos suspiros así como si estuviera ahogado, y empiezo a menearlo para que se ponga en otra posición, ese es el miedo que me da. Ahora cuando corre se cansa muy luego”

Podemos decir que en todos los grupos se observó un conocimiento al menos básico sobre la obesidad. Muchas veces había dificultad para argumentar las respuestas o para determinar de manera precisa las fuentes de conocimiento, pero lo cierto es que las respuestas entregadas en la mayoría de los casos corresponden a las dadas por los especialistas en el tema.

Las diferencias mostradas entre los distintos sectores socioeconómicos sobre el conocimiento nutricional de las madres entrevistadas, tienen que ver con el nivel de educación y con una preocupación distinta sobre la alimentación correcta de los hijos. Resulta complejo distinguir y conceptualizar los factores de conocimiento nutricional, puesto que están enraizados en pautas culturales que van más allá del nivel educacional de las madres o el acceso a fuentes de conocimiento, y supone un sistema de valores distintos en los diferentes sectores socioeconómicos.

7.3.5 Transmisores

La Tabla 10 muestra las respuestas más comunes cuando se preguntó sobre las principales fuentes de información y el rol de los equipos de salud en la transmisión de conocimiento nutricional.

TABLA 10 FUENTES DE CONOCIMIENTOS NUTRICIONAL

	Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio	
	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos	Familias de niños obesos	Familias de niños no obesos
Médicos y Nutricionistas	Recomendaciones básicas sobre horarios, porciones y alimentos	Recomendaciones básicas sobre horarios, porciones y alimentos	Recomendaciones básicas sobre horarios, porciones y alimentos	Recomendaciones básicas sobre horarios, porciones y alimentos
Instituciones educativas			Colegio, jardín infantil	Colegio
Medios de comunicación	Reportajes TV y noticieros			Reportajes de TV, revistas, libros de cocina
Familia	Madre	Madre	Madres y abuela	Madre
Otros	Experiencia personal de la madre con nutricionistas y doctores		Charlas en consultorio, trabajo, campañas públicas, experiencia personal	Trabajo

Respecto al rol de los equipos de salud, ya sean médicos, pediatras, nutricionistas, enfermeras o auxiliares, las respuestas dadas son prácticamente las mismas en todos los grupos estudiados. En general, las madres consideran que la información entregada en los consultorios y centros de atención es escasa e insuficiente, aunque sí reconocen que en el período de lactancia, existían recomendaciones y guías para el cuidado y alimentación de su hijo.

“...cuando estaba guagüita sí me la encontraron de peso un poquito más de lo normal, yo cuando estuve embarazada me decían que no tenía que comer fritura, bebida, masas, los dulces y comer más ensaladas y pollo y pescado y pavo...”

“Me dijeron en el consultorio que por ejemplo a las guaguas no hay que echarle aliño, o sea que no se hace la comida como a los grandes, se le hecha pura verdura pedacitos de carne y todo eso...”

La información entregada en los consultorios (control de niños sanos, nutricionista), se refieren a recomendaciones básicas sobre porciones, horarios y alimentos, ya sea fomentando el consumo de frutas y verduras o limitando el consumo de golosinas y bebidas. En ningún caso se reconoció la iniciativa y la voluntad de explicar en términos simples las razones de dichas recomendaciones, o la intención de enseñar qué es la obesidad y cuáles son sus consecuencias por parte de los especialistas, ni tampoco el preguntar las dudas e inquietudes en relación al tema de parte de las madres. Sí se les destacó la necesidad de un control periódico en los centros de salud.

“Nunca la verdad he hablado ese tema con los doctores porque al mayor siempre me he preocupado yo de su alimentación y que me digan que está con sobrepeso, yo lo sé, entonces lo tengo ahí he tratado de yo hacerle su dieta”

“...porque de repente a una le explican un término que una no entiende, decir por ejemplo que es lo que pueden y no puede comer, porque igual hay cosas que no pueden comer, me han dicho eso si que no puede tomar bebida, que es lo que a ella le gusta y trato de quitársela, pero un poquito no creo que le haga mal...”

En cuanto a las instituciones educativas, los grupos de sectores socioeconómicos medios mencionaron al colegio y al jardín infantil como una fuente secundaria de conocimiento, que tiene que ver principalmente con las recomendaciones que hacían los nutricionistas y las parvularias de los

establecimientos en relación a una alimentación saludable. Hay que recordar que casi exclusivamente en los sectores medios los niños asistían a jardines infantiles.

“En el jardín ella almuerza y la comida es súper sana pero en general no recibo información del colegio...”

“...las tías de aquí igual, yo siempre vengo y converso con ellas y siempre me dicen que nada de dulces, igual ella están siempre apoyando, nunca me han cerrado las puertas...”

Respecto al rol de los medios de comunicación se reconoció a la televisión como un importante transmisor de conocimiento, principalmente en el grupo obeso de sectores pobres. Sin embargo, parece no lograr transmitir información y conocimiento de manera eficaz, ya sea respecto a sus causas, consecuencias, tratamiento o prevención.

“...y en la tele igual veo programas en la mañana, onda matinales y ahí te hablan de las colaciones saludables...”

“...en la televisión y otra en lo poco y nada que me decía el doctor a mi por la diabetes, cuando yo estaba gorda”

Si bien en el grupo no obesos de sectores medios también se reconoció a la televisión como fuente de conocimiento, se mencionaron otros medios como revistas especializadas y libros de cocina como transmisores de conocimientos, lo que en cierta medida permite filtrar y triangular la información obtenida.

“Y los doctores nunca me han enseñado nada, yo casi todo lo que sé lo he leído en revistas en reportajes, porque yo leo mucho, trato de informarme así”

Respecto al rol de la familia en la transmisión de conocimiento, en todos los grupos se nombró a la madre como la principal fuente de conocimiento al interior de la familia. Sin embargo hay que diferenciar el conocimiento transmitido aquí del transmitido en el resto de las fuentes mencionadas, ya que las madres fueron mencionadas en relación a las formas de cocinar y no directamente sobre el conocimiento nutricional. En contadas ocasiones se reconoció que dado la condición de salud de algún familiar cercano (madre o padre), se habían informado de algunas enfermedades (principalmente la diabetes) relacionadas con la obesidad.

En cuanto a las otras fuentes de transmisión de conocimiento, se mencionaron charlas periódicas de los consultorios de atención primaria y hospitales, el lugar de trabajo para aquellas madres que trabajan en el área de la salud, o la experiencia personal en aquellas madres que han estado con sobrepeso u obesidad y han sido tratadas por especialistas, o que tienen contacto con personas con esta condición.

“...cuando yo quedé embarazada pesaba como 70 kilos y cuando me mejoré pesaba como 100 kilos y de ahí bajé como 17 kilos y de ahí me dio una depresión y empecé a engordar...”

“Yo estaba obesa llegue a pesar 105 kilos, o sea el doctor me decía que yo estaba obesa, pero yo no me encontraba obesa. Que rabia

me daba de que no podía pillar un calchuncho, y me ponía a llorar, una falda, una pantalón, una ropa decente por ser gorda, bueno, que me haya dado la diabetes si, pero que me haya dado otras complicaciones por ser gorda, nada”

Dentro de las múltiples fuentes que transmiten conocimiento podemos hacer la división entre aquellas que son fuentes voluntarias de conocimiento y aquellas que son involuntarias. Dentro de estas últimas podemos identificar a los equipos de salud y los controles periódicos que se efectúan a los niños, las experiencias personales de las madres con sobrepesos, la televisión, el trabajo y las instituciones educativas, mientras que las fuentes voluntarias tienen que ver con la iniciativa de las madres por aprender sobre el tema, ya sea a través de revistas, libros, charlas o campañas públicas.

“...la información que tengo, porque como te había dicho me encanta cocinar, la he sacado de libros de cocina que tengo un montón, tengo libro de cocina saludable, vegetarianos, porque mi marido era vegetariano tres años y medio, así que de ahí aprendí todo lo que es cocina y alimentación, también tengo japonesa, marroquí así que hago hartas mezclas.”

Las fuentes involuntarias son comunes a todos los grupos estudiados y son parte de la realidad cotidiana de las personas, sea cual sea la fuente. Las voluntarias, en cambio, tienen que ver con la iniciativa personal de cada persona en relación al tema, cosa que sólo se mostró en los grupos de sectores medios. Esto concuerda con el nivel de educación de las madres, así como con lo que señalábamos más arriba respecto a sistemas de valores diferenciados de acuerdo a la condición socioeconómica de las familias y que tiene que ver con

una representación de la obesidad y la gordura como símbolo de buena alimentación y un buen cuidado del niño.

Del total de entrevistas realizadas, además de numerosas conversaciones informales con médicos, auxiliares, profesores, parvularias e incluso gente no relacionada directamente con la investigación, extrajimos información importante que nos muestran realidades distintas y formas de comportamiento diferenciadas entre sí de acuerdo a factores muchas veces incomprensibles para nosotros. En la medida que se avanzaba en el trabajo de campo y se aproximaba el análisis de la información, nos dimos cuenta que en muchos casos se podría profundizar en el tema y desviar los objetivos hacia otras áreas de conocimiento. Esto nos enseñó que la profundidad del tema era inabarcable por nosotros en un solo estudio, por más que nuestra ingenuidad del comienzo lo haya pretendido hacer. Los resultados que hemos obtenido son parte del avance en relación al tema, así como una prospección en el conocimiento, que nos permite ver más allá de nuestro sentido común y nos abre nuevos espacios de investigación necesarios para entender el tema en profundidad y de manera global.

8 DISCUSIÓN

Como parte de la discusión final de los resultados expuestos más arriba, podemos decir que, en general, el nivel de información sobre nutrición y sobre los estados nutricionales es bajo, sobre todo en los grupos más pobres. Las madres de sectores medios mostraron un conocimiento mayor al de las madres de sectores pobres, por lo que su nivel lo podemos definir como medio dentro de las clasificaciones de conocimiento nutricional que hicimos en un comienzo.

No existen diferencias destacables entre los grupos de nivel socioeconómico bajo, por lo que el grado de información no explicaría la diferencia entre ambos grupos respecto al estado nutricional de los niños. En este sentido, es difícil establecer diferencias sustanciales que permitan explicar por qué existen niños obesos en algunas familias y en otras no, en condiciones socioeconómicas similares. Por lo mismo, creemos que en el grupo de no obesos de sectores pobres existe un riesgo importante de obesidad en el futuro, si se mantiene la misma conducta y no se producen cambios importantes en la forma de alimentar a los hijos.

Respecto a los grupos de nivel socioeconómico medio, existe una preocupación mayor en el discurso en cuanto al estado nutricional del niño, aunque en ocasiones no se lleve a la práctica.

La diferencia en relación a la información entregada y al conocimiento demostrado no es tan notoria entre ambos grupos, aunque sí lo es el estilo de vida llevado y el nivel de preocupación de las madres respecto a la alimentación de sus hijos, en especial las del grupo obesos de sectores medios, quienes manifestaron una preocupación por la condición nutricional de sus hijos y un cambio de actitud en relación a la alimentación de éstos. Además se observó en varios casos, principalmente en los sectores más pobres, que existe una prohibición de ciertos productos y golosinas sin tener una explicación informada, o sin tener verdadera conciencia del significado de estas acciones.

Creemos, y como profundizaremos más adelante, que la elección, preferencia y forma de consumo de ciertos productos, se asocia al proceso de transición alimentaria vivido en nuestro país, principalmente en los sectores urbanos más pobres, y a que no ha habido un cambio cultural en la población que muestre una conciencia por las nuevas condiciones y problemáticas nutricionales de nuestros tiempos.

Los objetivos que se plantearon en esta investigación tienen que ver con el hecho de que en los sectores pobres la prevalencia de obesidad es mayor que en los sectores más altos de la sociedad. Esto nos planteó el desafío de explicar por qué la condición socioeconómica de las familias es relevante en la

alimentación de los hijos. Si bien las explicaciones parecen simples e incluso obvias en un comienzo, en la medida que se profundiza en el tema, nos damos cuenta que no existen las respuestas únicas, y que es necesario tomar en cuenta un amplio espectro de variables. Así, por ejemplo, sabemos que las posibilidades económicas en los sectores más pobres son más limitadas, lo cual significa que el acceso a cierto tipo de productos se complejiza y está sujeto al poder adquisitivo de las madres.

Dentro de estas diferencias que tratamos de describir, existen aquellas que podemos explicar causalmente a través de un trabajo empírico y otras que están sujetas a interpretaciones y cuestionamientos. Entre las últimas se encuentran teorías que han abordado el conflicto de las clases sociales y lo han llevado a otras esferas del individuo. Por ejemplo, para Pierre Bourdieu, sociólogo francés, el cuerpo constituye un instrumento de trabajo para la clase trabajadora, pero al mismo tiempo posee un valor diferenciado por clases. Habla de que el gusto depende de la idea que tiene cada de clase, a través de sus *hábitus*, del cuerpo y de los efectos que tiene la comida respecto a la salud, fuerza y belleza, y al orden de estas categorías para cada uno. Así, por ejemplo, los alimentos energéticos y baratos se asocian al ideal de cuerpos fuertes de la clase trabajadora, mientras que los alimentos *light* y sin grasa se asocian a los cuerpos delgados de la clase más alta.

Esto tiene relación con las nociones de cuerpo saludable y cuerpo enfermo que poseen las distintas clases sociales. Tanto en Bourdieu (1995) como en Aguirre (2001) encontramos la diferenciación por clase respecto al cuerpo y a las representaciones que se tiene de él. Por un lado, lo saludable está representado por la fuerza corporal, la que a su vez se asocia a los cuerpos robustos, mientras que por otro, un cuerpo saludable es uno delgado y tonificado. De este modo, el gusto es parte de esta diferenciación, donde los productos de la clase alta son productos caros y que se consideran como “saludables” y menos calóricos (alimento integrales y *light*), mientras que los productos más baratos y rendidores propios de la clases bajas, son los productos más energéticos y llenadores (tallarines, arroz, legumbres y papas).

En este sentido, hemos establecido ciertas condiciones en relación a los niveles socioeconómicos que nos parecen relevantes dentro de esta discusión, y que son parte de los hechos que hemos observado a lo largo de nuestra investigación.

En primer lugar, hay una serie de condiciones observadas que son generadas a partir de un menor ingreso en el hogar, y que en conjunto plantean un escenario desfavorable para una alimentación ideal¹³ del niño. Es el caso de

¹³ Cuando hablamos de alimentación ideal, hablamos de las indicaciones de pediatras y nutricionistas que destacan una serie de recomendaciones como el respeto por los horarios de

la imposibilidad de optar a una casa propia, independiente de padres y suegros, hermanos y cuñados, donde inevitablemente se interfiere en el cuidado de los hijos, y que es parte de la realidad familiar de numerosas personas en los sectores más pobres de la sociedad. Esta condición de vida (familias extendidas) la planteamos como un obstáculo para que la madre decida de forma autónoma qué es lo que debe y no debe comer el hijo, en base a sus propios conocimientos y concepciones de una alimentación sana. Esta característica la proponemos como un factor de obesidad que favorece el alto consumo de golosinas y comidas a deshora en los niños.

En segundo lugar, la situación laboral de las madres es un punto clave en estos sectores y que muchas veces define el límite entre la pobreza y la no pobreza. Ésta condición genera una doble diferencia: por un lado, el ingreso familiar aumenta e incrementa las posibilidades de optar a una vida independiente (familia nuclear), y en segundo lugar, deja el cuidado del niño a terceros que intervienen en su alimentación. En este caso, el jardín infantil y el cuidado de profesionales deberían incidir positivamente en la alimentación de los hijos, ya que las comidas y colaciones están dentro de programas diseñados por gente especializada en el tema. Decimos esto porque los jardines infantiles son los principales agentes encargados de cuidar a los niños mientras las madres trabajan. Sin embargo, en varias ocasiones las madres confesaron que

alimentación, cantidades, así como la prohibición de golosinas, bebidas y alimentos poco nutritivos.

era frecuente dar golosinas a sus hijos en los trayectos entre la casa y el jardín infantil, o negociar los berrinches con galletas y dulces de cualquier tipo, lo cual quiere decir que este trayecto constituye para los niños un espacio para el consumo de alimentos de bajo aporte nutricional y ricos en calorías¹⁴.

Esto tiene que ver con algo que ya habíamos mencionado y que es parte de las estrategias que asumen los padres en momentos en que hay pataletas o un llanto que no pueden calmar. Tiene que ver con cómo se educan los niños ante situaciones que son difíciles de manejar y que requieren de paciencia, afecto, tiempo y apoyo de los más cercanos.

En tercer lugar, el nivel educacional de las familias es otro elemento importante a considerar. Más allá de la educación recibida sobre alimentación y nutrición en los colegios, el nivel de educación plantea una diferenciación respecto a conocimientos generales, hábitos de estudio e inquietudes intelectuales, que son relevantes al momento de desenvolverse en la vida diaria, incluyendo la alimentación de los hijos.

Dado esto, en un comienzo planteamos como hipótesis de trabajo que las madres de sectores pobres tienen un menor conocimiento nutricional y, por

¹⁴ El aporte energético de un vaso de bebida (250ml) y una porción de papas fritas (12 tabletas) es de 250 Kcal aproximadamente, lo que corresponde al 15% del total recomendado para los preescolares en un día.

consiguiente, una mayor presencia de obesidad en sus hijos. Todo esto partiendo del supuesto de que la presencia de obesidad está asociada al conocimiento nutricional de las madres, y que el conocimiento nutricional está asociado a un mayor nivel educacional. Sin embargo, este razonamiento carece de resultados que lo demuestren y desestima un conjunto de otros factores igualmente importantes. En este punto podemos decir que nuestra hipótesis de trabajo propuesta en el proyecto de investigación no fue comprobada. El conocimiento nutricional de las madres, sean de sectores socioeconómicos bajo o medio, no explica la presencia de obesidad en los hijos, ni la formación de un hábito alimenticio determinado. No pudimos establecer asociación ni menos relación entre el conocimiento de las madres y el estado nutricional de los hijos.

Respecto a los factores no explícitos que mencionábamos más arriba, hay que decir que están sujetos a cuestionamiento y a múltiples interpretaciones, dada la falta de consenso de la comunidad científica y a que no pueden ser explicados causalmente. Es el caso del contexto histórico de los sectores más pobres de la sociedad, que han estado permanentemente en conflicto con la alimentación de los hijos. En el pasado, las condiciones de higiene de los alimentos y la falta de agua potable en las poblaciones, constituía un desafío para la salud pública del país, así como la gran cantidad de niños en estado de desnutrición. Para esto, y como parte de políticas destinadas combatir la pobreza, se plantearon una serie de programas destinados a la superación de

estos problemas y a impulsar una mejora en las expectativas y en las condiciones de vidas de estas personas.

Esta transición social y alimentaria fue exitosa en varios aspectos, principalmente en el control de enfermedades producto de una mala higiene ambiental y de los alimentos, como las diarreas, y en la disminución de las cifras de desnutrición infantil. Sin embargo, los costos de este proceso han significado un incremento en las cifras de obesidad y un aumento en las enfermedades asociadas a ésta. Pero, ¿en qué consistió esta transición?

Las medidas gubernamentales que fueron implementadas desde los años 50 en adelante en nuestro país, tienen que ver principalmente con mejoras en la atención de salud, un avance en materia epidemiológica que permitió el tratamiento, control y prevención de enfermedades (Hepatitis A, Tifus y Cólera, así como enfermedades crónicas no transmisibles), y con la intervención del gobierno en la entrega de leche en los consultorios. Además, se implementaron cambios en la composición nutricional de la leche, gracias al desarrollo de nuevas investigaciones.¹⁵

¹⁵ En la actualidad se está tratando el tema de la obesidad en el Programas Nacional de Alimentación Complementaria del Ministerio de Salud, por ejemplo, mediante la entrega de leche descremada en los consultorios. La implementación de estas medidas ha sido lenta y aún no es parte de la realidad nacional.

Paralelamente se experimentó una apertura económica del país, que permitió el ingreso de alimentos y patrones alimentarios de países como Estados Unidos, China y Japón.

A su vez, estos cambios pueden ser vistos desde dos perspectivas: por una parte, han permitido ampliar la gama de sabores y nutrientes dentro del espectro de productos ya existentes, pero por otro lado, significa adquirir costumbres alimentarias más dañinas para el cuerpo, sobre todo en lo que tiene que ver con consumo de comidas de alto contenido graso o azúcar como la comida rápida y las golosinas. Y esto no sólo se refiere a la introducción de la comida rápida en Chile sino que a un proceso de transición en la que nuestro país ha hecho poco y nada en materia legislativa que regule el consumo de “comida chatarra”.

El resultado de este proceso son las nuevas formas de alimentación y de entender el concepto de niños sanos, donde la percepción materna del peso de los hijos no corresponde con las nociones médicamente establecidas de cuerpo sano¹⁶. Es parte de procesos culturales profundos que tiene que ver con cambios de actitudes, en etapas donde los significados se han mantenido.

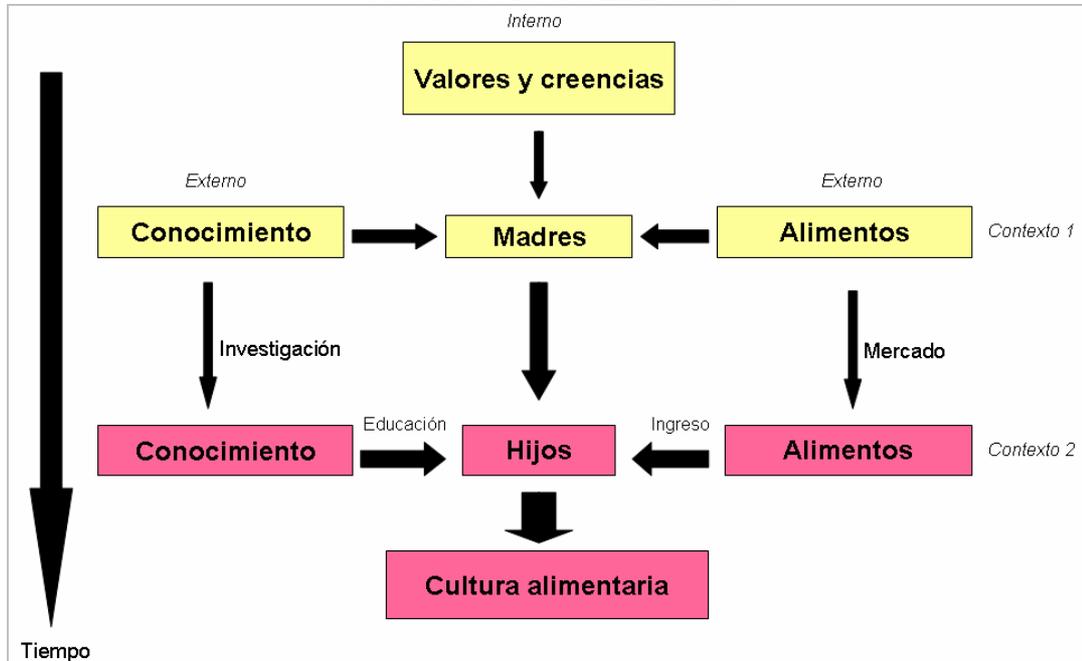
¹⁶ El 26,6% de las madres de niños obesos consideró que el peso de sus hijos era normal, así como el 37,5% consideró que sus hijos tenían un poco de sobrepeso. Esto contrasta con la percepción de que la obesidad corresponde a una condición patológica (98,4%) (Díaz 2000). Estos datos son importantes para entender la alta tasa de fracaso en el tratamiento contra la obesidad.

Por eso, cuando decimos que no ha habido un cambio cultural que sustente la transición alimentaria en la que estamos, nos referimos a que la incorporación de las nuevas categorías nutricionales y estéticas no son parte de toda la sociedad, sino de los sectores que históricamente han producido el conocimiento y han definido las pautas estéticas. La condición de marginalidad de los sectores más pobres los ubica en una posición pasiva y receptora de categorías y conceptos ajenos a su propia historia y a las problemáticas que tradicionalmente los han aquejados.

Por esto podemos decir que la cultura alimentaría de cada grupo social es el resultado de la interacción de un conjunto de factores socioculturales que han sido transmitidos en el tiempo¹⁷, de acuerdo a las necesidades de cada grupo, y a una cosmovisión particular, en contextos históricos específicos.

¹⁷ Estudios sobre el peso de los hijos en relación al peso de los padres muestran que los hijos de padres obesos tienen dos veces más riesgo de ser obesos antes de los 10 años, que aquellos niños con padres con peso normal (Whitaker 1997).

FIGURA 1 CULTURA ALIMENTARIA



Creemos que los cambios alimentarios que se han producido, no han sido acompañados por cambios de mentalidad necesarios para comprender de manera profunda los beneficios de una buena alimentación así como las consecuencias de una mala. Aún permanece la idea de que mientras los hijos coman y sean de cuerpos robustos, su salud será buena, o que el hecho de que los niños que estén con un peso normal les da la libertad de comer lo que quieran. Todo esto es parte de este complejo panorama alimentario y nutricional del que hemos hablado en esta investigación, donde la cultura alimentaria es el resultado de la interacción de múltiples factores, así como de actitudes y nociones en torno a los alimentos.

Si bien hemos pretendido entender la relación pobreza/obesidad de manera general, creemos que es necesario profundizar en otras áreas que aquí sólo hemos nombrado. En el transcurso de la investigación nos encontramos con muchos aspectos que no habíamos contemplado en un principio, así como desmentimos una serie de prejuicios que en un comienzo nos parecían evidentes. Pensamos que reducir un problema de salud tan complejo como la obesidad a la condición económica de un grupo, significa cerrar los ojos ante una realidad infinitamente más diversa, donde la situación económica es solo una parte de una red de factores que en conjunto conforman la problemática nutricional que hemos investigado.

En la actualidad, el Ministerio de Salud ha planteado el desarrollo de una Estrategia Global contra la Obesidad (EGO) que apunta hacia la participación de distintos sectores del país en favor de la promoción de una alimentación saludable y del aumento de actividad física. Su plan de intervención contempla distintos aspectos de la sociedad como los colegios, los centros de salud, los medios de comunicación y la familia. Es en este último donde creemos que se ha omitido un aspecto importante ya que aquí la familia es entendida como padres e hijos, no contemplando otros vínculos parentales como abuelos, tíos y primos que también son parte de la realidad de un amplio sector de nuestro país. Creemos que investigaciones como la nuestra contribuyen a generar un

debate sobre el tema y a plantear otros ámbitos de intervención no contemplados en éste y otros programas de promoción de la salud.

Pese a esto, la amplitud del tema y la necesidad de ahondar en otros aspectos del problema nos han dejado un sabor agri dulce respecto a las expectativas iniciales, ya que por un lado creemos que los resultados obtenidos son un aporte para la comprensión del tema, pero por otro, que es necesario profundizar en áreas no contempladas en este proyecto, o que sólo hemos tocado superficialmente. Por ejemplo, existen áreas relacionadas con la actividad física, donde la falta de espacios e iniciativas para su desarrollo no han ido en paralelo con los problemas de mal nutrición de la población. Igualmente las prácticas sedentarias como la televisión, juegos electrónicos y computadores están cada vez más al alcance de todos y constituyen un desincentivo para la actividad física de los niños.

Como comentario final, podemos decir que los esfuerzos por entender el complejo fenómeno de la obesidad han sido, en nuestro caso, esfuerzos por comprender al grupo social que presenta los mayores índices de la misma. Si bien se ha avanzado en este punto creemos que se han abierto nuevos espacios para el estudio del tema, no sólo para la antropología, sino para todos los investigadores que trabajan en el área. La obesidad infantil representa los síntomas de un proceso inconcluso que no ha sido enfrentado aún. La

proliferación de los estudios sociales en el tema responde a una necesidad del país de enfrentar los problemas de salud pública de manera multidisciplinaria mediante tratamientos, campañas y políticas, que tengan impacto real en las personas¹⁸, ya que los costos futuros de una no intervención pueden ser altísimos, tanto en términos económicos para el país, como de salud para la población.

¹⁸ Un estudio sobre tratamiento de la obesidad infantil en Chile, mostró que la tasa de abandono a los tratamientos relacionados con la obesidad fue 48% y la tasa de éxito global corresponde al 34% (Moraga 2003). Estos datos son más elevados aún en la experiencia de otros países con niveles de obesidad similares al nuestro.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, P. *Ricos flacos y gordos pobres: la alimentación en crisis*. Ed. Capital Intelectual, Buenos Aires, Argentina, 2004.
2. Aguirre, P. *Alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres*. En: *La cocina como patrimonio (in) tangible*. Secretaría de Cultura. Buenos Aires, 2001
3. American Anthropological Association, *Código de Ética de la Asociación Americana de Antropología, 1998*, Traducido por Debbie Guerra y Juan Carlos Skewes, Marzo, 2003, en www.colegioantropologos.cl
4. Araya, M, Atalah, E. *Factores que determinan la selección de alimentos en familias de sectores populares*. Rev Chil Nutr 2002; 29: 308-315.
5. Berger, P. Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina 1994, Primera Edición 1968.
6. Burrows, R. *Obesidad infantil y juvenil: consecuencias sobre la salud y la calidad de vida futura*. Rev. Chil. Nutr 2000; 27 (Supl 1): 141-148.
7. Burrows, R. *Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto* Rev. Méd. Chile v.128 n.1 Santiago ene. 2000
8. Busdiecker, S. Castillo CD, Salas, I. *Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica*. Rev Chil Pediatr 2000; 71: 5-11.
9. Del Real, SI. Fajardo, Z. Solano, L. Páez, ML. Sánchez, A. *Patrón de consumo de alimentos en niños de una comunidad urbana al norte de Valencia, Venezuela*. ALAN. [online]. sep. 2005, vol.55, no.3, p.279-286, Caracas, Venezuela.
10. Días, M. *Percepción materna del estado nutricional de sus hijos*. Rev. Chil. Pediatr. v.71 n.4 Santiago jul. 2000; 316-320.
11. Estrategia Global Contra la Obesidad (EGO Chile), Propuesta de Trabajo, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
12. Feres, JC. Mencero, X. *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y su aplicación en América Latina*, División de Estadística y Proyecciones Económicas, CEPAL, Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2001
13. Geertz, C. *La interpretación de las culturas* Ed. Gedisa, Barcelona, España, 2000, primera edición 1973.
14. Geertz, C. *El antropólogo como autor*. Ed. Paidós, Barcelona, España 1997, primera edición 1989.
15. Goody, J. *Cocina, Cuisine y clase: estudio de sociología comparada*, Ed. Gedisa, Barcelona, España, 1995
16. Ibáñez, J. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*, en compilación de M. García, Jesús Ibáñez y Fco. Alvira, Alianza Editorial, 1992, España.

17. Jahns L, Baturin A, Popkin BM. *Obesity, diet, and poverty: trends in the Russian transition to market economy*, Eur J Clin Nutr 2003; 57: 1295–1302.
18. Johnson, T. Sargent, C. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. PRAEGER, New York, 1990.
19. Martinic, S. *Investigación para la acción: estrategias de capacitación. Análisis estructural: presentación de un método para el estudio de lógicas culturales*, CIDE ediciones, Santiago, Chile, Agosto, 1992
20. Maturana, H. Verla, F. *El árbol del conocimiento* Ed. Universitaria, 1998, primera edición de 1984, Santiago, Chile.
21. Mei, Z. Scanlon K. Grummer-Strawn, L. Freedman, D. Yip, R. Trowbridge, F. *Increasing Prevalence of Overweight Among US Low-income Preschool Children: The Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance, 1983 to 1995*. Pediatrics. 1998; 101: 1-6.
22. MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) Gobierno de Chile, 2004
23. Montecino, S. *La olla deleitosa: Cocinas mestizas de Chile*, Ed, Catalonia, 2004, Santiago, Chile.
24. Monteiro, C. Moura, E. Conde, W. Popkin, B. *Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review*. of the World Health Org Bull 2004; 82: 940-946
25. Moraga, F. Rebollo MJ. Bohórquez P. Cáceres J. Castillo C *Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable* Rev. Chil. .Pediatr. v.74 n.4 Santiago jul, 2003; 374-380
26. Moreno, LA. González-Gross T. Bueno M, Perez-González G. JM. Bueno, M. *Micro-environmental and socio-demographic determinants of childhood obesity*. Int J Obes 2004; 28: 16-20.
27. Muzzo B., Santiago. *Evolución de los problemas nutricionales en el mundo. El caso de Chile*. Rev. chil. nutr. Ago. 2002, vol.29, no.2; 78-85.
28. Olivares, S. Albala, C. García, F. Jofré, I *Publicidad televisiva y preferencias alimentarias en escolares de la Región Metropolitana* Rev. Med. Chil. 1999; 127: 791-799
29. Olivares, S. Yáñez, R. Díaz, N. *Publicidad de los alimentos y conductas alimentarias en escolares de 5° a 8° básico*. Rev Chil Nutr 2003; 30: 36-42.
30. Osorio J, Weisstaub, G. Castillo, C. *Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones*. Rev Chil Pediatr 2002; 280-285
31. Parra-Cabrera, S. Hernández, B. Duran-Arenas, L. *Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública*. Rev. Saúde Pública, jun. 1999, vol.33, no.3; 314-325.
32. Pelto, G. Pelto, P. Messer, E. *Research Methods in Nutritional Anthropology*. The United Nations University, 1989

33. Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Ministerio de Salud, Chile, <http://www.minsal.cl/ici/nutricion%5CPNAC1.pdf>
34. Romo, M. Castillo, CD. *Metodología de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición*. Rev. Chil. Nutr. v.29 n.1 Santiago abr. 2002
35. Romon M, Duhamel A. Collinet NJ. *Influence of class on time trends in BMI distribution in 5-years-old French children from 1989 to 1999*. Int J Obes 2005; 29: 54-59.
36. Tudela, P, *Características lógicas de la investigación etnográficas*, Universidad de Chile, Guía de estudio Cátedra de Etnografía, primer semestre, 2003
37. Tudela, P, *Etnografía y método científico: diseño, requisitos y etapas de la investigación social y antropológica*. Universidad de Chile, Guía de estudio Cátedra de Etnografía, primer semestre. 2003
38. Uauy, R, Castillo, C. *Nutrición de los niños en Chile: dónde estamos, hacia dónde vamos*. Rev. Chil. Pediatr. 2001; 72: 1-5
39. Vásquez, F. Salazar, G. Andrade, M. *Ingesta alimentaria de preescolares obesos asistentes a los jardines infantiles de la JUNJI*. Rev. Chil. Nutr. Ago. 2004, vol.31, no.2, p.100-108.
40. Whitaker, R. Wright, J. Pepe, M. Seidel, K. Dietz, W. *Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity* The New England Journal of Medicine. Vol. 337. N°13. Sept 25, 1997; 869-873
41. Williams, S. *Theorising class, health and lifestyle: can Bourdieu help us?* Sociology of Health & Illnessn Vol.17, N°5, 1995; 577-604

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



*UNIVERSIDAD DE CHILE
INSTITUTO DE NUTRICION
Y TECNOLOGIA DE LOS ALIMENTOS Y
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA,
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES.*

ESTUDIO “Conocimiento nutricional de madres de pre-escolares obesos de nivel socioeconómico bajo y medio”

Descripción del estudio

Querida mamá:

El Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile, **INTA**, está realizando un estudio para conocer las diferencias que tienen las madres o familiares de niños pequeños de diferentes sectores socioeconómicos, en el conocimiento sobre estados nutricionales y alimentación.

En qué consiste su participación

Queremos visitar su hogar para realizarle una entrevista de una duración de 45 minutos aproximadamente, a usted y/o personas que cumplen el rol de alimentar al niño y a la familia al interior de su hogar. Nosotros, como profesionales, la entrevistaremos para consultarle acerca de: su familia, los alimentos consumidos en el hogar, la manera como eligen los alimentos, sus preferencias, los lugares de consumo, el consumo de alimentos o bebidas, el conocimiento e información de los alimentos y los estados nutricionales.

Molestias y beneficios

Su participación en el estudio no le traerá riesgos ni tampoco beneficios monetarios personales. Nada de lo que nosotros hagamos tendrá costo para Ud. Los resultados del estudio servirán para conocer la relación existente entre el nivel socioeconómico y la obesidad.

Usos de la información

Esta información será de beneficio en el futuro, al permitir cambiar la manera como se está educando a las mamás en los consultorios y mejorar los hábitos de alimentación de la familia y sus hijos.

Confidencialidad

Toda la información que se obtenga será confidencial y sólo tendrán acceso a ella los profesionales que participan en este proyecto.

Retiro del estudio

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

Invitación para efectuar preguntas

Si Ud. requiere mayor información acerca del proyecto puede contactar con Alvaro Castillo al fono 2772517; con Marcela Romo al fono 9787752, directora de tesis; también puede consultarle al director del Comité de Ética del INTA, Universidad de Chile, Prof. Ana María Pino, fono 9781418.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

Este documento lo mantendremos en los registros del INTA.

Autorización

“He leído la información anterior y mis preguntas acerca de este proyecto han sido satisfactoriamente respondidas. Al firmar este documento declaro que lo he comprendido claramente y deseo que mi familia participe.”

Nombre de la madre:

Firma de consentimiento de la madre: Fecha:.....

Nombre del niño: Fecha:.....

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:

ANEXO 2 CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL POBLACIÓN MENOR DE 6 AÑOS

Según indicador peso/talla, por grupo de edad, Diciembre 2005. Chile

* Tasa = (En control/Total población en control) x 100

Comuna	Total población en control	Mal nutrición por exceso						Mal nutrición por déficit					
		Total		+1 DE		+2 DE		Total		-1 DE		-2 DE	
		En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*
Total	985.458	241.227	24,5	164.966	16,7	76.261	7,7	32.800	3,3	29.719	3,0	3.081	0,3
0-2 meses	36.095	4.736	13,1	3.822	10,6	914	2,5	365	1,0	327	0,9	38	0,1
3-5 meses	41.087	10.851	26,4	8.179	19,9	2.672	6,5	539	1,3	478	1,2	61	0,1
6-11 meses	81.367	22.560	27,7	16.462	20,2	6.098	7,5	2.318	2,8	2.078	2,6	240	0,3
12-17 meses	83.114	19.344	23,3	14.185	17,1	5.159	6,2	4.084	4,9	3.671	4,4	413	0,5
18-23 meses	81.542	17.874	21,9	13.044	16,0	4.830	5,9	4.458	5,5	3.998	4,9	460	0,6
24-47 meses	333.685	68.275	20,5	49.456	14,8	18.819	5,6	12.304	3,7	11.328	3,4	976	0,3
48-71 meses	328.568	97.587	29,7	59.818	18,2	37.769	11,5	8.732	2,7	7.839	2,4	893	0,3

Departamento de Estadísticas e información de Salud, MINSAL, 2005

ANEXO 3 CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE 6 AÑOS

Según indicador peso/talla, por grupo de edad, Diciembre 2005. Región Metropolitana de Santiago

* Tasa= (En control/Total población en control) x 100

Comuna	Total población en control	Mal nutrición por exceso						Mal nutrición por déficit					
		Total		+1 DE		+2 DE		Total		-1 DE		-2 DE	
		En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*
Total	353.002	81.250	23,0	55.741	15,8	25.509	7,2	12.228	3,5	11.086	3,1	1.142	0,3
0-2 meses	13.274	1.443	10,9	1.191	9,0	252	1,9	94	0,7	87	0,7	7	0,1
3-5 meses	14.890	3.779	25,4	2.867	19,3	912	6,1	144	1,0	134	0,9	10	0,1
6-11 meses	29.605	7.764	26,2	5.746	19,4	2.018	6,8	776	2,6	702	2,4	74	0,2
12-17 meses	29.776	6.580	22,1	4.935	16,6	1.645	5,5	1.507	5,1	1.350	4,5	157	0,5
18-23 meses	29.716	6.139	20,7	4.548	15,3	1.591	5,4	1.631	5,5	1.476	5,0	155	0,5
24-47 meses	120.025	22.749	19,0	16.466	13,7	6.283	5,2	4.754	4,0	4.371	3,6	383	0,3
48-71 meses	115.716	32.796	28,3	19.988	17,3	12.808	11,1	3.322	2,9	2.966	2,6	356	0,3

Departamento de Estadísticas e información de Salud, MINSAL, 2005

ANEXO 4 TABLAS DE DESVIACIONES ESTÁNDAR

PESO (Kg) POR ESTATURA (cm) DE NIÑOS							
Estatura (cm)	DESVIACIONES ESTANDAR						
	-3DE	-2DE	-1DE	MEDIANA	+1DE	+2DE	+3DE
73.5	6.7	7.7	8.7	9.7	11.0	12.3	13.6
74.0	6.8	7.8	8.8	9.8	11.1	12.4	13.7
74.5	6.9	7.9	8.9	9.9	11.2	12.5	13.9
75.0	7.0	8.0	9.0	10.0	11.3	12.7	14.0
75.5	7.1	8.1	9.1	10.1	11.5	12.8	14.1
76.0	7.2	8.2	9.2	10.3	11.6	12.9	14.2
76.5	7.3	8.4	9.4	10.4	11.7	13.0	14.3
77.0	7.4	8.5	9.5	10.5	11.8	13.1	14.4
77.5	7.5	8.6	9.6	10.6	11.9	13.2	14.6
78.0	7.6	8.7	9.7	10.7	12.0	13.3	14.7
78.5	7.7	8.7	9.8	10.8	12.1	13.5	14.8
79.0	7.8	8.8	9.9	10.9	12.2	13.6	14.9
79.5	7.9	8.9	10.0	11.0	12.3	13.7	15.0
80.0	8.0	9.0	10.1	11.1	12.5	13.8	15.1
80.5	8.1	9.1	10.2	11.2	12.6	13.9	15.3
81.0	8.2	9.2	10.3	11.3	12.7	14.0	15.4
81.5	8.3	9.3	10.4	11.4	12.8	14.1	15.5
82.0	8.3	9.4	10.5	11.5	12.9	14.2	15.6
82.5	8.4	9.5	10.5	11.6	13.0	14.4	15.7
83.0	8.5	9.6	10.6	11.7	13.1	14.5	15.8
83.5	8.6	9.7	10.7	11.8	13.2	14.6	16.0
84.0	8.7	9.8	10.8	11.9	13.3	14.7	16.1
84.5	8.8	9.8	10.9	12.0	13.4	14.8	16.2
85.0	8.8	9.9	11.0	12.1	13.5	14.9	16.3
85.5	8.9	10.0	11.1	12.2	13.6	15.0	16.4
86.0	9.0	10.1	11.2	12.3	13.7	15.2	16.6
86.5	9.1	10.2	11.3	12.4	13.8	15.3	16.7
87.0	9.2	10.3	11.4	12.5	14.0	15.4	16.8
87.5	9.3	10.4	11.5	12.6	14.1	15.5	16.9
88.0	9.3	10.5	11.6	12.7	14.2	15.6	17.1
88.5	9.4	10.6	11.7	12.9	14.3	15.7	17.2
89.0	9.5	10.7	11.8	13.0	14.4	15.9	17.3
89.5	9.6	10.8	11.9	13.1	14.5	16.0	17.5
90.0	9.7	10.9	12.0	13.2	14.6	16.1	17.6

Center for Disease Control and Prevention (CDC)

PESO (Kg) POR ESTATURA (cm) DE NIÑAS							
Estatura (cm)	DESVIACIONES ESTANDAR						
	-3DE	-2DE	-1DE	MEDIANA	+1DE	+2DE	+3DE
75.5	6.9	7.9	8.9	10.0	11.2	12.4	13.6
76.0	7.0	8.0	9.0	10.1	11.3	12.5	13.7
76.5	7.1	8.1	9.1	10.2	11.4	12.6	13.8
77.0	7.2	8.2	9.2	10.3	11.5	12.7	14.0
77.5	7.3	8.3	9.3	10.4	11.6	12.8	14.1
78.0	7.3	8.4	9.4	10.5	11.7	12.9	14.2
78.5	7.4	8.5	9.5	10.5	11.8	13.0	14.3
79.0	7.5	8.6	9.6	10.6	11.9	13.1	14.4
79.5	7.6	8.7	9.7	10.7	12.0	13.2	14.5
80.0	7.7	8.8	9.8	10.8	12.1	13.4	14.6
80.5	7.8	8.8	9.9	10.9	12.2	13.5	14.7
81.0	7.9	8.9	10.0	11.0	12.3	13.6	14.8
81.5	8.0	9.0	10.1	11.1	12.4	13.7	15.0
82.0	8.1	9.1	10.2	11.2	12.5	13.8	15.1
82.5	8.1	9.2	10.3	11.3	12.6	13.9	15.2
83.0	8.2	9.3	10.3	11.4	12.7	14.0	15.3
83.5	8.3	9.4	10.4	11.5	12.8	14.1	15.4
84.0	8.4	9.5	10.5	11.6	12.9	14.2	15.5
84.5	8.5	9.6	10.6	11.7	13.0	14.3	15.7
85.0	8.6	9.6	10.7	11.8	13.1	14.5	15.8
85.5	8.7	9.7	10.8	11.9	13.2	14.6	15.9
86.0	8.7	9.8	10.9	12.0	13.3	14.7	16.1
86.5	8.8	9.9	11.0	12.1	13.5	14.8	16.2
87.0	8.9	10.0	11.1	12.2	13.6	14.9	16.3
87.5	9.0	10.1	11.2	12.3	13.7	15.1	16.5
88.0	9.1	10.2	11.3	12.4	13.8	15.2	16.6
88.5	9.2	10.3	11.4	12.5	13.9	15.3	16.7
89.0	9.3	10.4	11.5	12.6	14.0	15.5	16.9
89.5	9.3	10.5	11.6	12.7	14.2	15.6	17.0
90.0	9.4	10.6	11.7	12.8	14.3	15.7	17.2
90.5	9.5	10.7	11.8	13.0	14.4	15.9	17.4
91.0	9.6	10.8	11.9	13.1	14.6	16.0	17.5
91.5	9.7	10.9	12.0	13.2	14.7	16.2	17.7
92.0	9.8	11.0	12.1	13.3	14.8	16.3	17.8
92.5	9.9	11.1	12.3	13.4	15.0	16.5	18.0
93.0	10.0	11.2	12.4	13.6	15.1	16.7	18.2
93.5	10.1	11.3	12.5	13.7	15.3	16.8	18.4

Center for Disease Control and Prevention (CDC)

ANEXO 5 PAUTA DE ENTREVISTA

Madre:

Hijo(a):

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuántos hijos tiene?
3. ¿De qué edad?
4. ¿Cuántas personas viven en la casa?
5. ¿Quiénes?
6. ¿Qué hace cada uno?
7. ¿Cuántas comidas consumen al día en la casa?
8. ¿Hay otra comida (snack o colación) durante el día?
9. ¿Cuál es la comida más importante de la casa?
10. ¿Quién cocina en la casa?
11. ¿Desde cuándo cocina?
12. ¿Quién le enseñó a cocinar?
13. ¿Quién decide qué cocinar?
14. ¿Me podría dar un par de ejemplos de los que más se cocina en la casa?
15. ¿Cuáles son las características que tiene que tener una preparación suya?
Frío o Caliente
16. Sólido o Líquido
17. Dulce o Salado
18. Animal o Vegetal
19. ¿Dónde compran la comida?
20. ¿Cada cuánto va a comprar?
21. ¿Qué es lo primero que toma en cuenta al momento de hacer una compra?
22. Y de estas alternativas: Que sea rico, saludable, nutritivo, light, rendidor o barato
23. ¿Qué diferencia ve Ud. entre lo que se comía antiguamente en su familia y lo que se come ahora en ella?
24. ¿Se comían las mismas cantidades?
25. ¿Qué es lo que nunca falta en el refrigerador o en la despensa de su casa?
26. ¿Compran golosinas en la casa?
27. ¿Compran bebidas gaseosa o jugos en la casa?
28. ¿Hay alguna otra cosa que compran fuera de la casa (restaurantes, negocios, carritos)?
29. ¿Hay un día “especial” de la semana en que se coma más, mejor o distinto?
30. ¿Sabe qué es la obesidad?
31. ¿Cómo se produce la obesidad? ¿Qué favorece su surgimiento y desarrollo?
32. ¿Conoce alguna consecuencia producida por la obesidad?

33. ¿Por qué razón cree que el niño está obeso?
34. ¿Cuál es la opinión del padre respecto a la obesidad del niño(a)?
35. ¿Sabe cuáles son los alimentos engordadores?
36. ¿Cuáles considera Ud. sus principales fuentes de conocimiento sobre la materia?
37. ¿De qué manera los equipos de salud (del programa, del consultorio o de otro centro asistencial) la han ayudado a la comprensión y al tratamiento de la obesidad?
38. ¿Cómo cree usted que puede ayudar a su hijo(a) con su problema? ¿Cómo enfrenta Ud. la obesidad de su hijo(a)?
39. ¿Cree usted que el niño(a) tiene conciencia de su condición actual?

ANEXO 6 ENTREVISTA 1

Nombre de la madre: Silvia Carvajal

Nombre del hijo: Fabián González

Edad: 3 años 1 mes

Grupo de estudio: Obeso de sectores pobres

La entrevista se realizó en la casa de la entrevistada en la comuna de La Pintana, en compañía de la auxiliar del consultorio Santiago Nueva Extremadura, señora Alejandra Contreras, en el mes de Julio del 2005.

P: ¿Cuántos hijos tiene?

R: Dos hijos

P: ¿De qué edad?

R: Uno de 14 y el chico de 3 años

P: ¿Y cuántas personas viven en la casa?

R: 5 con el abuelo, tres adultos y dos niños

P: ¿Qué hace cada uno?

R: El papá trabaja en bodega y el abuelo es guardia, en la misma fabrica del papa

P: ¿Cuántas comidas se comen en la casa?

R: Dos comidas

P: ¿Cuáles?

R: A las dos y media y la otra es a las 8, el almuerzo y la cena

P: ¿Y desayuno y once?

R: También

P: ¿La once a qué hora la comen?

R: Puede ser como a las nueve o a las ocho es que a veces cuando vienen llegando hay como dos cenas porque ellos llegan como a las diez, puede ser como a las 8 uno y el otro como a las diez

P: ¿Y tiene alguna otra comida, alguna colación más o menos regular en la casa Fabián, lleva alguna colación?

R: No, allá le dan todo

P: ¿Cuál es para usted la comida más importante en la casa?

R: El caldo

P: ¿Pero cual es la que no puede faltar durante el día?

R: En la mañana...

P: ¿Usted cocina?

R: Si

P: ¿Y quién le enseñó a cocinar?

R: Mi mamá, mi aguelita, es que le digo mamá

P: ¿Y cómo aprendió a cocinar?

- R: Ella nos ponía y nos decía así se pela una papa, así se amasa, yo aprendía a cocinar de los ocho años, haciendo pan de todos, pelando gallinas, conejos, de todo en el campo
- P: ¿Y ahora también tienen todo eso o lo compran?
- R: Lo compramos, pero cuando voy a al campo (Doñihue) lo hago, ahí se cocina hartito, pan amasado, hartito chuchoca, hartito asado, ensalada
- P: ¿Y quién decide qué cocinar?
- R: Yo, a veces mi marido me dice que comamos un pollito o algo, depende hasta cuanto se puede pagar
- P: ¿Y cuáles son las comidas que más comen aquí, cuáles son las más comunes?
- R: Es Arroz con pollo, papas fritas con pollo, a veces cuando estamos más pobres uso porotitos, lentejas, garbanzos
- P: ¿El pollo es la carne que más comen?
- R: Sí
- P: ¿Quién es el que más come en la casa?
- R: Mi marido, le gusta mucha porción, sus dos platos, sus dos tazones de té, sus cuatro panes
- P: ¿Y me puede explicar cómo cocina el pollo con arroz?
- R: Echo a lavar el pollito, pico ajo, pimentón, aliño completo eso y pongo agüita y echo a cocer todo. El arroz lo hago aparte un poco de zanahoria picada, cebolla, ajo, pimentón, lo sarcocho y lo pongo a cocinarse según las medidas de agua
- P: ¿Y respecto a las comidas en general, qué es lo más importante de las siguientes cosas? Frío/caliente
- R: Caliente
- P: Sólido/líquido
- R: Sólido
- P: O sea se prefiere el pollo con arroz a la cazuela
- R: Regular, cuando hago cosas secas hago una sopita pa que pase el arrocito
- P: Lo dulce o lo salado
- R: Las dos cosas, son buenos pal postre, pal chocolate, pal helado, los duraznitos con crema, cuando hay su torta también
- P: ¿Dónde hacen las compras y cada cuánto?
- R: Yo la hago mensual en la feria, compro todo en la feria, la verdura la compro dos veces a la semana, la mercadería toda al fin de mes en la feria, en el supermercado no, en la feria encuentro todo más barato
- P: ¿Y qué es lo primero en que se fija cuando va a comprar algo?
- R: Me fijo en la fecha y cuando están baratas, aunque sea diez o veinte pesos, para poder comprar otra cosa
- P: Y respecto a estas alternativas cual prefiere: Que sea rico, saludable, que sea nutritivo, que sea *light*, rendidor, barato, o que sea hartito
- R: Que sea barato y nutritivo

- P: ¿Y qué diferencias ve usted entre lo que se comía antiguamente en su familia y en lo que se come ahora, cuál es la principal diferencia?
- R: Lo primero es que en el sur se cocinaba todo a leña y quedaban más sabrosas las comidas, a gas no es lo mismo. No quedan con gusto a campo, eran más sabrosas
- P: ¿Y respecto a los ingredientes, nota alguna diferencia?
- R: Mi marido compra pollos asados pero no me gustan a mi, porque de cuándo estará ese pollo asado ahí, a mi me gusta hacerlo yo
- P: ¿Algo más?
- R: Que antes la comida eran mejores, ahora que uno le hecha tantas cosas, ahora las cosas son más complicadas
- P: ¿Y por ejemplo lo que le enseñaron a cocinar era lo mismo que cocina ahora, el pollo con arroz por ejemplo, o antes cocinaban otras cosas?
- R: Antes más cosas
- P: ¿Qué era lo típico?
- R: Lo típico eran los porotitos con chunchules, con harina tostada, a mí no me sale aquí, me quedan como rancios, no me sale como me explicaba mi mamá
- P: ¿Qué es lo que nunca falta en el refrigerador?
- R: Yogurt, jugo y las bebidas
- P: ¿Jugos en polvo o en caja o en botella?
- R: En caja pero más en botellas
- P: ¿En polvo no?
- R: No porque tienen muchos sódicos o esas cosas que dice mi marido que le hace mal a los niños
- P: ¿Y respecto a las golosinas, le gustan las golosinas al Fabián?
- R: Sí, hay que quitárselas pero él tiene sus mañas para conseguir todo lo que quiere, con el papá con el abuelo, con los vecinos
- P: ¿Y eso siempre?
- R: Siempre
- P: ¿No ha bajado ahora con el programa?
- R: Bajaba pero sube, hay que estar todo el tiempo, y en el sur más porque la abuela le mete y le mete
- P: ¿Y qué es lo que más le gusta?
- R: Lo chocolates, si
- P: ¿Y es bueno para las bebidas?
- R: Bastante bueno para las bebidas
- P: ¿Y cuánto diría que toma al día, un vaso un par, una botella?
- R: Se tomará como cuatro vasos, pero de esos vasos grandes, de esos altitos
- P: ¿Y cuál es la bebida que más le gusta?
- R: La Coca Cola
- P: ¿Y golosinas, tiene alguna preferida?
- R: El chocolate y la otra es el manqueque que se le sale el manjar

- P: ¿Y hay alguna otra cosa que compren en la casa y que al Fabián le guste hartó?
- R: Lo que siempre está comiendo ahora es chicle, todos los días su chicle
- P: ¿Y le gusta salir hartó?
- R: Si
- P: ¿Por acá?
- R: Si por acá a la plaza, a columpiarse a ver los volantines
- P: Y cuando salen ¿hay otra cosa que le guste comer como por ejemplo la sopaipillas, o arrollados, pizzas?
- R: Ah si, le gustan las sopaipillas y los calzones rotos
- P: ¿Y le gustan con algo?
- R: No. Solas, pero dos, le gustan que sean así cerraditas como un sándwich
- P: Y respecto a lo que estamos viendo en el programa ¿Usted sabe en qué consiste la obesidad? ¿Qué es la obesidad? ¿Qué entiende cuando le dicen que el Fabián está obeso?
- R: Que le perjudica para el corazón mucha obesidad
- P: Pero por ejemplo si a usted le dicen que ese niño está obeso ¿qué ve en ese niño?
- R: A donde corre, porque corre poquito y se cansa mucho y se agita y empieza vomitar porque le falta en aire
- P: ¿Y si viera a un niño en la calle sabría identificar a uno que está obeso?
- R: Si, por su guatita, sus cachetes, sus manitos infladas como empanaditas
- P: ¿Y sabe qué es lo que produce la obesidad? ¿Cómo un niño obeso llegó a eso?
- R: No, mi hijo cuando nació era flaquito y de repente empezó a engordar
- P: ¿Pero por qué empezó a engordar?
- R: Yo creo que por las golosinas no tanto, pero por las comidas porque era muy bueno para comer cuando era chiquitito, yo le daba su papilla y él me pedía más, yo creo que ahí es donde tuve la culpa, mucha comida, porque cuando chico él no era bueno para las golosinas, él le gustaba la comida, para la leche, sus buenas papillas, yo le daba charquicán, todo, verduras, yo creo que ahí empezó a echa más cuerpecito, porque él era flaquito
- P: ¿El papá es godito?
- R: El papá es gordito, tiene si buena guatita, cuando joven era flaquito como tabla
- P: ¿Y qué dice respecto a si Fabián está gordito o no?
- R: Ahora le quita, pero a veces igual le da escondido, lo saca y le compra su pastelito o su sopaipilla, o como el hermano es flaquito, le quita la comida al hermano, tengo que estar yo pendiente para que no le quite la comida al hermano, porque el hermano es flaquito
- P: ¿Y el hermano le da comida a Fabián?
- R: Si, porque a mi hijo no le gusta ningún tipo de verdura, le pasa la zanahoria y el pimentón y como a él le gusta todo eso se lo da o si le queda comida se la pasa al hermano, se tiran la comida uno a otro

- P: ¿Y conoce alguna consecuencia, peligro o algo que pase a las personas obesas? ¿Por qué cree que la gente dice que la obesidad es mala?
- R: Es peligrosa porque el niño como es muy gordito como que traspira más, en la noche como que se puede ahogar en la noche, porque algunas veces tiene como unos suspiros así como si estuviera ahogado, y empiezo a menearlo para que se ponga en otra posición, ese es el miedo que me da, ahora cuando corre se cansa muy luego
- P: ¿Y es bueno pa jugar, le gusta salir?
- R: Si, a las 9:30 empieza el jardín, yo lo paso a buscar y el llega y le cambio ropa, le doy su leche y a las seis se queda dormido hasta e otro día, no despierta más, de cansado, pero al otro día despierta antes de las siete como a las seis y ahí no lo hago dormir más, llega súper cansado, corre hartito
- P: ¿Qué es lo que hace en el jardín?
- R: Se ponen a jugar a cantar, hacen figuras, sus vocales, letras a conocer su cuerpo y a compartir con todos los niños
- P: Antes me hablaba de que Fabián está obeso
- R: Eso es lo que yo no me explico, por qué empezó a subir
- P: ¿A qué edad fue eso más o menos?
- R: A los meses, cuando iba a cumplir un año, la tía me decía que tal vez era la leche, tampoco fue muy bueno para tomar pecho, yo le daba relleno pero él no quedaba lleno porque siempre pedía más, lloraba, yo le daba su comida y se quedaba callado, porque pedía él comida, por el llanto
- P: ¿Y qué alimentos cree usted que son los más engordadores?
- R: El pan amasado que yo hago, él le saca toda la parte de adentro y la hace una bolita y se la come y cuando hay mantequilla o manjar él con su dedito la pone ahí
- P: ¿Por qué cree que eso es lo que más en gorda?
- R: Porque es masa y los tallarines, en general las masas, todo lo que sea masa le encanta, el se come toda su comida aunque sea seca, se la come con pan, el se come su puré con pan, arroz con pan, tallarines con pan, todo con pan tiene que ser las comidas
- P: ¿Y cuánto come?
- R: El se come un pan y medio, pero el pan y medio es pura miga, el saca la pura miguita de dentro y le hace un pelotita. A él le gusta hacer pelotitas y jugar con el pan aunque no esté caliente él saca todo
- P: ¿Hace pan todos los días?
- R: Si, todos los días. Él se come todo con bebida, si no hay bebida hay juguito
- P: ¿Toma hartos vasos cuando come?
- R: Si como 5 vasos, es güeno para tomar hartito líquido
- P: ¿Y alguna otra cosa engordadora?
- R: A él le gusta el plátano con durazno y crema y galletita, con harta galleta
- P: ¿Y si no le dan comida qué hace?
- R: Hace de todo, se pone a llorar, pero ahora aunque haga show lo dejamos

- P: ¿Y alguna otra cosa que sea engordadora?
- R: El Ulpo, la harina tostada con agua hervida, pero a él le gusta con leche y bien espeso, yo le compro a un caballero en la feria y ahí le hago yo
- P: ¿Y cuanto compra?
- R: Yo compro un kilo de harina tostada a la semana, a veces él se la come pura, lo pillo yo con el tarro comiéndosela a cucharadas, tengo que tener todo arriba, él busca donde hay algo para comer, porque dice que del jardín llega con hambre, y ahí le dan una comida, una buena porción y siempre pide más, pero yo le dije a la tía que no le dieran más, pero siempre hay un niñito que no se come todo y le echan cucharas a él y le dan sus galletas y leche a él
- P: ¿Alguna otra cosa?
- R: Yo hago hartas sopitas de esas de sobre, y él le echa hartas migas de pan, él la va chupando del pan, y ensaladas también, así bien aliñadas con ajo picado, se la come con pan, le gusta mojar el pan en el jugo del tomate, pero la pura miga, que pueden ser tres panes pero la pura miga
- P: ¿Y comen harta carne?
- R: No tanta, en general le gusta el pollo
- P: ¿Usted cree que todos los días comen carne?
- R: No, no todos los días, yo compro cuarto pollos y esos los hago durar para el mes
- P: Respecto a las consecuencias de la obesidad ¿conoce alguna, algún riesgo?
- R: (Duda) para caminar, mucha grasa, problemas la corazón, mucha gordura
- P: ¿Nada más?
- R: No
- P: Respecto a los equipos de salud, cómo la han ayudado a la comprensión, prevención y tratamiento de la obesidad ¿Qué le han enseñado?
- R: Lo primero es que hay que darle su comida puntual, no darle tantas golosinas, no tanto líquido
- P: ¿Y cuáles son esas comidas que debería comer Fabián?
- R: Su desayuno, el almuerzo, su once, y su comida, leche ya no toma
- P: ¿Cómo cree usted que puede ayudar a su hijo con la obesidad?
- R: Darle sus comidas, para empezar que los yogurt sean *diet*, menos masas, darle sus comidas no con tanta grasa, menos jugo, pude ser soda, quitarle las golosinas y menos pan, ahora se come su pan no más

ANEXO 7 ENTREVISTA 2

Madre: Rocío González

Hijo(a): Paloma Montserrat

Edad: 1 año 10 meses

Grupo de estudio: No obeso de sectores medios

La entrevista se realizó en la Clínica Las Condes, lugar de trabajo de la entrevistada, en la hora de colación, el mes de Mayo del 2006.

P: ¿Cuántos hijos tienes?

R: 3 niñas, una de 15 otra de 12 y la chica

P: ¿Cuántas personas viven en la casa?

R: Vivimos con mi esposo y las niñas

P: ¿Qué hace cada uno?

R: Mi esposo trabaja de administrativo en una firma de abogados

P: ¿Cuántas comidas consumen al día en la casa?

R: Por ejemplo las niñas comen en la mañana yogurt con zucarcitas es que yo las llevé hace un año al médico y las encontró demasiado gordas, porque comían mucho pan pero ahora hicieron conciencia y ya no comen nada de pan, no pan ni azúcar, así que por eso en las mañanas se comen un yogurt con zucarcitas y la chica toma su leche entre 6 y 6:30 y ella come de todo pero no es gorda, está bien de peso está en los rangos normales de peso. Las comidas de la casa son desayuno, almuerzo, once y comida

P: ¿Hay otra comida (snack o colación) durante el día?

R: Si, si come, come fruta puede comerse un yogurt entre medio pero eso depende de si ella pide o tiene ganas

P: ¿Cuál es la comida más importante de la casa?

R: Bueno para la chica para mí es importante que ella almuerce, toma su leche en la mañana, de repente puede o no comer colación pero su almuerzo para mí es importante y después en la tarde que vuelva a comer su cena

P: ¿Quién cocina en la casa?

R: Yo cocino, o sea le dejo las comidas hechas cuando trabajamos con mi esposo, se quedan con mi mamá

P: ¿Desde cuándo cocina?

R: Desde siempre

P: ¿Quién le enseñó a cocinar?

R: Mi mamá

P: ¿Quién decide qué cocinar?

R: Yo

P: ¿Me podría dar un par de ejemplos de lo que más se cocina en la casa?

- R: No se, cazuela, charquicán, carbonada, o sea nada tan sofisticado pero... legumbres, lo que si en mi casa es el almuerzo, pero no pueden faltar las ensaladas para mí, si no hay ensalada es como si no hay almuerzo, bueno y también comemos postre pero son principalmente frutas, para mí es más importantes que coman fruta
- P: ¿Cuáles son las características que tiene que tener una preparación suya?
- R: Yo trato de ir variando las comidas para que no se aburran los niños, trato de no darle a los niños puros fideos o puros arroz, trato de que sea un poco variado las comidas, o sea si un día hago porotos otro hago cazuela o no se po o un guiso de algo
- P: Y de estas alternativas: Frío o Caliente
- R: Caliente
- P: Sólido o Líquido
- R: Más sólidas en realidad
- P: Dulce o Salado
- R: ... Yo diría que salada
- P: Animal o Vegeta
- R: Vegetal
- P: ¿Dónde compran la comida?
- R: Generalmente al supermercado y a la feria los días domingo que compro pa toda la semana, igual que al súper más o menos, bueno y los almacenes pero las cosas chicas
- P: ¿Qué es lo primero que toma en cuenta al momento de hacer una compra?
- R: A lo mejor... mm no sé, por las marca porque viene con las fechas de vencimiento, por ejemplo Soprole
- P: Y de estas alternativas: Que sea rico, saludable, nutritivo, *light* o barato
- R: Nutritivo y en el fondo... un poco *light*, por las niñas porque como te contaba las niñas estuvieron muy gordas y ahora que están haciendo una dieta más o menos equilibrada han bajado mucho de peso, y ahora no son niñas gordas, son niñas flacas
- P: ¿Qué diferencia ve usted entre lo que se comía antiguamente en su familia y lo que se come ahora en ella?
- R: Obvio, mi mamá las preparaba mucho más ricas que yo porque las mamás siempre preparan las comidas más ricas aunque las niñas mías tampoco se quejan de las comidas, aunque si yo trato de cocinar... a mí me carga el aceite así que de repente reclaman porque le hecho poco a las ensaladas pero ya se acostumbraron
- P: ¿Se comían las mismas cantidades?
- R: Igual, ni mucho ni poco
- P: ¿Compran golosinas en la casa?
- R: Antes sí, bueno ni tanto de repente comían pero ahora cero dulces y a las chica es muy raro que le compre algún dulce, cuando ve a otra niña le compro pero...yo se que no compran, como te digo ellas tienen conciencia de bajar más de peso no compran

- P: ¿Compran bebidas gaseosa o jugos en la casa?
- R: Bebidas pero *light* bueno de vez en cuando no *light* porque al papá no le gusta pero...
- P: ¿Hay alguna otra cosa que compran fuera de la casa (sopaipillas, arrollados, empanadas)?
- R: A veces pero es ocasional, no es algo regular
- P: ¿Sabe qué es la obesidad?
- R: Que es una enfermedad, como te digo yo antes, hace 6 meses atrás pesaba 86 kilos y ahora peso 71, he bajado mucho, o sea he tenido conciencia de que en realidad ser gorda te trae problemas, problemas cardíacos, o al colesterol, hipertensión hay un montón de enfermedades y por eso yo creo que mis hijas también tomaron conciencia que ser gordas no es bueno...
- P: ¿De dónde aprendiste lo que sabes sobre la obesidad?
- R: Mira cuando llevé a las niñas al médico me dijo que estaban demasiado gordas y ahí empecé a tomar conciencia, el papá no mucho pero de a poco y como yo trabajo en la cosa de la salud igual te metí un poco en el tema y cambiaron muchas cosas y ahora no se come pan, no se come azúcar, trato de comer cosas más sanas
- P: ¿Conoce alguna consecuencia producida por la obesidad que te preocupe más que otras?
- R: La diabetes
- P: ¿Sabe cuáles son los alimentos engordadores?
- R: El pan y el azúcar porque deben ser los alimentos que más engordan porque en el fondo si sacai cuantas si comí una porción de fideos no te va a engordar tanto a parte porque supuestamente cuando le echai salsa, carne eso es lo que engorda, los fideos no son los que engordan tanto, es la mezcla que hací con todas esas cosas, porque yo sé que cosas engordan más y que cosas no
- P: ¿De qué manera los equipos de salud (del programa, del consultorio o de otro centro asistencial) la han ayudado a la comprensión y al tratamiento de la obesidad?
- R: Como te digo cuando llevé a los niños al médico en el fondo ahí yo tomé más conciencia que las niñas estaban creciendo y imagínate cuando crezcan y les digan mira las niñas obesas o que están enfermas, yo como mamá me preocupo por esa parte, entonces no es como bueno, a parte creo que una de las mayores enfermedades es la obesidad en Chile sobre todo de los niños