



Universidad de Alcalá
Departamento de Didáctica

Tesis doctoral

**LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE
COMPORTAMIENTOS SALUDABLES DESDE UNA
PERSPECTIVA SOCIOEDUCATIVA.
UN ESTUDIO CENTRADO EN LA COMUNIDAD.**

M^a Carmen Vera Rosales

Directora: Leonor Margalef García

Alcalá de Henares, 2009

In ome hueyicihuah in nonemiliz, nonantzin ihuan nocihtzin.

***Cenca tlazocamachililia anmechmaca anmochicahualiztli. In notech omonec ica
ininopanoc inic in teicceloyan***

***A dos grandes mujeres en mi vida, mi madre y mi querida
abuela.***

***Gracias por darme la fuerza necesaria para adentrarme en el
lugar de la profunda iniciación***

AGRADECIMIENTOS

Mi interés por estudiar las formas en que las madres abordan las problemáticas, de salud-enfermedad-alimentación, tiene su origen en anteriores experiencias quizá la primera de ellas, tuvo su nacimiento en mi primera infancia, en donde comenzaba a intuir, inequidades que veía a mi alrededor pero que no sabía cómo llevarlas al pensamiento era solo una especie de “intuición”, pero que me llegaba a lo mas profundo de mi ser.

Lo anterior fue tomando forma a lo largo de mi vida hasta llegar a “aclararse” en el proceso de formación universitaria, en donde experiencias de investigación de campo, en la Nutrición comunitaria, donde la constante fue siempre el trabajo con madres de familia de escasos recursos económicos que día a día trataban de resolver o paliar los problemas en sus hogares, haciendo uso de los medios disponibles. En cierto sentido cada vez me resultaba más apasionante, conocer cómo aún en condiciones de vida, de extrema pobreza, afrontaban determinadas situaciones como la manutención económica del hogar, la educación, la alimentación, higiene, vestido y por supuesto, los cuidados de salud de las familias. Si la economía me parece compleja de entender, siempre me pareció que las familias pobres la desafían con su forma de vivir y solucionar sus problemas.

Decidí analizar detenidamente, los conocimientos que las madres ponen en juego cuando se enferma alguno de sus miembros, sobre todo durante alguna de las enfermedades del síndrome metabólico (SM), que en la actualidad presenta una alta prevalencia así como las estrategias para atenderlos. Cuando un hecho tan cotidiano y aparentemente simple, se desmenuza para comprender las racionalidades que explican su lógica, es cuando se toma conciencia de la complejidad que encierra. A la fascinación inicial, se suma ahora, la admiración porque he visto desde fuera, que los saberes maternos no solo son muchos sino que también, resultan eficaces y estratégicos, aunque no son en absoluto reconocidos en toda su dimensión.

Me gustaría mucho que este trabajo, contribuyera a un mejor entendimiento de dichos saberes y logre sensibilizar al lector en la valoración de las madres como agentes de salud familiar, además de mis colegas nutricionistas, en especial a los que están en formación académica, me gustaría pensar en otro tipo de público que al menos potencialmente, pudiera estar interesado en el tema, como son los profesionales de salud que trabajan la salud pública, para quienes puede resultar no solo conveniente, sino hasta necesario, tratar de comprender hasta qué punto es válido considerar la idoneidad de la madre como curadora, en términos de su experiencia y conocimiento.

La referencia que hace Clarissa Pinkola, en su libro, "Las Mujeres que Corren con los Lobos" al dirigirse a la sabiduría de las mujeres, que llama "la mujer salvaje", es muy adecuada para la presente descripción:

Para encontrarla (a la mujer salvaje) las mujeres deben regresar a sus vidas instintivas, a sus mas profundos conocimientos. Por consiguiente pongámonos en marcha ahora mismo y volvamos a recordar a nuestra alma salvaje. Dejemos que su carne vuelva a cantar en nuestros huesos. Despojémonos de todos los falsos mantos que nos han dado. Cubrámonos con el verdadero manto del poderoso instinto y la sabiduría. Penetremos en los territorios psíquicos que antaño nos perecieron. Desenrollemos las vendas, preparemos la medicina. Regresemos ahora mismo como mujeres salvajes, que aúllan, se ríen y cantan las alabanzas de aquella que tanto nos ama. Para nosotras la elección no ofrece duda. Sin nosotras la mujer salvaje se muere. Sin la mujer salvaje nos morimos nosotras. Para la vida, la verdadera vida, ambas tenemos que vivir.

Ha pasado pues, mucha agua debajo del puente y mucho tiempo desde que se gestó este trabajo. Es para mi un tanto difícil hacer un balance retrospectivo de este trabajo sin tener en cuenta, las etapas por las que ha pasado, así como las personas e instituciones que apoyaron su realización.

En primer término expreso mi reconocimiento y cariño a las familias del lugar de estudio, donde nació esta investigación y fue adquiriendo cuerpo y consistencia desde que era un proyecto, hasta llegar a este resultado así como a los alumnos de la Lic. en Nutrición de la UAM-X, que intervinieron en el "toma y da" del proceso educativo en salud y nutrición, necesario en dicho proceso, es decir "enseñar, aprendiendo". En especial a Rubí que trabajamos juntas por bastante tiempo, y tuvo la paciencia de leer y releer todo el trabajo, hasta quedar prácticamente agotadas, aportando valiosos comentarios y sugerencias que casi en toda su totalidad fueron integradas.

De manera muy especial agradezco a mi directora de tesis, Leonor Margalef, quien ha dado un punto de referencia muy importante, en este trabajo, sus enseñanzas y consejos oportunos, siempre me ayudaron enormemente y en ciertas etapas críticas, su invaluable apoyo fue clave para seguir adelante.

El trabajo, fue factible gracias al apoyo recibido por dos instituciones, la Universidad de Alcalá de Henares y la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), donde trabajo actualmente. También me parece importante señalar el apoyo otorgado por Ma. Elena Contreras, jefa del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-X.

Quiero también expresar mi cariño y agradecimiento a aquellas personas que de múltiples maneras contribuyeron con su granito de arena, en esta obra. En primer lugar a mi familia, el pilar fundamental que me apoyó en cada momento y que ha sido fuente permanente de motivación, cariño y entusiasmo, gracias a ella y junto a ella es que he conseguido la mayor parte de mis logros personales y profesionales.

A todas mis amigas que me acompañaron a lo largo de todo este trayecto y que directa e indirectamente han participado de modo invaluable, ya sea inyectándome energía o aliviando mis neurosis, expreso un profundo, sincero y global agradecimiento.

Por último mi reconocimiento especial, está dirigido a mis informantes en las “Cabañas”. Simple y sencillamente sin todas ellas, este trabajo no se habría llevado a cabo. Sobre todo a dos de ellas que además de ser unas de las principales protagonistas, por desgracia ya no están con nosotros: Gaby y Pachis. En cada oportunidad, tuve constancia de la hospitalidad y amabilidad de todas las participantes, además de acceder a colaborar en la investigación, me abrieron las puertas de sus casas y muchas veces su vida personal, confiando en la “maestra-amiga”, que las visitaba casi a diario, mientras ellas realizaban sus quehaceres domésticos, cuando iban al mercado o a la escuela de sus hijos, cuando me invitaban a comer.

Con todas mis informantes estaré siempre en deuda. Guardo una especial gratitud por toda la paciencia y generosidad mostrada, brindándome su tiempo y su amistad. Gracias, por permitirme, llorar juntas, comer juntas, “echar las tortillas” juntas y por luchar por el mundo y con el mundo juntas. Gracias por permitirme conocer una parcela de sus vidas, de sus tristezas, alegrías y también de sus sueños.

SUMMARY

This paper focuses on the process of feeding as a reality in two dimensions: perception and representation. Its purpose is to analyze the knowledge that mothers put to function when one or more members of their families suffer from diabetes, obesity and hypertension, a phenomenon known as metabolic syndrome (MS), as well as any diseases arising from them.

The community action that is carried out under this project has a double objective. First, the education of the health skills are a guide for people to critically analyze and reflect on the meaning of health, the factors that condition their loss, how to retrieve it as well as the social actors involved. Second, it strengthens the confidence of the social actors themselves, in their knowledge and ability to fully participate in community activities. Thus, this paper proposes an analysis from an integrated and interdisciplinary approach to health education

The methodology used was mixed. Quantitative and qualitative strategies were combined to archive the understanding of the phenomenon of human nutrition and disease prevention. So, it can provide better tools for intervention in public health issues and nutrition education.

The strategies and data collection techniques in this project were: an analysis of documents and surveys of basic data, semi-structured in-depth interviews, participant observation and life histories that make initially an attempt to understand the life of the town.

For the analysis and interpretation of data, the proposed methodology corresponds to a descriptive design. The central dimensions in order to address the objective were oriented through practices and social representations.

We applied a design that allowed obtaining an approximation to the sociocultural aspects of feeding in relation to morbidity sociocultural specific marginalized urban community from a local perspective incorporating some methodological procedures for action research, plus resources and technical social anthropology, such as the qualitative study of a focus Group.

The research universe included the total number of families in which besides being the mother the one who handled the food aspects, presented health problems like diabetes, obesity and hypertension. The sample consisted of a total of 11 families.

Educational processes are a key preventive intervention at the local level, therefore an educational intervention was conducted during the second phase of the investigation. It was found that diseases of the metabolic syndrome (MS) are chronic diseases that have a gradual development and control of which are essential for both strong and health guidance in an attitude of patients regarding the disease. The study brought into play the beliefs, ideas, knowledge, practices and the way they interpreted the families studied and understood the phenomenon of health-disease-food, and all actions undertaken to enhance and maintain ones health.

Throughout this work the importance of maternal knowledge and practices on the occurrence, evolution and resolution of the episodes involving the SM has highlighted. Especially the role that the woman / mother plays exercising certain functions that are strategic to the health-disease processes, both at the family and community level.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
INTRODUCCION.....	9
CAPÍTULO 1: RECONSTRUCCIÓN DE LOS PRINCIPALES EJES TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.1. La teoría como fuente mediadora del conocimiento científico del trabajo comunitario en salud.....	25
1.2. Modelos Médicos.....	35
1.2.1. <i>Una aproximación cultural de la salud: un concepto no unívoco.....</i>	35
1.2.2. <i>Hegemonía y subalternidad de los modelos.....</i>	36
1.2.3. <i>Modelos médicos y sistemas de atención a la salud.....</i>	37
1.2.4. <i>Autoatención en la forma de alimentarse ante la presencia de padecimientos.....</i>	46
1.3. La comunicación en salud.....	52
1.3.1. <i>Un enfoque social y comunitario.....</i>	54
1.3.2. <i>El papel de la comunicación en la difusión de conocimientos en salud.....</i>	59
1.3.3. <i>La comunicación participativa en salud.....</i>	62
1.3.4. <i>Educación y comunicación en salud.....</i>	64
1.3.5. <i>Desafío emergente para la salud de la comunidad: la promoción de la salud.....</i>	72

CAPÍTULO 2: APROXIMACIÓN METODOLÓGICA.....	81
2.1. Objetivos.....	81
2.2. Enfoque metodológico.....	82
2.2.1 <i>La metodología cualitativa en las ciencias de la salud.....</i>	82
2.2.2. <i>Principios metodológicos.....</i>	87
2.2.3. <i>Justificación del diseño metodológico.....</i>	90
2.3. EL proceso de la investigación.....	98
2.3.1. <i>Fases de la investigación y del trabajo de campo.....</i>	98
2.3.2. <i>La selección del estudio de casos: Criterios y justificación.....</i>	107
2.3.3. <i>Proceso de análisis de datos.....</i>	117
CAPÍTULO 3: LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES.....	121
3.1. Escenarios demográficos de la zona metropolitana del Valle de México.....	122
3.1.1. <i>Panorama demográfico.....</i>	123
3.2. Población y salud.....	130
3.2.1. <i>Crecimiento natural de la población.....</i>	130
3.2.2 <i>Condiciones de salud.....</i>	133
3.2.3 <i>Nutrición.....</i>	134
3.2.4. <i>Otros factores de riesgo.....</i>	135
3.3. Descripción del contexto del trabajo de campo: La comunidad de Las Cabañas.....	136

3.3.1 <i>Características generales de la población</i>	138
CAPÍTULO 4: BREVE PERFIL DE LA VIDA DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES..	157
4.1. Los participantes del proceso.....	157
4.1.1 <i>Las protagonistas principales</i>	158
4.1.2 <i>Las familias: su estructura socioeconómica</i>	172
CAPÍTULO 5: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y LOS SABERES, DIAGNÓSTICOS Y PRONÓSTICOS Y PRONÓSTICOS.....	179
5.1. Saneamiento: Las consecuencias desde el punto de vista de las participantes.....	179
5.2. Morbi-mortalidad.....	183
5.2.1 <i>Perfiles epidemiológicos de la mortalidad</i>	184
5.2.2 <i>Cambios en la morbi-mortalidad</i>	187
5.3. Padecimientos y procesos curativos.....	189
5.4. Recursos de atención alopáticos: Instituciones y terapeutas.....	192
5.5. La seguridad social.....	195
5.5.1 <i>Recursos de atención popular</i>	196
CAPÍTULO 6: ESTRUCTURA BÁSICA DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN ALIMENTACIÓN ENFERMEDAD.....	199
6.1. Vinculación con el tema de la alimentación.....	204
6.2. Características epidemiológicas de las familias.....	207
6.2.1 <i>Diabetes</i>	207

6.2.2. <i>Obesidad</i>	213
6.2.3. <i>Dislipidemias</i>	223
6.3. Manejo de la alimentación en el Síndrome Metabólico (SM).....	224
6.3.1. <i>Comportamiento alimentario ante el Síndrome Metabólico</i>	227
CAPÍTULO 7: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	239
7.1. Plan de acción.....	241
7.1.1. <i>Contexto de partida: Algunos condicionantes a tener en cuenta</i>	242
7.1.2. <i>Diseño del plan de acción</i>	245
7.2. Desarrollo de la acción.....	247
7.3. Observación y reflexión.....	250
7.3.1. <i>Capacitación del grupo participante a través de la IAP</i>	254
7.3.2. <i>Escenarios de la gestión pedagógica local</i>	255
7.3.3. <i>Sustentabilidad</i>	258
7.4. Reflexión e interpretación sobre los resultados.....	259
CAPÍTULO 8: CONSIDERACIONES FINALES	267
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro 1. Modelos Médicos.....	44
Cuadro 2. Criterios Menéndez-Kleiman: Sincronías y Diferencias.....	45
Cuadro 3. Padecimientos de las 11 madres de familia y sus familiares directos.....	208
Cuadro 4. Resultados del estudio cualitativo de pacientes con alguno de los padecimientos del SM.....	243
Cuadro 5. Márgenes de las metas de ingestión de nutrientes por poblaciones seleccionadas.....	244
Cuadro 6. Características de las 11 pacientes que participaron en el proceso educativo.....	257

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Flujograma secuencial del estudio.....	99
Figura 2. Mapa de la República Mexicana; delegación Coyoacán, D.F.	108
Figura 3. Mapa Comunidad Cabañas.....	109
Figura 4. Estrategia del proyecto educativo sobre las enfermedades del SM.....	246
Figura 5. Estructura de Elaboración del manual de alimentación.....	252

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1. Tasa de crecimiento media anual.....	126
Gráfica 2. Incremento poblacional por quinquenio en la ZMVM 1990-2005.....	127
Gráfica 3. Diagnóstico nutricional por IMC de los grupos de edad....	151
Gráfica 4. Comportamiento del IMC por grupo de edad y sexo, y su ubicación respecto al punto de corte para sobrepeso y obesidad sugerido por la OMS.....	152
Gráfica 5. Comportamiento de la circunferencia de cintura por grupo de edad y sexo, y su ubicación respecto al punto de corte que determina riesgo de síndrome metabólico.....	153
Gráfica 6. Análisis de correspondencia entre evaluación antropométrica por IMC y la autopercepción del fenotipo del individuo.....	154

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Tipos y grupos familiares.....	115
Tabla 2. Población total en la ZMVM 1990-2005.....	123
Tabla 3. Población total en la zona metropolitana del Valle de México.....	124
Tabla 4. Distribución de la población por grandes grupos de edad, 2005 y 2025.....	128
Tabla 5. Proyección de población de 60 años y más, por delegación y municipio al 2025.....	129
Tabla 6. Características de seguridad social, educación, trabajo y condición de inseguridad alimentaria, cabañas 2007.....	140
Tabla 7. Distribución porcentual por grupo de edad y sexo. Muestra: Las	

Cabañas.....	141
Tabla 8. Prevalencia de enfermedades asociadas con la alimentación en parientes de línea directa.....	142
Tabla 9. Disponibilidad de bienes, servicios y características de la vivienda.....	143
Tabla 10. Porcentaje de aportación del ingreso por los miembros de la familia.....	144
Tabla 11. Prevalencia de enfermedades asociadas con la alimentación.....	145
Tabla 12. Consumo per cápita de energía y nutrimentos mediante análisis de recordatorio de 24 horas.....	148
Tabla 13. Alimentos reportados en recordatorios de 24 horas y valor calórico total de la dieta, analizados por nutrimento principal.....	149
Tabla 14. Condición de inseguridad alimentaria en los hogares.....	150
Tabla 15. Promedios de cambios generales, en la población estudiada al inicio y al final del proceso educativo.....	258

ANEXOS

	Página
Anexo 1.....	303
Anexo 2.....	309
Anexo 3.....	337
Anexo 4.....	341
Anexo 5.....	343
Anexo 6.....	345



INTRODUCCIÓN

“Conocer es leer y releer al mundo”, palabras de Freire (FREIRE.1997:26) que podríamos interpretar como una transformación, es decir, conocer no solo es construir categorías de conocimiento que nos permitan desvelar algo oculto o levantar torres de categorías quizá muertas, o conceptos para comunicar en grandes eventos, no, conocer es construir categorías de pensamiento que hagan posible la lectura del mundo, su interpretación, su transformación. No son categorías a priori del sujeto, sino que son parte de su cuerpo mismo, de su historia, de su vida, de su mundo; ellas son el mundo y hacen el mundo.

Quizá para innovar, sea necesario conocer, pero no conocer en el sentido aséptico, sino intencional y ligado de manera densa a un proyecto.

Los seres humanos tenemos intereses, curiosidades y esperanzas, la educación y la salud debían al menos tener vivos estos atributos. Es necesario en nosotros los educadores en salud, rastrear, investigar, conocer, de qué hablamos cuando hablamos del proceso de enseñanza- aprendizaje. Si seguimos a Freire (1969) podemos encontrar una propuesta para la libertad, esa categoría central de su concepción educativa, cuyo propósito es la transformación radical de la realidad para mejorarla, para tornarla más humana, para permitir que los hombres y las mujeres sean reconocidos como artesanos de su propia historia y no objetos a ser estudiados en una historia que no les pertenece; y para la forma de alimentarnos y de tener salud. Roosevelt decía: *un hombre en la miseria, no es un hombre libre*. Desgraciadamente muchos de los problemas de salud se relacionan con características de la pobreza, y por ende de la alimentación. La nutrición es el factor determinante del estado de salud de la población, interviene en las esferas biológica, psicológica y social; lo social relacionado con lo económico, puesto que la población bien alimentada tiene capacidad de incrementar las actividades productivas y desarrollo de las naciones. Todos los seres

humanos tienen derecho a la alimentación (estipulado explícitamente, en el Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales).

Los procesos de salud-enfermedad, teniendo como eje la alimentación, están enraizados desde el sustrato de la realidad sociocultural, que implica una danza constante entre la salud, la enfermedad y la nutrición, enmarcadas por lo ideal y lo real, un *continuum* de imágenes creadas y significadas. Entre esas imágenes, (sin ánimo de establecer jerarquías hirientes entre las mismas) una se constituye como referente básico: la imagen que se tiene de la alimentación y la nutrición, nos preocupa y nos plantea múltiples interrogantes que van mucho más allá de la localización física o biológica de la misma. Del mismo modo que Mari Francois (1993) muestra en sus trabajos como lo sagrado no es un momento de la historia del conocimiento sino un elemento estructural de la propia conciencia. Paralelamente, la salud, la enfermedad y la alimentación también son elementos estructurales de la propia conciencia sin olvidar que el hombre en su vida lleva impresa la cultura en cuyo seno se desarrolla.

Quisiera ir más allá al considerar el proceso de la alimentación no meramente como un fenómeno físico al que deben atribuirse causas materiales, sino una realidad en la que tras tomar conciencia de ella, aprehendiéndola en una doble dimensión de percepción y representación, el ser humano se descubre dentro de la salud y/o la enfermedad.

Del mismo modo que no debemos perder el hilo conductor de este trabajo, tampoco podemos obviar la multiplicidad de escenarios en que éste se desarrolla: la comunidad. El sentido de este espacio (la comunidad) nace de las necesidades de interacción que tienen los hombres, lo que nos aleja de todo posicionamiento teórico afín a una definición estática o descriptiva de la misma.

Cuando hacemos referencia a la comunidad, estamos incidiendo en una concepción que trasciende en mero escenario físico para pasar a englobar y a erigir en protagonista a ésta comunidad viva que posee tal movilidad y huye de toda permanencia. Una comunidad cuya principal característica es estar conectada a través de redes de comunicación masiva por las que circulan a gran velocidad experiencias

macrourbanas e individuales, en este caso englobadas en los aspectos de salud-enfermedad-alimentación.

En todos los tiempos y en todas las culturas, la organización de los grupos humanos ha sido un complicado proceso no exento de conflicto, pero lo que verdaderamente nos interesa en este trabajo, es ver cómo el enfermar y sanar (cuando es el caso) junto con la forma de alimentarse viene marcado por el pluralismo de la época. En cada momento histórico y atendiendo a la diversidad cultural nos sumergimos en ese pluralismo cultural de los diferentes estilos patológicos.

Soy consciente en este trabajo de la complejidad del análisis de la realidad en relación con los determinantes de la salud y la búsqueda de los referentes que en ella existen, cuando esta cuestión se pone encima de la mesa, supone enfrentar un desafío en la salud comunitaria.

Decía el *Principito* con su habitual sabiduría que *“lo esencial es invisible a los ojos”*, pues bien, después de estar décadas mirando la salud y la nutrición con ojos biológicos principalmente, lo que en sí mismo no es inadecuado, porque es necesario, hace falta más de lo esencial, de lo “invisible” de la salud en cuanto a la forma de alimentarse. En general, quizá lo “invisible” está en buena medida relacionado con los aspectos sociales y cuando digo lo social, me refiero a lo histórico, a lo ideológico, a lo político, a lo económico y a lo cultural; no es sólo un eslabón más de “la cadena epidemiológica”, es la matriz del proceso salud-enfermedad-alimentación. Por eso mismo reafirmo que el ser enfermo no es una condición individual, sino una “construcción social”. Para precisar, en nuestras sociedades complejas se trata de una construcción contextualizada y signada por las contradicciones estructurales del sistema social y sus rasgos y tendencias contemporáneas.

Por ello, en el apartado de las representaciones sociales y los programas educativos se intenta dar argumentos para evidenciar cómo los fenómenos mencionados no comparten exclusivamente un espacio comunitario o quizá nacional, sino que además son testigos y protagonistas de las transformaciones que ocurren.

El ámbito comunitario ya de por sí es un espacio de la vida social privilegiado para observar los procesos de salud enfermedad, así como los significados y eventos alimentarios de la vida cotidiana, ya que hay continuos procesos sociales que implican diferentes formas de alimentarse. Además, encontramos desafortunadamente una continua convivencia con la enfermedad, que algunas veces aparece de manera breve y pasajera, mientras que otras llega para formar parte de la vida. Es aquí donde generalmente se inicia la búsqueda de caminos que pretenden resolver la situación y donde las decisiones y acciones cotidianas adquieren una importancia que muchas veces es decisiva para los resultados obtenidos y para la solución oportuna y adecuada a los problemas de salud. Cuando se trata de una localidad “cerrada”, encapsulada por el medio urbano, es decir, un conjunto de personas que comparten el mismo espacio físico y en condiciones similares en algunos aspectos de infraestructura y costumbres. La comunidad sufre una especie de “contracción” como una reacción para defenderse de situaciones que en algún momento benefician de manera determinante a la propia comunidad.

Dado lo anterior, es posible realizar observaciones particulares. Las decisiones y acciones llevadas a cabo en este caso por los individuos respecto a la salud, la enfermedad y la alimentación, involucran toda una serie de saberes que los conjuntos sociales objetivan dinámicamente confiriendo una serie de significados y sentidos que orientan sus sistemas de atención a la salud. Las maneras en que se conciben, se experimentan y se enfrentan los procesos de salud-enfermedad-alimentación producen y son producto de una determinada construcción sociocultural de los padecimientos. Dan cuenta de una estructura de respuesta social entre los mismos y expresan un “esquema” de representaciones que poseen los conjuntos sociales con sus significados, sentidos y racionalidades propias. Dichos saberes que se producen y reproducen en contextos socioculturales históricamente determinados son transformados socialmente en episodios concretos de padecimientos y son vivencias subjetivas (HERZLICH C.; PIERRET J. 1988).

Mi interés por estudiar las formas en que las madres entienden y atienden los procesos alimentarios, unidos a los procesos de salud y enfermedad, tiene su origen en

acontecimientos de mi propia vida que han sido factores determinantes para acercarme al tema. A ello se suma mi interés por conocer más a fondo los aspectos estudiados en anteriores experiencias de investigación en el campo de la educación para la salud en Nutrición. La constante fue siempre el trabajo con las madres de familia de escasos recursos que día a día trataban de resolver o paliar los problemas en sus hogares, haciendo uso de los medios con los que ellas contaban. En cierto sentido cada vez me resultaba fascinante conocer cómo (aún en sus situaciones desventajosas) asumían determinadas situaciones como la alimentación, la higiene y los cuidados de la salud de las familias. Una de las cosas quizá que más me impactan, son los alarmantes índices de enfermedades como diabetes, obesidad e hipertensión arterial (que integran al llamado Síndrome Metabólico (SM)) en las familias de muy pocos recursos económicos, pero además, ha sido algo que se ha presentado de manera acelerada en estas dos últimas décadas, unido de manera relevante a la desnutrición sobre todo infantil.

Decidí analizar detenidamente los conocimientos que las madres ponen a funcionar cuando uno o más miembros de la familia se enferman de diabetes, obesidad e hipertensión, así como otras enfermedades derivadas de estas.

Cuando este tipo de hechos se desmenuza para comprender las racionalidades que explican su lógica, es cuando verdaderamente se toma conciencia de la complejidad que encierra. A la fascinación anterior se suma el asombro, porque vistos desde dentro, los saberes de las mujeres principalmente no solo son muchos, sino también eficaces y estratégicos, aunque sean muy poco reconocidos. El estudio de las enfermedades crónicas, como es el estudio que se desarrolla en este trabajo (SM), y de otras manifestaciones en los procesos de salud-enfermedad y alimentación, a través del enfoque de los sujetos de la propia localidad, constituye una opción importante en el campo de las ciencias de la salud. Este enfoque nos permite acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes a los de los profesionales; mundos que resulta necesario conocer si se pretende proporcionar atención integral a los problemas de salud de la población. Así la principal aportación de esta aproximación cualitativa, es reconocer que la alteridad, es decir *los otros*, se encuentran cerca; trabajamos con y para ellos, por lo que se hace indispensable conocer su voz.

Dentro de esta perspectiva, el presente trabajo aborda la problemática de la construcción sociocultural de los padecimientos¹ y la forma de alimentarse durante ellos, analizando la manera en que la relación enfermedad-alimentación son interpretados, elaborados y clasificados por las personas de la comunidad, generándose estrategias de respuesta social que incluyen prácticas alimentarias de curación, prevención y cuidado.

Se intenta demostrar que los saberes alimentarios y de salud de la comunidad tienen racionalidades particulares que expresan una determinada construcción sociocultural, la cual puede ser estructurada e interpretada en términos de *sistemas de conocimiento y acción*. Estas racionalidades pueden ser complementarias, conflictivas o incluso contradictorias, pero coexisten y tienen una coherencia interna, son operativas, pragmáticas y funcionales; reflejan una síntesis de saberes que corresponden a diferentes *modelos alimentarios*, que determinan al mismo tiempo un panorama de salud relativamente diferenciado entre sí, que tienen que ver con su origen étnico combinado con aspectos de alimentación urbana. Dichos saberes con sus implicaciones se expresan, producen y transforman en cada experiencia de morbilidad y mortalidad y adquieren una particularidad *sincrética*, en la *estructura alimentaria* familiar.

Además, esta investigación avanza hacia la puesta en marcha de una intervención de prevención y promoción de la salud que aporte beneficios a la comunidad. La investigación se desarrolló en una pequeña comunidad, llamada “Las Cabañas” ubicada en la Delegación Coyoacán en la ciudad de México. Particularmente se trabajó con un grupo de familias, centrando el análisis en los procesos alimentación/salud/enfermedad que desde la perspectiva familiar afecta de manera específica a cada integrante.

¹ La propuesta de un enfoque sociocultural para la epidemiología (planteada en México por Menéndez a partir de los estudios realizados sobre epidemiología sociocultural en Canadá por el grupo GIRAME – Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie-), subraya la necesidad de conformar una epidemiología sintética que nutra el perfil construido científica e intencionalmente por la investigación en salud pública actual, con otros perfiles epidemiológicos provenientes del saber y de la práctica de los métodos clínicos aplicativos de los terapeutas no hegemónicos y de los conjuntos sociales mismos.

La decisión del enfoque familiar del presente estudio parte de reconocer que la estructura familiar y su comportamiento alimentario desempeña un papel estratégico en la salud principalmente de los grupos vulnerables². En este sentido, uno de los objetivos es profundizar en la importancia que adquiere este rol (el aspecto alimentario desde el punto de vista de la estructura de los recursos de atención a la salud. Así como en la toma de decisiones en el proceso de búsqueda de atención a la salud. Por otro lado, consideramos que el grupo familiar y sus redes sociales constituyen una unidad analítica privilegiada para captar la interrelación de los modelos médicos, tanto en sus representaciones como en sus prácticas sociales que impactan a su salud. Se analiza el sistema de saberes que desarrolla un grupo de familias respecto a su actuación alimentaria y su relación con la presencia de enfermedades concretas como gastrointestinales, obesidad, hipertensión y diabetes principalmente, así como el impacto de una intervención educativa en salud a favor de la propia comunidad.

Se profundiza en el proceso a través del cual la familia elabora una determinada construcción social que se expresa en la conducta frente al padecer: cómo percibe y reconoce los malestares, detecta síntomas y signos, establece diagnósticos hipotéticos, asocia causalidades, toma decisiones y procede en concordancia brindando atención y/o cuidados, o bien los busca en otras instancias curativas.

Esta construcción social y esta conducta, tanto en el proceso alimentario como al propio padecer pueden ser estructurados a partir de reconstruir la trayectoria alimentaria y de atención al padecimiento (si es que así se considera), seguida de la observación de cada episodio, analizando las prácticas realizadas (qué, cómo, cuándo y por qué se hace) así como la serie de estructuras, recursos de atención y terapeutas que participan y no son utilizados durante dichos eventos (quién atiende, porqué se elige, qué tratamientos se utiliza, y el papel que juega la alimentación).

² La necesidad de vigilar la modalidad y el volumen del acceso de los hogares a los alimentos proviene del reconocimiento de que la insuficiencia alimentaria a nivel de las naciones, regiones o comunidades no implica la adecuada distribución entre hogares, y menos aún entre sus integrantes (FAO, 1991). A nivel internacional, se han elaborados métodos idóneos para efectuar la medición y vigilancia de la seguridad alimentaria en hogares (SAH), dado el aumento de los niveles de pobreza asociados a la aplicación de los programas de ajuste macroeconómico.

El planteamiento inicial reconoce la existencia de ciertas racionalidades en los sistemas de saberes populares respecto a la alimentación y la salud para cuya comprensión es necesario integrar los aspectos simbólicos y estructurales expresados. De allí que como se justificará más adelante se plantea un marco metodológico de carácter cualitativo, naturalista, interpretativo. Es decir, tanto los sentidos y significados, como las condiciones económicas y sociales a partir de las cuales los conjuntos sociales llevan a cabo su alimentación, se recuperan o mueren.

Tanto la estructura de significados como la estructura social expresan y condicionan simultáneamente una determinada construcción social del padecer. (MENENDEZ 1997).

Uno de los intereses en esta investigación es sistematizar las racionalidades ideológico-culturales, reales, sociales y económicas, respecto a la alimentación y la salud bajo la intervención educativa en salud. La forma en que las familias comprenden y atienden su alimentación, es decir, las formas en que los conjuntos sociales construyen socialmente los procesos alimentación-salud-enfermedad, a través de un sistema de representaciones sociales. De esta manera, el sistema de representaciones se halla en una estrecha y permanente retroalimentación con el sistema de prácticas, en tanto las moldean y orientan simultáneamente; pueden ser producidas o transformadas a partir de la experiencia y el aprendizaje.

Vale la pena aclarar, que cuando nos referimos a atender la conducta alimentaria respecto a la salud pensamos en términos de prácticas sociales, en las cuales está inserto el aspecto preventivo, a través de acciones educativas en salud.

Para fines de este estudio, pensamos en el sistema concreto de prácticas alimentarias y su relación con la salud y la enfermedad, que incluye prácticas, curativas preventivas cuidadoras, que desarrollan frente a un padecimiento o un malestar específico y se orientan a resolver, disminuir, prevenir o controlar los daños a la salud en el sujeto o en la comunidad y donde por supuesto la alimentación juega un papel determinante.

Estas prácticas de atención se desarrollan frente a la base de una estructura de recursos disponibles a nivel intra y extradoméstico, donde además del propio individuo, participan diversos actores sociales.

Por supuesto que es imposible omitir el tema de la educación, cuyo papel en este trabajo es determinante, por ser un proceso social por naturaleza. Un evento que al estar implicado en una red de influencias mutuas es indudablemente, el suceso más humano y humanizador de todas las finalidades sociales. Si a todo esto, le agregamos un aspecto vital como el de la salud y, específicamente la promoción de la salud, la representación de la acción educativa así como las condiciones necesarias en el aprendizaje, se transforman.

La experiencia en actividades educativas en salud demuestra que cuando éstas se llevan a cabo generan nuevas percepciones y oportunidades en los múltiples ámbitos de las relaciones sociales, y con ello en la dinámica de la vida diaria, planteando un reto constante de redefinición de las iniciativas educativas en todos los niveles. Por lo tanto, la promoción en salud como un componente del modelo pedagógico exige a la teoría educativa umbrales particulares de análisis y comprensión de la eficacia de estos instrumentos en el aprendizaje.

Determinar este alcance educativo es imponderable en la actualidad, añadiendo una dimensión pedagógica, apropiada y necesaria a la vez. Esta dimensión propone estrategias metodológicas vinculadas con el proceso educativo en el campo de la salud que permite estructurar a quienes participan en ella, y a la población a la que va dirigida, valores, conocimientos, actitudes y acciones que tienen como fin primordial preservar la salud integral del individuo y de la sociedad. Por ello, un propósito general de este proyecto es contribuir a realizar diagnósticos oportunos y correctos para estimar y promover el autocuidado y la prevención de los problemas de salud a través de un programa de intervención socioeducativo.

A partir de la educación social se fundamentarán “pedagogías no formales” y se analizarán las contribuciones de la educación a este objeto de estudio. La pedagogía social es una ciencia, ciertamente amplia y compleja, que abarca el conjunto de

saberes que aguardan las expresiones educativas y que trascienden a los ámbitos escolares. Es el marco epistemológico que permitirá integrar principios, teorías y enfoques de un modo más integrado e interdisciplinario.

Se puede advertir que los elementos que participan en los procesos educativos deben estimarse como auténticas estructuras de acción, como modelos que implican la reconfiguración de los marcos de pensamiento de los sujetos.

Por otro lado, la pedagogía social, enfocada a acciones educativas en salud, regula y transforma la relación educativa de un modo definido, otorgando a los sujetos formas de actuación externa para el aprendizaje, pero a su vez, a partir de esta misma estructura promueve en los sujetos una modificación interna de sus estrategias de pensamiento y aprendizaje. Esta doble orientación atribuible a la pedagogía social como proceso de mediación, representa otro aspecto de reflexión que nos servirá como marco de actuación en el que sustentan algunas líneas directrices.

Entre uno de los antecedentes importantes del presente proyecto está el acercamiento a la comunidad, desde y en la comunidad, en la cual se han llevado a cabo pequeños programas preventivos y la promoción de comportamientos saludables; siendo los grupos vulnerables a los que se les ha dedicado más atención: los niños menores de cinco años, mujeres en edad reproductiva y ancianos.

Estas actividades surgen en primer lugar, de la observación constatada, de la situación de la población que se caracterizaba por un número importante de niños en deficientes condiciones de salud, higiene y en general, en un contexto poco favorable para su desarrollo³. Cabe señalar, que a pesar de que las dificultades que se presentan para llevar a cabo las acciones de educación y salud, se trabajó en la concreción de las orientaciones programáticas generales en acciones de cambio sistemáticas y coherentes que conlleven a involucrar poco a poco a los actores sociales de la comunidad y que éstos, a su vez, propicien el aprovechamiento de las ventajas y

³ Las actividades, siempre han contado con la participación activa de los alumnos de la Lic. en Nutrición de la UAM-X, la coordinación de la docente del módulo “nutrición y atención primaria”.

potencialidades innovadoras propias en aras de la cooperación para la integración social.

Cabe mencionar que las actividades comunitarias se iniciaron en septiembre del 2000. Desde entonces se han propuesto cambios sustanciales, quizá en grupos muy pequeños (como por ejemplo grupos de 30 niños, 7 mujeres en edad reproductiva y 8 ancianos), a partir de concepciones y metodologías que inciden directamente desde el concepto grupal inmediato hasta las aulas de universitarios⁴ que se involucran directamente en las acciones preventivas. En muchas ocasiones, gracias a buena parte de ellos se han logrado desarrollar las actividades con éxito. Se ha mantenido siempre una atención especial en las aportaciones reflexivas creativas de todos los participantes, a través del desarrollo de competencias para la investigación a la que se pone énfasis desde la cuidadosa selección de temas a abordar por parte de los participantes y a las necesidades prioritarias de la comunidad.

Lo anterior se enmarca en el trabajo grupal, la acción concertada y la solidaridad grupal, la elaboración de decisiones complejas y argumentadas, la búsqueda y solución de problemas de salud, higiene y cuestiones que para la comunidad signifiquen un conflicto que repercuta en ella misma, y que por supuesto, sea adecuada y respetuosa con la participación de los promotores de salud, subrayando siempre que las acciones se dirijan hacia el progreso en la salud y por ende en lo personal.

Por otro lado, la relación existente entre la educación para la salud y la población independientemente de su edad puede ser analizada desde diferentes perspectivas, con la multidimensionalidad que exige este problema y que va desde la relación demostrada entre el nivel o grado de escolaridad o educación de la población y su estado de salud hasta escolaridad/calidad de vida, educación/estilo de vida, etc.

Estudios recientes, como el de WERNER D. (2000), señalan que los niveles de salud están más determinados por factores sociales, políticos y económicos que por los avances médicos o medidas tecnológicas, destacando en todos sus análisis el papel

⁴Las actividades siempre contaron con la participación activa de alumnos de la Lic. En Nutrición, de la UAM-X y la coordinadora del curso 10º, Nutrición y Atención primaria.

educativo como determinante socioeconómico relacionado directamente con las conductas saludables. Werner, pone énfasis en el papel de la educación y la aparición de problemas de alta morbilidad así como su fuerte vinculación con la pobreza, que incluye la carencia de servicios, drenaje, agua potable, luz, acceso a servicios preventivos y asistenciales.

Por lo tanto, la actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud, puede tener un alto potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud, como se ha demostrado en diversas experiencias, tanto del mismo Werner, como de otros autores (ARIAS, M.; SÁNCHEZ, M. 2004; REGIDOR, E.; GUTIERREZ, JL 1996, etc.).

Partiendo de los determinantes de los niveles de salud mencionados, podemos entonces dividirlos en las siguientes categorías: comportamiento y estilo de vida personal; influencias dentro de las comunidades que puedan reforzar la salud o dañarla; las condiciones de vida y de trabajo y el acceso a los servicios sanitarios, entre otras.

La acción comunitaria que se lleva a cabo en este estudio tiene un doble objetivo. En primer lugar, la educación sobre habilidades y destrezas para la salud representan una guía para que las personas analicen críticamente y reflexionen sobre lo que significa la salud, los factores que la condicionan o aquellos que favorecen su pérdida, la forma de recuperarla, así como los actores sociales que intervienen. En segundo lugar, se fortalece la confianza en los propios actores sociales, en su conocimiento y capacidad para participar plenamente en las actividades de la comunidad. De este modo, se propone un análisis desde un enfoque integrador e interdisciplinario de la educación para la salud.

Es interesante resaltar cómo al mismo tiempo nos estamos dirigiendo hacia la salud pública en su dimensión educativa, orientándonos a las clases desfavorecidas, en las que posiblemente contribuyamos a abonar el terreno dentro de la cultura sanitaria hacia un excelente campo de desarrollo.

Estructura de la Tesis

Una vez hechas estas acotaciones, a continuación se presenta la estructura general del texto.

En el **Capítulo 1: Reconstrucción de los principales ejes teóricos** se abordan y discuten las corrientes y enfoques teóricos de los principales ejes de esta investigación, es decir, la problemática de la construcción sociocultural de los padecimientos (representaciones sociales), la interrelación de los modelos médicos y la conducta alimentaria, instrumentada por el conjunto social, que integra los aspectos de la comunicación y educación en salud.

En primer lugar, se plantea la vitalidad de la teoría como una de *las fuentes mediadoras del conocimiento científico*, tratando de reconocer la multifactoriedad de la temática, y algunos antecedentes científicos que la sustentan, planteándose la problemática de la construcción sociocultural de los padecimientos, para continuar con la interrelación de los *modelos de atención médicos* y la conducta de búsqueda de atención instrumentada por los conjuntos sociales.

Unido a lo anterior, se aborda la temática de *comunicación en salud*, que sustenta los conocimientos, creencias, valores representados por símbolos, que son descifrables con sentido pleno para quienes los han creado y los utilizan en su cotidianidad. Se enmarca la comunicación como un proceso social de interacción y difusión, como un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, la influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública. Es por ello que en tercer lugar se aborda el otro eje relacionado con la *promoción de la salud*.

Bajo el epígrafe *Desafío Emergente para la Salud de la Comunidad: Promoción de la Salud*, se analiza esta dimensión como campo conceptual, metodológico e instrumental que tiene entre sus pilares y estrategias elementos favorecedores de la mejora de la calidad de vida a través de las determinantes de la salud.

El **Capítulo 2: Aproximación Metodológica** hace referencia al diseño de la investigación en el marco de la metodología cualitativa. Se incluye el planteamiento y la aplicación del diseño operativo que permitió obtener una aproximación a los aspectos socioculturales de la comunidad estudiada, se explican procedimientos de investigación-acción además de los recursos y técnicas utilizadas por la antropología social.

En el **Capítulo 3: Las condiciones materiales de vida y su incidencia en las representaciones y prácticas sociales** se abordan dichas condiciones, trabajando y analizando el contexto demográfico y socioeconómico nacional, estatal y local. Así mismo se presentan los perfiles socioeconómicos de los grupos domésticos, con el objetivo fundamental de conocer las condiciones estructurales en que se verifica la producción de la enfermedad y la utilización diferencial de los recursos alimentarios. De este modo permite al lector ir familiarizándose con nuestras principales informantes al profundizar en los factores que condicionan su estado de salud y alimentación.

El Capítulo 4: Breve Perfil de la Vida de las Familias Participantes, presenta a las protagonistas del estudio y avanza en el panorama global de los saberes que las familias manejan con vistas al análisis y sistematización de sus racionalidades sobre los procesos de salud- enfermedad-alimentación. Se describe la utilización de criterios tipológicos de los hogares participantes.

En los siguientes tres capítulos espero conseguir que el lector se deje llevar por un recorrido a través del proceso alimentario, frente a las enfermedades y su atención, con los saberes, sentidos y significados que se ponen en juego en cada evento. Deseo guiar al lector en un trayecto que da cuenta de la conducta de las familias frente a los principales padecimientos del Síndrome Metabólico(SM), principalmente –Diabetes, Obesidad e Hipertensión- así como algunas enfermedades derivadas de las mencionadas. En todo el estudio, las mujeres de las familias fueron el principal enlace puesto que su papel en la administración del hogar es determinante.

Cabe hacer notar que el recorrido del trabajo puede hacerse un tanto denso pero siempre guiado por el afán de lograr una reconstrucción detallada lo más “fiel” posible

de los procesos que pretendo describir y explicar a través del análisis y la interpretación de los datos.

En el **Capítulo 5**, se profundiza en la problemática de saneamiento de la localidad y cuáles podrían ser algunas alternativas de solución que condicionan la intervención educativa. Para analizar posteriormente cómo se asocian con las causas de morbilidad y mortalidad, tanto de la localidad como del contexto delegacional y nacional que los rodea. Se presenta como tales padecimientos interactúan con determinados mecanismos de causalidad y prevención, sistematizando los principales condicionantes que inciden en la producción de los procesos de alimentación-salud-enfermedad. Posteriormente destacaré la estructura de servicios de salud que operan en la zona, considerando los recursos profesionales de atención a la enfermedad, alopáticos y tradicionales y el papel que desempeña la alimentación en estos procesos. Más adelante se enfatiza en los saberes terapéuticos que manejan las familias, en particular las madres, detallando la manera en que este conjunto de saberes se instrumenta en cada episodio en concreto, y cómo es que se generan las prácticas de búsqueda de atención a la enfermedad, así como el papel de la alimentación en estas vivencias, objetivo del **Capítulo 6**.

En el **Capítulo 7** se presenta la intervención educativa que responde en cierta medida a las necesidades de conocimiento respecto a las enfermedades mencionadas en los capítulos anteriores, y para cuyo control son esenciales una firme orientación sanitaria así como la actitud de los pacientes ante la enfermedad.

Para concluir con una óptica integral se sistematiza la estructura global de la acción educativa, enfocada a la acción pedagógica sobre la base de las necesidades de los pacientes. Dichas necesidades se definieron y promovieron entonces a través de diferentes estrategias, estilos de vida saludables con alternativas viables, que permitieran a las familias y al paciente tomar decisiones acertadas, considerando la disponibilidad local de alimentos y su aceptación. Se analiza con detalle las características de los pacientes con SM que participaron en el proceso educativo.

El hilo conductor de estos tres capítulos, es conocer cómo se desarrollan los procesos de salud-enfermedad y alimentación mencionados, reconstruyendo la dinámica de la carrera curativa.

Es importante aclarar que este ordenamiento es solo una herramienta de tipo heurístico para facilitar la exposición y en términos de temporalidad, es decir, no implica una secuencia lineal del abordaje.

Espero que con esta minuciosa reconstrucción del trayecto salud-enfermedad-alimentación, se pueda dar cuenta de la manera en que las familias, entienden y atienden la conducta alimentaria respecto a la salud, desde la prevención de riesgos y la promoción de comportamientos saludables que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los sujetos que integran la comunidad. Y por último, en el **Capítulo 8** se responde a las interrogantes teóricas y empíricas planteadas en un principio. Básicamente logramos indagar las cuestiones relacionadas con los saberes, diagnóstico, etiologías, terapéuticas y aspectos preventivos que tienen las familias estudiadas y su relación con su alimentación, es decir, los procesos relacionados con la salud-enfermedad-alimentación de manera global.



CAPÍTULO 1: RECONSTRUCCIÓN DE LOS PRINCIPALES EJES TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 La teoría como fuente mediadora del conocimiento científico del trabajo comunitario en salud.

La búsqueda de evidencias en la realidad desde el siglo XVIII, en que se dieran las primeras propuestas de investigación científica de la realidad social, han privilegiado la observación empírica como medio esencial del conocimiento fáctico. Si bien históricamente estaríamos empujados a emprender desde el uso de los sentidos, nadie puede afirmar hoy que la generación de un tipo de saber como el científico, opere únicamente desde la observación sensorial directa de la realidad. A esta figura Alan Chalmers la califica como la actitud del “inducccionista genio”. El peligro de este proceder “cientificista”, según Chalmers, radica en que el sujeto sostiene que la fuente de verdad no sería la lógica sino la sola experiencia (CHALMERS, 1989; 12-20).

Si partimos de que alcanzar un conocimiento es producto de la investigación, es correcto decir que para ello nos valemos de mecanismos que median nuestro contacto con la realidad: el primero de ellos, la investigación como tal, (modo de llegar al conocimiento); el segundo, los recursos instrumentales que conocemos comúnmente como los métodos y las técnicas de investigación. Tanto sobre las evidencias como sobre los instrumentos es el investigador quien deposita una particular confianza al respecto, de tal forma que el conocimiento logrado tenga alguna forma de validez. Lo anterior nos lleva a considerar que junto a las huellas y a los instrumentos, además del reconocimiento de la participación misma del sujeto generador del conocimiento, el cual ejerce no solo la posibilidad de construcción de la realidad, el uso y destreza de aprovechamiento de los instrumentos, sino sobre todo el destino mismo del saber

logrado. Esta dimensión de directa responsabilidad del sujeto investigado, correspondería según palabras de Bachelard (1997), al ejercicio de una “vigilancia epistemológica”. Este autor refuerza la importancia del sujeto generador de conocimiento, nos dice que sin la intención de conocer y más aún si no se tiene la capacidad de interpretar la realidad dentro de alguna base teórica resulta imposible entrar al campo del entendimiento, así sea transitorio, de los fenómenos (BACHELARD, 1997). Si se ejemplifica este proceso, podemos decir que si usamos un baumanómetro, que nos reporta la tensión arterial, sin saber la importancia que tiene esta última en el cuerpo humano, el paciente podría incluso estar en virtual peligro si esa evidencia no cobrara sentido en una teoría médica, que nos ayude a concluir si el individuo está o no en riesgo de perder la vida.

La vitalidad de la teoría como una de las fuentes mediadoras del conocimiento científico es indiscutible, incluso a veces ha sido mitificada cuando este tipo de cuerpos de hipótesis, conceptos y definiciones interconectadas llegan a tomar posturas dogmáticas que repercuten en lecturas ahistóricas de los hechos sociales.

Para evitar el dogmatismo, y como nos recuerda Karl Popper (1990), una teoría debe ser vista siempre bajo el carácter intrínsecamente transitorio. Esto es así porque toda teoría como las hipótesis que sostiene, no son verdades absolutas ni menos perennes, más bien son útiles porque abren la posibilidad a la refutación y a las formulaciones de nuevas explicaciones de acuerdo a los momentos históricos en que se produce el conocimiento.

Una de las dimensiones del desarrollo social a la que se ha dedicado más esfuerzos en los últimos tiempos, a través de la experimentación y ejecución de proyectos de investigación y transformación, tanto a nivel local como internacional, es la relacionada con el desarrollo integral de comunidades y localidades, lo que por supuesto involucra la participación de la población residente (DIBARBOURE H., 1991).

Ya sea porque la localidad constituya una célula social importante, sus problemas sean más fácilmente determinados y sean más factibles de promover las iniciativas de solución participativa orientada a metas abarcables de desarrollo, o porque se trate de un campo de acción favorable en la aplicación de diseños transformativos a través de proyectos investigativos y su seguimiento, lo cierto es que estas acciones transformativas proyectan una filosofía de la participación popular y de autogestión social como líneas perspectivas de la construcción social articulables con la dirección central de los procesos que parte de las instituciones nacionales.

El papel influyente de los actores sociales para elevar el nivel de participación y aportación de la población en la realización de tareas comunitarias de contenido cultural y social que eleven su protagonismo y promuevan su autogestión social en la solución de problemas y cambio de su entorno, es un tema de actualidad para el enfrentamiento de complejos problemas sociales, al cual diferentes disciplinas han dedicado y dedican gran esfuerzo investigativo en todas partes del mundo. De allí que en nuestro marco metodológico como se verá en el capítulo siguiente, fundamentemos la necesidad de un enfoque basado en la investigación participativa.⁵

De modo complementario se ha ido gestando una concepción desde las reformas educativas nacionales, en muchos países en que el sistema educativo, pasa a desempeñar un papel más constructivo y activo, tanto en lo que respecta al tipo de formulación como a sus articulaciones con la vida social, económica, ambiental, etc., por lo que conjuntamente con el énfasis en una formación más reflexiva y creativa, se ponderan las relaciones de la escuela con el entorno social y comunitario y se la

⁵ La organización Mundial de la Salud define la EpS, como *una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan la salud*. Dado que los patrones de morbilidad actuales en las sociedades industrializadas se relacionan con los comportamientos y estilos de vida de las personas, la EpS es una poderosa herramienta para el quehacer profesional en atención primaria de salud, que dentro de los servicios de salud ocupa el lugar más cercano a la ciudadanía, así como en otros servicios socio-sanitarios y educativos. Se trata de un instrumento cuyas acciones tienen un gran impacto desde la rehabilitación, hasta a la prevención y promoción de la salud.

considera como un centro de irradiación de cultura que, a su vez, se nutre de la experiencia y la sabiduría social, sobre todo del contexto comunitario.

Ahora bien, a pesar de la aplicación de proyectos sociales de transformación en varios sectores de la sociedad, según múltiples informaciones de investigación⁶ en distintos países, se observan problemas no resueltos en las diferentes áreas que se encuentran interconectados en sus efectos sociales. Entre ellos:

- La escasa integración del conocimiento social, debido a múltiples factores, entre ellos, la falta de un aprendizaje con sentido, de conexión entre las materias curriculares escolares y las experiencias de vida y la acción comunitaria cotidiana de los participantes.
- La débil vinculación entre diferentes actores sociales y la comunidad.
- La falta de soluciones medioambientales y productivas locales para elevar la calidad de vida y los ingresos.
- La rutina de los estilos de vida que no favorecen un empleo del tiempo sano y constructivo de la persona, en especial, los grupos infantiles y juveniles.
- La existencia de comportamientos con un grado de desviación social, dañinos para la convivencia ciudadana y comunitaria.
- Las dificultades de la construcción de una identidad local, que pase por la integración cultural dentro de la diversidad y la posibilidad de solución de problemas sociales como modo de expresión de las potencialidades individuales y colectivas.

Las anteriores son situaciones problemáticas que ocurren en los ámbitos de la comunidad y abarcan, en otras, las relaciones con la escuela, la actividad cultural, la producción y los servicios cuyas causas están determinadas por situaciones complejas de orden macro y micro, en lo social y lo económico. Estos ámbitos y dimensiones se

⁶ Se puede ampliar en: OMS (Agosto. 2002): Investigación y cooperación van de la mano en las Américas. Información de prensa. OPS, OMS (feb. 1999): Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo 18ª, sesión 8-9. OPS, OMS (1999): Reunión del comité de investigaciones en salud, visitas a divisiones y programas de la OPS., Washington.

tendrán en cuenta en el análisis e interpretación de los datos como se reflejará más adelante. Sin desconocer lo multifactorial de la situación, se trata, no obstante de experimentar en que medida pueden ser modificadas algunas de estas situaciones, al menos en parte, desde una perspectiva de transformación de la gestión social local. La transformación de la calidad de participación de los diferentes actores sociales podría permitir un mayor nivel de expresión de las funciones autogestivas de las instituciones sociales relacionadas con el desarrollo comunitario, educativo-cultural y social en general.

En este sentido, una aportación importante puede dirigirse a los esfuerzos de promoción de una nueva cultura de gestión participativa reflexiva-creativa orientada en este caso a la promoción de comportamientos saludables, a través de la educación y promoción de la salud, que nos lleve a la prevención de problemas de salud y que se caracterice por supuesto por la participación de los actores sociales significativos, basada en el debate reflexivo y en una contribución creativa, que hagan posible una disposición integradora y comprometida con el desarrollo humano socio-cultural, económico ambiental y sustentable.

Uno de los aspectos de importancia para emprender proyectos de transformación comunitaria ha sido siempre, tanto la detección de los líderes de la comunidad, como la formación de los mismos y de otros agentes de cambios locales; buscando enriquecer la capacidad de acción transformativa de los mismos y su ascendencia efectiva en la movilización constructiva de la comunidad.

Entre los resultados que se han obtenido hasta ahora en los estudios que sirven de antecedente a esta investigación, puede considerarse la mejora de condiciones de salud de grupos pequeños que han evitado caer en situaciones irreversibles de salud, a través de planes alimentarios, que tienen presente el entorno social que los rodea. Paralelamente, múltiples actividades sociales (de promoción y participación cultural, recreativas, formativas de los niños, de rescate de tradiciones culturales locales, etc.) se han llevado a cabo por iniciativas de la localidad y de los participantes.

Se trata pues, de lograr la potenciación de las actividades, en lo que respecta a la formación reflexiva y creativa y las influencias con las actividades y tareas de desarrollo comunitario. Dicha potenciación se centra en el desarrollo de una cultura de participación social reflexiva y creativa, cuyo punto de partida es la formación y desarrollo de diferentes actores sociales en los que se pueda incidir decisivamente en el fomento de las competencias (habilidades, conocimientos, disposiciones, valores) para el desempeño creativo e innovador, a partir de métodos y procedimientos transformadores, que refuercen los aprendizajes y la realización social y profesional.

La problematización que nos conduce a enfrentamientos y soluciones creativas, la reflexión crítica, la interacción grupal, cooperadora, el desarrollo integral de la persona, la institución escolar y la comunidad son principios que enmarcan las líneas principales en la que se sustentará el marco teórico y metodológico de esta investigación.

En este sentido, es importante destacar que no partimos de cero. Este proyecto ya cuenta con un marco teórico inicial realizado en el marco del Trabajo de Investigación Tutelada a partir de los enfoques crítico-reflexivo, de creatividad humanista, liberador, histórico cultural, de investigación transformativa, constructivista (COLLERLER, G. 1978; PIAGET, 1971), de la complejidad (MORIN, 2004), entre otros, a partir de los cuales se elaboró un cuerpo básico de conocimientos generales, entre los que se encuentran la educación formal, no formal, informal, educación continua, educación social, educación para adultos, animación sociocultural ASC, creatividad, transformación e innovación hasta la Pedagogía social sustentada y trabajada por Paulo Freire entre otros (TRILLA, J. 1985; COLOMER, J.1997; COOMBS, P. 1973, FAURE, E. 1975, etc.).

No podría dejar de mencionarse que a lo largo de la reconstrucción teórica de los conceptos-ejes se hace uso fuertemente de nociones “Vigostkianas” como las *del contexto histórico cultural, diálogo e interacción social, zona de desarrollo próximo, mediación social*, y otros de la teoría crítica, como pensamiento de alto orden y comunidades reflexivas, para la indagación crítico-creativa. (VYGOSTKI, L.S. 1979;

MORIN E. 2004; SANZ CARRERAS 1998; WERNER D.,1999; HABERMAS, J. 1999; DILTHEY, W. 1980; GADAMER, H.G. 1977; PARK, P.,1992).

Estos conceptos se instrumentan a partir de ciertos criterios generales, en los que se sustenta la acción transformadora reflexiva-creativa, resumiéndose en:

- La interacción y el diálogo, como base que favorezca el aprendizaje a desarrollar.
- La visión de un trabajo cooperativo, es decir, se va aprender y a enseñar al mismo tiempo; las propuestas que se hagan serán de acuerdo al contexto y tomando en cuenta las necesidades de la comunidad. En pocas palabras se necesitan “facilitadores”, no “protagonistas”, con una participación responsable.
- El elemento de la significación del aprendizaje (considerando las conexiones relevantes y la movilización de la experiencia vital), para un desarrollo integral humano.
- El elemento de la creatividad como acción transformadora del que aprende, para generar conocimiento accesible.

De esta manera, nuestra intención es construir los saberes alimentarios respecto a la salud, a través de analizar sus formas de entender y atender los padecimientos dentro de su comportamiento alimentario. La interrelación de representaciones y prácticas debe ser pensada en términos de una dinámica permanente de saberes populares que incorporan sentidos y significados procedentes de diferentes modelos médicos y dan lugar a sus propios modelos explicativos del padecer, en el marco de una estructura social determinada.

Partimos de considerar que en los modelos explicativos que las madres construyen respecto de los padecimientos y la alimentación, puede existir un desfase, o no concordancia, entre el sistema de representaciones y el de práctica, lo que se explica por la dinámica de redefinición de conocimientos y experiencias. Cabe citar que desde el punto de vista socio-antropológico, estas últimas han sido documentadas

etnográficamente como formas de interrelación entre los distintos sistemas de atención en sistemas socioculturales- (MENENDEZ, 1981⁹; KLEIMAN, 1978).

Y por último, consideramos de gran trascendencia referirnos en forma general al modelo médico dominante, por la necesidad de comprender los fenómenos y las implicaciones estructurales y funcionales de la salud-enfermedad-alimentación que impacta, modifica y aniquila un cuerpo doliente. Está documentado cómo el modelo médico dominante fue consolidado a partir de los avances en la descripción de regularidades e identificación de agentes causales, una concepción dominante centrada en la simplicidad lineal de la causalidad, la regularidad de los fenómenos, la contrastación empírica, la objetividad y la neutralidad valorativa. Sostenida en estos postulados positivistas, comienza a consolidarse entonces una modalidad de abordaje del problema salud-enfermedad-alimentación, dominante hasta nuestros días, que se pretende objetiva, que desconoce los diversos componentes subjetivos vinculados a los problemas mencionados e ignora su inscripción en un contexto sociohistórico, cultural y económico, en un modo de vida, en una biografía (ALMEIDA-FILHO, N. 2000).

Por ello la importancia de esta referencia en la consolidación de una determinada perspectiva de comprensión del proceso salud-enfermedad-alimentación. Ésta se traduce necesariamente en la institucionalización de modalidades específicas de organización de los servicios de salud y el proceso de atención, y establece características determinantes en el desarrollo de las prácticas sanitarias.

Consideramos que en la estructura de “saberes” alimentarios es posible verificar una determinada instrumentación familiar que expresan ciertos procesos transaccionales. En la misma entran en juego diversos aspectos estructurales y simbólicos que en episodios concretos de enfermedad, van articulándose con el sistema de saberes acumulados. Todo ello en una dinámica que involucra posicionamientos e interacciones entre los diversos actores sociales (MENENDEZ, 1981g, 1984b). Tales procesos transaccionales se ubicarían, por ejemplo, en la reformulación diagnóstica que se realiza cada paciente diabético y su respectiva alimentación, o el no- cumplimiento de la prescripción alimentaria médica, o en la utilización simultánea de diferentes

recursos de atención sobre la base de un criterio pragmático de ensayo-error que orienta la conducta de búsqueda de atención.

Por supuesto, que a lo largo de la puesta en marcha de programas preventivos, quizá muy modestos, basados en la investigación- acción, es posible ver en su máxima expresión todos estos procesos alimentarios, unidos a una condición infaltable que es la educación para la salud, para inducir a mejorías de gran importancia, que más que complejizar dichos procesos lo dinamizan y nos permiten observar con mayor nitidez sus interrelaciones y posibles efectos futuros.

La estrategia de investigación de este proyecto contempla el análisis específico y puntual de aquellas entidades nosológicas reconocidas no solo a nivel nacional e incluso internacional, como las causantes de la morbi-mortalidad actual, específicamente hablamos de la importancia de la buena alimentación en estas situaciones, que la mayoría de las veces es prioritaria dentro de los tratamientos prescritos; estas son obesidad, hipertensión y diabetes. De las cuales, se derivan más enfermedades relacionadas con las mismas a las que se hicieron referencias, por lo que se contemplaron los siguientes padecimientos: padecimientos gastrointestinales, como diarreas, infecciones intestinales, colitis, gastritis, de manera particular integramos la desnutrición, por incluir un proceso alimentario especial, por llamarlo de alguna manera.

Es así como construimos una epidemiología popular e integral donde examinamos detalladamente la representaciones sociales que las familias tienen, respecto a la alimentación y la salud, es decir, las características, condicionantes, clasificación y distribución de los procesos patológicos, desde una perspectiva *Emic*.⁷

⁷ Una descripción *emic* o émica, es una descripción en términos significativos (conscientes o inconscientes) para el agente que las realiza. Así por ejemplo una descripción *emic* de cierta costumbre tradicional estaría basada en cómo explican los miembros de esa sociedad tradicional el significado y los motivos de esa costumbre. El término fue introducido por primera vez por el lingüista Keneth Pike basándose en la distinción entre *phonemics* (fonología) y *phonetics* (fonética). Pike argumentó que este tipo de distinción basado en la interpretación del sujeto (fonema) frente a la realidad acústica de un sonido (fono) debía extenderse a la conducta social. Los términos fueron popularizados por Marvin Harris que los usó con acepciones ligeramente diferentes a las que había dado Pike.

Aún cuando el eje de análisis está colocado en la perspectiva de la familia y secundariamente en los aspectos institucionales que la rodean, es necesario enfatizar que ello no excluye el hecho de que los “datos” como tal y la información que aquí se presenta, se ha obtenido sistematizando y analizando de acuerdo con un modelo interpretativo construido, en este caso por la investigadora, que incorpora las condiciones objetivas donde se enmarcan los discursos de los actores sociales involucrados (MENEDEZ y DIPARDO,1996). En este sentido, la voz del actor es recuperada a través de sus saberes prácticos e ideológicos; Sin embargo, la manera en que estos han sido estructurados, interpretados y analizados, reflejan la voz de la investigadora quien define el problema epistemológicamente, estableciendo los ejes analíticos que explican o intentan explicar la dinámica de los procesos referidos con una aproximación particular a la realidad.

A partir de estos planteamientos y en función de las características de la población estudiada, la unidad de análisis se centró prácticamente en tres padecimientos (que se citan como Síndrome Metabólico-SM⁸-) en donde nuestra aproximación metodológica, reconstruye las distintas fases de la trayectoria de atención alimentaria, junto al desarrollo de un programa preventivo que nos permite observar la dinámica de estos procesos. Bajo esta perspectiva, uno de los aspectos centrales de estos planteamientos lo revisten los modelos médicos, en sus competencias médicas y actitudinales. Estas son precisamente las actuales exigencias de la atención de la salud de la población en el contexto de cada país o región. En este marco general, es necesario comprender y explicar las formas en que los grupos sociales utilizan los diversos recursos de atención, para resolver o atenuar los distintos problemas de salud

⁸Síndrome Metabólico (SM) fue descrito inicialmente como Síndrome X por Gerald Reaven del Departamento de Medicina del Centro Médico de la Universidad de Stanford en 1988, aunque antes varios autores venían advirtiendo sobre el riesgo cardiovascular que implicaba tener dislipidemias (aumento de colesterol y/ o triglicéridos en la sangre), obesidad, hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa, por lo cual se los llamaba el cuarteto de la muerte, entre otros. Sin embargo, fue el grupo de Reaven el que confirmó la asociación de estas alteraciones metabólicas con la resistencia a la insulina, inclusive en personas aparentemente sanas y delgadas. El síndrome metabólico es una serie de signos (factores de riesgo metabólico) que nos hablan del aumento de posibilidades de presentar una enfermedad cardíaca, un derrame o diabetes (azúcar alta).

y que es lo que algunos autores denominan, “carrera de atención “ o “trayectoria de atención” (GOFFMAN, 1988, MENÉNDEZ^B 1990), es decir, la sucesión encadenada de hechos prácticos encaminados a la terapéutica para encarar la enfermedad, dichas estrategias buscan la curación o el alivio parcial utilizando diversas estructuras de atención, que reflejan la combinación de unas con otras, estando ellas conformadas por cualquiera de los modelos médicos (tabla 1). Es así como a partir de la sistematización de la carrera curativa, y del análisis de las representaciones y prácticas durante el desarrollo del padecimiento, se lleva a cabo un análisis en el presente trabajo.

La construcción de instrumentos metodológicos como los “modelos médicos” nos permiten explicar la dinámica de las distintas estrategias de atención a la enfermedad a las que recurren los grupos sociales.

1.2 Modelos Médicos

1.2.1 Una aproximación cultural de la salud: un concepto no unívoco

En nuestra sociedad el concepto de salud ha estado fuertemente vinculado con la enfermedad y su recuperación a través de la acción asistencial, la utilización del servicio hospitalario. Esto ha impedido que concibamos la salud y la enfermedad como un proceso dinámico que afecta al ser vivo en su ambiente y que resulta de la interacción entre factores psicosociales, culturales, políticos y biológicos, actuando en un tiempo y espacio determinado.

La salud, por lo tanto, aparece como una construcción sociocultural en donde las representaciones comunitarias se asocian a los conocimientos científicos, a las costumbres y a las representaciones sociales. En este marco, el papel de la comunidad y de las influencias que sobre ellas adquieren una dimensión protagónica.

Así Sigerist, afirmaba que la medicina es una de las actividades más estrechamente vinculadas con la cultura, porque toda la transformación de la atención médica está condicionada no solo por el avance en el plano de los conocimientos

médicos y la disponibilidad de los adelantos tecnológicos, sino por las transformaciones en las ideas dominantes de la época (SINGERIST, H. 1985).

Una primera relación entre salud y cultura parte de constatar la visión que los distintos grupos y comunidades tienen acerca de lo que significa sano o patológico. Por ejemplo, las pautas o normas que rigen en torno al consumo aceptado de alcohol, la alimentación normal, el uso de tabaco, la violencia aceptada, la iniciación sexual y la condición de maternidad, entre otras, plantearán variaciones normativas en cada grupo cultural y condicionarán a su vez la representación social de la comunidad acerca de lo normal y lo patológico. Es en este concepto que la visión de la comunidad como sujeto y objeto del accionar en salud y como espacio donde se crean y resuelven las tensiones entre enfermedad y salud, entre demanda y necesidad, entre promoción, prevención y recuperación definen un espacio donde la comunicación y las relaciones intersectoriales exponen su papel protagónico para la creación, el cuidado y la recuperación de la salud.

Ante este panorama, encontramos de manera destacable el complejo proceso de la alimentación, como un espacio de indagación y análisis indispensable para la generación, expansión, y sustentabilidad de una política alimentaria y de salud que de sentido a las acciones concretas que se propongan.

1.2.2 Hegemonía y subalternidad de los modelos

Existe una matriz sociocultural que da sustento y legitimación a los distintos modelos de acciones en salud. Es en esa matriz valorativa que toman relevancia y adecuación las distintas respuestas que los grupos van configurando para atender la salud de sus poblaciones.

Esto nos permite pensar la salud, desde una óptica descentrada, abierta, adecuada a las circunstancias históricas que conforman una realidad determinada.

Uno de los temas más importantes que surgen actualmente en la práctica asistencial es la coexistencia de modelos que, según la tradición cultural que los sustenta, combinan muy distintas alternativas de cuidado y recuperación de la salud.

Por basarse en un sistema de conocimiento apoyado en la legitimación científica, el modelo imperante en nuestra sociedad se apoya en el desconocimiento de los condicionantes sociohistóricos que le dan fundamento.

Este modelo se cimienta sobre el saber y el prestigio del experto, a quien se confieren las competencias para actuar en casos de dolencias o trastornos reconocidos de salud.

El modelo descriptivo tiene consecuencias prácticas en las competencias que desarrollan los profesionales mediante la capacitación, así como en la asignación de los recursos y prioridades políticas en el sector salud. Pero un análisis de su evolución histórica permite identificar en dichos sistemas, distintos estatus y reconocimiento oficial.

Algunos sistemas de conocimiento son aceptados socialmente por una mayoría o una minoría con poder, merced a lo cual se van instituyendo como hegemónicos o dominantes respecto de otros modelos que aparecen como subalternos o subordinados. Claramente el modelo que es hegemónico en nuestras sociedades tiene como características ser biologicista, ahistórico, curativo, pragmático, está controlado por el experto que de forma casi impersonal administra un conocimiento a quien se ubica en el rol de paciente (MENENDEZ, E.^a1988).

1.2.3. Modelos médicos y sistemas de atención a la salud

Las interrelaciones entre los modelos médicos han sido abordadas desde la antropología médica en distintos estudios teóricos y empíricos, donde existen situaciones de pluralismo médico, con el fin de analizar esta convivencia entre distintos tipos de medicina (LESLIE, 1985).

Dentro de las posiciones teóricas que han abordado la relación entre los modelos médicos, dos de ellas destacan por su desarrollo tanto desde el punto vista teórico

como empírico, por lo que se hará referencia a los planteamientos formulados por E. L. Menéndez (1984) y A. Kleiman (1978), que en torno a esta articulación reflejan algunas similitudes y diferencias patentes, haciendo quizá mayor referencia a los planteamientos de E. Menéndez, que ofrece una visión más crítica e integral, por supuesto que se tomarán solo aquellos conceptos y líneas de análisis que para fines de este trabajo resultan ser los más relevantes, y por último, en este mismo aspecto se tomará como referencia a Marie Françoise, sobre todo en el tema del modelo de autoatención (AA), que aunque ella no lo denomina así, incluye todas sus características de manera detallada.

Desde la perspectiva de KLEIMAN (1978), los sistemas médicos de cualquier sociedad deben ser entendidos como sistemas culturales simbólicos a partir de los cuales podemos analizar las respuestas sociales a la enfermedad, en términos de sus significados y experiencias, integrando para su análisis las relaciones entre instituciones, roles desempeñados, relaciones interpersonales, redes sociales, escenarios de interacción y, en menor medida las condicionantes económicas y políticas, planteando que:

Los sistemas de atención a la salud (Health Care System) son sistemas simbólicos contruidos por significados, valores y normas de conducta, que articulan al padecimiento como un idioma cultural, uniendo creencias sobre causalidad de la enfermedad, la experiencia de los síntomas, los patrones específicos de la conducta frente al padecer, las decisiones respecto de los tratamientos alternativos o las prácticas terapéuticas vigentes y la evaluación de los resultados terapéuticos y estableciendo relaciones sistemáticas entre estos componentes (KLEIMAN 1978).

Estos Sistemas de Atención a la Salud (SAS) deben ser comprendidos como construcciones metodológicas desarrolladas por el investigador a partir de las especificidades de los sistemas de atención locales, para analizar el juego de relaciones a nivel institucional, comunitario, familiar o individual.

Los SAS en la realidad social a través de relaciones (transacciones) que los individuos establecen en la sociedad, deben ser analizados como construcción

institucionalizada, internalizada y objetivada, mediante la atribución de significados y sentidos particulares. En su planteamiento teórico Kleiman enfatiza el nivel microsocio-clínico de la relación terapeuta-paciente en la estructura interna de los SAS, reconoce la importancia de los factores macrosociales externos a esta relación, que inciden en su configuración; es notorio que su perspectiva es analítica y, por tanto, su fuerza explicativa se focaliza en el nivel micro.

Dentro de cada sistema de atención, en casi todas las sociedades, es posible ubicar tres plataformas sociales en las cuales la enfermedad experimentada e identificada en realidades clínicas socialmente construidas y legitimadas. Dichas plataformas denominadas “sectores de cuidado a la salud” son: el sector profesional, concerniente a los practicantes de la biomedicina; el sector *Folk*, relativo a los curadores “indígenas” (en el sentido de nativos) y el sector popular, que incluye la cultura médica profana, organizada a nivel de la familia, de las redes sociales o de la comunidad, sin que participe algún terapeuta profesional.

El sector profesional incluye a todos aquellos terapeutas cuya práctica se ha estructurado en profesiones de curación, organizadas a través de instituciones legitimadas por el estado (FREIDSON, E. 1978). Si bien en la mayoría de las sociedades occidentales actuales este sector incluye a los terapeutas de la medicina científica moderna; en otros contextos culturales, ésta convive profesionalmente con otras prácticas médicas también profesionales o para-profesionales (medicina ayurvédica, homeopatía, quiropraxia, acupuntura). En el proceso de profesionalización de la práctica biomédica se ha tendido a establecer una racionalidad fundada en lo natural-biológico, asumiendo que sus planteamientos son “científicos”, racionales, verdaderos, oponiéndolos a los identificados por los sectores *Folk*, y popular, cuya racionalidad estaría dada, desde esta perspectiva, por un orden sociocultural ajeno o distinto a esta racionalidad científica.

Kleinman señala que el grado de legitimación social que posee el sector profesional hace que éste aparezca como dominante en las sociedades accidentales y reconoce un proceso de “indigenización/popularización” para designar las formas de

circulación de los conocimientos desde el sector profesional hacia los otros sectores y viceversa.

Por otro lado, el sector *Folk* de atención incluye a los terapeutas especializados no organizados profesionalmente, usualmente identificados como curadores *Folk*, (“nativos”), que pueden desempeñar una diversidad de prácticas médicas, y que dada su heterogénea composición, estructuran sus conocimientos a través de actividades e ideologías seculares o sacras e introducen un aspecto ritual en la curación.

Finalmente, el sector popular de salud, es la plataforma en donde se generan la mayor parte de las actividades de diagnóstico, atención y curación de las enfermedades en cualquier tipo de sociedad, al grado de que en varias investigaciones se ha demostrado, que entre el 70 % y el 90% de los casos de enfermedad son resueltos en este nivel. Como se señaló antes, no obstante la importancia del sector *folk*, ha sido comparativamente poco analizado por la sociología y la antropología médica.

En el modelo de Kleinman, el sector popular es identificado como una matriz que vincula a otros sectores de cuidado a la salud , estableciendo los puntos de conexión con cada uno de ellos, cuando las personas acuden a consultar a los diferentes curadores.

A partir de este encuentro clínico se producen ciertas “traducciones” de idiomas culturales. Las principales que se han desarrollado hacia este enfoque identificado con la corriente de la llamada “Antropología Médica Clínica”, de fuerte orientación hermenéutica, se basan fundamentalmente en el escaso desarrollo que se hace del nivel macrosocial de las condiciones sociales, económicas, políticas e históricas que determinan los procesos de construcción de significados del padecer.

Se ha cuestionado el peso que se le da a los análisis semióticos de los discursos y su tendencia a priorizar el nivel del encuentro clínico, microsocial, sobre todo dentro de la esfera de la relación entre médicos y residentes, ubicando las relaciones de poder que se establecen en ella como relaciones interpersonales de protocolo, y no como

expresión de las relaciones entre grupos sociales y de clase al interior de una sociedad históricamente determinada (YOUNG, 1982).

Desde nuestra perspectiva, el sesgo de estos planteamientos radica en pensar que durante el encuentro clínico, ambos modelos explicativos tienen las mismas posibilidades de “expresarse”. Aunque por lo general es el modelo clínico del practicante el que domina al otro, en función de la existencia de las relaciones desiguales de legitimación y poder. En realidad los aspectos que rodean los modelos médicos son multifactoriales y de una extraordinaria complejidad.

La segunda propuesta teórica que deseamos desarrollar, es la elaborada por Eduardo Menéndez (1984), quien desde una perspectiva histórica cultural que recupera los planteamientos de Gramsci y de Martino, construye una teorización sobre los diferentes modelos de atención, socialmente reconocidos. Proponiendo un análisis relacional de las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de dichos modelos. Uno de los planteamientos centrales es el reconocimiento de que:

“(...) el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico, intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico” (MENENDEZ E^b, 1984:98).

Menéndez estructura su propuesta teórico-metodológica, a partir del análisis de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se establecen entre los distintos modelos de atención reconocidos: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado (MMAS) y el modelo de autoatención (AA). Define estos modelos, como construcciones teórico-metodológicas con un determinado nivel de abstracción, que posibilitan aprehender desde un enfoque relacional y dinámico, los procesos de producción, funcionamiento y organización de saberes teóricos-técnicos, ideológicos y socioeconómicos, que establecen los conjuntos sociales, los terapeutas y

las instituciones, respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención, en contextos históricamente desarrollados.

Estos modelos médicos en tanto son construcciones teóricas, descritas en términos de “tipos ideales”, son caracterizados por el autor a partir de una serie de rasgos estructurales y funciones que los distinguen en sus respectivas orientaciones globales. Sin embargo, cabe enfatizar que será a partir del análisis particular de las situaciones socio-históricas concretas, que dichos caracteres estructurales deben ser identificados, operacionalizados y dinamizados, adquiriendo cada cual diferentes matices destacándose unos rasgos y opacándose otros, según sea la realidad concreta estudiada (MENENDEZ, E^c. 1996). Esta precisión resulta importante, ya que enfatiza el nivel de abstracción en que deben ser comprendidas las funciones y caracteres de los modelos médicos, para evitar caer en cosificaciones del mismo y/o producir visiones maniqueístas que ignoren las particularidades de cada situación concreta. Es fundamental comprender que la categoría de los “modelos médicos” constituye una abstracción que emerge de los sistemas médicos específicos de las sociedades y se concreta en las representaciones y prácticas sociales.

Desde esta perspectiva, es necesario entender y esclarecer que partiendo del proceso de salud-enfermedad-atención, los conglomerados humanos en un momento determinado de sus vidas, deben enfrentarse a enfermedades, padecimientos y demás daños a la salud, ya que estos son frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables afectando su cotidianeidad.

Dicho proceso es el patrón universal de respuesta ante la presencia de factores que alteran la salud, en donde se constituye una colectividad subjetiva en la cual un individuo desde su nacimiento se constituye e intuye en dicho proceso (MENENDEZ, 1996).

Menéndez enfatiza la necesidad de contextualizar con datos epidemiológicos y sociodemográficos a los grupos sociales factibles de practicar la medicina tradicional, pero antes de la utilización de esta categoría, profundiza y explica la necesidad de

referirse a las prácticas, saberes ideológicos en vez de la utilización de la medicina tradicional.

Realiza una concienzuda crítica de las diferentes corrientes teóricas que han utilizado el término de medicina tradicional, en este sentido concluye:

“...en nuestras investigaciones nosotros no partimos del término “tradicional” (en gran medida por no poder precisarlo como concepto), sino que partimos de las prácticas saberes e ideologías que los conjuntos sociales producen. Partimos del supuesto teórico de que la mayoría de los conjuntos sociales practican sintetizadamente o no toda una serie de creencias y saberes curativos y preventivos respecto a las enfermedades, padecimientos, problemas y/o desgracias que padecen. Dichas prácticas se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente, desaparecen”. (MENENDEZ^d, E. 1987:37).

Cuadro 1. Modelos Médicos

Modelos médicos	Fundamentación	Marco	Rasgo estructural
*MMH	Única forma de atención a la enfermedad legitimada por criterios científicos y del Estado.	Individual Somático Curación	Biologicismo Práctica Clínica-epidemiológica
**MMAS	Integra las prácticas de conocimiento conocidas como “tradicionales” Legitimación: comunal o grupal. Se complementa y subordina con el MMH.	Individual Somático Curación	Práctica Clínica- epidemiológica
***MAA	Diagnóstico y atención que se efectúa por la persona afectada o personas inmediatas (grupos comunitarios).	Comunitario Familiar Preventiva Curación	Curativa/preventiva Socioeconómica

Vera, R. Carmen. Elaborado en base a los planteamientos de Eduardo Menéndez.

* Modelo Médico Hegemónico (MMH)

** Modelo Alternativo Subordinado (MMAS)

*** Modelo de Autoatención

El Modelo Médico Hegemónico (MMH): conjunto de prácticas saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. (MENENDEZ^a 1988)

Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS): se integran las prácticas reconocidas generalmente como tradicionales. *Ibíd*em

Modelo de Autoatención (MA): basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o diferentes grupos comunitarios. *Ibíd*em

No se pretende desarrollar aquí toda la propuesta teórica de los autores citados y aún a riesgo de hacer una exposición reduccionista de sus sendos aportes, deseo

recuperar aquellos elementos pertinentes a esta investigación. Se observan ciertas similitudes entre ambos, aunque las diferencias y los matices que cada uno introduce, van definiendo sus respectivos enfoques (Cuadro 2).

Cuadro 2. Criterios Menéndez-Kleiman: Sincronías y Diferencias

Criterios	Semejanzas			Diferencias
	Planteamientos metodológicos	Sectores de atención	Concepción de categorías	Principal estructura de auto atención, MAA
Menéndez	Heurístico	Profesional Folk	Abstractas	Actividades extra-asistenciales
Kleiman	En los sistemas de atención a la salud En el medio	Modelos médicos		Actividad del sector popular en detección, diagnóstico, curación y evaluación de la enfermedad

Vera, C. Estructura de criterios Menéndez-Kleiman.

Menéndez y Kleinman parten de un planteamiento metodológico-heurístico en las categorías propuestas (sistemas de atención a la salud o modelo médico): Sectores de atención: profesional/*Folk*, popular, por un lado y por otro, modelos médicos: hegemónico/alternativo subordinado/autoatención.

Ambos enfatizan la necesidad de concebir estas categorías en términos de construcciones abstractas que adquieren dinámicas propias y características particulares según los contextos analizados.

Los dos coinciden al identificar el sector popular o el modelo de autoatención, como la principal estructura de atención a las enfermedades, aunque el concepto de

Menéndez resulta ser más inclusivo, pues remite toda una serie de actividades “extra-asistenciales” que incorporan procesos no solo de atención /prevención a la enfermedad, sino de mantenimiento y cuidado de la salud. Kleinman focaliza las actividades del sector popular en los procesos de detección, diagnóstico, curación y evaluación de los padecimientos que orientan la conducta de búsqueda de atención a la enfermedad, que remitiría a la estructura de automedicación en el modelo de Menéndez.

En este trabajo, nos centramos en el análisis de los saberes alimentarios en términos de las síntesis, complementariedades y conflictos producidos a partir de su apropiación particular de la biomedicina y de la medicina tradicional, para analizar las formas en que se articulan los distintos modelos médicos en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad, así como la estructura socioeconómica y la estructura de significado que operan en la construcción sociocultural de los padecimientos y la forma de alienarse. La aplicación particular de este enfoque se realiza tomando como núcleo analítico el modelo de autoatención a la salud y precisamente la estructura alimentación-padecimientos. No obstante dentro de los planteamientos de Kleinman algunos conceptos pueden sernos de suma utilidad para establecer comparaciones con nuestra investigación, como en su categoría de modelos explicativos, donde hace la distinción entre “la enfermedad” y el “padecimiento”, y su desarrollo sobre la conducta de búsqueda de atención.

1.2.4. Autoatención en la forma de alimentarse ante la presencia de padecimientos

Como hemos señalado anteriormente, el modelo de autoatención se desarrolla en el interior del grupo familiar y/o de las redes sociales de apoyo, e incluye una serie de actividades orientadas a curar o prevenir los padecimientos o abatir el daño. En esta estructura de atención, no existe la intervención directa de algún curador reconocido como profesional. En la mayor parte de los casos opera como el primer nivel de atención y puede decirse que casi siempre la lleva a cabo una figura femenina (MARIE FRANCOISE, 1993). Consideramos que el trabajo con las madres de familia, es una esfera privilegiada para el análisis de la interrelación de modelos médicos, ya que sus prácticas y representaciones reflejan una permanente síntesis, significación y

resignificación de saberes que remiten en última instancia a diferentes modelos médicos (MENENDEZ^b, 1984).

Clasificamos la autoatención en tres tipos: el primero se refiere al tipo de alimentación que instrumenta la madre para toda la familia, sobre todo en casos de padecimientos; el segundo tipo, está en relación con el proceso alimentario intrafamiliar instrumentado por otra persona que no sea la madre, como algún otro familiar. En algunas ocasiones, por ejemplo, es la suegra quien desarrolla el papel central en el proceso alimentario normal y en padecimientos; si especificamos recomendaciones alimentarias en padecimientos, podemos hablar del tercer tipo: redes parentales o vecinales. Desde este planteamiento, la autoatención remite siempre a una dimensión colectiva de los conjuntos sociales, considerando que un sujeto social (la madre en este caso) puede desarrollar, prácticas de autoatención alimentaria para si mismo, para su familia y vecinos cercanos.

Las mujeres han sido y continúan siendo el centro de atención de la mayoría de los estudios y programas de nutrición y alimentación en México, en tanto que son consideradas como uno de los componentes fundamentales de la salud familiar.

Entre las áreas de división del proceso vital, las relaciones con la reproducción humana y la salud de la madre y el niño son las que se encuentran a nivel prioritario en los planes y programas nacionales de desarrollo social y de los servicios de salud. Esta área históricamente ha sido conceptualizada en diferentes formas, creándose conceptos como: salud materno infantil, salud reproductiva, etc., (VILLASEÑOR, M., 1998).

Lo anterior nos revela las características de la alimentación familiar, es decir, qué comen y porqué comen así, cómo han llegado a construir sus preferencias y aversiones, partiendo de esa base común del homo-sapiens, que es un omnívoro y por lo tanto un comensal flexible obligado por naturaleza a la diversidad (porque no conseguimos todos los nutrientes de la misma fuente) y a la complementariedad social (porque producimos y compartimos nuestros alimentos, somos comensales). Hablamos de la alimentación como un hecho social, no solo biológico, que involucra todas las

prácticas sociales, la manera cómo concebimos el medio ambiente y producimos nuestros alimentos (y la tecnología que usamos), a qué cosas le llamamos comida y a qué “chatarra”, es decir el sistema de clasificaciones que da sentido a las prácticas alimentarias e ilumina la manera de relacionarse entre grupos, sectores y géneros para distribuir y legitimar esa distribución de la comida. Se entienden las aversiones y preferencias alimentarias como construcciones sociales (producto de las relaciones sociales), la existencia de esos patrones normativos, sean populares o científicas, denuncian un saber del comer.

Se menciona en forma general la construcción social del gusto, los principios de inclusión de los alimentos, las representaciones sociales del cuerpo y la comida. Abordaremos una pequeña parte de lo que se relaciona con la seguridad alimentaria, factor involucrado de manera determinante en los procesos alimentarios nacionales; concebida ésta como el derecho de todas las personas a una alimentación cultural y nutricionalmente apropiada y suficiente (FAO, 2001).

En el nivel macroeconómico se analizó brevemente la disponibilidad y el acceso a los alimentos, describiendo y analizando las variables principales que condicionaron a las familias involucradas a un tipo de alimentación.

En el nivel microsocioal, se abordó la estrategia doméstica de consumo para describir y analizar tanto las prácticas que realizaron los hogares para mantener su ingesta, como las representaciones que les dieron sentido, poniendo especial énfasis en los principios de inclusión de los alimentos condicionados por las visiones del cuerpo y que se desarrolla en cada sector, género y edad. Teniendo especial cuidado en correlacionarlas con algún programa de asistencia social alimentaria y si tiene algún efecto en las estrategias domésticas, sin olvidar que habrá particularidades de un cuerpo paleolítico en una sociedad postindustrial.

Resulta interesante descubrir de qué manera, lo que creemos le da sentido a nuestras prácticas cotidianas de selección y combinación de alimentos y cómo se crean y transforman esas creencias, valores, razones o visiones acerca de lo que se debe o no comer, sobre todo en esta época en donde la agroindustria y sus brazos mediáticos

han desplazado las costumbres tradicionales y transmitidas por las generaciones en cuanto a producir, enseñar y justificar qué y porqué comer (COHEN YA. 1979). Por lo que los profesionales de la salud nos encontramos en flagrante desventaja, sobre todo cuando intentamos llevar a la práctica acciones educativas en nutrición y salud. En un mundo que valora más que los alimentos sean buenos para vender y no tanto que sean buenos para comer. Por otro lado, queda claro que diferentes sectores de ingreso comen en forma diferente, el sentido común nos abandona cuando vemos que el subproducto de las estrategias de cada clase es paradójico, igual que muchas partes del mundo sobre todo en desarrollo. Así que tenemos dos problemas de salud aparentemente contradictorios: la obesidad y la desnutrición.

Otra dimensión que se reconoce en este estudio es, cómo cambia la alimentación de la población dependiendo del ingreso con que cuenten. *En el mundo tenemos ricos flacos y gordos pobres, cambiando el sentido de los cuerpos de clase que prevaleció durante 5000 años.*

Coexistiendo la obesidad de la abundancia con la obesidad de la escasez (AGUIRRE, P.2000:15). Al igual que estos condicionamientos macro, (desde el punto de vista alimentario y nutricional), este estudio nos da a conocer cómo cada sector de ingresos construye su canasta de consumo, porque tiene diferentes argumentos sustentados en concepciones diferenciales acerca de aspectos como: lo corporal, la alimentación, la satisfacción, las estrategias de consumo así como de lo comestible del alimento mismo.

Hoy se habla de forma insistente de la transición demográfica y transición epidemiológica, aspectos relacionados con la dinámica, ecología, demografía y alimentación. La problemática alimentaria del planeta en general es similar, la crisis de la esfera de la producción que se da como crisis de sustentabilidad en el área de la distribución, obviamente la más visible que se da como crisis de equidad, del acceso de los alimentos de vastos sectores de la población y la crisis de consumo, (SCHEJTMAN, A;1994; MALUF, R.1998) donde pasa de la manera “tradicional” de comer (acompañados) que opera aunque estemos solos, dándole sentido a cierta organización de la comida, en platos, con cierto sentido que enlaza texturas, temperaturas, sabores

en la manera “correcta de comer” (CONTRERAS, J.2002). Ese saber, esa raíz del buen comer, que era la alimentación tradicional hoy en las sociedades postmodernas ha transformado al comensal en un solitario (aunque coma con otros), en un comer sin valores, que incluso algunos autores (MONTANARI, M. 1992; AGUIRRE, P. 2000); lo relacionan con la epidemia de obesidad porque desgranados los controles culturales que regulaban la manera de comer lo que emerge con fuerza desproporcionada es nuestra naturaleza homínido; esa que cambió durante millones de años para ser eficiente en contextos de alternancia entre los periodos de escasez, por lo tanto se adaptó activamente a guardar (favoreciendo la existencia de genes ahorradores) en los primeros, para gastar en los segundos. Hoy esos contextos han cambiado, la biología es la misma y los controles se están destruyendo.

En realidad y es una de las líneas de gran interés de este trabajo, es necesario mencionar que la alimentación siempre estuvo y estará relacionada con las enfermedades del ser humano, es un factor prepatológico por excelencia.

La alimentación es uno de los ejes fundamentales de nuestra vida. Somos lo que comemos, y en los alimentos hay factores de salud y vida, pero también puede haberlos de enfermedad y muerte. Que los conocimientos y la tecnología estén cada vez más concentrados y en manos del sector privado no es un buen augurio. Que los conocimientos y la tecnología estén cada vez más concentrados y en manos del sector privado no es un buen augurio. La producción y consumo de alimentos definen las virtudes y defectos de la sociedad. (ARGANDOÑA, A.2003)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 60 y el 80 por ciento de las enfermedades degenerativas están relacionadas con la comida. La OMS reconoce que en este contexto la polución ambiental, las sustancias añadidas por el hombre y la manipulación industrial, resultan los agentes más agresivos a la hora de cumplir con el vital acto de alimentarnos.

En este momento es particularmente importante, porque sumado a la extensión de la vida (a la que contribuyeron sin duda las mejoras en el acceso a mayor cantidad y calidad nutricional), cobran cada vez mayor importancia en el mundo postindustrial las

enfermedades crónico-degenerativas dependientes del estilo de vida. Por lo tanto, cada vez nos interesa más cómo vivimos (por lo tanto comemos) como forma de prevenir futuras dolencias, esto es lo evidente, pero también cobra importancia el estudio de la alimentación cuando en la década de los ochentas (MONTANARI, M. 1992) se logra romper con el fantasma de la escasez, en donde se empieza la producción de más alimentos de los necesarios para mantener a toda la población mundial bien nutrida.

Sin embargo, frente a la disponibilidad plena coexiste la desnutrición y la hambruna, entonces se hacen evidentes las palabras de Amartya Sen (2002), Nobel de Economía de 1998, que desde hace años alertaba que la seguridad alimentaria (el derecho a la alimentación cultural y nutricionalmente adecuada) no dependía de la existencia de alimentos sino de las estructuras de derecho de las sociedades que legitiman quien se puede apropiar de ellos: el acceso a los alimentos es, siempre ha sido tanto o más importante que la disponibilidad. Hoy soportamos la vergüenza de tener alimentos excedentes y 800 millones de personas que padecen desnutrición crónica (OMS, 2002), esta realidad obliga a modificar políticas y ver el hecho social que está en la base misma del evento alimentario y, especialmente para los que trabajamos en salud, los cambios en la producción, en los precios de los alimentos, en la comercialización, en las representaciones acerca de los nuevos desarrollos industriales, los alimentos sin historia han hecho que ciertos productos, antes extraordinarios, hoy sean los más comunes y baratos de la estructura de precios (azúcares y grasas). Unido al valor histórico socialmente asignado a estos sabores, su bajo precio ayuda a nuevas formas de sobrepeso y obesidad, crece la obesidad en la pobreza empujada por los alimentos “hipercalóricos”, una obesidad que puede tener carencias de nutrientes esenciales.

Por desgracia las palabras de Eduardo Galeano (2002), tienen la capacidad de resumir esta situación: En el mundo hay tantos hambrientos como gordos. Los hambrientos comen basura en los basurales; los gordos comen basura en Mc Donald's. Por lo tanto, se hace necesario repensar las políticas sanitarias para dar respuesta ya no solo a la desnutrición aguda, sino a las carencias de micronutrientes con obesidad,

lo que significa un nuevo reto para la salud pública, un cambio en los programas, un cambio en la manera de pensar la pobreza.

Y por último, si miramos las representaciones que legitiman el empobrecimiento del planeta y la extensión de la biodiversidad, veremos que la excusa alimentaria es la primera para justificar los desastrosos que genera la lógica de la ganancia. Si no operamos rápido en los sistemas de producción de alimentos, no nos extrañemos que aparezcan enfermedades dependientes del petróleo, por ejemplo, los agroquímicos que llevan a la contaminación de acuíferos o la sobreexplotación de especies marinas y rompen las cadenas tróficas y la calidad de las aguas. En fin, la alimentación en toda la cadena está relacionada con las enfermedades de nuestro tiempo, no solo las “alimentarias” propiamente dichas. Nos vendría muy bien a los que formamos parte del sistema de salud, saber qué impacto tiene esta incidencia en el bienestar de la población, ya que los alimentos son los que nos forman y nos construyen por dentro.

Pero con todo, la lucha más importante contra la enfermedad debe darse en el terreno de la pobreza y con la alimentación como arma, en un país con tantos pobres sub o superalimentados, y desnutridos.

1.3. La Comunicación en salud

La comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello se aborda la comunicación, vista como un proceso social de interacción y difusión, como un mecanismo de intervención para generar a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública. Esos objetivos para la acción son enunciados e instrumentos básicos en cualquier programación para lograr que la población adopte conductas propicias al cuidado eficaz de la salud.

El tipo de comunicación que se ha empleado en los programas de salud en los países latinoamericanos (países en desarrollo en general), es la comunicación masiva,

o más bien la información masiva, puesto que se produce en un solo sentido y no contempla una reacción o retorno de parte del receptor.

La difusión de la información y la comunicación educativa no son excluyentes, sino actividades complementarias en el trabajo comunicacional, de tal modo que las acciones que tiendan a privilegiar la primera sobre la segunda, adolecerán de las limitaciones que se han constatado en años recientes, en el marco de los programas y campañas de salud.

Es necesario tener muy claros dos problemas que deben ser abordados críticamente: primero, la medicina medicaliza la vida a través del lenguaje y la manera en que este organiza la experiencia y construye el mundo. Puesto que la ciencia médica es un lenguaje técnico, vale decir “bien hecho” con los prestigios del vocabulario grecolatino, constituido en terminología sistemática universal o unívoca, con un corpus lingüístico cuya influencia se extiende a otras disciplinas, como es hoy el caso de la teoría de los signos (clínica es la primera acepción de semiología o semiótica). Segundo, la praxis médica traduce en sus propios términos la experiencia de la vida y construye un código de comunicación social que invade el lenguaje corriente del cual Wittgenstein también ha dicho *“el lenguaje es una parte del organismo humano y no menos complicado que él.”* (TOMASINI A. 2003:127). Un ejemplo es la “somatización” (en el sentido social y no en el clínico del término) de la vida emocional, traducida como depresión, infarto o estrés; y ni que hablar de la “psicoanalización” de los sentimientos, vertidos como castración, trauma o Edipo.

Figuras paradigmáticas de la medicalización del lenguaje son las metáforas médicas en nuestra cultura, particularmente la enfermedad como metáfora según ciertos estilos patológicos que ejemplifican la construcción social de la realidad, caso en épocas atrás de la tuberculosis y la sífilis, hoy del cáncer y el SIDA.

Naturalmente no podemos pensar sin metáforas, porque todo pensamiento es interpretación. La moderna teoría de la metáfora no ve en esta solo una figura poética o retórica, un mero tropo, desplazamiento de sentido o sentido figurado. La función de la metáfora que –que literalmente significa “transporte”- es la comprensión y

estructuración de un tipo de experiencia menos claramente delineado, en término de otro tipo de experiencia que entendemos de manera directa e inmediata. Por lo tanto, metafórico es el sistema ordinario de conceptos en términos del cual pensamos y actuamos.

Es por ello la necesidad de retomar el acontecer de la comunicación en áreas específicas de salud. Si analizamos las teorías, estrategias y medios de comunicación entre otros elementos básicos utilizados por instituciones desde nivel internacional y local y el ámbito global de la sociedad en donde se desarrolla, se puede observar que a través de enfoques multidisciplinarios se pone en marcha una serie de estrategias que permiten desvincular el concepto de salud del de enfermedad. Mas que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en: buenas condiciones de vida y de trabajo, educación, medios adecuados de reposo y recreación y a la tarea de lograr el acceso de toda la gente, misión primordial de la salud pública. Así, la política de prevención (que implica la educación de la gente para que cuide su salud) ocupa el primer lugar de importancia y la política de curación es posterior, pues solo debía aplicarse en el caso de fallar la política de prevención. Ningún problema de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación, pero con un enfoque psicosocial y comunitario.

1.3.1 Un enfoque social y comunitario

Decir que los problemas y acciones deben tener un enfoque psicosocial o comunitario no es algo innovador. La exposición de tal enfoque se remonta a los años veinte en el plano político y en los años sesenta en la implementación de proyectos de desarrollo. Este tiempo ha permitido llegar a unos puntos de acuerdo. Se sabe que el concepto de comunidad tal y como se ha querido reflejar en el lenguaje de la psicología social o en el de la formulación del proyectos no existe. Hablar de la comunidad asumiendo la existencia de un grupo compacto y homogéneo, donde sus miembros sienten, piensan y se comportan de un modo similar y predecible en función de su pertenencia a esa comunidad es insostenible.

Esta noción idealista implicaría una serie de procesos en relación sobre todo con el sentido de pertenencia de grupo, el sentido de identidad y una serie de vínculos emocionales de unidad y acción común que se mantendrán constantes en el tiempo y circunstancias que muy raramente se dan. La realidad de las comunidades es en cambio, la de unas estructuras dinámicas muy sensibles a la influencia externa, en la que invariablemente existen alianzas temporales entre grupos en función de las necesidades, lógicas luchas por intereses no siempre convergentes, malentendidos, desajustes y enfrentamientos, y un compromiso irregular y complejo con las formas de participación en las acciones colectivas.

La comunicación, la movilización social y la educación comunitaria se han convertido, en componentes estratégicos de relativa importancia para las instituciones de salud. Estas acciones, no obstante, demandan recursos económicos y humanos para llevarlas a cabo, así como un proceso cuidadoso de planificación, evaluación periódica y acción sostenida para obtener resultados.

A pesar de estos puntos de vista de ámbito institucional, no parece aún evidente según informes internacionales, que estas iniciativas consigan los efectos esperados, debido a los grandes desafíos que representa el modificar comportamientos fuertemente arraigados en la cultura y afianzados en aspectos multifactoriales de la sociedad.

Podríamos citar por ejemplo, a instituciones internacionales en salud, como la OMS y la OPS (Kroeger A y Luna R. 1992) que exponen con frecuencia resultados de las diferentes estrategias de comunicación social para la prevención y control de distintas enfermedades en Latinoamérica, para lo cual se revisan casos, experiencias, materiales de trabajo y evaluaciones de impacto, encontrando a menudo que se adscriben a metodologías enfocadas al cambio de prácticas, y no solamente a la toma de conciencia o la educación en sí. La mayoría de dichos proyectos usa una de las metodologías de planeación para el cambio de comportamiento: COMBI (comunicación para impactar la conducta) y/o modelo cadena de cambios y/o NEPRAM (Negociación de Prácticas Mejoradas). Estas metodologías han sido promovidas por un grupo de organizaciones entre las que se encuentran *The CHANGE Project*, la Organización

Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud , *Johns Hopkins University/Bloomberg School of Public Health* y otras en los ámbitos nacionales.

COMBI es un abordaje innovador hacia la comunicación y la movilización social, que incorpora décadas de aprendizajes de la comunicación en salud pública y de la comunicación de consumidores del sector privado. Su enfoque es el cambio de comportamientos medibles y no solamente cambios en conocimientos o actitudes (Lloyd y Park, 2005). Al agregar este enfoque al modelo de movilización se garantiza que programas que generalmente tienen presupuestos y recursos humanos muy reducidos, obtengan una optimización de éstos, en cuanto a los resultados comportamentales reales.

a) Antecedentes y tendencias de la participación social en salud

El surgimiento de la participación como categoría social es muy antigua, tanto como los primeros grupos sociales, pero desde la perspectiva del desarrollo comunitario es mucho más reciente. En E.U., en el transcurso de los años de la década de 1940, el movimiento de lucha contra la pobreza estimuló el desarrollo de acciones comunitarias, (CERQUEIRA MT, 1993) aunque ya antes se había producido alguno que otro intento para el fomento de la participación de la población en Inglaterra, con la finalidad de estimular el desarrollo en las localidades.

En los años de la década de 1950, se dieron diversas experiencias de animación y desarrollo rural en los que se promovió la participación comunitaria. El enfoque dominante para la época era de naturaleza científica y proponía la introducción o transferencia de nuevas tecnologías para mejorar las condiciones de vida de la población. (CELEDON, C. 2000)

Posteriormente en la década de 1960 hubo un gran número de proyectos de participación comunitaria en diferentes países; sin embargo, esta no trascendió a la elaboración de tareas como forma de extender servicios a bajo costo.

La estrategia de *organización para el desarrollo integral de la comunidad* comenzó a imponerse por los años setenta y se reconoció la necesidad de colaboración

entre instituciones gubernamentales y la población, (OAKLEY P.1993) pero fue a partir de 1978, con la declaración de Alma-Ata, en que la participación comunitaria y social se constituyó en una estrategia principal para alcanzar el propósito de “Salud para todos en el año 2000”. Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población, en particular a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio.

Específicamente en Centroamérica, experiencias pioneras de los años de las décadas de 1960 y 1970 tales como la de *Donde no hay Doctor* de México y la de *Hospital sin paredes* en Costa Rica recibieron un significativo reconocimiento y apoyo al consolidarse la Atención Primaria de Salud como estrategia mundial aprobada en Alma Alta. En Cuba en 1961 se crean Las *Comisiones de Salud del Pueblo*; las que estaban respaldadas por el principio declarado para la salud pública de que “las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada”.

A partir de ese momento comenzaron a hacerse públicas las experiencias de participación comunitaria que se venían desarrollando en diferentes lugares del mundo, en ellas se ponían de manifiesto las distintas formas de asumir la participación social. Se intensifica entonces la necesidad de saber del ser humano, ¿por qué participan unos pobladores y otros no?, ¿qué es realmente participación?, ¿hasta qué punto es cierta la afirmación de que la participación es el arma fundamental de los pueblos?. Éstas y muchas otras interrogantes demandaban respuesta.

Es así como continúa el interés por estudiar la participación social, presentando algunas veces, enfoques parciales a partir de lo que consideran la participación y otras, dando a conocer el impacto que la participación tiene en los objetivos de salud de determinado grupo social y comunitario.

El acudir a la participación en el ámbito de las metas de salud no es un hecho aislado, ha estado marcado por diferentes corrientes que en el campo sociopolítico se han desarrollado en distintos momentos de las tendencias históricas, entre ellas el anarquismo, el marxismo y la social democracia, por sólo mencionar algunos ejemplos.

El marxismo muestra una significativa impronta en el desarrollo histórico, de la participación social desde la perspectiva de declarar la necesidad de la propiedad social sobre los medios de producción, de esta forma legitima la participación de todos los ciudadanos en el desarrollo social. La participación deviene de la conquista del poder para los menos favorecidos y es justamente de esa escala global, donde el pensamiento de *Marx y Engels* acuñan la necesidad aún insatisfecha en localidades y países, de que el poder esté compartido entre todos con igualdad de derechos y acciones.

La participación social constituye una piedra angular para el desarrollo tanto de los seres humanos en su individualidad, como para el de las localidades a la que los mismos pertenecen, es por ello que en el empeño de estimularla o desarrollarla, según el caso, se han hecho diferentes asociaciones teórico conceptuales, una de ellas es vincularla a la democracia (TURABIÁN JL 1992).

En el caso de su asociación con la democracia, el Informe sobre Desarrollo Humano de las Naciones Unidas de 1998, para ilustrar el progreso respecto al desarrollo humano lo hace atendiendo a la evaluación de algunas de sus posibles dimensiones: la salud, los conocimientos, la participación y la seguridad humana, en términos generales utilizan diferentes indicadores y dentro de ellos el fundamental es el Producto Interno Bruto (PIB).

Otra tendencia en el campo de estudio de la participación social ha sido vincularla al desarrollo y así pasa al conjunto de categorías que utilizan tanto el Banco Mundial (BM) como el Fondo Monetario Internacional (FMI), en sus “políticas de apoyo” para desarrollar económicamente las localidades, ya sean rurales o urbanas; claro está desde una perspectiva muy particular a partir de regulaciones que en oportunidades son contrarias a las políticas de desarrollo y autonomía de los pueblos.

En los últimos años para alcanzar un mayor nivel de desarrollo de la participación social ha sido necesario su análisis vinculándola con el empoderamiento, Dicho empoderamiento, hace referencia a la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva, implica acceso y control sobre los recursos

necesarios En el ámbito individual implica características que favorecen la autoestima y el autocontrol para alcanzar las metas propuestas. En el ámbito comunitario el apoderamiento se funde con la participación social cuando reconoce la necesidad de contactos entre las diferentes organizaciones, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influencia en las estructuras de poder (RACELIS M. 1993).

En general el panorama de la participación social se aborda de diferentes formas, se percibe como la satisfacción de una necesidad de determinado grupo de población, en otras como una vía o herramienta para alcanzar la salud y en otras como una política social.

1.3.2 El papel de la comunicación en la difusión de conocimientos en salud

Reflexionar sobre las implicaciones que tienen las estrategias de comunicación en la calidad de vida de la población, nos lleva necesariamente a acercarnos a la definición de comunicación en salud.

Diversos estudios han demostrado que la comunicación en todos los niveles, masiva, comunitaria e interpersonal, juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores, normas sociales y en el estímulo de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (HEALTHY PEOPLE 2010, VOL. 1 2002), la comunicación en salud, abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Así mismo se plantea que la comunicación en salud puede influir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación

preventiva. Cabe señalar que en el aspecto de promoción es importante la exposición de los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud.

Varios autores coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una educación para la salud efectiva. Por ejemplo, (BELTRAN, 1972) sostiene que el empleo sistemático de medios de comunicación individual, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos son herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales para el logro del objetivo educativo. Esta información sobre salud entre la población, aumenta la concientización sobre aspectos específicos de salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

No obstante otros autores difieren en el manejo que se les debe dar a los medios de comunicación en la distribución de la información para la salud, particularmente teniendo en cuenta la población objetivo y las necesidades de la misma. GUMUCIO DRAGÓN (1989) en su obra "haciendo olas" comenta que muchas veces la comunicación ha sido concebida erróneamente como propaganda o como simple difusión información. Según este autor, los gobiernos, los actores sociales y las ONG ven a la comunicación como una oportunidad de ganar visibilidad concentrando el uso de los medios masivos y otras actividades que generalmente tienen impacto en las ciudades y no en las áreas rurales mas pobres. Como consecuencia, este autor expresa la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria que esté basada en el diálogo.

Por otro lado, la educación también ha jugado un papel importante en la búsqueda de una definición de comunicación para la salud.

En la 23^a Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Septiembre de 1990, hubo un especial interés en posesionar la comunicación social como una disciplina importante para la formación básica de las personas, familias y comunidades. Más tarde en las orientaciones estratégicas 1995-1998 se plantea que: el uso de información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante. La

transformación de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud.

Bajo este contexto, la comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud basados en la teoría, pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables.

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal, sumados a un fuerte componente de investigación y participación. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente veraces y logran llegar a las audiencias a través de canales de comunicación familiares.

Del mismo modo que la comunicación para la salud abarca conceptos provenientes de constructos teóricos, también puede incluir varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, etc. Puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y los multimedia hasta cuestiones tradicionales de una cultura, tales como la narración de historias, teatro y canciones; también puede adoptar las formas de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporadas dentro de los medios de comunicación existentes, entre otros.

Desde una perspectiva histórica, se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente,

de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud.

Para alcanzar este propósito (como son las recomendaciones de OMS Y OPS entre otras), la comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de los individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. De esta forma la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

1.3.3 La comunicación participativa en salud

Partiendo diversos aspectos de comunicación participativa (a partir de organizaciones internacionales ya mencionadas), que sostienen que aquellos afectados por las decisiones deben estar involucrados en la toma de estas, es decir, la efectividad y los programas y las campañas de comunicación orientadas hacia el cambio de actitudes y comportamientos, depende de la participación activa de la comunidad afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción que a su vez tengan la realidad social y cultural de la comunidad. El proceso de comunicación horizontal juega un papel esencial para posibilitar la participación de la comunidad de una manera igualitaria en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Este proceso se basa en el diálogo, aunque se empleen distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos.

Freire (1997), sostiene que el pueblo posee un conocimiento práctico, vital, empírico que le permite sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar, por siglos por medios directos naturales. Es interesante analizar racionalidad de este conocimiento popular en cuanto a lo que tiene de propio y específico. En las comunidades existe una

filosofía espontánea contenida en el lenguaje (como conjunto de conocimientos y conceptos), en el sentido común y en el sistema de creencias que aunque es disperso a nivel general, tiene el valor para articular la práctica diaria.

Es importante que durante la implementación de estrategias para la comunicación en salud, el compromiso de las comunidades implique no solo la participación de éstas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, sino también su cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permita que la población se constituya como interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones (GUMUCIO DRAGÓN, A 1989).

El abordaje comunitario también constituye una metodología para la investigación en comunicación. La investigación Acción Participativa (IAP) es una perspectiva que se caracteriza por ser un proceso metodológico sistemático, insertado en una estrategia de acción definida que involucra a los beneficiarios de la misma en la producción colectiva de los conocimientos necesarios para transformar una determinada realidad social. La comunicación participativa parte de un proceso continuo de planificación, acción, evaluación y vuelta a empezar; su principal interés es la acción con base en un proceso de reflexión y toma de conciencia que genera conocimiento colectivo entre los participantes, permitiéndoles interpretar, conocer y transformar la realidad. Volveré a detallar la Investigación Acción Participativa en el capítulo siguiente.

Por lo tanto, siendo objeto de la comunicación en salud (los participantes) moralmente deseable, el sujeto, forma su voluntad de manera activa, significativa y participativa.

En esta área de la comunicación, también resalta el modelo Precede de Green, conocido también como precede-procede. Dicho modelo supone una guía para la programación de las intervenciones en salud, realizando en primer lugar, un diagnóstico epidemiológico y social, tratando de identificar las necesidades prioritarias en salud de una comunidad (GREEN LW, KREUTER MW. 1999). Después del

diagnóstico de comportamiento, se identifica qué es lo que está relacionado con el comportamiento y lo que no lo está. Con estos resultados se realiza un diagnóstico comunicativo haciendo una distinción en los factores preponderantes en el individuo, los factores ambientales o de naturaleza que hacen posible el comportamiento y los factores de refuerzo. Este modelo está basado fundamentalmente en las conductas individuales de la salud y no en la modificación y condiciones sociales que determina la conducta.

1.3.4 Educación y comunicación en salud

Según se conciba a la educación/comunicación será el uso de los medios de comunicación en la enseñanza. Hay dos modos de entender y asumir esta dupla: el vertical, unidireccional, y el que considera al educando como sujeto de un proceso en el que se aprende de y con los otros. En el primer caso, el uso de los medios reproducirá la unidireccionalidad acrítica y la imposibilidad de una relación dialógica. En el segundo, ese uso se lo hará en un espacio cuyos protagonistas son verdaderos interlocutores.

Educación y comunicación son dos términos que pueden ser entendidos de muy diversa forma y, según se los entienda, se abordará con muy diferente criterio el uso de los medios en la enseñanza. Con todo el riesgo de una simplificación esquemática, se puede distinguir entre dos modos de entenderlos; y la opción por uno de ellos atravesará y permeará toda la práctica educativa. Por una parte, se perfila el modelo transmisor al concebir la educación como transmisión de conocimientos para ser memorizados y “aprendidos” por los educandos, sitúa a estos últimos como objetos receptáculos y depositarios de informaciones. Es el típico modelo escolástico de la clase frontal, con el docente al frente y los alumnos escuchando (o haciendo como que escuchan) para después ser evaluados por la literalidad con que repiten y reproducen lo escuchado. Este modelo ha sido condenado al destierro por la ciencia pedagógica, pero una mirada honesta a la realidad escolar reconocerá que, sigue gozando de buena salud.

Paralelamente, en el ámbito de la comunicación, se sustenta el modo clásico de entenderla como transmisión unidireccional de mensajes por un emisor (“locutor”) a unos receptores (“oyentes”). Y también esta concepción transmisiva goza de un óptimo estado de salud: está firmemente implantada en la sociedad e internalizada en el tejido social.

Se advierte fácilmente la correspondencia entre ambos paradigmas, el educacional y el comunicacional. Resulta natural entonces, que cuando se opera dentro de ellos el uso de los medios en el aula adquiera una determinada impronta: reducida al papel de mero auxiliar instrumental, la comunicación será equiparada al empleo de medios tecnológicos de transmisión.

Fue así cómo comenzaron a usarse -y aún siguen más de una vez usándose- los medios en las aulas. Cierta enseñanza se autoproclamó “moderna” porque desplegaba aparatos y recursos audiovisuales. Empero, a poco que se examinara la pedagogía subyacente en el interior de esas prácticas, bajo el vistoso maquillaje resurgían las arrugas del viejo y glorioso modelo transmisor. Los mensajes eran expositivos y cerrados sobre sí mismos, que no favorecen la reflexión y menos aún la participación de los educandos.

Creando “usar y aprovechar los medios”, lo que aquella tecnología educativa hizo en realidad, fue someterse a la lógica de estos: reproducir acríticamente su modalidad unidireccional sin buscarle alternativas dialógicas (los propios profesionales de la comunicación alimentaron el equívoco y aceptaron ser vistos y utilizados como suministradores de recursos técnicos y envasadores de mensajes mediáticos).

Lo que aparentaba ser una modernización de la enseñanza por cuanto la asociaba a las nuevas tecnologías electrónicas, se tradujo así, evaluado en términos pedagógicos en un estancamiento, por no decir en un retroceso. Hay maestros muy críticos de los medios masivos y firmemente persuadidos de la necesidad de fomentar en los educandos una postura crítica ante los mensajes mediáticos pero, a la vez, enquistados en el método tradicional de clase frontal. Lo que hacen entonces es “dar” a sus alumnos “una clase” sobre los medios, en la que les dicen lo que es bueno y lo que

es malo en la televisión y les prescriben lo que tienen que ver y lo que no deben ver. En suma, sustituyen una imposición por otra imposición.

De este modelo, obviamente por mucho que se lo equie con toda una batería de televisores, videos, proyectores y hasta computadoras, no cabe esperar un uso crítico y creativo de los medios. Y es que el problema no es de infraestructura tecnológica sino de proyecto pedagógico; de la concepción pedagógica y comunicacional desde la cual se introduzcan los medios en el aula.

Cuando se ve a la educación desde una perspectiva unidireccional, se tiende casi inconscientemente a no dar valor a la expresión personal de los educandos y a no considerar esas instancias de autoexpresión y de interlocución como componentes ineludibles del proceso pedagógico.

El otro modelo educativo es el que pone como base del proceso de enseñanza/aprendizaje la participación activa de los educandos; que los considera como sujetos de la educación y ya no como objetos-receptáculos; y plantea el aprendizaje como un proceso activo de construcción y de re-creación del conocimiento. Para esta concepción, todo aprendizaje es un producto social; el resultado tal como lo postuló Vygotski (1979) un aprender de los otros y con los otros. Educarse es involucrarse en una múltiple red social de interacciones.

Esta opción también tiene su correlato en comunicación, entendida y definida como diálogo e intercambio en un espacio en el cual en lugar de locutores y oyentes, instaure interlocutores.

La comunicación es un proceso mediante el cual dos o más personas en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores. Es además, un proceso complementario al de participación. En el campo de la salud, comunicación y participación, son entonces fundamentales para que, a través de una participación activa y consciente de la comunidad, se logre fomentar el autocuidado de la salud.

Podemos entonces hablar de la comunicación para la salud cuando hacemos referencia al proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente la oportunidad de ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y el bienestar. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.

Además las medidas destinadas a mejorar la salud, incluyen no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

La educación para la salud se realiza en la educación formal a través de la incorporación en la currícula educativa de contenidos de prevención y promoción de la salud. Así mismo en la educación no formal, con el desarrollo de sesiones de aprendizaje en organizaciones de base, comunidades y grupos sociales.

La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana; la comunicación, favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación y la comunicación interpersonal; la educación, activando sus capacidades para el desarrollo de las mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural, etc.; y la salud creando las condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales para que esa persona pueda serlo y actuar como tal.

La comunicación y educación se vuelven cada vez más, un binomio inseparable por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados; y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y comportamientos.

a) Las creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo, un punto de partida para la educación en salud

Si partimos de que el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona y los patrones de conducta individuales demuestran cierta consistencia en el tiempo bajo condiciones más o menos constantes, podemos decir que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (RODRIGUEZ J., 1995). Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, por ejemplo, existe una serie de factores de riesgo importantes de los principales problemas de salud en la actualidad, tales como el consumo de alcohol y de tabaco, el desequilibrio dietético en la alimentación, el sedentarismo, etc.

Específicamente los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar la salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales que emergen no solo del presente, sino también de la historia personal del sujeto (PULLEN C., NOBLE S. FIANDT K. 2001). Se refieren a las formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros, la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otros; la recreación y el manejo del tiempo libre.

La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vidas saludables. Aunque el conocimiento de algo por si solo no es un indicador de cambio conductual, si se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento (FINEBERG, H.1988)). Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si se considera el componente cognitivo.

Es importante resolver la cuestión del diseño adecuado de modelos de prevención e intervención en salud con ciertos grupos poblacionales que incluyan factores cognitivos que produzcan el impacto deseado, o al menos aumenten las probabilidades de éxito. Por esto, las teorías cognitivo-sociales y del comportamiento proveen elementos valiosos que proporcionan una estructura donde apoyar la planificación, ejecución y evaluación de dichos modelos (HOCHBAUM ,G.M. y otros 1992).

En el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognitivo. Por otro lado, destacan para la psicología de la salud, el modelo de creencias en salud de Hochbaum, el modelo de acción razonada de Fishbein y Ajzen y el modelo de adopción de precauciones de Weinstein (1988).

El modelo de creencias en salud fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar porqué las personas no participan en programas de salud pública. Posteriormente se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad (WEINSTEIN 1988), el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y las recomendaciones médicas KIRSCHT JP. (1974), la práctica de auto examen exploratorio (BECKER, MH 1974). , etc.

Los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas (POSS, JE.2001). La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad); mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar (WEINBERGER M., GREENE J Y MAMLIN JJ, 1981). Una clave

interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del modelo de creencias de salud. La autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad que requiere cambios comportamentales en un largo periodo crónico (BENEIT P.J. 1994). De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o la gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

Otro modelo es el de la teoría de la acción razonada que intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Este modelo fue introducido por Fishbein en 1975 y desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen en 1980. El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo de la intención comportamental, que depende a su vez de las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y de las valoraciones o normas subjetivas con respecto a lo apropiado de la acción comportamental. El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular.

Es importante señalar también, que el método de trabajo para la promoción de la salud propuesto por la Universidad de New Jersey, conocido como el proceso de adopción de precauciones (ROSENSTOCK IM 1990). Es un modelo que plantea la existencia de cinco etapas que se dirigen a la meta de identificar, valorar y fomentar los factores de protección para la salud:

- La percepción del riesgo, de la severidad y la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones.

- El reconocimiento de estos factores para otras personas como pares o grupos de referencia.
- La percepción de los factores en si mismo o aceptación de la susceptibilidad personal.
- La decisión de adoptar la precaución.
- La toma de la precaución.

Los tres modelos presentados se toman en cuenta para el análisis y discusión de la información obtenida a partir del presente estudio, donde se investigó el estilo de vida de una comunidad urbana marginada de la ciudad de México. Aunque es necesario avanzar hacia otros modelos que incorporan la importancia del análisis socio-histórico en la configuración de las creencias, en las cuestiones de identidad que se construyen durante la biografía personal y en la incorporación de reflexión a los procesos de cambio en las creencias. De allí que el aprendizaje reflexivo que permita una reconstrucción en una dialéctica entre pensamiento y acción, individuo y sociedad son fundamentales (Kemmis, 1999).

Como se puede observar la comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la reconstrucción de los mismos a partir de la fundamentación y la experiencia, a la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida

En la adopción de un cambio de conducta determinado, los individuos deben tener un sentido de agencia personal o autoeficacia, de que ellos pueden realmente desempeñar el cambio de conducta deseado, incluso de cara a varias circunstancias o barreras que pueden dificultar la adopción del cambio e implementarlo. A menos que la gente crea que puede ejercer algún tipo de control sobre la conducta de salud, tendrían poca iniciativa para actuar o perseverar de cara a la circunstancias. Pero veremos que es fundamental tener en cuenta la dimensión social y los condicionamientos externos que serán objetos de los siguientes epígrafes.

1.3.5 Desafío emergente para la salud de la comunidad: la promoción de la salud

Los procesos que se dan dentro de una sociedad son dinámicos yuxtapuestos y globalizados; y cada vez se hacen más gravitantes e influyentes en el estado de salud de una población.

El panorama demográfico y epidemiológico de nuestra sociedad se caracteriza por un aumento progresivo de la expectativa de vida al nacer, una disminución de las tasas de natalidad y fecundidad; pero no podemos dejar de observar que a la par ha surgido una mayor prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, neoplasias y problemas relacionados con la salud mental, ocupacional y ambiental, con coexistencias “antiguos” pero vigentes como las enfermedades transmisibles (MESA G, RODRÍGUEZ I, TEJA J. 2004).

A esta realidad debe agregarse una respuesta social y de estado sin abordaje integral y sostenido; mas aún, los modelos económicos y de desarrollo vigentes han profundizado brechas de desigualdades en las condiciones de vida y salud entre grupos poblacionales.

En concordancia con esta realidad, los modelos de salud en los países en vías de desarrollo se caracterizan fundamentalmente por centrarse en los establecimientos de salud y orientarse al individuo, priorizando en tratamiento de la enfermedad y su recuperación. Sin embargo es preciso interpretar a la salud como un proceso social y proponer un modelo de salud con un cambio paradigmático donde las acciones de salud se orienten a mejorar la calidad de vida de las personas y de su medio ambiente, así como las relaciones del personal de salud con la población (DECLARACIÓN MINISTERIAL DE MÉXICO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 2000).

En este contexto, la promoción de la salud constituye un proceso político social y una estrategia que puede contribuir efectivamente a la mejora de la calidad de vida y la construcción de la sociedad de bienestar. Su enfoque se basa en la concepción de salud como proceso social resultante de las condiciones e interacciones de las personas con su medio local. Desde esta perspectiva, la promoción de la salud

considera que la preservación, mantenimiento y mejora de la salud requiere de la participación de la comunidad, del empoderamiento social y del despliegue de esfuerzos intersectoriales.

La promoción de la salud como campo conceptual, metodológico e instrumental trae entre sus pilares y estrategias, elementos favorecedores de la mejora de la calidad de vida a través de las determinantes de la salud; presupone que el logro del bienestar está en el potencial de contar con aliados y la movilización de la sociedad; trabaja con el principio de autonomía de los individuos y la sociedad reforzando el planteamiento del poder local para el cambio y el desarrollo sostenible.

a) Educación alimentaria nutricional

La promoción de la salud vista desde esta óptica busca y anhela el empoderamiento de la sociedad, vale decir, aboga por el respeto de los derechos ciudadanos y de salud e induce condiciones para orientar a la sociedad en acciones políticas y sociales que mejoren sus propias condiciones de vida.

Dentro de esta perspectiva emergente de abordaje de la salud y su promoción, encontramos una gran temática completamente inserta es indispensable en la calidad de vida: el aspecto alimentario. La educación alimentaria nutricional como un proceso para el desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas que permitan a las personas reconocer sus problemáticas alimentarias y diseñar estrategias para mejorar y preservar su estado nutricional. Todo esto englobado en este gran proceso de abordaje del proceso de salud.

La educación alimentaria así vista, se basa en la propuesta de aprendizaje significativo, es decir, que contempla integralmente a la persona y sus saberes y experiencias previas para facilitar la incorporación de herramientas útiles para la vida cotidiana y la selección de alimentos saludables y culturalmente aceptables; todo lo anterior, parte del reconocimiento de que la alimentación como el lenguaje forman parte de la identidad de las personas y que los hábitos desarrollados en torno a hábito alimentario son la resultante del aprendizaje acumulado por muchas generaciones que

(en contacto e intercambio permanente con su medio de pertenencia) crean y recrean permanentemente su identidad cultural.

Dado lo anterior, es importante considerar que toda educación alimentaria nutricional ha de intentar producir modificaciones solo en aquellas prácticas que constituyan un riesgo para la salud, promoviendo en cambio la defensa de la cultura alimentaria de las personas y de los pueblos. Por otro lado, si consideramos que nuestros países viven crisis económicas caracterizadas por la inequidad de distribución de la riqueza, que dificulta día a día el acceso de las personas a los alimentos que por derecho les corresponden, pese a la enorme diversidad y cantidad. Esto unido a factores que intervienen como la existencia de monopolios y el control de los medios de comunicación con intereses empresariales. Ante esta situación, vale decir que la educación alimentaria puede ser un arma de doble filo, pues por un lado sabemos que la educación bien fundamentada y que parte de la realidad de las comunidades puede traer beneficios maravillosos, pero por el otro, la población se encuentra en desventaja contra las embestidas de la charlatanería empresarial y de todo tipo, pudiendo fácilmente ser cautivada por el “paradigma de los alimentos mágicos”, que a un bajo costo dicen cubrir todas las necesidades nutricionales.

¿Qué papel le cabe entonces a la Educación Alimentaria Nutricional en este momento?

- 1) La preservación del deterioro del estado nutricional de la población, rescatando hábitos alimentarios saludables y desarrollando saberes y destrezas que permitan optimizar los ingresos y recursos disponibles a partir de una selección y / o la producción de alimentos para el autoconsumo basada en criterios racionales y nutricionales.
- 2) La promoción de la capacidad de alarma y auto cuidado de las personas, al darles herramientas que les permitan reconocer sus necesidades nutricionales y los aportes genuinos que los diferentes grupos de alimentos pueden ofrecerles. De este modo la población estará en condiciones de defender activamente su derecho a la salud y la alimentación adecuada.

- 3) La defensa y recuperación de la autonomía y la dignidad de las personas, advirtiendo la necesidad de proyectarse más allá de la emergencia, mediante Programas de Asistencia Alimentaria que incluyan componentes educativos y de capacitación que desplacen a las personas asistidas del papel pasivo de mero receptor y favorezcan su reinserción en los circuitos de producción.
- 4) La recuperación de la cultura alimentaria y las estrategias de supervivencia de las personas, promoviendo su conversión en estrategias de desarrollo basadas en la reconstrucción de redes sociales y sistemas de intercambio simbólicos y materiales.
- 5) Ser una voz de alerta acerca del país que se está gestando, en la medida en que se sostenga en el tiempo la de privación alimentaria: es necesario recordar que la desnutrición no sólo deja huellas biológicas, sino también espirituales y morales profundas e indelebles.

Quienes tienen hoy el poder de decisión sobre las políticas sociales y económicas serán responsables mañana de las condiciones que habrán logrado desarrollar los ciudadanos que logren sobrevivir a la devastación nutricional. En este sentido, la Educación Alimentaria Nutricional es indispensable pero no suficiente para resolver la problemática actual: es imprescindible que se elaboren políticas de Estado que comprendan políticas alimentarias, de producción, de empleo, de Salud, de Educación y sean independientes de las administraciones en vigencia.

b) Promoción de la salud

El término de promoción de la salud fue planteado por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerest definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación (TERRIS M. 1992).

La primera iniciativa del gobierno y con trascendencia política ocurrió durante la gestión ministerial de la salud de Marc Lalonde en Canadá (1974), quien señaló el

concepto del campo de la salud, reconociendo que el estado de salud es influenciado por un amplio espectro de factores: biología humana, estilos de vida, la organización de la atención de la salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población (ROOTMAN, I. y M. GOODSTADT, 2001). Estos autores propusieron el concepto ampliado de promoción, estableciendo que, es el proceso para capacitar y habilitar a las personas para incrementar el control sobre los determinantes de la salud y por lo tanto mejorar su estado de salud (NUTBEAM N., 1985). Este concepto implica la mejoría de las condiciones generales, así como los factores básicos que influyen en la salud humana. Incluye también su habilitación para mejorar su salud, trabajando sobre los determinantes que la propician, tales como el entorno social o físico, el ingreso económico, empleo, condiciones del medio ambiente entre otros. También interviene sobre los aspectos relacionados con los comportamientos saludables que tiene relación con la educación y cultura por la salud.

En esta definición destaca la concepción de la promoción de la salud como proceso político social, que busca empoderar a las personas para mejorar su salud a través de las intervenciones positivas en el entorno.

En la conferencia de Ottawa (1986) se formuló a nivel internacional la concepción de salud relacionada con la calidad de vida; desde entonces hasta la fecha, existen esfuerzos teórico-metodológicos que han contribuido a clarificar y desarrollar este concepto. De hecho esto se relaciona con estilos y condiciones de vida como: educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, hábitos personales y económicos, entre otros. Se considera que la calidad de vida tiene dos aspectos relevantes: subjetividad y multidimensionalidad. La primera radica en la percepción de las personas y la segunda considera las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales como sus constituyentes fundamentales. La calidad de vida depende de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas esenciales. (MAX NEEF M. 1986).

En concordancia con este nuevo paradigma, es decir, el incidir en la calidad de vida antes que el alivio de la enfermedad; la mejora en la calidad de vida pasó a ser uno de los resultados esperados tanto de las prácticas de atención como de las

políticas públicas en el campo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Promover cambios en los hábitos y comportamientos de vida implica actuar en dos áreas: prevención de enfermedad y promoción de la salud. Al analizar cada uno de estos conceptos, existe cierta sobreposición en las acciones de ambos, pero también diferencias sustantivas en su enfoque, actuación y propósito.

La prevención de la salud se orienta principalmente a la enfermedad, riesgos y daños, tiene una aplicación sobre todo individual y se encuentra más directamente relacionada a la acción del personal de salud. Las acciones preventivas son definidas como intervenciones destinadas a evitar la emergencia de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en poblaciones.

La epidemiología ha identificado tres tipos de acciones de la historia natural de la enfermedad (MEZA LAGOS, 1992):

- Prevención primaria. Se relaciona con acciones preventivas, es decir, antes del inicio de la enfermedad o durante estadios muy iniciales de la misma.
- Prevención secundaria. Incluye la detección temprana e intervención inmediata contra la enfermedad antes que ella se establezca plenamente. Contempla la elaboración de programas de salud dirigidos a la prevención de las enfermedades o limitación del daño.
- Prevención terciaria. Se desarrolla después de que la enfermedad se ha establecido. Busca prevenir el deterioro y las complicaciones de una enfermedad así como rehabilitar y retornar al paciente a sus funciones física, mental y social tanto como fuera posible.

La promoción de la salud se relaciona con la generación de condiciones de vida saludables y el bienestar (LEAVEL Y CLARK 1953); involucra aspectos individuales, familiares y comunitarios para modificar y actuar sobre las determinantes de la salud. Implica la búsqueda de cambio en las condiciones de vida y trabajo de las personas

que constituyen la estructura principales de los problemas de salud y que demandan un abordaje intersectorial (TERRIS M. 1999).

La promoción de la salud implica el fortalecimiento de la capacidad colectiva e individual para enfrentar la multiplicidad de determinantes que condicionan la salud; y al considerar la salud como resultado de un proceso social rompe el paradigma de la medicalización.

Promover la salud es hacer política (WERNER 2000), es aceptar el inmenso desafío que desencadena un proceso amplio que incluye la articulación de aliados estratégicos, actuaciones intersectoriales y participación social que optimicen los recursos disponibles y garanticen su aplicación en políticas que respondan efectiva e integralmente a las necesidades de la sociedad.

La promoción de la salud también se relaciona con la modificación de los estilos de vida en las sociedades modernas donde se adoptan formas de comportamiento sedentario con el predominio de consumo de alimentos industrializados de alto contenido de sal y ácidos grasos saturados, con el abuso de drogas lícitas e ilícitas, entre otras.

La promoción de la salud incluye la movilización y el empoderamiento comunitario que intenta romper el individualismo característico de las sociedades modernas e impulsa la acción comunitaria efectiva. Los esfuerzos de promoción por alfabetizar en salud a la población sobre la base del bienestar favorecerá la participación responsable y sostenida de ésta.

La promoción de la salud abarca la construcción de entornos saludables; haciendo que la población modifique las acciones propias del progreso que viene estimulando ataques permanentes al medio ambiente.

Los aspectos anteriores tienen implícito favorecer la generación de condiciones saludables y una mejor calidad de vida, constituyendo un esfuerzo basado en iniciativas de transectorialidad como parte de la construcción de la comunidad. Esto implica el desarrollo de acciones en beneficio del bienestar y calidad de vida de las poblaciones.

Es así como los elementos diferenciales entre promoción y prevención surgen de los alcances de cada enfoque y se traducen en acciones a nivel individual y colectivo. Sin embargo, estas acciones son sinérgicas en la medida que se orientan al cuidado de la salud, su mejoramiento, y alcanzar un estado de bienestar en concordancia con los derechos ciudadanos y la justicia social.

Finalmente, es importante señalar que existe un campo de acciones comunes a ambos enfoques y una frontera de actuación poco definida entre la prevención primaria y las acciones de promoción de la salud, sobre todo a nivel individual; por ejemplo, el auto cuidado de la salud, la adopción de comportamientos saludables, y acciones relacionadas a la educación en salud.

Durante el desarrollo de este trabajo, se intentará explicar los rasgos y dimensiones de salud-enfermedad-alimentación y así analizar de qué manera se construyen estos procesos. Para ello es indispensable explorar e indagar los procesos que caracterizan a la comunidad, así como la influencia de los aspectos sociales en la salud-enfermedad, estudiando su especificidad y su relación con la alimentación. También se enfatiza sobre aspectos humanos, pedagógicos, científicos, éticos, entre otros. Por tal motivo, al acceder a su estudio y análisis se consideró el lugar de estudio y actores que posibilitaron el desarrollo del trabajo, ya que la construcción de los conceptos que le dan sentido al mismo se fueron transformando durante su desarrollo, variando las concepciones según la época en que les tocó vivir a las generaciones que componen la comunidad. Se percibe pues, que las distintas formas de apreciar los mencionados procesos tienen que ver con la manera como se estructuran los conceptos y los servicios de salud que los rodean, por lo que se intentó la intervención de varias disciplinas para permitir el enriquecimiento en el desarrollo del trabajo. Por lo anterior, en el siguiente capítulo se amplían las características de trabajo desde la perspectiva metodológica.



CAPÍTULO 2: APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

2.1 Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Comprender la construcción sociocultural de los padecimientos y la forma de alimentarse durante ellos, analizando la manera en que la relación enfermedad-alimentación es interpretada, elaborada y clasificada por las personas de la comunidad, así como las estrategias de respuesta social ante la intervención educativa que propicie prácticas alimentarias de curación, prevención y cuidado a través de programas de investigación-acción-transformación.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Contribuir a construir un conocimiento que nos permita enfocar los problemas de salud y su prevención desde una perspectiva pedagógica que ayude a orientar pertinentemente el aprendizaje, en el que sea posible la promoción de comportamientos saludables, máxima finalidad de esta intervención educativa.
- Identificar cómo opera un proceso educativo dirigido en una comunidad urbana marginada teniendo como base la pedagogía social, como un proceso que busca explicar el alcance de las acciones educativas en salud, así como reconocer los beneficios que se esperan en la salud de los participantes como resultado de la acción educativa enfocada principalmente a la prevención de las enfermedades.

2.2 Enfoque Metodológico

2.2.1 La metodología cualitativa en las ciencias de salud

Este punto surgió como una necesidad de realizar una serie de señalamientos globales acerca de la perspectiva metodológica desde la cual se partió; así como de las técnicas que fueron utilizadas en este trabajo para hacer investigación social, enfocadas a los procesos de salud-enfermedad, y sobre todo a aquellas disciplinas en las que predominó una orientación biomédica y epidemiológica.

En los últimos años se ha extendido el interés por aplicar instrumentos metodológicos de tipo cualitativo tradicionalmente asociados al campo de la antropología, lo que denota un creciente reconocimiento a la utilidad de sus aportes, y una gran necesidad de producir otro tipo de acercamientos a la problemática de la salud y la enfermedad que puedan ofrecer una mayor riqueza informativa. No obstante, esta recuperación del enfoque cualitativo ha conducido a la realización de trabajos que en aras de obtener resultados operativos en corto plazo, logran un tipo de acercamiento.

Ya avanzado el estudio, se hizo una especie de “alto en el camino” para mirar el recorrido entre la capacidad generalizadora de datos cualitativos y la profundidad explicativa de los hechos que rodearon los procesos estudiados.

Los métodos estadísticos nos dieron ventajas como: captar las tendencias de los procesos en grandes conjuntos sociales, o la distribución diferencial de ciertas características de la población en estudio. Permitiendo así, el establecimiento de generalizaciones de mayor alcance, la posibilidad de analizar de manera ponderada ciertas variables e indicadores puntuales y específicos; con la limitante de ser una información quizá de mayor diversidad o extensión temática, pero comparativamente de índole más general.

Por su parte el enfoque cualitativo, permite profundizar en ciertas explicaciones al mismo tiempo que posibilita captar la dinámica microsocial de los procesos estudiados.

En este sentido más que identificar, aislar y/o controlar una o más variables y evaluar su peso específico en la incidencia, el desarrollo o funcionamiento de tal o cual proceso, o incluso establecer relaciones de causa-efecto, la perspectiva metodológica que planteamos intenta describir y analizar cuales son las estructuras que determinan un proceso particular, cual es su dinámica, significación y lo que viene a ser de gran relevancia, cuáles son las relaciones entre ellas (AGUIRRE BELTRAN, 1994). Es decir, el análisis y la interpretación cualitativos se realizan en función de estas estructuraciones y no a través de la descomposición multifactorial de variables cuya influencia se analiza de manera relativamente autónoma. En este sentido, el dato cualitativo tradicionalmente asociado a las disciplinas antropológicas, posee una particular significación tanto estructural como relacional (YACH, 1992).

En estos niveles de descripción y explicación, es donde radica una de las principales diferencias del dato estadístico, en relación al dato cualitativo y desde esta perspectiva, resulta prioritario asentar muy bien la profundidad, precisión y confiabilidad del dato con vistas a la obtención de la información de suficiente calidad descriptiva y explicativa (TAYLOR, S. J. Y BOGDAN, R.1980).

Las pruebas de confiabilidad y validación utilizadas para el dato estadístico no pueden ser aplicadas para el dato cualitativo, pues el tipo de información, las formas de obtención, las unidades de análisis son sustancialmente distintas; la validez y confiabilidad del dato cuantitativo se basa en la representatividad estadística de la muestra y en el diseño adecuado del instrumento aplicado. Los datos obtenidos por métodos cualitativos no pueden ser estimados en función de su representatividad estadística, de ciertos coeficientes de correlación, etc., sino que deben ser valorados en términos de esta significación estructural/relacional, misma que se halla sentada en la calidad y profundidad de la información, en su fidelidad respecto de realidad estudiada, así como en el tipo de informantes seleccionados.

Es necesario enfatizar que la calidad del dato cualitativo se obtiene como producto del trabajo en intensidad más que en extensión, y su credibilidad se sustentan en el rigor metodológico y en el estrecho “control” que el investigador tiene sobre la información que ha obtenido durante el período de trabajo de campo. Dicho control consiste en identificar y verificar metodológicamente la congruencia y consistencia de la información recopilada, así como de las recurrencias, contricciones o vacíos existentes en los datos observados y/o proporcionados por los informantes. Se trata de captar los contrastes y diferencias entre el discurso (práctica idónea) y la práctica real, es decir, entre lo que lo que piensan, lo que dicen que hacen y lo que realmente hacen. Estas metodologías y sus técnicas privilegian el trabajo en intensidad y profundidad temática, lo que ofrece la oportunidad de caracterizar con mayor precisión las representaciones y prácticas sociales, reales e ideales, de ahí la necesidad de trabajar con un número pequeño de participantes.

Al respecto puede decirse que existen diversos procedimientos cualitativos para seleccionar a los sujetos de estudio, uno de los cuales (el que aquí se utiliza), es la construcción teórico-metodológica de tipos “ideales”, sobre la base de ciertas características que uno considera como determinantes para el problema de investigación. Se construye una tipología en función de estos criterios y a partir de la predominancia de cada una de las situaciones “ideales” en la población a estudiar, es que se seleccionan los sujetos o grupos sociales concretos cuyas características se aproximan. Lo anterior conduce a establecer construcciones tipificadas a modelos explicativos cuya importancia radica no en la representatividad estadística, sino en esta significación estructural y relacional.

De esta forma las representaciones sociales que interesa analizar son identificadas y descritas minuciosamente pero sobre todo, contrastadas con las prácticas que determinada población lleva a cabo, siendo a partir del contacto cotidiano y prolongado con su informante, que el investigador adquiere un control riguroso y metódico respecto de la credibilidad del dato obtenido. Es sobre esta base donde radica la riqueza descriptiva y explicativa así como la consistencia metodológica del dato cualitativo y que lo diferencia del dato estadístico.

Este procedimiento no solo resulta relevante como instrumento de control metodológico, sino también como guía de análisis teórico que de luz sobre las racionalidades que operan en los conjuntos sociales.

Las características del trabajo de campo desde esta perspectiva debe ser realizado de forma que garantice dicho control, por lo que su duración debe ser relativamente larga pues supone el contacto cotidiano con el grupo de informantes, el establecimiento de una óptima, prolongada y estrecha relación con ellos, el conocimiento de primera mano de sus creencias, nociones y actitudes, etc., así como la observación continua y sistemática de sus conductas respecto de los procesos que se investigan. La aplicación de todas estas técnicas, esencialmente cualitativas conlleva necesariamente otra diferencia respecto del enfoque cuantitativo: la duración del estudio en términos del tiempo requerido para la observación de los resultados.

Puede decirse que el uso de métodos cualitativos implicará necesariamente un mayor tiempo en la recolección, codificación, análisis e interpretación, puesto que en la primera de dichas fases es necesario dedicar un buen tiempo al establecimiento de los contactos (como ya se mencionó), a la construcción de una óptima relación con el informante, así como al conocimiento cotidiano y profundo de los procesos estudiados, entre otras cosas.

En las fases subsecuentes se utilizan procedimientos que pudieran incluso ser calificados como “informales” o “artesanales”, si se les compara con los modernos procedimientos computarizados utilizados en el análisis estadístico, con los cuales se agiliza la obtención de resultados de investigación.

Desde un punto de vista esencialmente práctico, esta característica pudiera considerarse “desventajosa” si se piensa en la necesidad de resolver determinados problemas de salud y si la investigación tiene objetivos inmediatos, entonces quizá resulte comprensible la urgencia por obtener resultados en un corto o mediano plazo, lo que evidentemente ha favorecido a la utilización de un acercamiento estadístico, y aún así por ejemplo en esta experiencia concreta, en donde además de abordar las representaciones sociales respecto a la alimentación y salud, se llevan a cabo

intervenciones educativas en salud a través del tipo investigación-acción. Se debe valorar lo inmediato, ya que se busca dentro de todo que los logros obtenidos en cuanto a los hábitos de alimentación y salud favorables sean en forma óptima, un conocimiento para la vida, lo cual requiere al final de cuentas de un acercamiento como aquí descrito.

Por lo anterior, cabría evaluar la conveniencia de aplicar cierto tipo de metodologías que si bien logran obtener información inmediata y expedita para grandes grupos poblacionales, corren el riesgo de resultar superficiales o de sesgar la realidad estudiada pudiendo tener consecuencias importantes, sobre todo cuando se trata de alguna intervención en salud pública (CONTI, N. 1998). Mas aún, la detección de los principales problemas que aquejan a la población, así como las posibles soluciones que se plantean, pueden ser de gran éxito si se conocen adecuadamente las necesidades, expectativas, creencias y saberes de los conjuntos sociales, sobre los cuales posiblemente se pueda actuar, identificando en su oportunidad los obstáculos o barreras que muchas veces interfieren en determinados planes y programas de salud.

Otra ventaja que se puede destacar dentro de la metodología cualitativa, es el hecho de que nos permite acceder a cierto tipo de información que no sería factible conocer de otra forma, o cuya aproximación tendría sesgos muy importantes. Sobre todo en problemáticas de salud que no son de fácil manejo, que solo se exteriorizan o se pueden profundizar con gran fidelidad y calidad, siempre existe una relación muy cercana con los informantes.

En términos generales, es posible considerar que existe una serie de problemas o líneas de investigación que son comunes a los intereses de enfoques antropológicos en salud, los cuales, según algunos autores (LOPEZ, B.M. 1997.; HIADER J. 2007; FLICK, 2004; CRESWELL, 2009) pueden ser explorados a partir de la complementariedad de los análisis cuantitativos. Los resultados obtenidos utilizando uno u otro tipo de acercamiento pueden ser comparados, verificados y/o fundamentados a partir de la aplicación del método complementario, optimizando sus alcances y aportes en la resolución de los problemas de salud-enfermedad de la población.

2.2.2. Principios metodológicos

Los principios metodológicos que orientan este trabajo comunitario son:

Acercamiento a la comunidad

El acercamiento se caracteriza por desarrollar actividades y habilidades para la escucha crítica, la apertura mental y la receptividad ante la otra cara del asunto, así como la flexibilidad para considerar alternativas y ángulos de enfoques diversos desde la interacción y la construcción grupal cooperada. Se busca potenciar las destrezas para el diálogo y la discusión argumentadas en el análisis de diferentes situaciones.

Participación, Diálogo reflexivo y Acción

A través de la investigación-acción, se busca desarrollar habilidades para el diálogo con el texto escrito y aplicado a situaciones cotidianas con vistas a aprender a formular preguntas de alto orden para problematizar el texto y otras producciones y situaciones. Mediante el cuestionamiento sustentado y el diálogo reflexivo de los participantes, los textos y situaciones son remodelados de modo crítico, abierto también a la contribución creativa.

Aprendizaje Creativo a través de diversas actividades lúdicas y de arte

El método utilizado en estas actividades, es un método no convencional de aprendizaje mediante diversos recursos. Hemos comprobado su efectividad en la formación de competencias para la creación y enjuiciamiento crítico de textos, generación de expresiones artísticas (plásticas, dramáticas, musicales, etc.); en nuestra experiencia hemos acudido a distintas iniciativas para involucrarnos con el contexto de nuestra comunidad, por ejemplo, se han realizado números musicales, juegos para los niños, teatro comunitario, etc. Con unos magníficos resultados. Como ya se ha

comentado en este proyecto participan dos grupos humanos indispensables para su desarrollo, un grupo de jóvenes que estudian la Licenciatura en Nutrición en la Universidad y el grupo de personas de la comunidad que participa en nuestras actividades. Dichas actividades han reportado por lo tanto resultados significativos para todos los participantes, por ejemplo, en los alumnos se ve un avance impresionante en escritura de ensayos y reflexiones, en lectura, problematización, generación de soluciones innovadoras, investigación, integración curricular, expresiones artísticas y desarrollo humano en general. Y no se diga para la comunidad que tiene un impresionante nivel de respuesta, interés y participación.

Problematización creadora basada en la heurística

Nuestro trabajo está basado primero, en la detección de categorías problematizadoras que nos dan la posibilidad de cuestionar, descubrir, identificar y formular la situación real como problemática en sus tensiones, contradicciones esenciales y restricciones propias de cada contexto, todos sujetos a redefiniciones, precisiones y alternativas, con vista a transformaciones y diferentes vías posibles de solución. El trabajo heurístico se emplea, en gran medida, con miras de propiciar una guía para la definición y solución de problemas que se presenten

Hemos señalado antes que la manera en que desarrollamos el problema de investigación es seguir un recorrido a través de la trayectoria de atención que las familias instrumentan en su alimentación, tanto en periodos de enfermedades diagnosticadas, como normalmente, así como a través de una experiencia educativa en salud, mirar la dinámica del complejo proceso de la alimentación. En este eje se plasman, se operativizan sus saberes, expresándose la construcción social del padecimiento. El inicio de este proceso lo marcaremos con la forma de alimentarse que normalmente siguen las familias, conectándolo de inmediato a los cambios alimentarios (si es que los hay) en padecimientos específicos; su desarrollo incluye una serie de decisiones, prácticas y recursos, su terminación conlleva una evaluación de los resultados y un proceso de aprendizaje que retroalimenta las futuras experiencias en los procesos alimentarios en la salud y la enfermedad.

Pensamos que es de cara primero a la situación que rodea a las personas que podemos sistematizar, por un lado, cómo está estructurada la alimentación de las familias, qué sucede con la forma de alimentarse cuando hay padecimientos diagnosticados y cuál es la utilización en este sentido de los servicios de salud, cuál es el papel que juegan las mujeres en las familias en términos de agentes de salud, no solo en la selección de la alimentación, sino también en lo que a nuestro juicio resulta central, o sea su papel como curadora, vía la estructura de la autoatención. El uso combinado de recursos de atención en cada padecimiento se relaciona con el reconocimiento social de un ámbito técnico-ideológico, estableciéndose los alcances y limitaciones de la estructura de la autoatención, aproximándonos de esta manera a las relaciones establecidas entre los saberes de las madres y de los terapeutas.

En este contexto nos referimos, a partir de la situación que rodea a las familias, a su alimentación y a la salud, como la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos, para hacer frente a episodios concretos de padecer. Dichas estrategias incluyen tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación o la prevención de la enfermedad, también incorporan todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo, sistemas de referencia profanos, personas encargadas del cuidado y mantenimientos de la alimentación familiar o de enfermos, de administrar o suspender tratamientos alimentarios, ofrecer consejos y generar soluciones (ARREDONDO, 1992).

Cabe citar que en un estudio hecho por GOFFMAN (1988) en pacientes mentales, “carrera del enfermo” o “carrera curativa” del enfermo como la define como: (...) *“cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida”, hay que aclarar que aunque aquí nos estamos refiriendo concretamente a formas de alimentación familiar, también incluye periodos de padecimientos concretos y la respuesta alimentaria específicamente, al final de cuentas incluye el desarrollo de la vida de las personas”*.

Por otro lado, autores como Freidson (1978) o Mechanic (1964), aclaran más estos procesos, este último, comenta lo siguiente respecto a la conducta del padecer

(illness behavior): “Los síntomas son percibidos, evaluados y puestos en acción, por una persona que reconoce algún dolor, malestar o mal funcionamiento orgánico” (MECHANIC, 1964, citado por MORGAN, 1985:78). Describe la manera en que las personas monitorean sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, toman acciones para remediarlos y utilizan los sistemas de atención a la salud. “La gente percibe, evalúa y responde diferencialmente al padecimiento y tales conductas tienen una enorme influencia en la manera en que el padecimiento interfiere con sus rutinas cotidianas, la condición de cronicidad, el logro de un cuidado apropiado y la cooperación del paciente en el tratamiento de la condición” (MECHANIC, 1981, 1986, citado en GOOD, 1994:42).

2.2.3 Justificación del diseño metodológico

El presente proyecto tiene relevancia específica para el estudio del contexto que rodea a los sujetos, basándonos en que la relación entre el hombre y su medio social y natural no se ha desarrollado siempre igual. La historia como recuento del desarrollo nos muestra a partir del análisis de los modos de producción, cómo cada formación socioeconómica ha aportado diversas condiciones para que el hombre desarrolle su vida. El modo en que los miembros y las clases de una sociedad utilizan estas condiciones, determina y condiciona su “modo de vida”. Para su análisis, es preciso investigar la propia vida como conjunto de actividades condicionadas socialmente, como son: el empleo, los ingresos, la vivienda, las condiciones de trabajo, la educación, el descanso, la recreación y por supuesto, la atención a la salud, entre otros (ROJAS, R. 990).

La salud y la enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio. Los modos y estilos de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por lo tanto, los modos y estilos de vida desarrollados por la sociedad y los individuos influirán positiva o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (VERDECIA F, BORROTO R, 1986).

La salud está pues, en dependencia de los hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones los esfuerzos que también durante su vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla. En todo esto la alimentación, especialmente a través de la educación para la salud, desempeña un papel destacable, es a través de ella que se puede desarrollar la cultura de la prevención.

El ser humano necesita a lo largo de su vida de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal en el hogar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y afecto para satisfacer necesidades mentales y espirituales, la ausencia de alguno de estos factores provoca daños, en ocasiones irreversibles a la salud del individuo. Por otra parte, las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la falta de servicio de salud pública adecuados, así como el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a medidas sanitarias preventivas y el aislamiento de amigos y familiares, representan “Factores de Riesgo”, que actuando continua y gradualmente, influirán negativamente en el Proceso Salud-Enfermedad, y si su influencia negativa opositora supera la acción de los requeridos elementos benefactores, tendremos como resultado nuevas calidades producidas por cambios o transformaciones que expresarán el deterioro progresivo del organismo humano, y es por eso que se habla de cambiar o modificar Modos y Estilos de Vida. El personal de la Salud tiene pues la misión de influir en pro de Modos y Estilos de Vida favorables a la conservación de la Salud, deteniendo y contrarrestando el “movimiento” y la consecuente influencia negativa de los “Factores de Riesgo” WILLIAMS A. (1992).

El rápido cambio social y la diversificación resultante de los mundos vitales están enfrentando cada vez más a los investigadores sociales con nuevos contextos y perspectivas sociales (FLICK, 2004), con lo cual la ciencias de la salud no pueden quedarse atrás ante la multifactorialidad, en la cual se encuentra inserto el proceso de salud enfermedad, requiere por lo tanto de una nueva sensibilidad para el estudio empírico de los problemas de salud. Abordar la investigación en salud desde el punto de vista cualitativo, nos ofrece dar respuestas y explicaciones sobre los eventos y

acontecimientos que rodean y que aborda el hombre. Mediante el uso de una codificación lingüística y de orden estructural significativa tal y como lo toman en cuenta los científicos holísticos, integrar la diversidad de los elementos o datos en los que destaca el contexto que rodea el evento de análisis tiene un valor, el cual por medio de la observación, inducción-deducción y conceptualización de lo que percibimos, da apertura al modo de establecer juicios y criterios.

La salud y la enfermedad afectan a poblaciones y personas y son en buena parte, construcciones discursivas íntimamente relacionadas con los discursos sociales creados y acumulados en cada contexto histórico, social y cultural. Es en este sentido que para estudiar y entender las poblaciones, desde el punto de vista de la alimentación como un proceso que impacta directamente en la salud y en la enfermedad, no son suficientes los instrumentos y los criterios cuantitativos, haciéndose necesaria como dice, MARIE FRANCOISE (1993) la “ciencia de lo humano”.

Los profesionales de la salud necesitamos contar con nuevos recursos y conocimientos, nuevos paradigmas científicos que nos ayuden a entender la realidad cada vez más compleja y mas intercultural. Si partimos de que una alimentación deficiente puede tener un enorme efecto sobre la situación sanitaria, social y económica, entonces la alimentación adecuada es un factor importante para el mejoramiento del nivel de nutrición y por lo tanto de salud de la población.

La conferencia internacional sobre nutrición (CIN), organizada conjuntamente entre la FAO Y LA OMS en diciembre de 1992, recomendó dar a la educación alimentaria y nutricional una alta prioridad, siendo ésta actualmente objeto de debate metodológico intenso. Ser conciente del riesgo, el análisis de la realidad en relación con los determinantes de salud y la búsqueda de los referentes que en el mundo existen; cuando esta cuestión se pone encima de la mesa, quizá suponga enfrentar el desafío de la salud comunitaria. La atención primaria en salud que es donde podemos ubicar las acciones preventivas de salud y nutrición, se asemeja cada vez a la medicina interna pero en la comunidad, por el enorme incremento de su capacidad resolutoria, y en algunos casos, con altos grados de valoración de la calidad de la atención prestada.

Cabe destacar que más que explicar el porqué de la alimentación desequilibrada de la comunidad, se pretende poner acento en la comprensión de la conducta humana respecto a la alimentación y salud interpretando de acuerdo con el significado de los propios actores sociales mediante la búsqueda de lo diverso sin atenerse a reglas explícitas, adquiriendo la información de la comunidad por inducción. Como menciona FLICK (2004:18), *“diseñar un método abierto que haga justicia a la complejidad del objeto en estudio, aquí, continúa, el objeto de estudio, es el factor determinante para escoger un método y no al revés”*. Si el proceso de prevenir enfermedades a través de la buena alimentación comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay que dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferente naturaleza para percibir los signos del proceso salud - enfermedad y comprender su significado. Es decir, descifrarlos buscándoles el sentido con respecto a la persona que los vive, en conexión con su contexto de vida y las actividades que realiza.

Por tanto, podríamos decir que el campo de estudio en este caso no es una situación artificial en el laboratorio, sino que está basado en las prácticas e interacciones de los sujetos en la vida cotidiana.

La finalidad de la investigación no es examinar lo que ya se conoce bien, sino descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentales empíricamente. La salud y enfermedad, así como los procesos preventivos, no siempre pueden ser medibles y cuantificables, como los que se centran en implicaciones sociales de salud, por ejemplo, examinar las creencias y actitudes que favorecen o dificultan el seguimiento de las indicaciones de salud en un paciente diabético.

En este sentido se planteó y aplicó un diseño operativo que permitió obtener una aproximación a los aspectos socioculturales de la alimentación en relación a la morbilidad sociocultural de una comunidad urbana marginada específica, desde una perspectiva local incorporando a nivel metodológico algunos procedimientos de la investigación-acción, además de recursos y técnicas de antropología social como es el estudio cualitativo de un grupo focal.

La investigación acción pretende una mayor y más activa participación de la población en diversos momentos de la misma, vinculando las acciones grupales a problemas concretos, susceptibles de reflexión conjunta en el contexto de un proceso organizativo y educativo local (GAJARDO, M. 1983).

Dado lo anterior, y por las características del estudio la investigación-acción, se consideró que este era el enfoque metodológico pertinente para el desarrollo de la tesis a través de un análisis participativo donde los actores implicados se convierten en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad sobre el objeto de estudio, en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones. Es necesario aclarar que la investigación acción, no ofrece una batería de respuestas y soluciones a los problemas, sino más bien propicia la conversación y el diálogo como mecanismos que crean procesos donde los sujetos afectados aporten tras la reflexión, soluciones a sus problemas. En este caso, es la educación en nutrición la que utilizará la comunicación social para lograr los cambios de mediano a largo plazo en las conductas no deseadas de la población con relación a la alimentación. La educación en nutrición consiste en intervenciones en la comunicación social, con el fin de modificar los hábitos alimentarios no deseados, basándose en un cuidadoso estudio de las conductas, actitudes y prácticas de los grupos de población asistidos.

La estrategia primordial de la metodología de la investigación en este trabajo, se conecta directamente no solo a los aspectos del área de la salud, sino también a aspectos sociales, ya que se orienta al cambio y transformación en salud y alimentación; de tal modo que el consenso sobre el diagnóstico facilitó y tuvo su proyección en un consenso de las propuestas, y en una participación co responsable en las acciones que se desprendieron de las mismas.

Para ello utilizamos la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP), inscrita dentro de la sociología crítica aplicada, donde la investigación es a la vez (auto) análisis (auto) formación y (auto) gestión, en un proceso continuo y en espiral de reflexión-acción-reflexión, que hace accesible a los sujetos fusionando y socializando los saberes y los poderes (LOPEZ DE C., 1989).

El acoplamiento entre el sujeto observador (investigador) y el sujeto-objeto de estudios propio de un proceso de IAP, hace que esta se base fundamentalmente en técnicas de análisis cualitativas, aunque sin excluir conocimientos estadísticos y técnicas cuantitativas que nos pueden ayudar a una primera aproximación a la realidad socioeconómica y demográfica del ámbito de estudio y de intervención.

Cuando hablamos de la IAP, hacemos referencia a un proceso-método de investigación que intenta por un lado, superar la cultura del “exigir” y desarrollar una cultura del “construir conjuntamente”, y por otro, romper la clásica distancia entre investigadores-investigados, de tal modo que el sujeto-objeto de estudio interviene en el diseño, en el diagnóstico, en la formulación de propuestas y en la evaluación de la investigación. Los investigadores se investigan así mismos en un proceso de reflexión y autoaprendizaje de técnicas y métodos “apropiados”, con el objeto de redescubrir sus condiciones de partida y las potencialidades para superarlas. Así, el sujeto-objeto de investigación se encuentra en estrecha relación con los procesos que él mismo produce y que interpreta de forma recurrente y en espiral. Uno de los postulados centrales de la IAP, es el encuentro entre dos tipos de conocimientos, el saber popular y el conocimiento científico. Ambos flujos convergen en el proceso de estudio participativo y dan cuenta de dos perspectivas necesarias en el análisis de la realidad social: el enfoque *Emic* (sentido que infieren las personas a los hechos o conductas) y el enfoque *etic* (categorías abstractas o generalizaciones teóricas elaboradas por el investigador).

La IAP combina la difusión con la investigación y la validación de la misma en cada una de sus fases por parte de la comunidad. El proceso se inicia con una amplia difusión del mismo, una primera reunión de personas interesadas que conlleva a la creación de un equipo de investigación que se encuentra vinculado y se nutre de las propias redes del ámbito de referencia. El citado equipo se denomina GIAP (Grupo de Investigación Acción Participativa) o grupo motor. Es el núcleo de investigación de composición mixta que incluye junto a los voluntarios y miembros de asociaciones, técnicos y profesionales que ayudan a la formación sobre los métodos y técnicas a emplear, asesoran y orientan acompañando el proceso en todo su desarrollo. Los

resultados de cada una de las fases de la investigación (diseño, diagnóstico, propuestas, evaluación) se devuelven a la comunidad, se reflexionan (en asambleas, talleres, consultas, etc.) y se difunden de tal modo que los integrantes de la comunidad tienen oportunidad de participar como informadores y proponentes creativos en cada uno de los momentos.

Para el desarrollo de la IAP, se utiliza un conjunto de técnicas desde una orientación participativa, que se combina entre si, y que generalmente se inicia con una recopilación de fuentes y datos secundarios (estadísticas, todo tipo de información y documentación elaborada, previamente), para posteriormente aplicar distintas técnicas estructurales (entrevista en profundidad y grupos de discusión entre otros) y dialécticas (asambleas, talleres, paneles, etc.).

La IAP es una metodología muy apropiada para el autodiagnóstico y el aprendizaje de estrategias de desarrollo local a escala humana, y es muy efectiva, por ejemplo, para implicar a los ciudadanos en procesos comunitarios. Procura una participación amplia de carácter real y relacional que incrementa ostensiblemente el conocimiento, la comunicación y la conciencia de los integrantes de la localidad. Fortalece las redes sociales y tiene una enorme proyección propositiva y de corresponsabilidad.

La IAP también implica procesos quizá poco prácticos, como la complejidad del proceso que implica un ritmo pausado ante la necesidad de adaptarse a las disponibilidades; o el nivel formativo de los participantes, etc. Lo anterior puede generar si no se está absolutamente atento, un desgaste excesivo en el proceso, sobre todo si no se asegura una motivación permanente y resultados parciales evidentes.

Es un proceso lento en el tiempo, pero por ello debe ser entendido como un proceso permanente y recurrente (RODRÍGUEZ-VILLASANTE, T., 1991). Además:

- El grupo motor debe ser equilibrado en su composición (variedad de agentes) y de tamaño proporcionado para que sea operativo.

- El tipo de proceso no está exento de tensiones y conflictos, que exigen una disposición mediador-negociador a los participantes y en particular a los integrantes del grupo investigador, sin embargo la regulación de los conflictos y tensiones es una característica que permite a la IAP, el alcance de la significación del proceso que se está investigando.
- Es importante considerar el desgaste derivado de tener una comunicación permanente con la base social.
- El difícil acoplamiento entre las propuestas y las disponibilidades políticas.

Es útil distinguir entre dos ámbitos íntimamente relacionados del comportamiento alimentario humano, los universos simbólicos y las prácticas. Los primeros dicen la relación con todos los conocimientos: creencias, percepciones y opiniones acerca de los alimentos y sus propiedades nutricionales, calientes-fríos, pesados-livianos, nutritivos-no nutritivos, que pueden producir enfermedades o ayudar a curarlas, los diferentes alimentos recomendados para cada etapa del ciclo vital, las diferencias de género alimentos o bebidas propios del consumo de hombres o mujeres, los alimentos que tienen que ver con ciertos rituales o festividades y los alimentos que son marcadores de estatus o clase social.

Los universos simbólicos son mejor estudiados mediante la entrevista en profundidad, grupos focales y grupos de discusión. Por otro lado, están las prácticas, éstas son las formas socialmente aprendidas de hacer en lo cotidiano, cuáles son los distintos sets de alimentos (alimentos básicos, alimentos habituales, alimentos ocasionales) cuáles son las formas de prepararlos o recetas, cómo es la distribución de estos sets de alimentos en los ciclos ya sean diarios o anuales, y cuáles son las prácticas para comenzar. En este caso quizá la mejor técnica sea la observación, aunque se pueden obtener buenas aproximaciones a través de entrevistas más o menos estructuradas y para ideas generales a través de grupos focales o de discusión.

Finalmente, es necesario “tender puentes” entre las metodologías cuantitativas y cualitativas que se complementen en la comprensión del fenómeno de la nutrición

humana y la prevención de enfermedades y así poder aportar mejores herramientas para la intervención en los temas en salud pública y la educación en nutrición.

Para el análisis e interpretación de los datos, la propuesta metodológica corresponde a un diseño descriptivo-comprensivo y enfatiza una estrategia cualitativa en la que se definen líneas directrices iniciales de búsqueda que podrán ser reformuladas y enriquecidas por la emergencia de nuevas categorías en el proceso de la investigación. Las dimensiones centrales para abordar el objeto de estudio se orientan a las prácticas y representaciones sociales.

Las estrategias y técnicas de recogidas de datos en este proyecto, como se detallarán más adelante, fueron: Análisis de documentos y encuestas de datos básicos, entrevistas semi-estructuradas, entrevistas en profundidad, observación participante e historias de vida que conforman inicialmente un intento de comprender la vida de la localidad. La triangulación de estas técnicas y fuentes de datos fue complementada con la triangulación de los agentes y los participantes, así como con la triangulación teórica.

2.3 El proceso de la investigación

2.3.1 Fases de la investigación y del trabajo de campo.

A continuación, se presenta el siguiente esquema que resume la estructura, del trabajo para pasar a la descripción de cada fase.

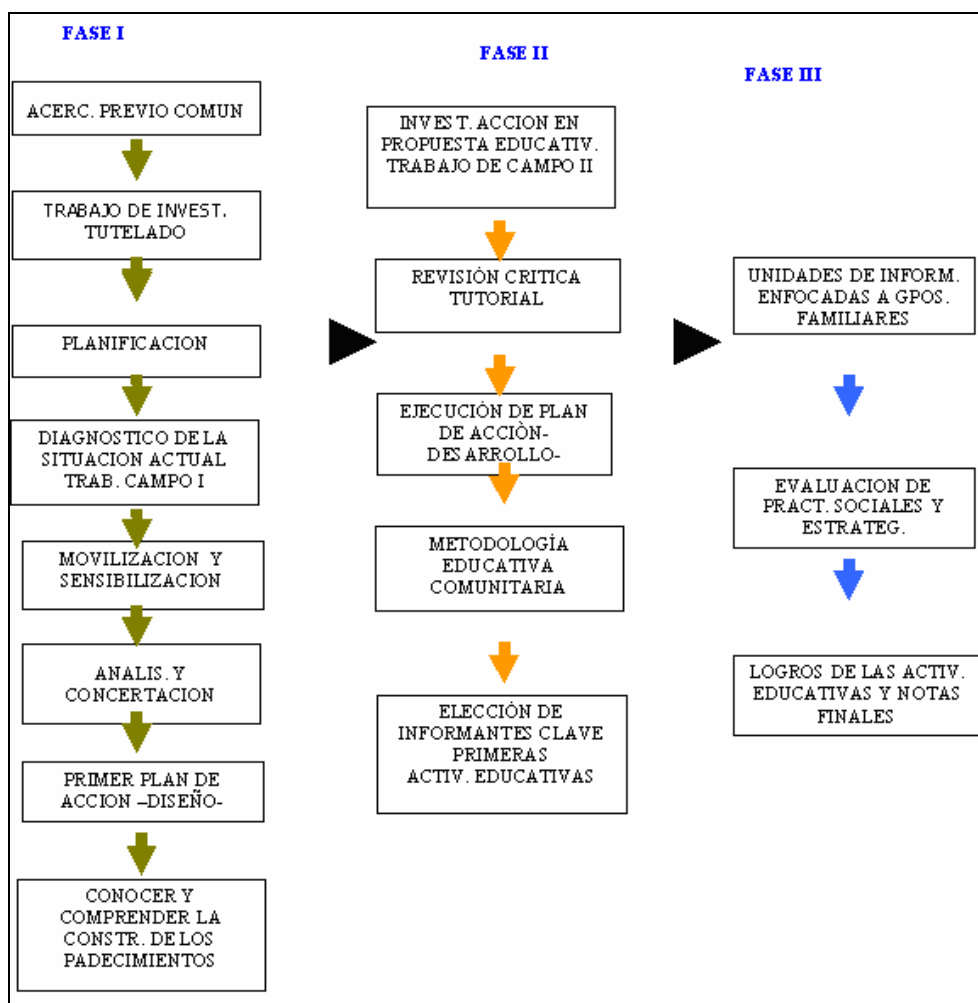


Figura 1. Flujograma secuencial del estudio

1ª Fase: Arranque del proceso, trabajo de campo I

El primer contacto que se tiene con la comunidad, es en septiembre del 2000, aunque el proyecto de la tesis se inició en 2005 cuando se seleccionó la comunidad de estudio y se establecieron los primeros contactos con los informantes clave. Desde ese tiempo y hasta finales del 2007, se han realizado visitas periódicas a la localidad, recopilando información diversa y llevando a cabo entrevistas con las familias. Tal como se plantea, el inicio del trabajo se sitúa bajo la óptica de la etnografía, como una forma de acercamiento a la realidad que permite una diversidad de aproximaciones desde los distintos ángulos que puede tener el complejo proceso de salud-enfermedad-alimentación (GUASH, 1997). Es bajo la pretensión de aprehender la totalidad del problema de investigación (VELASCO Y COL 1997) donde se sitúa en este trabajo, la idea de la observación participante, o del trabajo de campo, nos permitió adentrarnos a la esencia de la investigación cualitativa.

El trabajo de campo en su fase intensiva se llevó a cabo entre septiembre de 2005 y diciembre 2007, dos años continuos en el que se trabajó de manera casi cotidiana con los informantes, prácticamente residimos en la localidad, contando con espacio apropiado para darle la atención a los habitantes, teniendo la oportunidad de estrechar la relación con un grupo de madres de familia; compartimos muchos momentos con ellas y puede decirse que pudimos llegar a conocer sus problemas. Posteriormente a esta fase de trabajo de campo, se siguió manteniendo contacto con ellas a partir de las relaciones que se lograron establecer.

La mayor parte de la información que aquí se presenta corresponde a entrevistas realizadas entre 2006 y 2007, así como también, algunas que se hicieron en 2005. Los datos procedentes de las entrevistas de las madres se referían a situaciones ocurridas en el lapso de estudio (2006y 2007), y en menor proporción a sucesos previos que fueron recordados por nuestros informantes. En términos generales, la temporalidad de nuestro estudio remite al periodo 2000-2007, específicamente a 2006 y 2007, siendo este contexto temporal donde debe ser interpretada.

Además de ir penetrando en la comunidad poco a poco, a través de los líderes de la misma que se interesaban por conocer y mejorar su estado de salud, se inició la elaboración de un diagnóstico de la situación actual, en donde se detectaron nuevos problemas, sugiriéndose nuevas formas de acción y de solución. Una vez efectuado este proceso de apertura a la participación y al conocimiento de mayor número de puntos de vista existentes, se dio paso al proceso de cierre y consolidación entre los actores sociales implicados y la investigadora. Este momento nos permitió analizar con detenimiento ya con la óptica de la Investigación Acción Participativa (IAP) la situación real de la comunidad, en compañía de los sujetos de la propia localidad que se interesaron por los mencionados problemas, de manera que se buscó que fueran ellos mismos los protagonistas del proceso de cambio, detectando problemas y necesidades y elaborando propuestas y soluciones.

El método de la investigación-acción participación (IAP) combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros enfoques participativos, la IAP proporcionó a las comunidades y a las agencias de desarrollo un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permitió planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. Este proceso combinó la teoría y la praxis, y posibilitó el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora. (LEBOTERF, G. 1986; LEWIN, K. 1992).

Lo anterior se concreta en propuestas de acción ajustadas a las necesidades sentidas. Se desarrolló entonces el primer plan de acción, que apuntaba a la transformación mediante el trabajo con las familias que más se interesaban y comprometían a trabajar por un cambio favorable para toda la comunidad. Por supuesto que las actividades estaban abiertas para todos lo que así lo desearan, pero se enfocó en especial a los que establecieron un compromiso. Es así como se propició la conversación y el diálogo como mecanismo para que los sujetos afectados aportaran soluciones a sus problemas.

El papel de la investigadora fue el de un agente dinamizador externo y su tarea consistió en mediar en el proceso, facilitar consensos y asentar las bases metodológicas y conceptuales para desarrollar un análisis y debate operativo en torno a los problemas de salud-enfermedad-alimentación de la localidad y sus oportunidades de transformación y mejora.

El acoplamiento entre el sujeto observador (investigador) y el sujeto-objeto de estudios propio de un proceso IAP, hizo que ésta se basara fundamentalmente en técnicas de análisis cualitativas, aunque sin excluir conocimientos estadísticos y técnicas cuantitativas que nos ayudaron a una primera aproximación a la realidad socioeconómica y demográfica del ámbito de estudio y de intervención.

2ª Fase: Trabajo de Campo II

El concretar las propuestas de acción ajustadas a las necesidades comunes, facilitó la realización de las actividades en beneficio de la localidad; se crearon las condiciones que permitieron la puesta en marcha de la propuesta educativa en salud. Se procedió pues, a la recogida de datos secundarios sobre el la localidad de Las Cabañas (datos sociodemográficos, económicos, de servicios, educativos, alimentarios, etc.), y al análisis de los mismos. En esta fase fue fundamental la definición de las entrevistas que se debían realizar, ya se estaba desarrollando un primer sondeo-reflexión en torno a los actores sociales. A partir de aquí, pudimos elaborar mapas de las redes que nos permitieron conocer la composición social comunitaria, así como las relaciones que la conformaban.

Comenzamos el trabajo de campo con la puesta en marcha de procesos de observación sistemática y participante (presencia activa en el barrio en espacios y momentos concretos), y entrevistas individuales con personas relevantes de la vida comunitaria y expertos concedores de la temática de este estudio (las personas que tienen más años viviendo en la localidad, el administrador, la que organiza la iglesia, etc.).

Siguiendo los antecedentes citados, se eligieron las informantes clave que nos aseguran la calidad y profundidad de la información en torno al papel de la alimentación, a la reflexión de la prevención de las enfermedades, a través de la educación para la salud. Nos orientan para aclarar procesos cuyo centro de atención sean los sujetos y estos respecto de la realidad social y que puede llegar a explicar el tipo de comportamiento, modos de vida, valores, desde la propia visión de ese sujeto.

Se realizaron 11 entrevistas en profundidad y un primer autodiagnóstico de la realidad social de la localidad. De esta manera se propició la conversación y el diálogo como mecanismo para que los sujetos afectados aportaran ideas para la solución de los problemas detectados. Nos dotamos de varias técnicas e instrumentos organizativos, capaces de afrontar un cronograma abierto a correcciones e imprevistos que se presentaron en el desarrollo del trabajo; así como momentos de revisión para ir corrigiendo decisiones erróneas de forma participativa lo más eficientemente posible.

Se llevaron a cabo dinámicas grupales y técnicas de corte cualitativo como talleres participativos, grupos de discusión, entrevistas en profundidad, estudios de caso, etc.

Se llevó a cabo también una capacitación previa de tres participantes (pasantes de la Lic. En Nutrición), que intervinieron sobre todo en los aspectos de la metodología educativa comunitaria.

Las unidades de observación se enfocaron a los grupos familiares que contaron con las características ya señaladas, como baja escolaridad, bajo poder adquisitivo así como que presenten algunos de los padecimientos caracterizados en el estudio (obesidad, diabetes e hipertensión), lo cual permitió el análisis de las prácticas sociales, de las estrategias de prevención de enfermedades a través de la alimentación y los sistemas de representaciones sociales.

Con la observación participante y recolección de datos generales del estado situacional de los participantes, se establecieron los contactos que se orientaron a

arrojar luces sobre las características y criterios necesarios para conformar un grupo de casos, así como entrevistas respecto a la salud, la nutrición y las conductas preventivas.

En un segundo momento estos datos fueron revisados críticamente en función de criterios específicos que nos interesaba completar (con respecto a los objetivos), y fueron puestos en marcha algunas actividades preventivas en salud llevándose a cabo en esta fase del estudio, el desarrollo de la experiencia educativa (Figura 1).

Los resultados de esta segunda etapa se concretan en:

1. Informe Estadístico: Se consideró adecuado plantear un diagnóstico cuantitativo de carácter descriptivo, este análisis contempló siempre que las fuentes lo permitieron, la especificidad de los diferentes grupos familiares. También se realizó mapa guía de la estructura de la localidad (Figura 2). Esto tuvo gran utilidad tanto para el análisis del diagnóstico inicial general, como para los diagnósticos de salud de las familias.
2. Realización de entrevistas en profundidad: Las 11 entrevistas que se realizaron a las familias que accedieron a participar, incluyeron a personas con un amplio conocimiento de la realidad y problemática de la localidad. Se establecieron una serie de bloques temáticos sobre los que interesaba profundizar en las entrevistas, pero el guión definitivo fue después adaptado al perfil concreto de las familias entrevistadas con el objeto de profundizar en el conocimiento de los aspectos específicos de la salud, la enfermedad y la alimentación.
 - i. Características del barrio: Descripción de la vida cotidiana, relaciones sociales, usos y lugares de encuentro, cambios, etc.
 - ii. Problemas de la localidad:
 - iii. Carencias y déficit en diferentes campos (vivienda, salud, educación, empleos, espacios libres, etc.).
 - iv. Tejido asociativo y las redes sociales informales:
 - v. Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.
 - vi. Propuesta de mejoras:

- vii. De los servicios y de la forma de prevenir enfermedades a través de la alimentación y la higiene.
3. Realización de mapas sociales: El sociograma, fue un instrumento que nos permitió visualizar a los actores y grupos sociales presentes en el territorio y trazar las conexiones existentes entre ellos. Sirvió para darnos cuenta de la situación de aislamiento o comunicación existente entre los sujetos y grupos sociales del barrio y de las alianzas que precisábamos re-establecer. También sirvió para localizar aquellos elementos “puente” a los que debíamos hacer partícipes del proceso para alcanzar objetivos comunes e integradores.
4. Finalmente el mapa de redes, permitió proyectar los antagonismos, previsibles que nos aparecerían a la hora de elaborar propuestas de mejoras y cómo contrarrestarlos.

3ª Fase: Análisis e interpretación: diagnóstico cualitativo

En esta fase se concluyó el trabajo de campo con la realización de dos grupos de discusión que recogieron las posiciones de los diferentes sectores poblacionales presentes en la localidad (mujeres, hombres, jóvenes, etc.). Fundamentalmente los grupos de discusión sirvieron para captar las valoraciones, expectativas y actitudes de los sujetos pertenecientes a las redes sociales informales. También se incorporaron en esta fase acciones de observación participante (una actitud *cognitiva* presente a todo lo largo del proceso de IAP).

Una vez finalizado el trabajo de campo, se procedió al análisis de los grupos y a la elaboración de un diagnóstico cualitativo, para ello nos basamos en las representaciones sociales, como una teoría que permite conocer la realidad psicosocial de la localidad. En ella la autora apoyada por el discurso y el lenguaje de los participantes, interpretó los comportamientos y conocimientos que los integrantes de la localidad tuvieron, permitiendo entender situaciones, interpretar fenómenos y desarrollar conceptos, haciendo énfasis en el significado, la experiencia y las opiniones de los participantes (IBAÑEZ 2000, BONILLA 1995).

También en esta fase, se llevó a cabo el ordenamiento y sistematización del discurso comunitario sobre los factores de vulnerabilidad y conflicto de la localidad, que se expresó en una reunión con los sujetos de estudio con la intención de elaborar un conjunto de propuestas que llevara a mejorar la localidad.

La elaboración teórica de los modelos de educación sanitaria identificados en la localidad y su contrastación con los modelos médicos, descritos por Menéndez (Cuadro 1); implicó un esfuerzo importante para la ordenación de distintos datos e interpretaciones para su integración final en la perspectiva histórica y conceptual que aquí se reporta. Con estos propósitos, en distintos momentos del estudio se realizaron varias reuniones para el análisis de datos obtenidos por el investigador, con la asesoría de la UAH, así como la ayuda de los participantes de la propia comunidad, en este último se dio a conocer el impacto de la experiencia realizada y con posterioridad el informe final comentado y discutido.

Durante las tres fases del trabajo se hizo un registro de las actividades que se realizaron utilizando para ello diarios de campo, descripción escrita de las reuniones, grabaciones, crónicas, fotografías, guías de entrevistas. El tratamiento de estos datos fue validado a través del uso de las siguientes estrategias de triangulación (WOODS 1987):

- La búsqueda y confrontación de las informaciones y opiniones que aportan diferentes participantes en las experiencias que se estudian.
- El uso simultáneo de varias estrategias de investigación, las cuales deberían proporcionar información complementaria o coincidente (GLASER & STRAUSS, 1967) en relación a los problemas investigados.
- Para la revisión inicial de los instrumentos estructurados de investigación (sondeo de opinión, la encuesta ocupacional y la escala de evaluación) recurrimos al juicio de expertos y a una prueba piloto para evaluar la versión corregida de cada uno de ellos.

2.3.2. La selección del estudio de casos: criterios y justificación

Una de las razones para seleccionar este estudio de casos es que la comunidad seleccionada puede caracterizarse como una comunidad urbana/tradicional marginada en términos demográficos, económicos, sociales, culturales o si se prefiere puede decirse que es un espacio urbano que conserva marcados rasgos de la sociedad mexicana tradicional (costumbres que en la actualidad urbana muchas se han perdido).

Aunque en el capítulo tres volveremos con detalle al contexto detallado del caso, es necesario presentar brevemente algunas características en este apartado para poder comprender el perfil de la muestra seleccionada.

a) Ubicación geográfica y características del entorno

La unidad espacio-temporal, está delimitada por el contexto de una comunidad urbana marginada, conformada por trescientas personas, con la cual ya se tuvo un primer contacto,⁹ por lo que no fue necesario negociar “el acceso al campo”. Este conocimiento previo permitió arrojar luces sobre las características generales de dicha comunidad, así como redefinir las acciones que llevaron a la identificación y de potenciar alternativas para la promoción de los comportamientos saludables y la prevención de riesgos a la salud a través de la sana alimentación.

⁹ Se hace referencia a las experiencias, que tuvieron lugar en una comunidad urbana marginada en donde se han llevado a cabo proyectos comunitarios, a fin de mejorar la alimentación sobre todo de los grupos vulnerables, como son los niños, los ancianos y mujeres en edad reproductiva.

Se motivó a estos grupos a desarrollar un proyecto de autosuficiencia alimentaria para mejorar la alimentación. Se vislumbró la posibilidad desde un principio, de que estos grupos actuantes, hicieran partícipes de su experiencia a otros miembros de la comunidad. Se estructuró un grupo activo de mujeres, que buscaban mejorar su peso corporal a través de actividades físicas y de educación nutricional dos veces a la semana.

También se organizó un grupo de niños, con los cuales había reuniones una vez a la semana realizándose actividades didácticas, como por ejemplo, nutridominó, serpientes y escaleras de la alimentación, etc. En cada encuentro se tomaba peso y talla de los niños mientras realizaban actividades didácticas, de manera que cuando se detectaba algún grado de desnutrición, se visitaba a sus padres y se organizaban visitas individuales, para conocer más la situación que rodeaba al niño y hacer propuestas mas reales. Por otro lado también se trabajaba con un pequeño grupo de adultos mayores de 69 a 75 años, todos con diabetes y la mayoría con obesidad, proporcionando asesorías individuales. Es importante mencionar que aún se siguen llevando a cabo ideas, que aunque requieren de mas trabajo y recursos han demostrado un impacto favorable para la comunidad, por ejemplo la kermés de la salud, teatro comunitario y el banco de alimentos que se está llevando a cabo. Se tiene establecido un consultorio nutricional, en un espacio en renta, en el que se ofrece servicio nutricional, principalmente asesorías y vigilancia nutricional dos veces a la semana.

Es una zona urbana ubicada en la Delegación Coyoacán D.F., que prácticamente se encuentra “cercada” en dicha urbanización; con un aceleradísimo proceso de urbanización caracterizado por la creciente inserción de su población a los sectores industriales y de servicios existentes en esta. Detectamos relaciones sociales con muy escasa o nula solidaridad y conocimiento mutuo, marcadas por lazos de parentesco o afinidad, similares a zonas de alta marginalidad en la ciudad de México (Figura 2).



La dotación de servicios públicos a la comunidad, tales como agua potable, alcantarillado, alumbrado público así como la cobertura de los servicios de salud, se han extendido poco a poco y muchos de ellos se han instalado en propia mano, es decir, cada familia se ha instalado su propio servicio, siendo esto determinante en el actual desorden en dichas instalaciones y que algunos servicios por tener estas características ponen en riesgo la salud de los integrantes de la comunidad. Contrariamente, los conjuntos habitacionales que se encuentran alrededor tienen los servicios de manera organizada. Dado lo anterior no era difícil pronosticar, por los aspectos socioculturales y económicas que las características de los saberes y las prácticas alimentarias y de salud, en general reflejasen una marcada transformación, ampliando su diversidad en cuanto a los problemas tanto alimentarios como consecuentemente de salud.

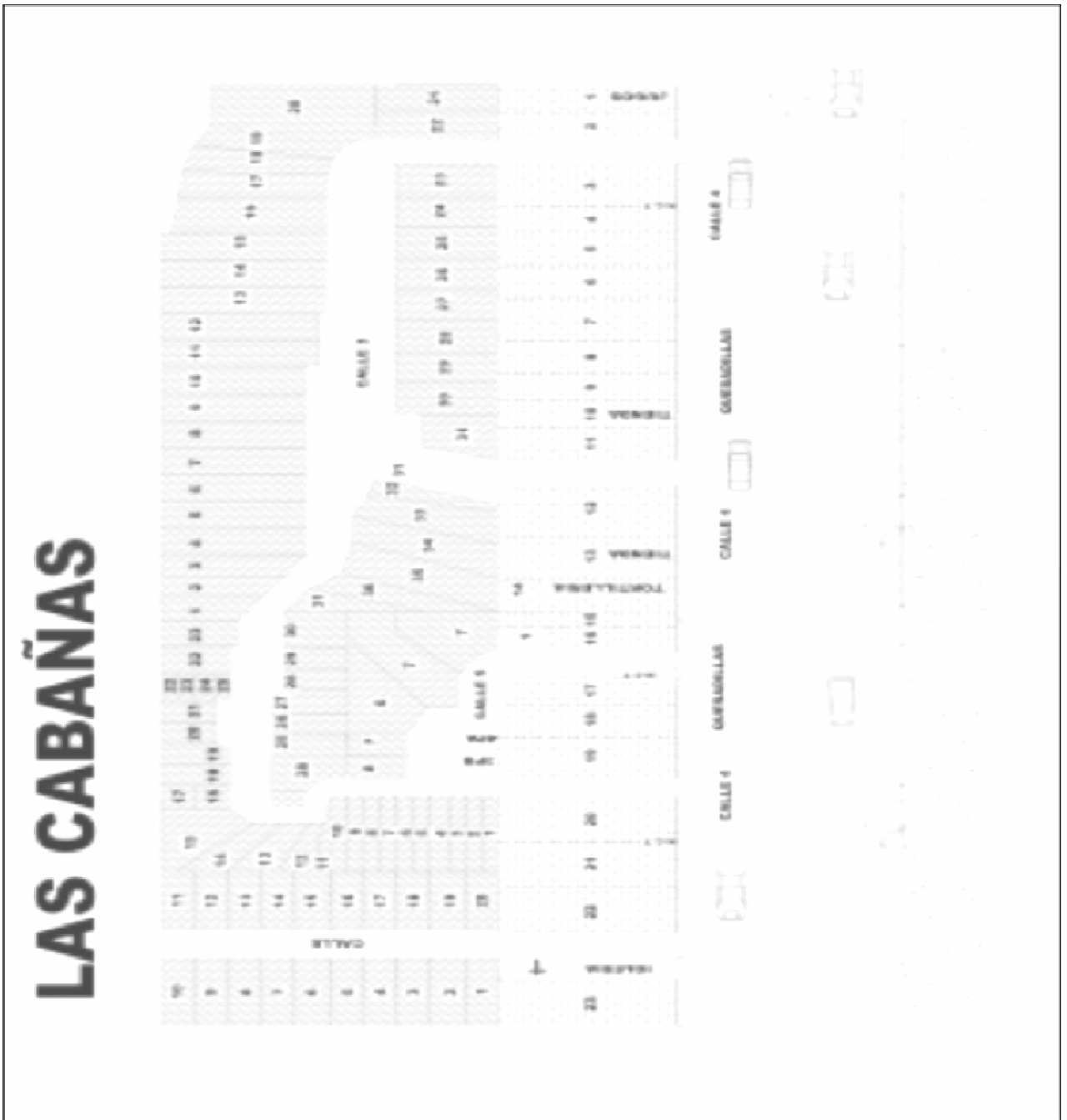


Figura 3. Mapa Comunidad "Las Cabañas"



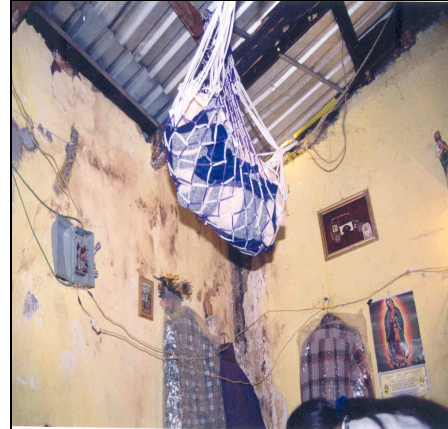
Aplicación de encuestas en la Fase 1, primer contacto con los habitantes.



Vista a una calle de la Colonia



Actividades culturales realizadas para Lograr un acercamiento a las familias.



Niña de 3 meses (en cuna colgada al techo)
Identificada con Desnutrición de 2do. grado

b) Perfil general de la población

La comunidad de Las Cabañas fue seleccionada en función de las características antes mencionadas y por supuesto por esa llamativa inserción en una zona muy urbanizada, conservando algunas costumbres tradicionales mexicanas. Además, a simple vista podemos mirar dos grandes problemas de salud y alimentación alarmantes y actuales en el país: la obesidad por un lado en niños y adultos, y por otro, la desnutrición sobre todo en preescolares y escolares.

La primera fase del Estudio de Caso tuvo por objetivo la detección de problemas en la comunidad de Las Cabañas para lo que se escogieron algunas familias para entrevistar en profundidad (hasta aquí se exponen características generales de la población, aspectos necesarios para la referencia, ya que en la descripción del trabajo comunitario se desglosa con mayor detalle la situación de salud, educación, etc. detectada en el lugar de estudio y dentro de este mismo punto se presentan mas datos sobre la misma). Esta fue una muestra seleccionada de manera intencionada. Por supuesto, se parte de un censo general de toda la comunidad que describe datos generales de la misma. Se utilizaron dos técnicas esencialmente cualitativas: por un lado, la entrevista estructurada a partir de una guía de datos básicos y, por otro lado, la observación directa de los procesos que nos interesaba analizar; la aproximación a la población se llevó a cabo en profundidad, con un reducido grupo de familias en donde la madre juega un papel determinante en los aspectos de elaboración de los alimentos y la atención a la salud.

En vista de que nuestro interés giraba en torno al manejo de la alimentación y su relación con la salud de la misma familia, el universo de investigación incluyó al total de las familias en donde aparte de ser la madre la que manejaba los aspectos alimentarios, se presentaban problemas de salud como diabetes, obesidad e hipertensión. Seleccionamos una muestra cualitativa de grupos familiares que reunieran determinadas características bajo ciertos lineamientos metodológicos que orientaron el trabajo. En total se trabajó con 11 familias, aunque hemos de decir que básicamente entrevistamos a las 11 madres de esas familias es decir, que las informantes centrales fueron las

madres-esposas. De manera secundaria, se conversó con otras mujeres cercanas a cada una de ellas (madre, suegra, abuelas, hermanas, cuñadas, comadres, amigas); en mucho menor proporción se entrevistaron a esposos, hijos, padres o hermanos, por lo cual en sentido estricto, nos centramos en las representaciones y prácticas sociales que constituyen la cultura alimentaria de las madres.

Estas informantes fueron seleccionadas de acuerdo a criterios como el nivel socioeconómico familiar, la escolaridad materna y por supuesto que fueran las encargadas de organizar los aspectos alimentarios y los problemas de salud familiares. El conjunto de tales características nos permitieron agrupar inicialmente a las madres de familia, dado que partíamos de considerar que podían resultar significativas en las formas particulares de atender y entender la alimentación y los estados alimentarios en ciertos episodios de algunos padecimientos. Pensamos que tales rasgos analizados en conjunto daban lugar a un perfil diferencial básicos en cada grupo familiar que, aunado a otras características socioeconómicas y culturales tanto de la localidad como de cada familia, nos facilitaban identificar ciertas estructuras que condicionan la construcción social del proceso alimentario, así como su trayectoria en casos concretos de padecimientos.

Si bien consideramos que hay múltiples estructuras que operan en estos procesos alimentarios y de salud inclusive durante el desarrollo de la investigación, fuimos detectando algunas otras de importancia notable, como mujeres que se quedaban sin empleo o la presencia de enfermedades irreversibles o complicaciones de las mismas y como giraba el complejo proceso alimentario; elegimos estos criterios básicos como punto de partida para seleccionar a las informantes, por considerarlos fundamentales en relación con los procesos que nos interesaba describir y analizar. Mas allá del interés en sí mismo de corroborar o desechar el valor explicativo de cada variable de manera aislada, lo importante era tratar de establecer ciertos parámetros de referencia para seleccionar adecuadamente una muestra cualitativa de distintas madres de familia (ya que no es el azar lo que define esta selección)y, sobre todo analizar la estructura y funcionamiento del conjunto de estas variables en los diferentes grupos familiares estudiados, lo que nos planteó posibles líneas de análisis y explicación.

La escolaridad materna es un indicador utilizado principalmente por la epidemiología, que ha mostrado su importancia en los procesos de morbi-mortalidad en tanto en lo referente al aprendizaje de conocimientos sanitarios, alimentarios, médicos, de higiene, los cuidados infantiles, entre otros, no solo en términos de lo que implica la educación formal sino quizá de manera preponderante, en términos del tipo de socialización que implica y del hecho que posibilita una mejor apertura o mejor captación de nuevos saberes, valores, actitudes, o pautas de comportamiento (SEPULVEDA, J. 1990). La salud y la educación se muestran íntimamente vinculadas, la influencia de la escolaridad para la construcción de conocimientos y el aprendizaje de actitudes relacionadas con la salud, permite al individuo, (especialmente a las mujeres en edad escolar) aspirar a una vida sana, actuar como intermediarios para cambiar su circunstancias de vida y tomar decisiones acertadas vinculadas con la estructuración de ambientes saludables, como lo sustentan diversos estudios (BECCAR VARELA, 1990; GRANADA, P y VASQUEZ. T, 1992; MANDIL, P. E, 1983; O.P.S, 1986).

Diversos organismos internacionales han volcado su interés en este asunto y revisado la influencia que pudiera tener la falta de formación escolar sobre la salud.

A su vez el ingreso familiar al igual que la ocupación del jefe de familia, ha sido uno de los indicadores más utilizados en los sistemas de estratificación social que toman como variable el nivel socioeconómico familiar, que a su vez determinan otras variables, como la propia escolaridad, la incidencia de enfermedad, la accesibilidad a los servicios de salud (SEPÚLVEDA 1990). Por otro lado, la edad materna se considera importante en la medida en que puede estar asociada a una apropiación diferencial de los saberes y prácticas de salud, así como también aunque de manera indirecta, a una mayor o menor experiencia en los roles internos del hogar relacionados con la distribución y preparación de los alimentos. Por último, la presencia o ausencia de enfermedad en algunos de los integrantes de la familia, supondría entre otras cosas conocer las estrategias realizadas en situaciones concretas de padecimientos, y en su caso la posibilidad de hacer una diferenciación interna de las pautas maternas en la alimentación, además de las condiciones de vida que tuviesen consecuencias en la salud de los mismos.

Con estos criterios básicos construimos una tipología (FLICK, 2004), que utilizamos para clasificar y seleccionar a las familias que conformaban el universo de estudio. De esta manera, los tipos de familias (en términos de estructuras) nos permitieron organizar a los diferentes grupos familiares, según nuestros criterios específicos previamente definidos, que incidían hipotéticamente en la problemática estudiada. Los tipos familiares constituidos fueron seis, con base en las posibles combinaciones de los indicadores señalados: alto y bajo nivel de ingreso familiar; alto y bajo nivel de escolaridad materna (ambos en términos relativos) y la presencia o ausencia de eventos de morbi-mortalidad (Tabla 1).

En función de esta tipología, la tarea a realizar era seleccionar a los posibles grupos familiares con los cuales trabajamos. Cabe señalar que curiosa y contrariamente a lo esperado, esta localidad no apareció en el mapa cartográfico local en mucho tiempo, fue hasta hace cinco años, que se ubica aunque de manera muy extraña, ya que no se indica como en las otras localidades, solo se la menciona como una colonia¹⁰, es decir, no tiene un mapa (guía roji¹¹); aunque los últimos censos nacionales si se realizaron en la mayoría de las viviendas.

Para llevar a cabo este estudio, se hizo un conteo total de viviendas, encontrándose un total de ciento cincuenta, de las cuales se estudiaron ochenta, que accedieron a colaborar con el estudio. Las ochenta viviendas arrojaron un número de tres cientos habitantes con un número probable de 4 personas por vivienda.

Tomamos como punto de partida la información censal mencionada para identificar y caracterizar a estas familias, que tienen una forma peculiar de alimentarse y además, uno o más de sus integrantes padecen alguna enfermedad como obesidad, diabetes o hipertensión, así como algunas peculiaridades mencionadas como el nivel de escolaridad, y el bajo ingreso, etc.

¹⁰ Como ya se mencionó, la Zona Metropolitana Ciudad de México se agrupa, por colonias y delegaciones.

¹¹ Sistema cartográfico más importante de la ciudad de México, en donde se pueden localizar detalladamente, las colonias, calles, etc.

En primer término, clasificamos a las familias y en función de la frecuencia con que cada uno de los tipos de familias tuvo un referente concreto en la localidad de estudio, es decir, a partir del número de familias que correspondían a cada tipo familiar, seleccionamos a aquellos más frecuentes en la localidad (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos y grupos familiares

Tipos	Características	Familia¹²
Tipo I	Bajo ingreso, baja escolaridad, c/casos de mortalidad	Gaby, Chelo, Pachis y Ernestina
Tipo II	Ingreso bajo, baja escolaridad, S/ casos de mortalidad	Cosme y Celia
Tipo III	Ingreso medio, escolaridad media, S/ casos de mortalidad	Conny e Isela
Tipo IV	Ingreso medio, Escolaridad baja, s/casos de mortalidad	Chonita
Tipo V	Ingreso alto, Baja escolaridad, con casos de mortalidad	María
Tipo VI	Ingreso alto, Baja escolaridad, s/casos, de mortalidad	Martha

Fuente. Entrevista focal profunda de las 11 madres de familia que participaron en el programa alimentario.

Las Cabañas 2007.

Las once familias seleccionadas correspondieron principalmente a los tipos familiares I, II, y III). Los restantes cayeron en los grupos IV, V y VI. De los tipos I y II y III elegimos a cuatro, dos y dos familias respectivamente puesto que era donde se dibujaban las condiciones más comunes en la localidad, en la primera se representa, con las familias fundadoras de dicha localidad, mujeres de mayor edad a las que tocó vivir otras condiciones de vida, lo cual se puede constatar incluso con las condiciones citadas desfavorables en términos comparativos (bajo ingreso, baja escolaridad etc.), el

¹² Se identifica a los grupos familiares a través de los nombres de las madres de familia (ficticios). Estos tipos de familias fueron los más comúnmente detectados.

grupo II, captura dos familias que si bien las madres son de dos generaciones diferentes y presentan baja escolaridad no hay casos de mortalidad, y el grupo tres se trata de dos familias originarias de las familias que fundaron la comunidad, las madres son jóvenes, cuyas condiciones de vida son diferentes y hasta cierto punto se puede decir que con mejorías en lo que respecta a servicios; desde este punto de vista se incorporó como variable adicional en este tipo de familia la edad materna (un grupo familiar de mayor edad materna y otro de menor edad materna) para establecer comparaciones entre ambos. La selección definitiva de los informantes se realizó a partir de entrevistarnos con cada una de las madres preseleccionadas, considerando su disponibilidad de participar en el estudio.

Como ya se mencionó en total se trabajó con 11 grupos familiares y si bien la unidad de análisis era el grupo familiar, es necesario hacer hincapié en el hecho de que fueron las madres/esposas nuestra principal fuente de información, por lo que analizamos sobre todo el discurso de ellas, desde una perspectiva esencialmente *emic*¹³ se realizaron entre 20 y 25 entrevistas con cada madre de familia, con una duración media de entre 60 a 120 minutos cada una, aunque tuvimos oportunidad de trabajar en mayor extensión y profundidad sobre todo con 2 de nuestras informantes (más de 40 entrevistas cada una).

De manera secundaria se entrevistaron algunos otros personajes, como varones adultos que esporádicamente accedían a ser entrevistados así como otras personas

¹³ La distinción *emic/etic* fue establecida originariamente por el lingüista y misionero Kenneth Lee Pike (1912-2000). **Emic** y **etic** (**émico** y **ético**) es una distinción que se usa en la antropología y las ciencias del comportamiento para referirse a dos tipos diferentes de descripción relacionadas con la conducta y la interpretación de los agentes involucrados en su trabajo de campo, los antropólogos han combinado normalmente dos estrategias de investigación, **emic** (perspectiva local) y **etic** (perspectiva del científico). Enfoque **emic**: investiga cómo piensa la gente local. ¿Cómo perciben y categorizan el mundo?; ¿Cuáles son sus normas de comportamiento?; ¿Qué tiene sentido para ellos?; ¿Cómo se imaginan y explican las cosas?. Con este enfoque el antropólogo busca “el punto de vista local” se apoya en la gente local para explicar cosas y para decir si algo es significativo o no.

que distribuyen productos nutricionales o vendedores de alimentos callejeros que operaban en la zona. Dicha perspectiva o puntos de vista fue complementario al de las madres, permitiendo establecer ciertas analogías muy interesantes. Nos interesa señalar que los resultados del estudio intentan enfatizar la perspectiva global, tomando al conjunto de madres de familia, aunque en los casos que se juzgue oportuno, se hará hincapié en las particularidades de cada una, mostrando cuales son las orientaciones y preferencias que condicionan su sistema de representaciones y prácticas sociales en torno a la alimentación y la salud.

2.3.3 Proceso de análisis de los datos

Los datos cualitativos, especialmente de la primera fase se procesaron estandarizando las variables para permitir comparaciones en el tiempo o entre indicadores a veces de distinta naturaleza, toda vez que se hacen comparaciones entre el tipo de alimentación y las enfermedades entre otras.

a) Análisis descriptivo

El manejo y manipulación de la información recabada en las dos fases se realizó con Excel 2003 para Windows. En el análisis estadístico se utilizaron los paquetes SPSS versión 15 y JMP versión 7 (SAS Institute Inc.). Todas las variables nominales fueron codificadas y analizadas a partir de su distribución de frecuencias. Las variables numéricas se resumieron mediante el cálculo de los parámetros de tendencia central y dispersión: media y desviación estándar, respectivamente. Para poder analizar de qué manera se presentó la relación entre la variable de autopercepción corporal y el diagnóstico antropométrico del estado nutricional, se efectuó un análisis de correspondencia, el cual es una técnica gráfica que muestra que renglones y columnas de una tabla de frecuencias (tabla de contingencia) tienen patrones similares de valores observados.

b) Otros factores de medición

Inseguridad Alimentaria

La percepción de la insuficiencia alimentaria (LORENZANA PA, SANJUR D. 1999) y el desequilibrio en la ingesta de alimentos debido a la falta de recursos se midieron mediante una escala de 12 preguntas, cada una de éstas con un valor de 2 puntos en caso de una respuesta afirmativa y de cero en caso contrario. De esta manera, los hogares con cero puntos fueron considerados con seguridad alimentaria. Doce puntos o menos señalaron “leve” inseguridad, 13-24 puntos “moderada” y 25 puntos o más, “severa” inseguridad alimentaria.

Indicadores Antropométricos

Para estimar el grado de obesidad tanto desde el punto de vista clínico como epidemiológico, se utilizó la antropometría como método fácil económico y no invasivo, las mediciones corporales utilizadas como el peso, la combinación de dimensión corporal como el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de cintura y el índice cintura/ cadera (C/C), nos brindaron información sobre la presencia de obesidad o no y el consecuente riesgo que ello implica.

Captación de participantes

Un mes antes de comenzar el estudio fueron seleccionadas las personas que participaron, pacientes de ambos sexos y edades mayores de 20 años que voluntariamente aceptaron ser incluidos.

- Criterios de exclusión

- Personas que no accedieran a participar
- Mujeres embarazadas.
- Personas con $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$.
- Personas con discapacidades motoras y mentales.

- Índice de masa corporal

El peso y la talla fueron medidos con una báscula marca Tanita de fabricación China previamente calibrada, que presenta un estadímetro incorporado. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) según la fórmula (peso en Kg / (talla en m)²), utilizándose la clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS):

- Normopeso: IMC 18,5 - 24,9 kg/m²
 - Sobrepeso: IMC 25 - 29,9 kg /m²
 - Obesidad grado I: IMC 30 - 34,9 kg/m²
 - Obesidad grado II: IMC 35 - 39,9 kg/m²
 - Obesidad grado III: IMC ≥ 40 kg/m²
- Índice cintura/cadera

Las mediciones de la cintura y de la cadera se realizaron con una cinta métrica graduada en centímetros con el paciente de pie y tomando como referencias estructuras óseas. La circunferencia de la cintura se midió en el punto medio entre la espina ilíaca anterosuperior y el margen costal inferior; para la circunferencia de la cadera fue medida la mayor circunferencia a la altura de los trocáteres.

- Índice cintura cadera (ICC) = Cintura / Cadera

ICC mayor de 1 en varones y mayor de 0.85 en mujeres como indicadores de riesgo de padecer algún acontecimiento cardiovascular.

- Circunferencia de cintura (CC)

- Mujeres: Riesgo elevado entre 80-88cm.
- Riesgo muy elevado >88cm.
- Hombres: Riesgo elevado entre 94-102.

- Riesgo muy elevado >102.

Para comprender el contexto de este estudio de casos es necesario adentrarnos en el macro contexto demográfico y socioeconómico nacional. Con esta visión es más fácil penetrar luego en las características específicas de la comunidad de Las Cabañas, este es el propósito del siguiente capítulo.



CAPÍTULO 3: LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES

En este capítulo describiremos las condiciones materiales de la vida de la población donde trabajamos, analizando el contexto demográfico y socioeconómico nacional, estatal y delegaciones, donde se encuentra específicamente la comunidad de Las Cabañas. Así mismo presentaremos los perfiles socioeconómicos de los grupos domésticos, con el objetivo fundamental de conocer las condiciones estructurales en las que se verifica la producción de la enfermedad y la utilización diferencial de los recursos alimentarios, así como también que nos vayamos familiarizando con nuestras principales informantes.

En términos de estas condiciones sociales y económicas de vida, trataremos de analizar y articular los sistemas ideológicos y prácticos donde el padecer se construye social y culturalmente, y la manera en que interaccionan la estructura material y la estructura de significado para explicar cómo los conjuntos sociales experimentan, conciben y manejan los alimentos en ciertos padecimientos, y en qué medida estas condiciones materiales inciden en sentidos y significados del proceso de alimentación.

La información que aquí se presenta procede de fuentes primarias (entrevistas a informantes clave, observación) y secundarias (censos, registros de salud, estadísticas vitales). Nuestra exposición describe en primer término un panorama actual de la dinámica demográfica global de la ciudad de México (donde se encuentra la población estudiada) tomando como referencia la situación nacional, y en algunos casos otras entidades. Este punto es necesario para entender los fenómenos que ocurren en nuestra comunidad en un contexto más amplio e interconectado. En segundo término, daremos cuenta del panorama socioeconómico de la zona, partiendo

del nivel municipal y local, para llegar finalmente al nivel más específico, el referido a los grupos de familias y en particular a las madres de éstas. El hilo conductor que articula estos niveles se ubica en las condiciones materiales de vida, con vistas a identificar los sistemas de representaciones y prácticas sociales frente a los padecimientos, que se derivan de estas condiciones.

3.1 Escenarios demográficos de la zona metropolitana del Valle de México.

Los cambios en el patrón de urbanización de México durante el pasado medio siglo, se han debido en buena parte a las profundas transformaciones que ha experimentado el modelo económico. Estos cambios han propiciado a su vez, que las perspectivas sobre la distribución territorial de la población sean vistas también de manera distinta con el paso de los años.

La ciudad de México representa el principal receptor del crecimiento urbano y poblacional del país, los problemas económicos y los atribuibles al acelerado crecimiento urbano (contaminación ambiental e inseguridad pública) han originado un cambio radical en aspectos demográficos, convirtiéndola en una zona de intensa expulsión de población.

De acuerdo con los censos de población, los habitantes de la actual Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM)¹⁴ se cuadruplicaron entre 1950 (3.5 millones) y 1980 mientras que los del resto del país solo se multiplicaron 2.4 veces (de 22.3 a 52.4 millones) del modo que la concentración del total nacional en la urbe ascendió de

¹⁴ Desde la década de 1940 se habían propuesto los límites para definir y establecer los límites la creciente conurbación alrededor de la ciudad de México. Algunas de ellas sirvieron de base para los programas de abatimiento de la contaminación ambiental de la década de 1980; sin embargo, ninguna de estas definiciones era universal y no se había creado ninguna comisión para que los proyectos se administraran de manera conjunta por las diversas entidades y municipalidades que conformaban el área metropolitana. El gobierno federal, del Distrito Federal y del estado de México acordaron establecer una definición oficial de la *Zona Metropolitana de la Ciudad de México* el 22 de diciembre, 2005. Según esta definición la ZMCM está formada por las 16 delegaciones del Distrito Federal, 40 municipios del estado de México y uno del estado de Hidalgo. También se acordó que la mayoría de los planes urbanísticos serían administrados por comisiones metropolitanas.

13.7 a 21.6 por ciento. En 2000 los habitantes de la metrópoli eran 18.4 millones, los del resto de la nación 79.1 millones, la población de la capital había aumentado 1.3 veces y la de la provincia 1.5 veces al cabo de los dos decenios previos.

3.1.1. Panorama demográfico

La ciudad de México sigue siendo la urbe más importante del país; así lo registran sus datos y las numerosas investigaciones que sobre esta ciudad se han venido generando, siendo la segunda ciudad más poblada del mundo después de Tokio. Sin embargo, aún son pocos los estudios demográficos que permitan dar cuenta del comportamiento que en ella se está dando.

Tabla 2. Población total en la ZMVM 1990-2005

Entidad Federativa	Población Total, 2025 ⁽²⁾	0-14 años		15-59 años		60 o más	
		Total	Porcentual	Total	Porcentual	Total	Porcentual
Nacional	124,329,636	26,717,442	21.5	79,175,313	63.7	18,436,881	14.8
ZMVM	22,795,824	4,460,623	19.6	14,681,850	64.4	3,653,351	16.0
16 Delegaciones DF	8,700,021	1,652,461	19.0	5,423,927	62.3	1,623,633	18.7
Tizayuca, Hidalgo	80,298	16,830	21.0	52,643	65.6	10,825	13.5
59 Municipios Edomex	14,015,505	2,791,332	19.9	9,205,280	65.7	2,018,893	14.4

Fuente: INEGI. XI Y XII Censo General de Población y Vivienda 1990 y 2000; I Y II.

Conteo Población y Vivienda 1995 y 2005.

Tabla 3: Población total en la zona metropolitana del Valle de México

Delegación y Municipio	Población				Delegación y Municipio	Población			
	1990	1995	2000	2005		1990	1995	2000	2005
Distrito Federal					Estado de México				
Álvaro Obregón	642,753	676,930	687,020	706,567	Huehuetoca	25,529	32,718	38,458	59,721
Azcapotzalco	474,688	455,131	441,008	425,298	Hueyoptla	26,189	31,124	33,343	36,512
Benito Juárez	407,811	369,956	360,478	355,017	Huixquilucan	131,926	168,221	193,468	224,042
Coyoacán	640,066	653,489	640,423	628,063	Isidro Fabela	5,190	6,606	8,168	8,788
Cuajimalpa de Morelos	119,669	136,873	151,222	173,625	Jaltenco	22,803	26,238	31,629	26,359
Cuauhtémoc	595,960	540,382	516,255	521,348	Jilotzingo	9,011	12,412	15,086	13,825
Gustavo A. Madero	1,268,068	1,256,913	1,235,542	1,193,161	Juchitepec	14,270	17,487	18,968	21,017
La Magdalena Contreras	195,041	211,898	222,050	228,927	La Paz	134,782	178,538	212,694	232,546
Iztacalco	448,322	418,982	411,321	395,025	Ixtapaluca	137,357	187,690	297,570	429,033
Iztapalapa	1,490,499	1,696,609	1,773,343	1,820,888	Melchor Ocampo	26,154	33,455	37,716	37,706
Miguel Hidalgo	406,868	364,398	352,640	353,534	Naucalpan de Juárez	786,551	839,723	858,711	821,442
Milpa Alta	63,654	81,102	96,773	115,895	Nextlalpan	10,840	15,053	19,532	22,507
Tláhuac	206,700	255,891	302,790	344,106	Nezahualcóyotl	1,256,115	1,233,868	1,225,972	1,140,528
Tlalpan	484,866	552,516	581,781	607,545	Nicolás Romero	184,134	237,064	269,546	306,516
Venustiano Carranza	519,628	485,623	462,806	447,459	Nopaltepec	5,234	6,492	7,512	8,182
Xochimilco	271,151	332,314	369,787	404,458	Otumba	21,834	25,415	29,097	29,889
Hidalgo					Ozumba	18,052	21,424	23,592	24,055
Tizayuca	30,293	39,357	46,344	56,573	Papalotla	2,387	2,998	3,469	3,766
Estado de México					San Martín de las Pirámides	13,563	16,881	19,694	21,511
Acolman	43,276	54,468	61,250	77,035	Tecámac	123,218	148,432	172,813	270,574
Amecameca	36,321	41,671	45,255	48,363	Temamatla	5,366	7,720	8,840	10,135
Apaxco	18,500	21,134	23,734	25,738	Temascalapa	19,099	24,440	29,307	33,063
Atenco	21,219	27,988	34,435	42,739	Tenango del Aire	6,207	7,282	8,486	9,432
Atizapán de Zaragoza	315,192	427,444	467,886	472,526	Teoloyucán	41,964	54,454	66,556	73,696
Atlautla	18,993	22,634	25,950	24,110	Teotihuacán	30,486	39,183	44,653	46,779
Axapusco	15,803	17,848	20,516	21,915	Tepetlaoxtoc	16,120	19,380	22,729	25,507
Ayapango	4,239	4,858	5,947	6,361	Tepetlaxpa	12,687	15,181	16,863	16,912
Chalco	282,940	175,521	217,972	257,403	Tepotzotlán	39,647	54,419	62,280	67,724
Chiautla	14,764	16,602	19,620	22,664	Tequixquiac	20,784	24,766	28,067	31,080
Chicoloapan	57,306	71,351	77,579	170,035	Texcoco	140,368	173,106	204,102	209,308
Chiconcuac	14,179	15,448	17,972	19,656	Tezoyuca	12,416	16,338	18,852	25,372
Chimalhuacán	242,317	412,014	490,772	525,389	Tlalmanalco	32,984	38,396	42,507	43,930
Coacalco de Berriozábal	152,082	204,674	252,555	285,943	Tlalnepantla de Baz	702,807	713,143	721,415	683,808
Cocotitlán	8,068	9,290	10,205	12,120	Tonanitla	na	na	na	8,081
Coyotepec	24,451	30,619	35,358	39,341	Tultepec	47,323	75,996	93,277	110,145
Cuautitlán	48,858	57,373	75,836	110,345	Tultitlán	246,464	361,434	432,141	472,867
Cuautitlán Izcalli	326,750	417,647	453,298	498,021	Valle de Chalco Solidaridad	na	287,073	323,461	332,279
Ecatepec de Morelos	1,218,135	1,457,124	1,622,697	1,688,258	Villa del Carbón	27,283	30,726	37,993	39,587
Ecatzingo	5,808	6,949	7,916	8,247	Zumpango	71,413	91,642	99,774	127,988

Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y vivienda 1990; II Conteo de Población y Vivienda 2005.

Dentro de los resultados del *Conteo de Población y Vivienda 2005* se reporta una población de 19, 239, 910 habitantes, cifra que representa el 18.6 % del total nacional. De ellos, el 45.3 vive en las 16 delegaciones del D.F., el 54.4, en 59 municipios del Estado de México y el .3% restante en el municipio de Tizayuca Hidalgo (Tabla 2).

Las cinco delegaciones más pobladas del D.F., son: Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Álvaro Obregón, Coyoacán y Tlalpan; donde reside aproximadamente el 56.8% de la población de la Ciudad (4,956,224 habitantes). Por su parte los 5 municipios más poblados del Estado de México pertenecen a la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) 15 registraron durante el 2005, un total de 4,859,425 habitantes , es decir más del 46% de la población de los municipios conurbados de la ZMVM (Tabla 3).

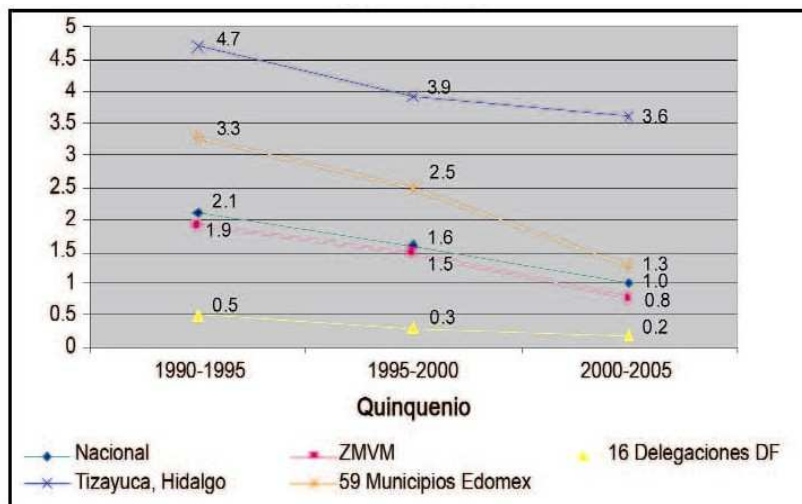
En resumen, más de la mitad de la población de la ZMVM, (EL 51%) habita en tan solo 5 delegaciones del D.F. y cinco municipios del Estado de México.

Cabe mencionar que los resultados al interior de la ZMVM proyectan una disminución en la tasa de crecimiento media anual¹⁶ (Gráfica 1).

¹⁵ La definición anterior de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) es una definición *positiva*, es decir, todos los municipios cumplen con la mayoría de los requisitos establecidos por la comisión y por la CONAPO para ser considerados como parte del área metropolitana, aún si los municipios no son plenamente adyacentes a la conurbación. En cambio, se creó una definición *normativa*, denominada, Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) basada en el pronóstico de crecimiento de la mancha urbana. Los cinco municipios más poblados del Estado de México, pertenecientes a la ZMVM, son: Ecatepec, Netzahualcóyotl, Naucalpan, Tlalnepantla y Chimalhuacán .

¹⁶ La tasa de crecimiento es la velocidad o ritmo de cambio de los efectivos de la población en un periodo determinado.

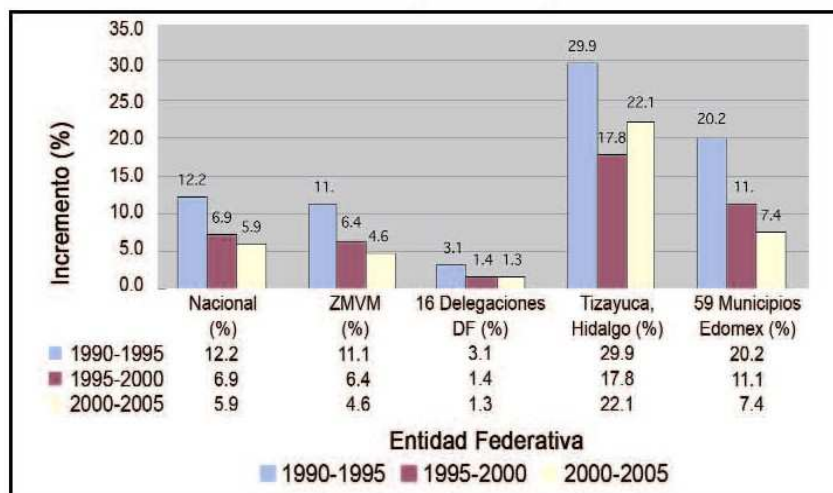
Gráfica 1. Tasa de crecimiento media anual



Fuente: INEGI, XI y XII, Censo General de Población y Vivienda, 1990 y 2000; I Y II Conteo de Población y Vivienda, 1995 y 2005.

Otro indicador que nos permite tener una idea de las características de quienes viven en la metrópoli es la estructura de la población por grupos quinquenales de edad (gráfica num. 2), la ZMVM, actualmente cuenta con una población predominantemente joven que se ubica en los grupos de edad de entre 0 y 29 años, pero tal como se muestra en ambas pirámides, la tendencia ubica a gran parte de esta población joven en la frontera de la línea del envejecimiento (línea que según estos estudios, será cruzada a un mayor ritmo de velocidad, por una buena parte de la población (Gráfica2).

Gráfica 2. Incremento poblacional por quinquenio en la ZMVM1990-2005



Fuente: INEGI, XI y XII, Censo General de Población y Vivienda, 1990 y 2000; I Y II Conteo de Población y Vivienda, 1995 y 2005.

Con base a los resultados del II Conteo de población y Vivienda, la ZMVM registró en 2005 1,515,200 habitantes mayores de 60 años, esta cifra representa el 7.9% de su población total; en el D.F., EL 9.9% se ubica en este rango de edad, en Tizayuca, Hidalgo, es de 5.3%; y en los restantes 59 municipios, del Estado de México es de 6.2% (Tabla 4).

Según las proyecciones 2005-2025, de la CONAPO¹⁷, en los próximos 20 años, la metrópoli duplicará su población adulta, representando un 16% del total, cifra superior a la que se registrará en el ámbito nacional: 14.8 % por ciento (Tabla 4). Así mismo si se mantiene esta tendencia, en el año 2025 las 5 delegaciones y los cinco municipios y con mayor cantidad de población adulta en términos porcentuales, serán

¹⁷ CONAPO. Consejo Nacional de la Población.

Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Iztacalco y Venustiano Carranza, respectivamente.

Tabla 4: Distribución de la población por grandes grupos de edad, 2005 y proyección 2025

Entidad Federativa	Población Total, 2025 ⁽²⁾	0-14 años		15-59 años		60 o más	
		Total	Porcentual	Total	Porcentual	Total	Porcentual
Nacional	124,329,636	26,717,442	21.5	79,175,313	63.7	18,436,881	14.8
ZMVM	22,796,824	4,460,623	19.6	14,681,850	64.4	3,653,351	16.0
16 Delegaciones DF	8,700,021	1,652,461	19.0	5,423,927	62.3	1,623,633	18.7
Tizayuca, Hidalgo	80,298	16,830	21.0	52,643	65.6	10,825	13.5
59 Municipios Edomex	14,015,505	2,791,332	19.9	9,205,280	65.7	2,018,893	14.4

Entidad Federativa	Población Total, 2005 ⁽¹⁾	0-14 años		15-59 años		60 o más		No especificado	
		Total	Porcentual	Total	Porcentual	Total	Porcentual	Total	Porcentual
Nacional	103,263,388	31,650,104	30.6	60,463,729	58.6	8,338,835	8.1	2,810,720	2.7
ZMVM	19,239,910	5,014,795	26.1	11,936,322	62.0	1,615,200	7.9	773,693	4.0
16 Delegaciones DF	8,720,916	2,040,621	23.4	5,559,000	63.7	859,438	9.9	261,857	3.0
Tizayuca, Hidalgo	56,573	18,157	32.1	34,433	60.9	3,006	5.3	977	1.7
59 Municipios Edomex	10,462,421	2,956,017	28.3	6,342,889	60.6	652,756	6.2	510,759	4.9

Fuente: INEGI, II Censo de población y vivienda 2005; CONAPO, proyecciones de la población 2000-2005

El contexto anterior nos lleva a reflexionar hoy para prevenir las necesidades del futuro, ya que dicha población requerirá de otro tipo de infraestructura: empleo, vivienda y equipamiento adecuados al cambio demográfico (Tabla 5). Esta dinámica va acompañada de una transformación significativa en la estructura etárea de la población, hacia el aumento de personas de más de 15 años y sobre todo de la tercera edad, con un proceso de envejecimiento de la población, lo que se traducirá en nuevos retos para el futuro cercano.

Tabla 5: Proyección de población de 60 años y más por delegación y municipio al 2025.

Delegación y Municipio	Población				Delegación y Municipio	Población			
	1990	1995	2000	2005		1990	1995	2000	2005
Distrito Federal					Estado de México				
Álvaro Obregón	642,753	676.930	687.020	706.567	Huehuetoca	25.529	32.718	38.458	59.721
Azcapotzalco	474,688	455.131	441.008	425.298	Hueypoxtlia	26.189	31.124	33.343	36.512
Benito Juárez	407,811	369.956	360.478	355.017	Huixquilucan	131.926	168.221	193.468	224.042
Coyoacán	640,066	653.489	640.423	628.063	Isidro Fabela	5.190	6.606	8.168	8.788
Cuajimalpa de Morelos	119,869	136.873	151.222	173.625	Jaltenco	22.803	26.238	31.629	26.359
Cuauhtémoc	595,960	540.382	516.255	521.348	Jilotzingo	9.011	12.412	15.086	13.825
Gustavo A. Madero	1,268,068	1,256.913	1,235.542	1,193.161	Juchitepec	14.270	17.487	18.968	21.017
La Magdalena Contreras	195,041	211.898	222.050	228.927	La Paz	134.782	178.538	212.694	232.546
Iztacalco	448,322	418.982	411.321	395.025	Ixtapaluca	137.357	187.690	297.570	429.033
Iztapalapa	1,490,499	1,696.609	1,773.343	1,820.888	Melchor Ocampo	26.154	33.455	37.716	37.706
Miguel Hidalgo	406,868	364.398	352.640	353.534	Naucalpan de Juárez	786.551	839.723	858.711	821.442
Milpa Alta	63,654	81.102	96.773	115.895	Nextlalpan	10.840	15.053	19.532	22.507
Tláhuac	206,700	255.891	302.790	344.106	Nezahualcōyotl	1,256.115	1,233.868	1,225.972	1,140.528
Tlalpan	484,866	552.516	581.781	607.545	Nicolás Romero	184.134	237.064	269.546	306.516
Venustiano Carranza	519,628	485.623	462.806	447.459	Nopaltepec	5.234	6.492	7.512	8.182
Xochimilco	271,151	332.314	369.787	404.458	Otumba	21.834	25.415	29.097	29.889
Hidalgo					Ozumba	18.052	21.424	23.592	24.055
Tizayuca	30,293	39.357	46.344	56.573	Papalotla	2.387	2.998	3.469	3.766
Estado de México					San Martín de las Pirámides	13.563	16.881	19.694	21.511
Acolman	43,276	54.468	61.250	77.035	Tecámac	123.218	148.432	172.813	270.574
Amecameca	36,321	41.671	45.255	48.363	Temamatla	5.366	7.720	8.840	10.135
Apaxco	18,500	21.134	23.734	25.738	Temascalapa	19.099	24.440	29.307	33.063
Atenco	21,219	27.988	34.435	42.739	Tenango del Aire	6.207	7.282	8.486	9.432
Atizapán de Zaragoza	315,192	427.444	467.886	472.526	Teoloyucán	41.964	54.454	66.556	73.696
Atlautla	18,993	22.634	25.950	24.110	Teotihuacán	30.486	39.183	44.653	46.779
Axapusco	15,803	17.848	20.516	21.915	Tepellaotoc	16.120	19.380	22.729	25.507
Ayapango	4,239	4.858	5.947	6.361	Tepetitlaxpa	12.687	15.181	16.863	16.912
Chalco	282,940	175.521	217.972	257.403	Tepetzotlán	39.647	54.419	62.280	67.724
Chiautla	14,764	16.602	19.620	22.664	Tequixquiac	20.784	24.766	28.067	31.080
Chicoloapan	57,306	71.351	77.579	170.035	Texcoco	140.368	173.106	204.102	209.308
Chiconcuac	14,179	15.448	17.972	19.656	Tezoyuca	12.416	16.338	18.852	25.372
Chimalhuacán	242,317	412.014	490.772	525.389	Tlalmanalco	32.984	38.396	42.507	43.930
Coacalco de Berriozábal	152,082	204.674	252.555	285.943	Tlalnepantla de Baz	702.807	713.143	721.415	683.808
Cocotitlán	8,068	9.290	10.205	12.120	Tonanitla	na	na	na	8.081
Coyotepec	24,451	30.619	35.358	39.341	Tultepec	47.323	75.996	93.277	110.145
Cuautitlán	48,858	57.373	75.836	110.345	Tultitlán	246.464	361.434	432.141	472.867
Cuautitlán Izcalli	326,750	417.647	453.298	498.021	Valle de Chalco Solidaridad	na	287.073	323.461	332.279
Ecatepec de Morelos	1,218,135	1,457.124	1,622.697	1,688.258	Villa del Carbón	27.283	30.726	37.993	39.587
Ecatzingo	5,808	6.949	7.916	8.247	Zumpango	71.413	91.642	99.774	127.988

Fuente: CONAPO, Proyecciones de población 2000-2030.

En décadas pasadas predominó en México un modelo de desarrollo económico que vino aparejado de un acelerado proceso de urbanización y, por consiguiente, de un crecimiento y concentración de la población en diversas regiones del país, tal es el caso de la ZMVM; para enfrentar los retos del fenómeno metropolitano es indispensable conocer, analizar y actualizar las cifras demográficas, las cuales implican desafíos para la formulación de políticas públicas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población .

3.2. Población y salud

La salud y la educación son derechos fundamentales del ser humano que determinan el bienestar de la población. La búsqueda de la eficiencia en las políticas de salud es una de las tareas más importantes que un país puede proponerse, ya que ésta es uno de los principales elementos para el desarrollo humano, y por lo tanto, una condición indispensable para lograr objetivos de equidad social, como se ha citado oportunamente.

La población de México experimenta con intensidad un proceso de transición epidemiológica, caracterizada por el cambio en el perfil de enfermedades. Por un lado los padecimientos infectocontagiosos tienden a disminuir su peso relativo en la mortalidad y, por otro los crónico-degenerativos aumentan de manera paulatina y sostenida. Esta circunstancia da a la población mexicana un perfil de salud que se transforma rápidamente, y aunado a la transición demográfica que vive el país, impone nuevos retos al actual modelo de atención a la salud.

Dentro de las cinco causas de muerte más frecuentes en la población del D.F. del 2000 al 2004 fueron, en orden de importancia: enfermedades del corazón, diabetes, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares y enfermedades del hígado.

3.2.1. Crecimiento natural de la población

Partiendo de que el crecimiento natural de la población es la diferencia que se establece entre los nacimientos y las defunciones en un periodo dado. Este tipo de crecimiento es el que ha ocurrido en la ciudad de México. A partir de la segunda mitad de los años setenta, la natalidad en el país presenta una tendencia decreciente, fenómeno quizá relacionado a acciones implementadas a través de los programas de planificación familiar, de educación en población y por la situación económica nacional. La natalidad está en estrecha relación con la disminución de la tasa global de fecundidad, la cual indica el promedio de hijos por mujer al término de su vida fértil. Dicha tasa mostró variaciones significativas entre 1970 a 2000; así observamos que a

nivel nacional, disminuyó el número promedio de hijos por mujer, al pasar de 6.8 a 2.4. La ciudad de México, ha ido a la vanguardia de este proceso. De un promedio de 5.0 hijos por mujer en 1970, disminuyó a 1.8 para el 2000.

Este comportamiento significó una fuerte disminución en el número de nacimientos; mientras que en 1970 en el país se registraron 43 nacimientos por cada 1000 habitantes, en 2000 esta cifra descendió a 21.7. Para la Ciudad de México en 1970, esta cifra significó 41.7 y 17.2 para 2000.

Es así como se observa que a partir de la década de 1970, se presenta un cambio importante en la dinámica demográfica de la ZMVM que se expresa en un descenso significativo de su ritmo de crecimiento, resultado de tendencias de largo plazo de los componentes de la transición demográfica, debido principalmente a la disminución de la natalidad, así como una reducción de los flujos migratorios, ocasionada por disminución paulatina en la participación económica del Distrito Federal. A pesar de estos cambios, sigue siendo el principal núcleo urbano del país y uno de los primeros destinos de los migrantes nacionales. Así lo demuestra el hecho de que en la actualidad es el principal centro de atracción de la población indígena de las regiones más pobres del país.

Cabe mencionar que la capital es un territorio de enorme heterogeneidad y variedad de problemas. La materia demográfica no es la excepción, así detrás de los indicadores demográficos, señalados, persisten marcadas desigualdades.

Otro aspecto determinante en este análisis es el de la migración, a la Ciudad de México, que tuvo su punto máximo en 1970 cuando el flujo migratorio alcanzó el 38.2 por ciento del total de los movimientos interestatales del país. A partir de entonces su peso relativo ha ido descendiendo. Este aspecto se reafirma con datos del Censo de 1990, de las 3,477,237 personas que entre 1985 y 1990 cambiaron de lugar de residencia en todo el país, el 29.8 por ciento correspondía al D.F., ubicándose como la entidad que experimentó una mayor emigración. Sin embargo la emigración desde la capital, en el periodo 1995-2000, decrece relativamente su peso con respecto al total, de 3,584,957 habitantes que cambiaron de residencia en el país, el 28.1 por ciento

eran de esta ciudad, los valores anteriores, muestran que la población continúa saliendo, pero en menor volumen.

Como se mencionó anteriormente, el aumento de la esperanza de vida en México, así como la reducción de la mortalidad infantil son dos procesos que cambian en gran medida el panorama de salud, para la muchos de los analistas nacionales esto solo aporta aspectos positivos a dicho proceso de salud, lo cual sin menospreciarse tampoco es posible dejar de ver los aspectos menos favorables para la población, por ejemplo al hablar de la disminución de la mortalidad infantil y la desnutrición, ésta última también la podríamos asociar con la disminución de tasa de natalidad que por lógica parece que disminuye, puesto que se reduce el número de nacimientos, siendo lamentable que todavía aparezcan reportados un número importante de menores con carencias nutricionales importantes 19.8% (ENSANUT 2005-2006).

En cuanto al tan mencionado aumento de la esperanza de vida vale decir que se descuida mucho la calidad de la misma, reportándose cifras alarmantes como por ejemplo la frecuencia de anemia en el 50% de la población mayor de 80 años (ENSANUT 2005-2006), solo por mencionar algunos factores, entre los que se encuentran el índice de abandono y malos tratos que recibe esta población. Llama la atención que la mencionada encuesta reporta que el índice de ancianos obesos es prácticamente insignificante, debido a que la obesidad de los adultos se complica en el transcurso de la vida y no es posible que éstos últimos lleguen a la etapas mas avanzadas de la vida, incluso se menciona que por primera vez se estudian algunos aspectos de salud de este grupo de la población, no es la intención de este análisis no reconocer los logros, pero como ya se dijo, tampoco se puede dejar de ver la realidad de los aspectos de salud de la población, ¿o será que el sistema de salud mexicano está siendo víctima de sus propios “éxitos”?

Dado lo anterior, lo queramos o no, los cambios que se presentan hacen que el perfil epidemiológico y demográfico tenga modificaciones importantes que generan grandes presiones que van desde humanas hasta técnicas y financieras sobre el sistema de salud y por último, actualmente hay 58% de individuos, según estos análisis que alcanzarán edades avanzadas y, que tarde o temprano requerirán de

atención médica especializada, sobre todo si miramos el perfil de salud de los adultos, que es poco alentador.

3.2.2. Condiciones de salud

La salud de una población es un fenómeno complejo y dinámico relacionado con las condiciones materiales de vida, con la dinámica demográfica de la población y con la organización social en la producción de bienes y servicios así como con el acceso de los grupos poblacionales a estos últimos incluidos los de salud (SECRETARIA DE SALUD 2001). Desde la perspectiva de la transición epidemiológica, el cambio en la salud está estrechamente vinculado a la dinámica demográfica, económica y social de una población. Los determinantes fundamentales de este cambio respecto al crecimiento demográfico son, la distribución de la población entre áreas urbanas y rurales, la industrialización progresiva y la urbanización (SEPULVEDA J. 1990).

Hasta principios de los años noventa se podía percibir en México una transición prolongada polarizada, en donde ocurría temporalmente una mezcla de enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades infecciosas y carenciales con diferencias acentuadas particulares según los estratos sociales y las regiones del país. Durante los últimos cincuenta años disminuyeron las tasas de mortalidad en especial la infantil, aumentó la esperanza de vida y, aunque en menor medida, disminuyó la tasa de fecundidad, quizá todos estos cambios, generados del mismo circuito de disminución mencionado. Por lo tanto el nuevo perfil epidemiológico del país es el resultado, pues, de una multitud de factores, la creciente prevalencia de conductas poco favorables, sedentarismo, tabaquismo, mala nutrición, alto consumo de alcohol, favorecen al desarrollo de padecimientos no transmisibles.

Dentro de las enfermedades no trasmisibles que dominan ahora el perfil de salud la población mexicana, sobresale la diabetes mellitus.

Actualmente más del 9% de los adultos en México son diabéticos (ENSANUT 2005-2006), además la tasa de mortalidad por esta causa muestra una tendencia ascendente desde hace varios lustros, tanto en hombres como en mujeres.

Otro problema relacionado con el envejecimiento y los nuevos estilos de vida son las enfermedades isquémicas del corazón, solo superadas por la diabetes; las cardiopatías isquémicas ocasionaron, más de 50 000 muertes en 2005; el 80% de ellas ocurrieron en personas mayores de 60 años.

Un obstáculo importante para lograr la mejoría de las condiciones de salud de la población ha sido la falta de acceso a los servicios de salud.

Uno de los problemas de reciente aparición por lo menos en prevalencia, es la obesidad, pues según la ENSANUT 2005-2006, tanto el sobre peso como la obesidad afectan acerca del 70% de la población (71.9 % en mujeres y hombres 66.7 %) dicho incremento porcentual debe tomarse en cuenta debido a que son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo las cardiovasculares, diabetes y cáncer.

3.2.3. Nutrición

La nutrición a lo largo del curso de la vida es una de las principales determinantes de la salud, del desempeño físico y mental y de la productividad. La desnutrición durante la gestación y los primeros 2 o 3 años de vida aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y afecta el crecimiento y desarrollo durante dicho periodo crítico; además, la desnutrición temprana tiene efectos adversos a lo largo de la vida, como disminución del desempeño escolar, aumento en el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y reducción de la capacidad del trabajo y del rendimiento intelectual (MARTORELL, R.;1995).

La mala nutrición (tanto desnutrición como exceso en la ingesta) tiene causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. La desnutrición en el niño es el resultado directa de una dieta inadecuada, en cantidad o calidad, y del efecto acumulativo de episodios de enfermedades infecciosas y de otros

padecimientos. Dichos factores tienen su origen en el acceso insuficiente a alimentos nutritivos, servicios de salud deficientes, saneamiento inadecuado y prácticas inadecuadas de cuidados en el hogar (UNICEF 1998). Las causas subyacentes de estos problemas son la distribución desigual de recursos, de conocimientos y de oportunidades entre los miembros de la sociedad.

Por otro lado, imposible de omitir el gran problema de la obesidad como resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético, frecuentemente consecuencia de la ingestión de dietas con alta densidad energéticas, bajas en fibras y de bebidas azucaradas en combinación con una escasa actividad física. Esta última se ha asociado a la urbanización, al crecimiento económico y a los cambios de la tecnología para la producción de bienes y servicios, así como a los estilos de vida y de recreación (SAYED 1999). Es así que en lo que se refiere a la obesidad y el sobrepeso, las cifras de ENSALUD nos hablan de una epidemia que está afectando incluso a las zonas rurales y las poblaciones indígenas. De acuerdo con esta encuesta, 39% de la población adulta del país sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad, incluso hay estudios que relacionan este problema de peso con 50 000 muertes anuales, convirtiendo a dichos padecimientos en una de las causas principales de muerte prematura en el país.

En el ámbito poblacional, tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad son cuantificados mediante el uso de indicadores antropométricos.

3.2.4. Otros factores de riesgos

Con los cambios poblacionales hay una transformación de los factores de riesgo predominantes en México. La mayor parte de la carga que la enfermedad representa para el sistema de salud se vincula no solo a las carencias sanitarias sino a las conductas que incrementan considerablemente el riesgo a enfermar.

Actualmente, la falta de agua y de drenaje se asocia a menos de 1% de las muertes y a un poco más de los años de vida saludable perdidos. La carencia de agua adecuada y drenaje se concentra sobre todo en las áreas rurales o en las zonas

urbanas altamente marginadas. En localidades de más de 15 000 habitantes, 96% de las viviendas cuentan con drenaje adecuado. En contraste, en las localidades más pequeñas solo el 65% de las viviendas cuentan con este servicio. El aporte de agua por su parte alcanza más del 90% de las viviendas en 28 entidades (SECRETARÍA DE SALUD 2001).

3.3 Descripción del contexto del trabajo de campo: La comunidad de Las Cabañas

Diversos estudios urbanos vienen insistiendo en la emergencia y desarrollo de los procesos de exclusión social y segregación espacial en las grandes ciudades, asociadas al desarrollo de la globalización. Estos procesos afectan especialmente a determinadas zonas periféricas de las ciudades donde se acumulan los problemas urbanísticos, económicos y sociales, tal es el caso de la comunidad de Las Cabañas, tanto por sus antecedentes (de zona rural) y condiciones físicas como su evolución y composición social. Por un lado, su tradicional asilamiento físico aún estando en una zona urbana, el problema de las viviendas y por otro, el bajo nivel económico, la persistente expulsión de la población joven residente por la escasez y problemas de vivienda unido a la llegada de nuevos residentes, son atributos principales de Las Cabañas, todo ello hace que la localidad haya entrado en un ciclo vicioso del declive, en el que se torna muy difícil la salida. Se puede observar que la degradación del medio urbano lleva a la degradación social y viceversa. Los vecinos que tienen posibilidades de prosperar, dejan el barrio y dejan hueco a sectores de población excluidos que no pueden acceder a comprar sus viviendas en otros lugares de la ciudad.

Para superar este declive, se han combinado en este trabajo dos líneas de actuación, por una parte se procedió a indagar en los aspectos más sustantivos que se refieren a los problemas que afectan a la localidad y por otro lado, se desarrolló una metodología innovadora, la IAP adecuada para desplegar un procedimiento de transformación eficiente y satisfactoria por y para los agentes de la localidad.

La comunidad de Las Cabañas, es un área territorial de aproximadamente dos mil metros cuadrados. Adquirida legalmente por varios propietarios de origen español,

(los habitantes de mayor edad, mencionan cuatro dueños que se fueron traspasando la propiedad); también se piensa que funcionó desde el año 1900. Se trataba de un rancho ganadero y con una cantidad de trabajadores importantes (se cree que unos 30) con sus respectivas familias, muchas de ellas originarias de Oaxaca, Guanajuato, Estado de México, entre otras. Con el tiempo, dicho lugar, cayó en crisis económica, de manera que no fue posible liquidar a los trabajadores y sus familias, surgiendo diversas disputas unidas a la muerte del último dueño del lugar; por todo esto los trabajadores que incluso algunos tenían hasta 20 años de trabajo, se quedaron alojados en la parte trasera de todo el terreno, distribuyendo de manera desigual los terrenos para la vivienda. El terreno actualmente tiene luz, agua potable y drenaje por conexiones irregulares, los propietarios no cuentan con documentos finales que certifiquen su legalidad. Muchos de los trabajadores por su edad y diversos problemas de salud han ido muriendo, quedando actualmente hijos y nietos de los primeros habitantes.

El área se caracteriza por tener formas irregulares, desordenadas, desiguales y poco propicias incluso para llevar a cabo la limpieza. Se puede dividir la zona en dos áreas, una que se caracteriza por estar más hacinada, con problemas de servicios y de salud de los habitantes y otra zona quizá con una problemática menor ya que cuentan con mejores condiciones de servicios y amplitud de los terrenos.

La comunidad cuenta también con una fauna doméstica importante, como son en orden de importancia, perros, gatos, pericos y pollos principalmente. Existe una pequeña iglesia católica construida en un terreno donado por las mismas personas que lo habitan; la comunidad se encuentra trazada sobre una avenida urbana de mucha importancia, en la misma existen comercios que proveen a la población de los principales objetos de consumo principalmente alimentarios, subsistiendo ellos también de dichos negocios.

Los problemas de higiene en esta localidad son severos, ya que como se ha venido mencionado, los servicios como la luz, el drenaje y el agua, los han instalado en forma digamos que individual, es decir, cada familia se la ha ingeniado, para la instalación. Todo esto causa muchos problemas, y a la vez pone en riesgo la salud de

los habitantes; por ejemplo el drenaje, muchas veces se sale de la coladera e inunda los espacios que ya de por sí son muy reducidos e irregulares, con la luz sucede algo similar, las instalaciones no están pensadas para toda la localidad, por lo tanto hay instalaciones que ponen en riesgo la vida de ellos mismos, además fuera de las casas no hay luz suficiente sobre todo para las noches; hay familias que no cuentan con el servicio de agua potable adentro de la casa, es decir una sola llave de agua abastece a varias familias; la basura es otro problema ya que el recolector de basura pasa cada 3 ó 4 días, mientras tanto ésta se va acumulando y con la presencia de animales domésticos principalmente perros que se hacinan más los espacios. Otro factor importante es que las viviendas están hechas incluso por las mismas familias, de diferentes materiales, algunas están muy juntas, así es que los sonidos musicales principalmente abarcan calles completas a un volumen extraordinario.

Por otro lado los índices de alcoholismo son importantes, aunque en las entrevistas, poco se reporta, se hizo un conteo durante un mes y se identificaron de cinco a diez personas ingiriendo alcohol en una de las entradas, el número de personas depende del día ya que si es fin de semana puede llegar hasta un poco más de 10 personas.

Todo esto le da a la localidad un aspecto de descuido y de hacinamiento importante, un espacio en donde solo ellos pueden transitar con “tranquilidad”, ya que aparenta ser una localidad violenta con respecto a los conjuntos habitacionales que las rodean.

3.3.1 Características generales de la población

Si bien adelante presentaremos de manera detallada la estructura de los servicios disponibles en la zona, aquí nos interesa mencionar de manera global las siguientes características generales.

Los datos que a continuación se presentan son actuales, se recolectaron en 2007. Se llevó a cabo un “barrido” de la zona en dos fases, la primera se llevó a cabo

a principios de 2007 visitándose 62 viviendas, en la segunda fase que se llevó a cabo a finales del 2007, se visitaron 18 viviendas más, visitándose en total 80 viviendas con un total de 300 habitantes con un promedio de 4 integrantes por vivienda.

Los integrantes de dicha localidad, cuentan en su mayoría con la Seguridad Social por parte del estado, es decir brindado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del estado (ISSSTE) y la secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) el cual obtienen casi siempre de algún familiar hijos o padres (43.2%) (Tabla 6).

Otra forma de Seguridad Social encontrada fue en forma privada, es decir que en algunos casos sus trabajos les proporciona algún beneficio médico que les permite asistir a dicha consulta, lo anterior no en todos los casos, esto en un porcentaje mucho menor (24%). Nuevamente encontramos un aspecto que proporciona un elemento más de vulnerabilidad para la población estudiada, y es que el 32.5 no cuenta con seguridad social, es decir, que si llega a necesitar de la atención médica, solo cuenta con los hospitales de la Secretaria de Salud en los cuales, la población excede los recursos, y la atención se hace más difícil.

En cuanto a educación tenemos que el 80.2 %, sabe leer y escribir, mientras que el 19.8 es analfabeta, situación que se reporta en otras partes de este trabajo, sobre todo cuando se llevaron a cabo las entrevistas focales a las 11 familias involucradas con el estudio. Lo anterior, se puede relacionar directamente con las dos épocas, ya que este estudio incluye dentro de las madres de familia que se entrevistaron, tenemos a las mayores de 50 años (72%) y las que van de 29 a 49 años (28%), en las primeras podemos decir que las características generales de vida fueron más críticas, de acuerdo a los datos obtenidos, incluyéndose por supuesto el tema de la educación, mientras que en el segundo grupo de mujeres menores de 50 años, las condiciones generales de vida reportadas, mostraron cambios positivos importantes, por lo tanto podemos afirmar que la población analfabeta es proporcional a la edad mayor (arriba de 50 años) grupo en el que es frecuente el analfabetismo.

Tabla 6. Características de seguridad social, educación, trabajo y condición de inseguridad alimentaria, cabañas 2007*.

Variable	%
Hogares (n=80)	
Ocupantes del hogar ($x \pm DE$)	4.7 \pm 2.1
Seguridad Social (n=271)	
Estado	43.2
Privado	5.5
Otra**	18.5
Sin SS	32.5
Educación (n=263)	
Alfabetos	80.2
Sin instrucción	19.8
Nivel de estudios (n=211)	
Básica	82.5
Media superior	13.3
Superior/Posgrado	4.3
Condición de trabajo (n=255)	
Con empleo	42.3
En busca de empleo	0.8
Sin ocupación	18.0
Estudiante	22.4
Hogar	15.7
Jubilado	0.4
Incapacitado	0.4

* Datos recabados en la Fase II del proyecto.

La educación básica y superior no es muy significativa (17.3%). El 43.3 % de los entrevistados reporta contar con empleo y un 18%, afirma encontrarse desempleado. Considerando que la población en edad laboral de esta localidad incluye las edades de 12 años en adelante, es casi la mitad la que se encuentra trabajando en actividades que en orden de mayor a menor van desde actividades no profesionales (cajeros, meseros, ayudantes generales, etc.), actividades de intendencia, artes y oficios, autoempleo (ventas, transporte público, etc.), actividades administrativas (públicas o privadas), actividades profesionales y construcción.

La población estudiada por grupos de edad de mayor número de individuos son los adultos, que representan el 55.4% y el menor es el de los infantes menores de 5 años que representan el 5.8% (Tabla 7). El hecho de que la población que representa mayor porcentaje sea la de los adultos, quizá vaya muy relacionado con otros aspectos de la comunidad, por ejemplo, los alarmantes índices de las enfermedades que se relacionan con el síndrome (SM): diabetes, hipertensión y obesidad. Según FAO (2002), las enfermedades del SM, se relacionan directamente con las diez primeras causas de muerte en el mundo. Las posibilidades de contraerlas aumentan a medida que una persona se hace mayor, si además agregamos los antecedentes familiares patológicos (Tabla 8). La situación tiende a hacerse más crítica. Con todo esto podemos decir que las edades están relacionadas, definitivamente con los grupos de edad, haciéndolos más vulnerables a diversos padecimientos.

**Tabla 7. Distribución porcentual por grupo de edad y sexo
Muestra Las Cabañas, 2007*.n=258**

Grupo de edad	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Preescolar (< 5 años)	15	5.8	7	2.7	8	3.1
Escolar (5 a 11 años)	34	13.2	20	7.8	14	5.4
Adolescentes (12 a 19 años)	47	18.2	27	10.5	20	7.8
Adultos (20 a 59 años)	143	55.4	81	31.4	62	24
Adultos mayores (> 60 años)	19	7.4	11	4.3	8	3.1

* Datos recabados en la Fase II del proyecto.

Las viviendas se encuentran en condiciones que no son la ideales, por ejemplo el agua potable, aunque todos cuentan con ella, no siempre hay disponibilidad dentro de la vivienda, es decir que se transporta al interior para satisfacer las necesidades, lo mismo pasa en la disponibilidad del drenaje que aunque todos cuentan con él, las condiciones demeritan el servicio, baño y la energía eléctrica y tipos de piso nos muestran la misma situación. En cuanto a los bienes, con los que cuentan en el interior de las casas, se puede observar que todos tienen aparatos como estufa y licuadora indispensables en la preparación de los alimentos consumidos. Refrigerador y

televisión también poseen la mayoría de las familias. No así en el caso de aparatos como la lavadora y ordenador (Tabla 9).

Tabla 8. Prevalencia de enfermedades asociadas con la alimentación en parientes de línea directa. Las Cabañas, 2007*.

Enfermedad	Padre		Madre		Hermanos	
	n	%	n	%	n	%
Diabetes Mellitus	33	13.2	42	16.8	21	8.4
Hipertensión arterial	25	10.0	41	16.4	12	4.8
Dislipidemia**	10	4.0	14	5.6	5	2.0
Sobrepeso/Obesidad***	42	16.8	70	28.0	43	17.2

* Datos recabados en la Fase II del proyecto.
** Colesterol o triglicéridos en un rango fuera de lo normal.
*** Percepción personal de los encuestados.

Tabla 9. Disponibilidad de bienes, servicios y características de la vivienda. Las Cabañas, 2007*. n=62

Variable	N	%
Servicios		
Agua potable	62	100.0
de la red pública dentro de la vivienda	51	82.3
de la red pública fuera de la vivienda pero dentro del terreno	7	11.3
de una llave pública	4	6.5
Drenaje	61	98.4
Excusado o sanitario	62	100.0
Exclusivo	54	87.1
Compartido	8	12.9
Energía eléctrica	62	100.0
Gas	60	96.8
Teléfono	49	79.0
Recolección de basura	60	96.8
Bienes		
Estufa	62	100.0
Licuada	62	100.0
Refrigerador	59	95.2
Lavadora	39	62.9
Computadora	13	21.0
Televisión	61	98.4
Material en pisos		
Tierra	1	1.6
Cemento o firme	50	80.6
Madera, mosaico y otros	11	17.7

* Datos recabados en la Fase I del proyecto.

Cerca de la mitad de los hogares (45.2%), cubre la economía con la participación de uno solo de los miembros, principalmente el padre, mientras que el 25.8% de las madres participan aportando recursos económicos a la familia. Lo anterior nos lleva a visualizar la distribución del trabajo en el hogar y muchas veces a confirmar

la actividad “sobrecargada” de actividades por parte de las mujeres, lo cual por supuesto que incide en muchos aspectos de su salud (Tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de Aportación del ingreso por los miembros de la familia. Las Cabañas, 2007* N=62

Aporte económico	N	%
Por un solo integrante del hogar	28	45.2
Padre	16	25.8
Madre	2	3.2
Hijos	6	9.7
Otros	4	6.5
Por más de un integrante del hogar	34	54.8

* Datos recabados en la Fase I del proyecto.

Podría decirse que quizá una estrategia doméstica para hacer rendir el dinero del que se dispone para la alimentación, es invertir la energía de las mujeres en la búsqueda de “mejores” precios, lo que nos hace recordar a MARI FRANCOISE C. (1993), cuando dice: *“Desde hace milenios los humanos hemos descubierto que la organización doméstica es un comportamiento estratégico que permite optimizar los recursos disponibles. La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos, desde el principio de la historia de la humanidad: asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para sumir las funciones vitales: recursos energéticos, de ahí la necesidad del alimento, la organización de estas tareas, da origen a la división sexual del trabajo que precisándose, marcará de forma determinante, según las culturas y la épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica”*.

Se puede observar la alarmante situación de salud que presentan respecto a los antecedentes patológicos de las familias, que en muchos de los casos el factor hereditario aumenta las posibilidades de que se padezca la enfermedad, la calidad de vida en esta población en concreto, se complica por sus características. De las 80

familias entrevistadas (250 personas), tenemos por orden de mayor a menor las enfermedades que más posibilidades hereditarias tienen para padecerlas: la obesidad que se presenta en el 65% de la muestra, la DMT2 64% y la hipertensión en un 48.4%. Si estos datos los asociamos con los padecimientos ya detectados, la situación de salud se torna más compleja.

Las enfermedades del SM que manifiestan haber sido diagnosticadas por parte de algún servicio de salud (a excepción de la obesidad que en este caso nos basamos en la percepción que tiene el paciente respecto a él mismo y que mas adelante se hará referencia), nos da un escenario nada alentador. El 46.4% de los entrevistados tiene uno o varios de los padecimientos mencionados, siendo la prevalencia de la obesidad la más alta (26%), siguiéndole en orden descendente la diabetes (5.6 %), la hipertensión en un 9.2% y las dislipidemias en un 5.6% (Tabla 11).

Tabla 11. Prevalencia de enfermedades asociadas con la alimentación.

Las Cabañas, 2007*.

Enfermedad	Total		Mujeres		Hombres	
	n	%	N	%	N	%
Diabetes mellitas	14	5.6	9	3.6	5	2.0
Hipertensión arterial	23	9.2	15	3.2	8	3.2
Dislipidemia**	14	5.6	12	4.8	2	0.8
Sobrepeso/Obesidad ***	65	26	47	18.8	18	7.2
* Datos recabados en la Fase 2 del proyecto.						
** Colesterol o triglicéridos en un rango fuera de lo normal.						
*** Percepción personal de los encuestados.						

Por otro lado, dentro de los sucesos que condicionan la alimentación, tenemos el tema de la seguridad alimentaria, que entendido como *el derecho de todas las personas a tener una alimentación cultural y nutricionalmente adecuada y suficiente* (FAO, 1992), se aborda desde el nivel microsociedad, es decir se describirá el papel de los hogares estudiados para soportar los efectos de esas variables macro (comportamiento de áreas

a nivel nacional y/o mundial) y enfrentar los acontecimientos. El concepto de Seguridad Alimentaria, surge desde hace dos décadas por la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), caracterizándolo como un “derecho” fundamental del ser humano.

Según Chateneuf (1995), as condiciones asociadas a la seguridad alimentaria son:

- Suficiencia: Alimentos en cantidad suficiente para abastecer a toda la población.
- Estabilidad: Las variaciones estacionales no comprometen la provisión.
- Autonomía: En tanto no depende del suministro externo.
- Sustentabilidad: Porque el tipo de explotación de los recursos posibilita su reproducción en el futuro.

Como puede verse, lo que no está garantizado es la equidad, es decir que toda la población, y sobre todo los más pobres tengan acceso a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida, en este trabajo se echa una mirada a las estrategias de los hogares para moverse dentro de esas restricciones.

Este panorama nos conduce a retomar el proceso alimentario como un proceso complejo y de múltiples abordajes, vinculado a la supervivencia humana, pero por otra parte, la incorporación en el organismo de sustancias alimenticias, tiene connotaciones simbólicas para la persona y el grupo social al que pertenece. El proceso alimentario en este trabajo implica grandemente los aspectos socio-culturales, que implica reconocer, la dimensión cultural y social como productora de representaciones y de relaciones materiales que condicionan y dan un nuevo significado las relaciones alimentarias que son constitutivas de los individuos, de los grupos y de las culturas.

Las relaciones alimentario-nutricionales se reconocen en tanto relaciones sociales, y al sujeto en su práctica alimentaria, en el discurso sociocultural que lo instituye, sujeto y cuerpo son construidos socialmente. En toda práctica alimentaria

subyacen representaciones, significados, y relaciones que para su comprensión y análisis es necesario remitirnos al contexto social al que pertenece el sujeto.

Cuando hablamos de estrategias domésticas de consumo alimentario¹⁸, hay que aclarar que se trata de un campo amplio que compone las estrategias de vida, este trabajo nos indica solo algunos aspectos sobre si para los hogares las estrategias han resultado adaptativas, frente al complicado contexto que los rodea o si han creado alternativas.

Si partimos de esta estrategia de vida, podemos decir que las estrategias domésticas de consumo alimentario nos permiten comprender cómo y porqué se cambian las formas de comer y qué efectos se generaron en la población, en este caso desde el punto de vista del proceso salud-enfermedad.

Es interesante observar que en esta población, las estrategias se caracterizan en la práctica, por ensayo y error, alimentadas por los resultados de la experiencia familiar y del entorno de amigos y vecinos (más que racionales en el sentido de conciencia, fines y medios), podríamos decir que tienen una lógica esos “sentidos prácticos” de los que habla BORDIEU (1995).

El número de kilocalorías per cápita o suministro diario de energía per cápita (SEA¹⁹) de 1395.7 kilocalorías (Tabla 12) fue mucho menor que el calculado por la misma FAO para México en 1998 (3,140 kcal.) en el Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación. Lo anterior, podría indicarnos una probable brecha alimentaria entre poderes adquisitivos altos y bajos, dentro de la cual puede haber considerables diferencias del tipo de alimentos que componen la dieta diaria dentro del mismo país. A nivel mundial, según el mismo informe de la FAO, el SEA de 177 países que encabezan la lista, Dinamarca es la número uno con 3,780 kcal disponibles a diario por persona, más del doble de lo que cuenta la población estudiada, o la de Somalia (1,580

¹⁸ La estrategia doméstica de consumo alimentario, son las prácticas que los agregados sociales realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones, creencias, razones y sentidos que se aducen para justificarlas. (CALVO, E.;AGUIRRE, P. 2005)

¹⁹ El SEA, lo define la FAO, como el cálculo del consumo diario de energía alimentaría por persona durante un periodo determinado.

kcal per cápita). Si hacemos referencia a los aspectos “interiores” de esas kilocalorías, es decir, de qué nutrientes están compuestas, podemos observar que hay muchas diferencias en la composición de la dieta media de países desarrollados y la de los que están en desarrollo. Poco más de la cuarta parte del régimen alimentario de los países industrializados está compuesto de cereales, otra cuarta parte consta de carne, pescado, huevos, leche y queso.

Tabla 12. Consumo per cápita de energía y nutrimentos mediante análisis de recordatorio de 24 horas. Las Cabañas, 2007*.n=40

Energía y nutrientes	Media	DE
Energía (kcal)	1395.7	609.1
Proteína (g)	57.4	26.3
Lípidos (g)	51.5	40.5
H de C (g)	168.2	82.5
Hierro no hem (mg)	10.6	24.0
Hierro (mg)	10.0	5.8
Vitamina C (mg)	87.0	137.4

* Datos recabados en la Fase II del proyecto.
Abreviaturas: DE, desviación estándar; H de C, hidratos de carbono.

La población estudiada tiene un consumo en carbohidratos complejos de 27.76%, lo cual en primera instancia podría ser alentador, ya que sabemos que estos, son de mejor calidad que los refinados, con sus respectivas consecuencias para la salud cuando se consumen sin restricción. El 17.52 % de los carbohidratos consumidos son del tipo refinados, lo cual torna más difícil la situación alimentaria. El consumo de la fruta es paupérrimo, los datos refieren que solo el 2.34% de la población consume este tipo de alimentos que favorecen el estado de salud. Si miramos en el consumo de grasa, se reporta un consumo mayor de grasa vegetal que de grasa animal, y miramos que el consumo de proteína animal (25.18%) es mucho mayor que el de origen vegetal (5.44%). El consumo de verduras representa un porcentaje reducido (2.36%),

alimentos que junto con las frutas son grupos que aportan muchos beneficios a la salud (Tabla13).

Lo anterior se puede resumir en las palabras de Hartwing de Haen, Subdirector General de la FAO: “*Los alimentos no siempre se distribuyen equitativamente en el seno de los países, incluso en las familias, para asegurar un bienestar en materia de nutrición todas las personas necesitan tener a su alcance en cualquier momento, un suministro suficiente de una variedad de alimentos seguros y de buena calidad*”. “*Observando al mundo en conjunto, se aprecia que se producen suficientes alimentos , para alimentar diario a todas las personas, pero no ocurre así porque el verdadero problema es el acceso a los alimentos*”, completa el otro directivo de la FAO (FAO,1998:5) . La misma FAO reporta que en la medida que aumentan los ingresos no sólo se come mas, también se come distinto. Los más pobres comen más cereales y tubérculos mas aceites, carnes grasas y azúcares que los otros sectores.

Tabla 13. Alimentos reportados en recordatorios de 24 horas y valor calórico total de la dieta, analizados por nutrimento principal. Cabañas,2007*. N=40

Nutriente	n**	Media [§]	DE [§]	%VCT
Carbohidrato complejo	36	430.59	301.45	27.76
Carbohidrato refinado	36	271.75	269.07	17.52
Fruta	14	93.14	100.86	2.34
Grasa animal	11	245.61	277.29	4.84
Grasa vegetal	26	311.65	369.18	14.51
Alimentos libres de Energía	14	1.55	2.71	0.04
Proteína animal	39	360.5	266.46	25.18
Proteína vegetal	14	217.05	167.81	5.44
Verdura	27	48.78	48.28	2.36

* Datos recabados en la Fase II del proyecto.

** Hace referencia al número de alimentos diferentes reportados en los recordatorios de 24 horas que caen dentro de cada categoría de nutriente principal.

§ Los datos reportados hacen referencia al aporte energético que se deriva de cada nutriente en kcal.

Abreviaturas: DE, desviación estándar; %VCT, porcentaje del valor calórico total

Tabla 14. Condición de inseguridad alimentaria en los hogares.

Las Cabañas, 2007*. N=78

Condición de seguridad alimentaria	n	%
Con inseguridad alimentaria	62	79.5
Leve	38	48.7
Moderada	10	12.8
Severa	14	18.0
Sin inseguridad alimentaria	16	20.5

* Datos recabados en la Fase II del proyecto.

Por otro lado, se aplicó un instrumento²⁰ metodológico que nos permitió saber cuál es la inseguridad alimentaria de la población estudiada, arrojándonos los siguientes resultados (Tabla 14). Se encontró un 79.5% de la población con inseguridad alimentaria, 48.7% tienen inseguridad alimentaria leve, 12.8% moderada y 18% inseguridad severa. Lo anterior sigue siendo de gran preocupación por las características tan desfavorables que presenta la población en estudio.

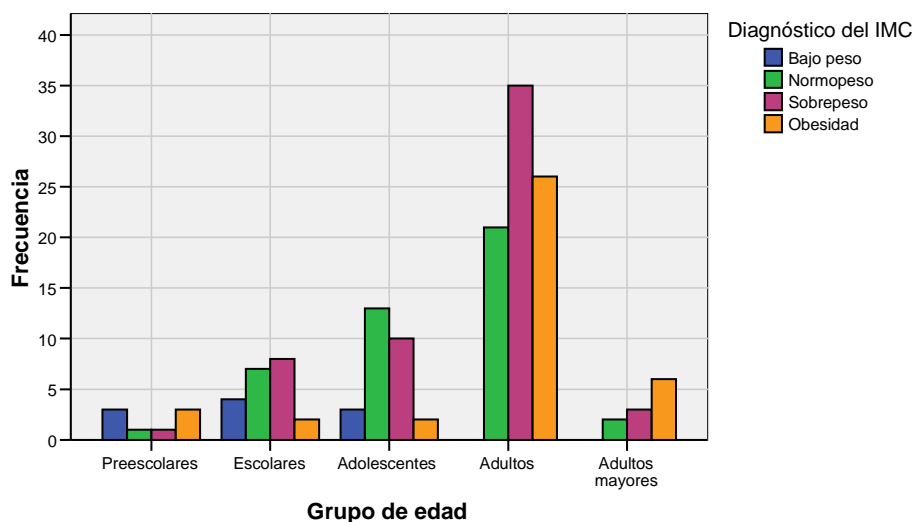
Paralelamente, se evaluó el estado nutricional de la población mediante el empleo de técnicas antropométricas. Para tal efecto se calculó el índice de masa corporal (IMC) de las personas y a partir de éste se ubicaron en alguna categoría de estado nutricional, apoyados en criterios de clasificación aceptados internacionalmente.

Los resultados (gráfica 3), muestran una preocupante prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población del 64% (n=96) en donde el grupo de preescolares, escolares y adolescentes contribuyen con el 17.3% (n=26) del total.

²⁰ Lorenzana PA, Sanjurjo D. Abbreviated Measures of Food Sufficiency Validly Estimate the Food Security Level of Poor Households: Measuring Household Food Security. *Journal Nutrition* 129: 687–692, 1999. Esto se detalla en la metodología.

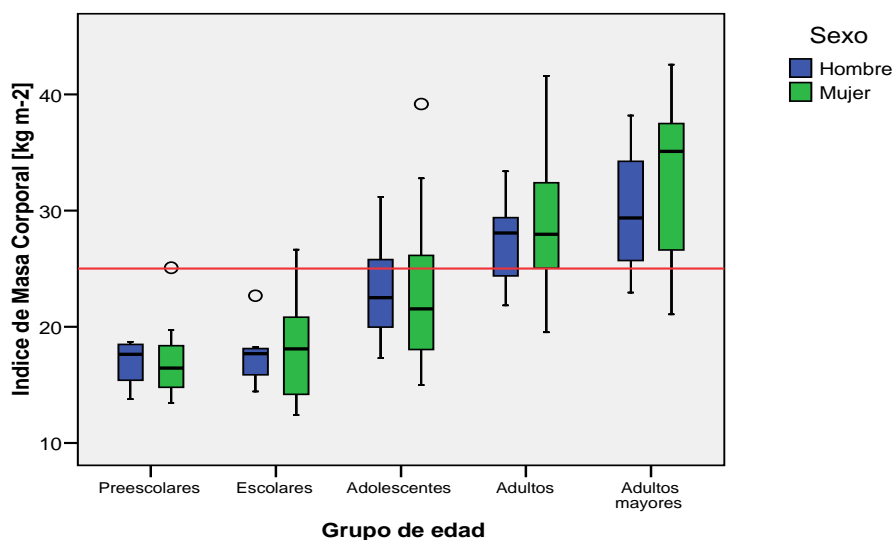
En la gráfica 4 se expone el comportamiento de la distribución que genera el análisis cuantitativo del IMC por grupo de edad y sexo, mediante gráficos de caja (box plot). En éste se trazó adicionalmente el punto de corte sugerido por la OMS (IMC=25 kg/m²) donde se diagnostica sobrepeso en adultos (línea en rojo) con el propósito de tener una referencia para ubicar a la población en su conjunto. Se puede observar que más del 80% el grupo de los adultos mayores presentan índices de sobrepeso y obesidad, siguiéndole los adultos y en un porcentaje menor los adolescentes. Por otra parte, aunque para los preescolares y escolares no aplica el punto de corte de referencia gráfica, destaca que alguno de ellos, pero particularmente las mujeres, ya presentan valores de IMC que corresponde a población adulta con sobrepeso.

Gráfica 3. Diagnóstico nutricional por IMC de los grupos de edad
Las Cabañas, 2007*. N=150



Datos recabados en la Fase II del proyecto.

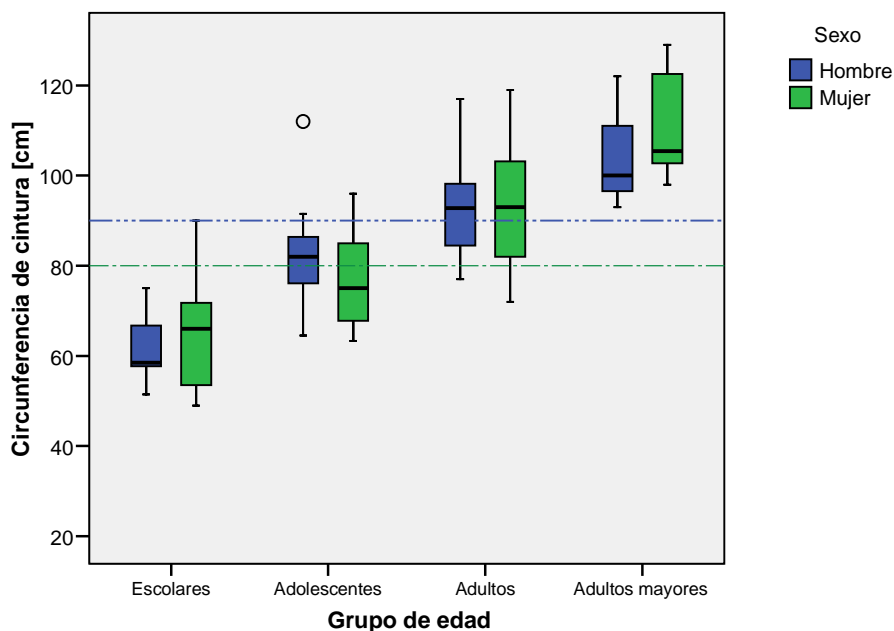
Gráfica 4. Comportamiento del IMC por grupo de edad y sexo, y su ubicación respecto al punto de corte para sobrepeso y obesidad sugerido por la OMS. Las Cabañas, 2007*.



*Datos recabados en la Fase II del proyecto.

Otra medida antropométrica importante que permite discriminar a sujetos con riesgo de SM es la circunferencia de cintura. De manera análoga como se hizo con el IMC, se colocaron los puntos de corte que propone la SSA como una circunferencia abdominal saludable de ≤ 80 cm para mujeres (línea verde) y de ≤ 90 cm para hombres (línea azul). Este indicador es aún más alarmante que el IMC en esta población, ya que en los adultos mayores la distribución de la variable en ambos sexos manifiesta un total alejamiento de la recomendación de la SSA. En relación con los adultos, las mujeres sin riesgo ascienden a menos del 25% y en los hombres alrededor del 50%. En menores de 20 años el riesgo disminuye, sin embargo, existe una prevalencia importante de circunferencia mayor a 80 cm en las mujeres adolescentes y en menor medida en las escolares, situaciones ambas que sugieren un pronóstico desfavorable a corto y mediano plazo (Gráfica 5).

Gráfica 5. Comportamiento de la circunferencia de cintura por grupo de edad y sexo, y su ubicación respecto al punto de corte que determina riesgo de síndrome metabólico. Las Cabañas, 2007*.n=125



Punto de corte sugerido por la SSA de ≤ 90 cm en hombres (línea azul).

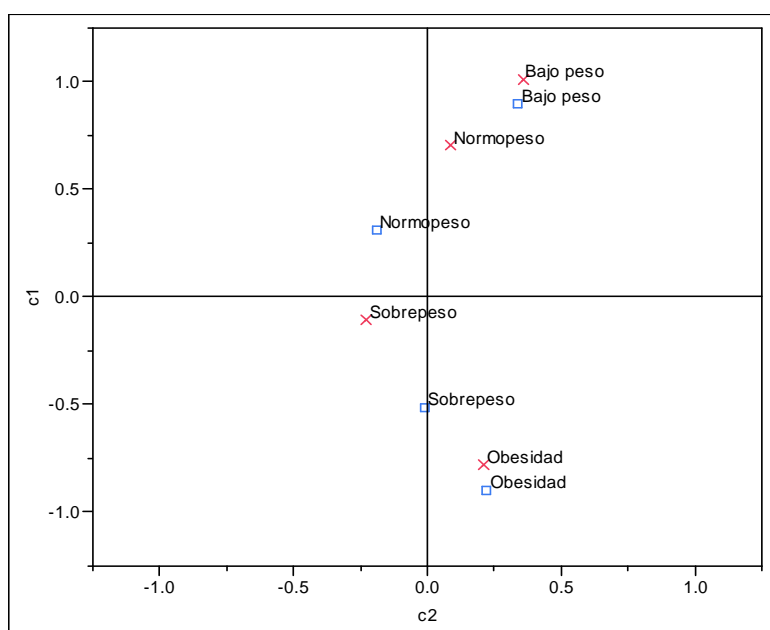
Punto de corte sugerido por la SSA de ≤ 80 cm en mujeres (línea verde).

*Datos recabados en la Fase II del proyecto.

Por último, se hizo mención anteriormente que se incluyó un apartado dentro del instrumento de recolección de datos donde se evalúa la autopercepción del fenotipo de la persona a partir de una serie de imágenes que representan sujetos que van desde un estado de desnutrición hasta obesidad. Al analizar esta variable junto con la evaluación antropométrica del estado nutricional, a partir del IMC se encontró que hubo una correspondencia muy fuerte entre la autopercepción y el diagnóstico nutricional para los estados de “bajo peso” ($IMC < 18.5$) y de “obesidad” ($IMC > 30$); en otras palabras, el diagnóstico clínico del estado nutricional de la persona tiene un acercamiento con la autopercepción de su fenotipo y viceversa. Por otra parte, las personas con un peso adecuado ($18.5 < IMC < 24.9$) tienden a percibirse con un peso menor más que normal, y las que presentan sobrepeso ($25 < IMC < 30$) pareciera que tienen una mayor dificultad

para ubicarse perceptivamente dentro de este estado y eligen con mayor frecuencia una imagen corporal que indica un peso adecuado (Gráfica 6).

Gráfica 6. Análisis de correspondencia entre evaluación antropométrica por IMC y la auto percepción del fenotipo del individuo. Las Cabañas, 2007*. N=141



*Datos recabados en la Fase II del proyecto.

La nutrición como proceso complejo tiene múltiples abordajes. El alimento está vinculado a la supervivencia humana, pero por otra parte, la incorporación en el organismo de sustancias alimenticias tiene connotaciones simbólicas para la persona y el grupo social al que pertenece.

El objeto de conocimiento de este trabajo está directamente relacionado con la alimentación y su proceso sociocultural que implica reconocer la dimensión cultural y social como productora de representaciones y de relaciones materiales que condicionan y resignifican las relaciones alimentarias. Las relaciones alimentarias son constitutivas de los individuos, de los grupos y de las culturas. En esta experiencia pudimos

constatar que todo hecho alimentario es producto y productor de relaciones y de representaciones culturales y sociales. Las relaciones alimentario-nutricionales se reconocen en tanto relaciones sociales y al sujeto en su práctica alimentaria en el discurso que lo instituye. Sujeto y cuerpo son constituidos socialmente.

En toda la práctica alimentaria subyacen representaciones, significados y relaciones que, para su comprensión y análisis es necesario remitirnos al contexto social al que pertenece el sujeto y que lo constituye como tal. Identificar las necesidades socioculturales de un grupo con respecto a la alimentación permite la ejecución de programas y proponer estrategias que sean aceptables socioculturalmente.

Partiendo del contexto anterior, al hablar de estrategias alimentarias en la localidad de estudio, no nos referimos a la planeación intencional de metas fríamente calculadas, sino al despliegue activo de conductas, líneas de acción y prácticas orientadas a la obtención de satisfactores (en este caso de la alimentación).

Estamos hablando de conductas de acción posibles y probadas, que se observan por sus resultados y se mantienen en un tiempo largo; diferenciándose de los arreglos coyunturales que se hacen en un corto plazo, para superar un evento puntual. Por ejemplo, hay temporadas en que el tomate o cualquier otra verdura aumentan de precio y las familias, o no lo consumen o lo hacen en forma mínima, esto sería un arreglo de ocasión, por llamarle de alguna manera; mientras que una estrategia sería haber bajado los consumos de frutas y verduras en una década, por su alto costo.

Otra estrategia de los hogares y lo pudimos comprobar a lo largo de este estudio es invertir la energía de las mujeres en la búsqueda de los mejores precios, en todas las tiendas donde vendan el producto alimentario deseado, conducta que impacta favorablemente en los gastos de los productos básicos.

Por último, podemos decir que las consecuencias de las estrategias de consumo, representan formas diferentes de malnutrición, en los sectores de mayores ingresos a nivel mundial (FAO 1992) predominan las patologías por exceso, en cambio los hogares pobres podríamos decir con esta experiencia, se suman las patologías por carencias a las patologías por exceso, las que se manifiestan con desnutrición crónica, combinada con obesidad.



CAPÍTULO 4: BREVE PERFIL DE LA VIDA DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES

4.1 Los participantes del proceso

Para la selección de los participantes directos de esta primera fase del estudio de casos se utilizaron criterios tipológicos, que incluían principalmente el “tipo” de familia dominante en la localidad. Se eligieron 11 hogares, independientemente del número de integrantes de las familias, entrevistando principalmente a las madres de familia. También fue importante que en dichos casos existieran en los integrantes de la familia, casos de morbimortalidad, relacionados con las tres principales problemas de salud (SM) que incluso a nivel nacional, presentan una gran problemática relacionada de forma inmediata con la forma de alimentarse.

A lo largo de este trabajo profundizaré en los saberes que estas familias manejan con vistas al análisis y sistematización de sus racionalidades sobre los procesos de salud- enfermedad-alimentación. En este sentido, dada la importancia que tiene la participación de estas familias a lo largo de la investigación resulta indispensable hacer una presentación de ellas, ya que son sus principales protagonistas. Con este fin se desarrollará de manera precisa y aproximativa, un perfil de cada familia. Todos nuestros participantes pertenecen a una capa social de bajo o medio poder adquisitivo, con niveles de escolaridad que van desde 0 años hasta 10 de estudios y pueden o no tener hijos pequeños y afortunadamente se mostraron dispuestas a participar en este estudio. Cabe destacar que a pesar de que existen diferencias internas en las familias comparten un cierto estilo de vida y sobre todo problemáticas afines respecto a los procesos de salud- enfermedad y alimentación. A continuación presentamos a cada una

de las participantes, que en una primera etapa fueron informantes claves a quienes se nombrarán de manera ficticia con fines expositivos.

Se aclara que muchos de los datos (sobre todo de los datos de el origen y antecedentes de la familia) fueron recabados desde el año 2000, en que se inició el primer contacto con la localidad, continuándose el contacto con la familias hasta la actualidad, como ya se ha venido mencionando, la referencia de los últimos datos fueron del 2007.

4.1.1 Las protagonistas principales

a) Perla

Una de nuestras primeras entrevistadas a mediados del 2000, fue doña Perla, mujer de 78 años, ojos vivarachos de color oscuro y sonrisa especial. Es la tercera hija de una familia campesina que emigró allá por los años treinta a la Ciudad de México. Tuvo 7 hijos, uno ya murió. Nadie ve por ella a pesar de quince nietos viviendo en la misma localidad.

Esta anciana que tristemente parece un personaje perdido en una isla solitaria, vive sola, en un cuarto oscuro, frío y con olores desagradables que mide 2 por 3 metros aproximadamente. Es como un cuarto del silencio que la hace adentrarse a ella misma.

Doña Perla ha sido sin duda una mujer fuerte físicamente, lo delata su forma de levantarse cada vez que se cae, pues camina con dificultad y rara vez recibe ayuda aún cuando se le ve cansada de pedir a gritos atención.

A doña Perla la acompañan inquietudes y dilemas, pero sobre todo la necesidad de atenuar la soledad, el abandono, la exclusión y la falta de recursos económicos que junto con sus múltiples padecimientos como la diabetes, una válvula en el corazón, desmayos esporádicos, hipertensión, fibromialgia, etc., la colocan en situación crítica dentro de un panorama epidemiológico nacional de los adultos mayores nada alentador.

Siempre con una gran sonrisa, mirando los carros que pasan por una gran avenida que rodea su casa, doña Perla recién bañada, se sienta en la puerta de su

casa solo para hablar con algún desconocido que le regale atención a las historias que relata, un poco diferente cada vez.

Poco a poco estreché mi relación con ella; entré un día a su casa por la puerta abierta, y la encontré acostada, en ese lugar tan “especial”, pero metida en ella misma, parecía que se encontraba en un cuarto lujoso lleno de comodidades, así era su aspecto, su figura menuda recortada por la luz que entraba por la ventana, su cabellera blanca brillando al sol, parecía una visión, quizá lo es; hola, me dijo con dulzura que me sobresaltó, me sentí invasora pero al mismo tiempo halagada por esa mirada, ese saludo, me hizo cohibir y me ganó una suerte de torpeza emocional de modo tal, que solamente atiné a contestarle el saludo y ella, se incorporó sonriendo, me invitó a sentarme; ese momento lo resumió así:

“A veces me siento cansada, no solo del cuerpo, sino también del espíritu, me siento un poco sola, como sola, me enfermo sola, aunque mis hijos me llevan al seguro social, los doctores no hacen nada por mí, solo me dicen que así es la diabetes, y tengo que aguantarme”.

A D^a Perla, una nuera suya le ofrece un plato de comida, con características de desequilibrio evidente.

En una de tantas visitas que le hice, contó algunas cosas de su vida, llegó al barrio a la edad de 15 años donde conoció a su difunto marido, trabajó toda su vida en el hogar y fue muy “estricta” con sus hijos, más tarde enviudó dejando a sus hijos adolescentes.

En una de las visitas en las que platicábamos acerca de su vida, de pronto me dijo algo extraño: *“no sé porqué maestra (así me dicen en toda la comunidad), no sé porqué pero cada vez que le hablo de mi vida, para mi los recuerdos tienen el olor del jabón, huelen a jabón.”*

La frase me pareció enigmática y no se me ha borrado de la memoria y aunque no la entendí me gustó mucho. Yo me sentía muy bien en su compañía, escuchando sus historias.

Cómo me gustaría estar a la altura, cómo me gustaría no defraudarla. Cómo me gustaría encontrar en el aire las pompas de jabón de sus recuerdos y hacerlas volar todavía más alto y que no exploten nunca.

b) Chela

Doña Chela es una mujer de 58 años, morena, rolliza, simpática y muy amable, sus ojos son pequeñitos, pero muy vivarachos, profundos y con un gran dejo de tristeza pero con una sonrisa de flor a labio y mucha paz en su ser. A Chela, la conocimos cuando organizábamos actividades educativas en su calle, ella siempre participaba. Ha trabajado muchísimo en su vida, sus manos son de trabajo intenso de contacto con el agua, pues todo lo que hace en casa implica higiene, limpieza y elaboración de comida tiene que ver con mantener las manos mojadas. Nació en León Guanajuato, una ciudad a cinco horas de distancia de la ciudad de México, llegó a la Ciudad, a la edad de 9 años, cuando su padre murió vino con su madre y sus seis hermanos, ella es la tercera hija y única mujer. Su madre encontró empleo en la procesadora de leche que era en 1954, aquí llegaron porque trabajaba su tío. Mientras su madre trabajaba ella cuidaba de sus hermanos, no sabe leer ni escribir, nunca pudo ir a la escuela. Pedro su esposo, nació aquí en la localidad de Las Cabañas, pues sus padres trabajaban en este lugar, él tiene 60 años. Cada cual por su cuenta tuvo su propia historia de vida antes de casarse. Se conocieron muy jóvenes, sus padres coincidían en el lugar de trabajo, se casaron cuando ella tenía 15 años y él 17, desde entonces han vivido allí, tuvieron 10 hijos y dos de ellos murieron de recién nacidos. De los 8 hijos que tienen, tres de ellos se fueron a vivir a Estados Unidos, con sus familias buscando la mejoría económica; cuatro de ellos viven en colonias cercanas y uno en una provincia próxima al D.F.; su hijo menor que es soltero vive todavía con ellos. Su situación es muy difícil, pues Pedro trabajó muy duro desde niño en el “Rancho de Las Cabañas”, y aunque fue a la escuela solo hasta el tercer grado, sabe leer y escribir.

Pedro tiene actualmente problemas cardiacos, renales y de hígado, es diabético desde hace diez años y se encuentra muy débil, “*Tiene días mejores que otros*” cuenta doña Chela, pues “*a veces se pone mal, le falta el aire y hay que llevarlo al hospital*”,

ellos si tienen seguridad social, pero dicen que la atención es pésima. Hace una semana Pedro fue internado de urgencia: *“fue horrible pues nos dijeron que no había camas, era mucha la gente que necesitaba el servicio, así que me dejaron sentado en una silla de plástico toda la noche, y era ahí donde me tomaban los signos vitales y me daban de comer. “el problema son los medicamentos, pues no los hay en el hospital y hay que comprarlos, son demasiado caros”, dice Pedro.*

Así es que Pedro se la pasa todo el día en casa pues ya no puede trabajar, su enfermedad no se lo permite. Su situación económica es difícil pues dependen de lo que sus hijos puedan darles. Sus ingresos alcanzan 2 salarios mínimos²¹, vigente. Su vivienda cuenta con las mínimas condiciones de servicios, es herencia del esposo y él la fue reconstruyendo. Tiene una cocina, un pequeño comedor, dos cuartos cada uno con una cama matrimonial y un baño también muy pequeñito con solo una llave de agua, que es con la que llenan cubetas para bañarse.

Chela antes de casarse trabajó duro en la crianza de sus hermanos, además de ayudar algunas veces a su mamá en el trabajo del rancho. Los lugares donde Pedro trabajó no siempre le proporcionaron seguridad social: *“Antes no era sí, uno trabajaba como perro y cuando se enfermaba, se las arreglaba solo, por eso se nos murieron dos criaturas”* cuenta Pedro. Así es que la seguridad social con la que cuentan ahora es por parte de los trabajos de sus hijos.

c) Martha

Es una mujer delgada, bajita, de tez blanca y cabello negro a punto de blanquear por las canas, a sus cincuenta años tiene 3 hijos, dos mujeres y un varón de

²¹ En México, el salario mínimo diario lo establece la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos mediante resoluciones publicadas en el Diario Oficial de la Federación, según lo disponen los artículos 123 de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 570 de la Ley Federal del Trabajo. La asignación de Salarios Mínimos Generales y Profesionales es de 50 pesos.

22, 18 y 12 años de edad respectivamente. Martha y su esposo Félix son originarios de Santa Catarina Juquila, estado de Oaxaca. Migraron al D.F. hace 35 años y aún conservan su hacento típicamente sureño. Desde hace ya diez años viven en Las Cabañas y son una de las últimas familias que llegaron a esta localidad.

Martha terminó la primaria, así que de las informantes es ella la que tiene una mayor escolaridad.

La situación económica de Martha es buena, pues entre ella y su esposo han comprado un pequeño terreno al lado de su casa donde construyeron una pequeña vivienda que alquilan actualmente. Además, ella logró abrir una recaudería en su propia casa y eso le permite atender sus labores dentro del hogar al mismo tiempo que su negocio.

A pesar de que su familia es tranquila, y cooperan con las actividades de la casa cuando así se requiere, Martha expresa siempre cansancio en su rostro, últimamente tiene síntomas de menopausia muy severos que trata de atenderse con alimentación adecuada y participando en los grupos educativos que nosotros desarrollamos en la comunidad. Martha apoyó siempre nuestro grupo de trabajo participando activamente y confiando en nosotros desde los primeros días de haber llegado a la localidad nos rentó un espacio para la realización de diversas actividades.

d) *Ernestina y Manuel*

A Ernestina la conocimos a finales del 2002 y conseguimos espacio en la iglesia para dar pláticas y orientación en nutrición, ella vive precisamente en esa calle pequeñita de apenas un metro y medio de ancho. En una ocasión la nieta de Ernestina tuvo una emergencia médica y pudimos ayudarles para que fuera atendida. Una vez resuelto el problema siguió acercándose a nosotros.

Ernestina es una mujer madura de 59 años, con gran experiencia de vida; en principio es muy seria y mira con una mirada penetrante, tal pareciera que quiere saber desde un principio las intenciones de las personas que hablan con ella, luego de un tiempo, cuenta con gran jovialidad sus experiencias y ríe con frecuencia.

Nació en la Ciudad de Toluca Estado de México, una provincia muy próxima a la Ciudad de México, su madre murió cuando ella tenía tres años, tuvo 10 hermanos de los cuales solo tiene contacto con tres, de los demás no volvió a saber nada. De modo que *“Anduve de casa en casa, con abuelas y tías, hasta que cumplí los nueve años y me enviaron acá a México”*, dice Ernestina. Aquí en el Rancho de Las Cabañas, trabajó desde muy pequeña, a veces con malos tratos de los que dice no querer acordarse. A los 14 años de edad se casó con Manuel, un trabajador de 17 años de edad que al día de hoy habla un poco de Otomí. Tuvieron diez hijos. *“hemos tenido momentos muy difíciles pues Manuel siempre ha sido alcohólico y ahora toma menos, porque es diabético”*. Afirma Ernestina.

Ernestina tiene ya diez años siendo diabética, Manuel lleva tres. Viven desde hace 30 años en la vivienda que el dueño del rancho antes de que quebrara económicamente, le cedió a Manuel.

Manuel y Ernestina no fueron a la escuela, se sostienen de lo que sus hijos pueden darles económicamente (de uno a dos salarios mínimos).

La casa de esta pareja es oscura y un poco fría, cuenta con dos cuartos más o menos amplios y un pequeño baño con una llave de agua y una barra que fue adaptada de cocina. Tienen pocos muebles y una televisión. Afuera está un lavadero para lavar trastos y ropa, este lugar está tan cerca de otras viviendas que permite la plática entre vecinas.

Su hija mayor, Berenice es empleada doméstica desde hace diez años, tiene tres hijos y vive cerca de la casa de sus padres, incluso pasa más tiempo ahí. Su esposo es alcohólico y pasan temporadas difíciles por este motivo.

Sergio es otro de los hijos que vive con ellos, era conductor de un camión de desperdicios y se accidentó quedándole mal la rodilla, no obtuvo ayuda médica suficiente por parte de la empresa y tiene que utilizar muletas para caminar, así es que no puede trabajar y se mantiene de lo que sus padres le pueden dar.

e) *Isela*

Es de las más jóvenes informantes. Una mujer de 37 años, ama de casa. Es un tanto seria, aunque cuando se encuentra en confianza es amable y sonriente.

Isela llegó a la Ciudad de México cuando tenía seis años, del pueblo de Ejutla de Crespo Oaxaca, junto con sus padres y seis hermanos. A los quince años de edad, se casó con Raúl de 18. Tuvieron dos hijos, una de 20 y uno de 21 años de edad, ambos están por terminar carreras técnicas.

Isela estudió hasta el primer año de secundaria y Raúl llegó hasta el segundo semestre del bachillerato; desde hace diez años trabaja de “tornero” en una empresa privada, se encuentra a gusto, tiene una jornada laboral de ocho horas y seguridad social para él y su esposa, sus hijos ya no gozan de este servicio pues son mayores de edad.

Su vivienda es pequeña, cuenta con dos cuartos, una cocina y un baño con llave de agua y una regadera; también tiene un lavadero grande en la entrada de su casa y es una de las pocas familias que tiene servicio de teléfono.

f) *Pachis*

Mujer de 60 años, su cara menudita, sus ojos pequeños, de manera que al sonreír parecía esconderlos. Pachis se ve triste. Ella trabajó como empleada doméstica durante 30 años con la misma familia, pero cuando murió la señora de la casa, tuvo que dejar ese trabajo sin retribución económica alguna.

Pachis y sus dos hermanos nacieron en Las Cabañas, pues ahí trabajaban sus padres, nunca fue a la escuela, no sabe leer ni escribir, sus padres tampoco sabían, tuvo dos hermanos. Conoció a José a cuando tenía 16 años y él 20, se casaron, tuvieron 4 hijos, y actualmente 8 nietos y dos bisnietos. José, tres años mayor que ella, era alcohólico y llegó a golpearla varias veces, después solo tomaba esporádicamente.

La casa de Pachis es especial, se mantiene calentita y muy acogedora, es un cuarto grande dividido en dos: una recámara, una cocina y un pequeñísimo baño; también una televisión. Los fines de semana siempre la visitaban sus hijos o nietos y le mostraban su gran cariño.

Pachis trabajaba doce horas al día ganando un salario mínimo, al llegar a casa realizaba el aseo y resolvía los pendientes del día. Seguido la visitábamos para medir su glucosa en sangre y hacerle recomendaciones alimentarias que trataba ella de hacer lo mejor posible, pues era diabética. Hace seis meses enfermó gravemente, fue a parar al hospital con un diagnóstico de cirrosis hepática. Poco tiempo después, su piel adquiría un color oscuro y finalmente murió hace tres meses. Después nos enteramos con mucha tristeza que era alcohólica de muchos años.

A continuación, un escrito que dedicamos a ella después de su muerte y describe más de su vida:

*En silencio, está la calle, donde vivía Pachis
Parece que ahí no pasó nada,
Se estremece el alma cuando uno pasa por lo que antes era su casa.
Su casa es de cemento con techo de cartón, a veces se llueve.
La casa de Pachis era extraña, a pesar de la pobreza y la tristeza,
Era acogedora, incomprensible pero acogedora.
Ahora Pachis ya no está ahí, así de simple.
Murió por las muchas carencias, de dinero, de afecto....
Creo que murió de desesperación.
Sin ella, la casa es otra, resulta dolorosa...
Pachis murió en la soledad de un profundo abismo,
Viviendo en un mundo de esperanza hueca.
Su mundo fue hostil, sin balance, deambulando
En caminos transitados por la avaricia y la mezquindad.
Así murió Pachis, olvidada,
atormentada por las enfermedades carenciales,
Olvidada, como un pensamiento vulgar, en esta sociedad.
Murió con las manos extendidas, nadie la pudo comprender,
Ni los que la querían, nadie pudo comprender,
Su desesperación, su tristeza, su alma herida,
Sus ojos perplejos, perdidos en el vacío,
Su mirada esparcida como en un mundo de horrores.
Pasó por este mundo como una sombra, como un fantasma,
No dejó huella, solo un vago rumor....*

g) Conny

Conny, de 29 años es la más joven de nuestras entrevistadas y la única que terminó la secundaria. Es una chica encantadora, tiene una sonrisa muy grande, sus ojos un brillo especial. Aunque detrás de sus muy marcadas ojeras, existe un dejo de tristeza mezclada con una gran bondad. Tiene dos hijos, una de cuatro años y un pequeñito de cinco meses de edad. Podría decirse que Conny es descendiente de las personas que habitaron la localidad de Las Cabañas a principios del siglo pasado. Aún viven ahí sus padres, hermanos y abuelos. Es la segunda de 7 hijos. Su padre trabajó desde los trece años en el “Rancho de Las Cabañas”, ahora el tiene 52 años y sabe

leer y escribir. La madre de Conny es una mujer de 50 años, estudió hasta el tercer año de primaria. Los padres de Conny se casaron teniendo ella 17 años y él 19.

Desde 1980 cuando Conny era pequeña, su padre se iba a trabajar grandes temporadas a Estados Unidos y desde allá les mandaba dinero para su manutención. En 1994 se va a trabajar allá también su madre, cuando Conny tenía apenas 16 años, quedándose a cargo de tres hermanos menores; *“Me las vi muy duras, pues trabajaba en una tienda de ropa y además cuidaba de mis hermanos pequeños”*, dice Conny con una gran sonrisa y una especie de resignación. *“La vivencia más dura que tuve, fue cuando me fui a pasear con un amigo a la villa de Guadalupe, y al regresar un cuarto de la casa se había quemado, afortunadamente no le pasó nada a ninguno de mis hermanos, es a partir de ahí que dejé de trabajar fuera de casa para dedicarme al cuidado de mis hermanos y a dirigir las obras de reconstrucción de la casa con el dinero que mandaban mis padres”*, nos dice. Cuando Conny tenía 22 años, regresó su madre a casa y ella decide “juntarse” con Carlos, un vecino tres años mayor que ella que la apoyó muchísimo mientras ella estuvo sola con sus hermanos. Actualmente Conny tiene 7 años de casada y vive en un cuarto que la mamá de Carlos les ofreció desde que están juntos (en el tercer piso). La casa cuenta con todos los servicios, es muy amplia, tiene cuatro recamaras, dos baños completos, cocina y sala comedor. Conny se desespera porque aunque ella, su esposo y sus hijos duermen en un cuarto independiente, en la casa de su suegra viven en total 10 personas. Así que la intimidad con sus hijos y esposo es muy difícil. Carlos es un hombre de 30 años, trabaja en un laboratorio de medicamentos, con una jornada de 8 horas diarias y tiene seguridad social para su familia, es un hombre muy bueno que siempre está tratando de ver las necesidades de su esposa e hijos.

h) Celia

Celia es otra de nuestras entrevistadas que siempre tiene disposición para atendernos, es de las personas que menos tiempo tienen de vivir en la localidad, pues llegó en 1991. Es la mayor de cuatro hermanos nacidos en Río Grande Oaxaca, a los 17 años se casa con Mauro de 20 años y deciden emigrar a la Ciudad de México, en un principio vivieron en una colonia cercana a Las Cabañas, en donde nació su primera

hija, tres años después por medio de un traspaso, vienen a vivir a Las Cabañas en donde nace su segundo hijo. Tanto Celia como Mauro terminaron la primaria; Celia tiene actualmente 40 años y sus hijos 18 y 15, estudian la secundaria y el bachillerato.

Mauro de 43 años se dedica a componer aire acondicionado, pero no siempre tiene trabajo por eso Celia decidió poner una pequeña papelería en su misma casa pequeña, que poco a poco le ha dado algunos frutos. Celia trabaja mucho pues aparte de atender la papelería está al tanto de todas las necesidades de la casa.

Celia y su hija tienen obesidad aunque de un grado bajo. *“Procuramos no enfermarnos, pues no tenemos servicio médico y en los centros de salud somos muchos los que necesitamos el servicio”*, dice con una gran sonrisa.

La casa de Celia tiene un segundo piso, un poco reducido porque la primera planta la ocupó para instalar la papelería. Tiene dos recamaras, una cocina y un baño en el segundo piso y en el tercero solo tiene el baño con una regadera, un lavabo y una llave de agua. Cuenta con todo tipo de aparatos electrodomésticos y teléfono. La casa es de concreto y tanto ella como su esposo la han ido construyendo poco a poco.

Celia es una mujer de aspecto muy triste y una dentadura casi perfecta y muy blanca, su color es muy moreno brillante como las personas de Oaxaca. Una de sus preocupaciones es su hijo más pequeño, pues no muestra ningún interés por los estudios ni mucho menos por ayudar en casa. Actualmente ella tiene muchos síntomas premenopáusicos y a menudo se siente con mucha ansiedad y dolores en diferentes partes del cuerpo. Se interesa mucho por los consejos nutricionales que algunas veces se le ha proporcionado e intenta llevarlos a cabo.

i) Cosme

Cosme es una mujer muy especial de 66 años de edad. Es una mujer de rostro muy duro, vive solamente con su hijo el más pequeño. Cosme pesa un poco más de 100kg y mide 1, 50 m. También es diabética. No sabe leer ni escribir.

Habla con muchas palabras que podríamos llamar altisonantes, pero se nota que ese ha sido siempre su lenguaje, es más dice ella, “*no podría hablar de otra manera, son las palabras que conozco*”. A pesar de este lenguaje sus palabras no tienen mala intención, hasta se puede decir que cuando las pronuncia se hacen simpáticas por el sentido tan alegre y coloquial que ella les agrega. La casa de Cosme también es especial, de apenas unos 40 metros cuadrados, fue construida por ella misma y su familia, tiene dos cuartos, un baño, una cocina y una entrada en donde está su gran “lavadero”, es la única llave de agua de que disponen en su casa; tiene todos los aparatos electrodomésticos necesarios además de 20 canarios, un gato y 30 plantas de ornato. Ella dice ser una persona muy activa, le gusta trabajar, pues siempre lo ha hecho. Actualmente a pesar de que batalla un poco para caminar y moverse, le ayuda a una vecina a picar la verdura para su puesto de comida ambulante, recibiendo una paga de \$50 pesos diarios. Además, por las tardes vende pepitas de calabaza en la misma localidad.

Sus padres vinieron de Toluca (una provincia cercana a la Ciudad de México), a trabajar en el Rancho de Las Cabañas allá por 1925. Cosme se casó con Raúl, cuando tenían 15 y 21 años respectivamente, tuvieron 7 hijos, todos terminaron la primaria y uno de ellos todavía vive con ella.

Cosme trabajó de empleada doméstica desde la edad de 14 años, en principio con los dueños del Rancho, después con otras personas cercanas a su casa. Raúl fue albañil del Rancho por muchos años y también fue alcohólico; murió hace veinte años de cirrosis hepática. Cosme cuenta que en principio sufrió maltrato por parte de él, pero después ya no la agredía. Actualmente, seis de sus hijos están casados, viven en colonias cercanas a su localidad. Tiene 9 nietos. Aunque tiene seguridad social que sus hijos le proporcionan así como algún dinero mensual (dos salarios mínimos), no le gusta el trato del servicio médico, dice: “*nos tratan como animales, por eso yo a veces ni caso les hago a sus recomendaciones*”.

j) *María*

María es una mujer de 80 años, su rostro expresa una bondad asombrosa. Desde un principio se encariñó con nosotros, siempre participó en las actividades educativas que se organizaban junto con dos de sus hijas.

Nació en una colonia del norte de la Ciudad, quedando huérfana de madre desde los 13 años, sus padres fueron analfabetas. A los 14 años se casa con Justo, un hombre de 19 años, los dos sabían leer y escribir. Cuando se conocieron él trabajaba en el Rancho Santa María, (que estaba enfrente del Rancho de Las Cabañas). La vida de María fue tormentosa siempre pues Justo fue alcohólico y por muchos años la golpeó *“ Fue un hombre muy malo, y nunca me animé a dejarlo pues tuve mucho miedo, siempre estuve pegada a él como chinche”*, dice.

Tuvo 16 hijos y dos se le murieron antes de nacer, fue madre desde los 15 años. Justo fue vaquero del Rancho Santa María por muchos años; tiempo después se fueron a vivir a Las Cabañas, ellos mismos construyeron su casa. Justo murió de problemas hepáticos en 1990.

María es diabética desde hace 10 años y recientemente le cortaron una pierna por problemas de gangrena. Dos de sus hijas que viven con ella la cuidan de ella y están al pendiente de todas sus necesidades.

La casa de María es también de forma irregular, de 50 metros cuadrados aproximadamente, tiene en la entrada principal un patio amplio, un cuarto donde hay una cocina y un comedor, dos recamaras con camas matrimoniales y en el patio de la entrada tiene un gran lavadero y en el baño solo una llave de agua. La casa de María es impecablemente limpia y ordenada, camina con un aparato de andadera y no le gusta estar acostada todo el tiempo, por lo que contra la voluntad de sus hijas hace cosas que le gustan como picar las frutas o verduras que sus hijas utilizan para la elaboración de las comidas.

La mirada de María es impresionante por la gran tristeza que emanan sus ojos, es hasta lastimoso su aspecto triste. Ella siempre está absolutamente limpia y peinada.

Sus hijos le proporcionan todo lo que necesita. Actualmente tiene 41 nietos, 20 bisnietos y 3 tataranietos, “*todos me llaman mamá María*”, dice con una gran sonrisa.

Actualmente su salud es estable, después de la recién y amarga experiencia de gangrena que tuvo. Tiene seguridad social que sus hijos le proporcionan. Siempre ha mostrado un gran cariño y agradecimiento hacia nosotros, pues algunas veces tomamos su presión arterial o glucosa en sangre.

k) Chonita y Tito

Chonita, de 77 años de edad, es la más alegre y jovial de nuestras entrevistadas, su rostro siempre trae una sonrisa admirable. Es menudita y delgada. La conocimos recién llegamos a la localidad; siempre tuvo gran disposición de conocernos y participar en las actividades de educación para la salud. Ella es fuerte, a pesar de su diabetes de hace 10 años, aparentemente no presenta complicaciones.

Chonita llegó a Las Cabañas a la edad de seis años, todos en su familia son analfabetas. A los 14 años se casa con Tito, su actual pareja, un hombre de 80 años que no los representa ni por un momento, pues a pesar de su obesidad e hipertensión, aparenta menos edad, camina, se mueve, va de compras.

Tito llegó a Las Cabañas cuando tenía cinco años, él es el hijo número 4 de cinco hermanas, trabajó en el Rancho de Las Cabañas desde los 14 años, fue vaquero (estuvo al cuidado de los animales), y conductor de camiones repartidores de leche. A los 17 años se casó con Chonita, tuvieron 15 hijos, solo se les murió uno de pequeño.

Tito dice haber conocido a cuatro diferentes dueños del Rancho de Las Cabañas, también comenta que cuando el Rancho estaba en su apogeo, había 500 vacas y aproximadamente 50 trabajadores. Tito se enorgullece cuando dice que su madre vivió hasta los 105 años sin grandes problemas de salud.

Su vivienda es de las más amplias de la localidad, de aproximadamente 150 metros cuadrados. Ahí construyeron cinco viviendas independientes para sus hijos, aunque comparten el baño y el lavadero. Cuentan con toda clase de aparatos

electrodomésticos como licuadora, televisión, refrigerador, etc. La casa la fueron construyendo entre todos a través del tiempo. Actualmente tienen 50 nietos, 30 bisnietos y ocho tataranietos, los dos cuentan con seguridad social que les proporcionan sus hijos, así como con tres salarios mínimos que les dan cada mes.

Recién murió uno de sus nietos a la edad de 18 años en un accidente de carros, estando trabajando en una provincia cercana, esto aún los tiene consternados y los dos lloran cuando describen la situación. Dicen sentirse contentos de cómo viven, sobre todo de que su salud es bastante buena comparándola con los de otros habitantes de la misma localidad. Tito se emociona al contar anécdotas de aquellos tiempos, todos los días gusta de leer un periódico de deportes y nota roja. Chonita, es una persona muy alegre, le gusta ir al mercado todos los días y cocinar para su esposo. No aparentan en absoluto su edad real, parecen mucho más jóvenes, tienen disposición para hacer las actividades diarias y gran actitud ante la vida.

4.1.2 Las familias: su estructura socioeconómica

Para concluir con este capítulo, sintetizamos a continuación una serie de características socioeconómicas referidas al conjunto de las diez familias, tomando como base las similitudes compartidas y cuando se considere pertinente se hará referencia a las particularidades y diferencias entre ellas.

Señalamos estructura, composición familiar, historia reproductiva de las mujeres, escolaridad, ocupación, migración y movilidad ocupacional, antigüedad en la zona, condiciones de las viviendas y la estructura de ingresos y egresos familiares. Consideramos que estos indicadores son centrales para la configuración del nivel socioeconómico de las familias analizadas y pueden aproximarnos al tipo de estratificación socioeconómica existente entre estas once familias.

De las once parejas referidas, solo dos tienen una antigüedad en la comunidad poco mayor a diez años, el resto ha nacido en este lugar o llegaron muy pequeños siendo originarios ellos o sus padres, del Estado de México, Hidalgo y Oaxaca.

Respecto a la estructura y composición familiar, observamos que el promedio de edad de las 11 mujeres entrevistadas es de 63 años. Hay cuatro jóvenes de 16 a 20 años. Los hijos de nuestras informantes son en su mayoría adultos, a excepción de la más joven quien tiene cuatro hijos pequeños. Tres de las mujeres entrevistadas son viudas, el resto vive aún con su pareja. Todas han sido casadas una sola vez; el promedio de hijos es de 7.5, debido a que cinco de ellas son mayores de 60 años y vivieron en una época en que la tasa de natalidad era alta.

El número total de hijos de las entrevistadas es 75 y cabe mencionar que seis hijos de las mujeres de 60 años murieron siendo pequeños, explicable esto por las condiciones de pobreza en que se encontraban en aquél tiempo, referido esto por ellas mismas.

Es interesante mirar la edad del primer embarazo de las participantes, tres de ellas tuvieron a sus hijos después de los veinte años, las ocho restantes, entre los 15 y 17 años. Tres mujeres entrevistadas, de 29, 37 y 40 años de edad están operadas para no tener hijos (salpingoclasia).

En cuanto a la escolaridad, solo cuatro de las informantes (las más jóvenes) cuentan con estudios mínimos de primaria o secundaria, mientras que el resto es analfabeta. En términos generales, en toda la localidad hay un nivel de escolaridad que no rebasa los seis años, se encuentran muy pocas personas con un nivel de estudios técnicos o de bachillerato. Habría que señalar que uno de los indicadores que inciden de manera relevante en los patrones de atención a la salud, tanto a nivel de las representaciones como de las prácticas, es el nivel de escolaridad de las madres de familia. Este indicador no se puede pensar de forma aislada, sino en la medida que este opera sobredeterminado respecto a otras estructuras sociales (CONTRERAS, J. 2006). Por ejemplo, como se condiciona la escolaridad con el ingreso, el número de hijos, la ocupación o la historia ocupacional, la incidencia de la enfermedad, la accesibilidad de los recursos para la salud y la enfermedad. Cabría preguntarse hasta donde se verifica una mayor hegemonización de la medicina alopática entre las madres con mayor nivel de escolaridad y en sentido inverso, si habría una mayor

presencia de la medicina “tradicional” entre aquellas madres que tienen menor nivel de escolaridad.

Es el conjunto de todas estas estructuras lo que permitirá analizar cómo se construye el padecer y cómo se actúa frente a este en cuestiones alimenticias. Es así como se pretende reconstruir la dinámica de los procesos de hegemonización/subordinación de los modelos médicos.

Otro de los aspectos estructurales a destacar es el referido a las condiciones de la vivienda, podemos señalar que la mayor parte de las viviendas de Las Cabañas son pequeñas y al mismo tiempo individuales o bien, compartidas con parientes donde cada familia tiene su espacio. Todas las viviendas han sido construidas por cada dueño, y poco a poco. Hay diferencias notables entre las familias que tienen su casa inconclusa, con techos de cartón o lámina de asbesto (cinco de las entrevistadas), y aquellas donde la obra está terminada con materiales de concreto. (Seis de las familias).

Como se ha señalado, las dimensiones de las viviendas y el número de habitantes varían en cada familia. En ocho familias se encuentra cocina-comedor separados de las habitaciones, aunque cabe señalar que la separación es mínima, De estas ocho, solo tres tienen una distribución bien estructurada. Todas las familias tienen acceso al baño, aunque en ocho de ellas el acceso es difícil, porque el servicio está fuera de la vivienda y con solo una llave de agua, las tres familias restantes cuentan con baño dentro de la vivienda y con regadera. El sistema de drenaje en todos los casos es bastante irregular pues ya no satisface las necesidades de la localidad, fue construido por los mismos habitantes cuando la población era mucho menor, lo cual provoca muchas veces el derramamiento de las coladeras con la consecuente contaminación de la zona. También es frecuente observar a los niños y hombres adultos orinarse o defecar en los espacios comunes (patios). En el año 2000 y 2003 toda la localidad seguía careciendo de agua potable, es decir que solo la tenía por la mañana y el resto del día no. A partir del 2004, ya se contaba con agua más tiempo en el día.

Anteriormente, era necesario, acumularla en botes o hubo una cuarta parte de la comunidad que se compró tinacos o hizo cisternas grandes para acumular el líquido. En una experiencia de observación y análisis del agua, se detectó que el agua si era potable (limpia), pero el hecho de acumularla en grandes botes hacía que se contaminara durante todo el día. La toma de agua intradomiciliaria por lo general se encuentra fuera de la casa, solo cuatro de las familias tienen por lo menos dos llaves de agua a dentro de la casa. En cuanto a las primeras, todas tienen que transportar el agua a la cocina, cabe aclarar que no se consideran las llaves de agua de los baños porque se encuentra fuera de las viviendas en su mayoría. El sistema de almacenamiento de agua, al que ya se hizo referencia, se organiza en cubetas, tinas, piletas, tambos o cisternas abiertas; por lo tanto resulta deficiente, con una mala higiene para las familias. El mobiliario y los aparatos electrodomésticos con los que cuentan las familias son por lo regular, camas, mesas, sillas, ropero, alacena, estufa, televisión, radio, licuadora, refrigerador y plancha. Lavadora y ollas de presión, solo tienen cuatro de las familias. Martha tiene máquina de cocer y cinco de las familias cuentan con teléfono. De todas las familias solo dos cuentan con áreas libres (patio) propios, el resto comparte espacios comunes y muy angostos (metro y medio aproximadamente), los patios se usan para lavar y tender la ropa, para acumular materiales de construcción de las mismas viviendas o bien, para que jueguen los niños. Es importante señalar que no hay una higiene adecuada en estos espacios, más de la mitad de las familias tienen por lo menos un animal, que van desde perros, gatos, pericos, canarios hasta algún conejo.

De las familias estudiadas, destacan dos que son de una limpieza extraordinaria, (Chela y María). El tipo y calidad de la iluminación varía mucho dependiendo del tipo de vivienda, del número y tamaño de los cuartos, de sus materiales de construcción, etc., las casas de la mayoría de las informantes tienen ventilación que van de mala a regular, dependiendo de cómo tengan las puertas y las ventanas, si cerradas o abiertas, por lo general no se abren y tienen techos por los que entra la corriente de aire. En relación a la iluminación, casi todas las viviendas son relativamente oscuras, no fueron diseñadas adecuadamente para tener ventanas que las iluminen, se hayan mal ubicadas o en todo caso son muy pequeñas, debido a sus costos. Podría decirse que las condiciones de iluminación, son en general peores que las de ventilación. Una

evaluación global de las viviendas en las familias que se trabajaron según sus dimensiones, materiales de construcción, grado de hacinamiento, mobiliario, iluminación y ventilación, nos permite establecer una categoría de las mejores a las peores condiciones de vivienda: Conny, Martha, María, Celia, Chonita, Chela, Isela, Pachis, Cosme, Perla.

La información recabada sobre los ingresos de las familias entrevistadas, indica que dos de estas perciben un ingreso mensual de 4 a 5 salarios mínimos, el resto dispone de dos a tres salarios mínimos al mes; y María quien depende completamente del cuidado de sus dos hijas con las que vive y la cuidan.

Existen básicamente tres vías de ingresos familiares: el trabajo del jefe de la familia, el trabajo de las madres en la venta de productos generados a nivel doméstico y el dinero que les ofrecen sus hijos. Los cinco hombres que actualmente viven con su pareja (los más jóvenes), laboran fuera del hogar y tres más, padecen enfermedades que les impiden trabajar.

De las once mujeres informantes, la menor (29 años de edad) y la mayor (80 años) se han dedicado siempre a labores del hogar, la demás han llevado a cabo actividades fuera de casa que les generan un aporte extra de dinero para cubrir los gastos de la familia. Estas actividades están relacionadas con el comercio de alimentos principalmente. En periodos de desocupación laboral, son ellas y no los maridos las que cubren los gastos.

Existe una estructura de vida en la que se imponen las actividades de la mujer, dejándola con muy poco tiempo libre. Independientemente de si la mujer realiza un trabajo remunerado, ya sea dentro o fuera de su hogar, de manera periódica o permanente, todas las mujeres-esposas, trabajan duro dentro del hogar. El tiempo que ellas dedican al quehacer doméstico, lavar, limpiar la vivienda, preparar la comida, comprar los víveres, atender a los hijos y pareja, implica aproximadamente diez horas al día.

Se observa que todas las madres están al pendiente de lo que pasa con los hijos, con los nietos o con otras actividades dentro de la casa, se percibe su preocupación casi permanente en cuidados higiénicos, atención a la salud, el vestir, la educación extra escolar y en la comunicación afectiva.

Podría decir sin temor a cometer un error, que el tiempo que las madres dedican al cuidado del hogar, no se compara con lo que le dedica o ha dedicado el padre. Por ello resulta explicable que en determinados momentos, las mujeres reflejen un estado anímico de hastío y cansancio de esta dinámica de vida, que por paradójico que resulte llega a ser aliviado cuando trabaja fuera del hogar.

Los cambios en el poder adquisitivo se hallan en función tanto de los periodos de ocupación y desocupación de algunas familias, así como en la posibilidad de que los hijos les aporten dinero.

Las diferencias en el nivel económico de estas familias, se pusieron en evidencia cuando las madres nos señalaron cuáles eran las expectativas que deberían ser alcanzadas para el bienestar de la familia o para mejorar sus condiciones de vida. Las respuestas nos reflejan de alguna manera sus necesidades y/o posibilidades y ponen de manifiesto la estratificación social en las distintas familias.

Entre los satisfactores que ellas identifican como indicadores de bienestar y que reflejan tanto sus necesidades como sus posibilidades para conseguirlos están: tener servicio médico seguro o al menos mejorado; que sus viviendas estén en buenas condiciones; en el caso de Martha, Isela y Conny (las mujeres más jóvenes), dar educación a sus hijos es primordial.

Este apartado ha sido dedicado a describir las condiciones demográficas y socioeconómicas de la zona de estudio y de las familias con quienes trabajamos. El desarrollo de la localidad de estudio debe realizarse en el marco de un crecimiento urbano acelerado en los últimos treinta años, que impacta no solo a la localidad, sino podríamos decir a toda la ciudad o hasta al país.

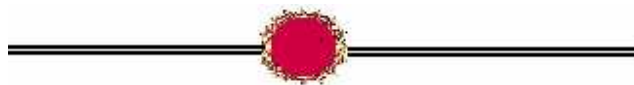
Asimismo existiría una agudización de la crisis económica y la tendencia creciente a la polarización de las clases sociales, un aumento de desempleo y subempleo y una disminución del poder adquisitivo de la población, todo lo cual se pone de manifiesto en la historia de vida de cada una de las familias entrevistadas.

Más de la mitad de los egresos totales se invierten en alimentación, siguiéndole en mucho menor proporción los gastos de transporte y esparcimiento (incluye comer fuera y los refrescos embotellados).

En cuanto al gasto en salud, generalmente lo representa la compra de medicamentos, pues de las once familias, diez cuentan con seguro social, aunque se resisten a utilizarlo por el mal trato que dicen recibir en el servicio y lo dejan únicamente para situaciones que consideran peligrosas y costosas.

Todas las informantes consideran que recientemente hay una disminución comparativa en el poder adquisitivo, comentan que: *“Antes nos alcanzaba para comprar más cosas e incluso carne, ahora, cada día es peor...”*. Puede decirse que son estas condiciones que estructuran la vida cotidiana de la gente y donde se producen y reproducen los procesos de salud/enfermedad/atención.

La manera en que aparecen sobredeterminados dichos procesos se analiza más adelante, en términos de las formas de respuesta materna a las enfermedades que se padecen en los hogares, enfatizando el uso de los recursos alimentarios de atención a la enfermedad. Solo nos interesa remarcar el hecho de que no es el peso específico de cada una de estas variables aisladas lo que nos da cuenta de dichos procesos, sino que es la estructura relacional que surge del conjunto de ellas, donde se deben analizar los sistemas de representaciones y prácticas sociales frente a los padecimientos. Es la estructura en su conjunto y, sobre todo las relaciones generadas en ella donde se comprenden el contenido y la forma de estas representaciones y prácticas, así como sus racionalidades características. En función del objeto de estudio, consideramos que dichas condiciones inciden en las formas de respuesta social a la enfermedad y en una dinámica particular de construir socialmente el padecer.



CAPÍTULO 5: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y LOS SABERES, DIAGNÓSTICOS Y PRONÓSTICOS.

En este capítulo abordaremos en primer término la problemática de saneamiento de la localidad y cuáles podrían ser algunas de las posibles alternativas de solución que condicionaran la intervención educativa. En segundo lugar, analizaremos las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel delegaciones y nacional, así como los perfiles epidemiológicos identificados por la población de estudio para observar en que medida esta percepción se aproxima a las estadísticas oficiales. La tercera y última parte se enfoca al análisis de la estructura de servicios de salud que operan en la zona, considerando los recursos profesionales de atención a la enfermedad, alopáticos y tradicionales.

5.1 Saneamiento: Las consecuencias desde el punto de vista de las participantes

Ya indicamos cuáles son las condiciones de vida de la población, aludiendo a la disposición de servicios públicos de salubridad como agua potable, drenaje, alcantarillado, presentando someramente algunos de los servicios de atención a la enfermedad de la zona. En este apartado, señalaremos algunos de los problemas en las condiciones de saneamiento de la localidad identificados por las informantes.

Uno de los problemas prioritarios de Las Cabañas es la red de distribución domiciliaria del agua potable, ya que un 30% de las viviendas no cuenta con tomas de agua en la cocina, por lo que se almacena en cubetas, piletas, ollas, etc., al descubierto. Varias de estas viviendas no tienen un sistema de drenaje y almacenamiento óptimo por lo que es de esperar entonces, que repercuta en la higiene del agua. Se comprobó con exámenes de laboratorio cómo el transporte del agua al

interior de la casa sufre una contaminación de manera importante. El agua es usada por los habitantes para beber, cocinar, aseo personal, lavar los trastes, la ropa, etc. Este problema deteriora la salud, ocasionando gastroenteritis, diarreas, etc.;

Otro de los graves problemas de saneamiento es el insuficiente servicio de drenaje el cual ha sido construido y mejorado por los mismos habitantes, incluso a veces en forma individual. Esta situación hace que periódicamente haya que desagotar las coladeras para que no se provoquen derramamientos, lo cual no se hace de manera periódica, porque no se llegan a acuerdos sobre los responsables de el mismo; aún así se lleva a cabo con los recursos que tengan para hacerlo. Otras veces no se lleva a cabo de manera oportuna y se expone a la localidad a los desperdicios del drenaje; tomando en cuenta que los pasillos (especie de calles muy pequeños) son las únicas zonas de espacios compartidos.

Otro problema de saneamiento, también es el escaso servicio de recolección de basura y la existencia de acumulación de la misma, al aire libre a expensas de los muchos perros que hay en la zona y que con frecuencia, la desbaratan, ocasionando más contaminación. El servicio de recolección de basura pasa cada tercer o cuarto día de la semana, situación insuficiente para la localidad.

Si bien pueden detectarse otras carencias en Las Cabañas en cuanto a la dotación de servicios públicos, tales como la electrización de las viviendas, alumbrado público, transporte, pavimento en los espacios que fungen como calles, entre otras, éstas son secundarias desde la perspectiva materna. No significa que las ignoren, sino que en términos de la representación colectiva, la problemática sanitaria es prioritaria dentro de las necesidades de la comunidad. Si unimos todo esto a los malos hábitos higiénicos de la localidad, como pudimos comprobar, la situación se agrava.

Nuestras informantes consideran que los principales obstáculos que se presentan para solucionar estos problemas comunitarios tienen que ver con la actitud de los habitantes. Hay una falta de organización, de cooperación, de participación social, según sea la referencia de ellos mismos, que desde su modo de pensar emite actitudes individualistas de apatía, desidia o envidia.

“Aquí pareciera que no hay ningún problema y todo porque no nos decidimos a que las cosas sean mejores, para nuestro bien. Todos tenemos problemas personales y no nos importa lo que le pase a los demás”. (E Cho).²²

Es notable el hecho de que las informantes no señalen como factor relevante la carencia de recursos económicos o la falta de tiempo disponible que inhibe la puesta en marcha de cualquier tipo de soluciones. Puntualmente se asume que hay una determinación económica en la resolución de sus carencias, como el hecho de que el suministro de agua potable en las viviendas tenga un elevado costo económico. En este sentido es muy frecuente mencionar el papel del gobierno (a nivel local) como causante de esta problemática, debido a que no da soluciones en término de políticas locales (programas nutricionales, servicios médicos), destacando la corrupción, incompetencia, o la falta de financiamiento a la población más pobre. Así por ejemplo en el caso particular de Las Cabañas, casi todas las informantes apuntan que *“Este lugar siempre ha sido utilizado por los partidos políticos que están en el poder para realizar actividades políticas, a favor de cada uno de ellos...y eso nos divide más, que unirnos”*. (Eche)

Existen algunas actividades donde la población participa colectivamente, por ejemplo la fiesta patronal de la comunidad, la distribución de leche subsidiada por el

²² Para identificar la fuente de datos de los que se extraen las citas que se presentan a lo largo de este trabajo se utilizan los siguientes códigos:

E.P.: Entrevista a Perla.

E. Mar.: Entrevista a Martha.

E.M.: Entrevista a Ernestina / Manuel.

E.I.: Entrevista a Isela.

E.Pc.: Entrevista a Panchis.

E.Co.: Entrevista a Cony.

E. Che.: Entrevista a Chela.

E. Co.: Entrevista a Cosme.

E.M.: Entrevista a María.

E. Cho.: Entrevista a Chonita / Tito.

gobierno del D.F., cursos de actividades manuales, organizados por el PRD²³, O PRONASOL.²⁴

No ha habido (salvo quizá en las fiestas patronales) actividades surgidas por iniciativa popular, que hayan sido decididas, planificadas y llevadas a cabo de manera autónoma.

En general es escasa la participación popular y la organización de la población, no solo para los problemas de salud. Se ha hecho obras para la reconstrucción *del drenaje, la "luz o el agua, pero todo se realiza de manera individual"* (E I).

"La gente no percibe que existan problemas de salud y menos que tengan que ver con nuestra forma de vivir....cada quien piensa individual..." (EMar).

Como se puede observar, la percepción de la salud enfatiza una supuesta secundarización de la problemática sanitaria por parte de las madres de familia mediante los tópicos de la ignorancia, el desinterés o el conformismo de la comunidad. Esto evidencia una parte del desconocimiento y prejuicios de algunos habitantes respecto a la población en general y en particular hacia las madres de familia. Consideramos que la poca participación social, colectiva, que tiende a ser explicada como apatía desidia o ignorancia, debe ser analizada a la luz de otro tipo de circunstancia que incidan de modo determinante en dichos procesos, tales como las

²³ PRD, partido político, de la revolución democrática, que implementa programas de bienestar, con fines políticos.

²⁴ PRONASOL, PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD, implementado por gobierno desde 1994, cuyas acciones giran principalmente en torno a los aspectos:

- a) Creación abundante de empleos bien remunerados, y protección y aumento del poder adquisitivo
- b) de los salarios y del bienestar de los trabajadores
- c) Atención de las demandas prioritarias del bienestar social.
- d) Protección del medio ambiente.
- e) Erradicación de la pobreza extrema.

condiciones económicas de subsistencia, la estructura de la vida cotidiana, el estatus femenino, las expectativas y prioridades de la mujer y del grupo familiar, entre otras.

5.2 Morbi-mortalidad

Antes de abordar la manera en que la población identifica, atiende y previene sus padecimientos, es necesario señalar cuáles son las enfermedades que frecuentemente se registran en la población y cuáles son las representaciones que ésta maneja de sus propios perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad. En este apartado pondremos énfasis sobre todo en la información obtenida a través de las entrevistas, tanto a las madres de familia como a la primera encuesta que se realizó a toda la población en un principio.

Partimos de considerar que la población elabora de modo implícito o explícito, una construcción social propia de los perfiles epidemiológicos que afectan a los diferentes grupos de edad, sexo, ocupación, etc. Estos perfiles epidemiológicos diferenciados constituyen la base de la cultura médica popular, sobre ella se van estructurando las experiencias, interrogantes y saberes acumulados respecto a los padecimientos y la forma de alimentarse y los padecimientos que les afectan o que pudieran afectarles.

En este sentido nos interesa comparar esta representación popular de los perfiles epidemiológicos con aquellas que nos ofrecen las estadísticas vitales del sector salud. Esto se hará para contrastar las similitudes y diferencias, tratando de identificar las orientaciones particulares del saber materno y del saber profesional especializado (alopático y popular) en términos de cómo se perciben, nombran, clasifican y jerarquizan las enfermedades y el tipo de alimentación correspondiente.

Desde nuestro punto de vista más que analizar lo “acertada” o no que son las representaciones populares, lo relevante es captar que tipo de información adicional nos están arrojando y analizar sus posibles explicaciones. Si nos enfocamos en la nomenclatura y las tipologías populares, observamos que se van incorporando enfermedades alopáticas y síndromes culturalmente delimitados. Comenzamos por

definir algunas de las particularidades de este saber popular, su concepción más global e integradora de elementos que corresponderían analíticamente a diferentes modelos médicos.

5.2.1 Perfiles epidemiológicos de la mortalidad

Partiremos de un primer fenómeno nacional y general para particularizar en la misma situación pero de modo local. Esto para el caso del crecimiento natural de la población, situación que se detalló con anterioridad a nivel nacional, particularmente con las tasas de natalidad. Se observa que la tasa de natalidad mostró variaciones significativas de 1970 a 2000, disminuyendo el promedio de hijos por mujer de 6.8 a 2.4, este descenso es significativo del ritmo de crecimiento. Un aspecto determinante en este análisis es el de la migración a la ciudad de México que a partir del 2000 ha ido descendiendo, siendo ésta la principal entidad que experimenta una mayor emigración.

Como podemos observar, estos dos fenómenos, tanto el de la tasa de natalidad como el de la migración, coinciden perfectamente con la situación de la localidad estudiada, pues estamos ante un grupo de familias que abarca a mujeres en edad de 29 a 40 años (tres mujeres), de 50 a 59 años (tres mujeres) y de 60 a 80 años (cinco mujeres), con lo cual estamos abarcando diferente épocas. Por ejemplo, las mujeres del último grupo mencionado que son las mayores de edad tuvieron un promedio de hijos de 9.6. Esto coincide con los datos nacionales de tasas de natalidad de antes de 1960 (mayor de 7 hijos), mientras que las mujeres de entre 50 y 59 años tuvieron en promedio 6.6 hijos; veamos que va disminuyendo hasta llegar a las mujeres más jóvenes (de 20 a 40 años), en las que se registró un promedio de 2 hijos por familia.

Esta situación se presenta en la actualidad, la muestra de estas familias ilustra el cambio en la disminución de la tasa de natalidad. También podemos mencionar que el número de hijos muertos por familia es proporcional a la época de la que se trate; así, las mujeres de mayor edad tuvieron un promedio de dos hijos muertos al nacer o los primeros años de vida, mientras que el grupo de edad intermedia, solo presenta un hijo muerto con las mismas características; y por último, el grupo de las mujeres más

jóvenes, no presentaron hijos fallecidos. Ello muestra nuevamente que la mortalidad infantil ha disminuido. De forma general se pueden mencionar tres épocas: de 1940 a 1960, se experimenta un pronunciado decrecimiento de la mortalidad, de 1960 a 1977 el ritmo de disminución fue más lento y; alrededor de 1980, se observa una fuerte disminución.

En cuanto a la mortalidad infantil también a nivel nacional se han dado cambios radicales, por ejemplo, actualmente muere un niño de un año de edad por cada 7 que fallecían al inicio del siglo. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 288.6 en 1900 a 73.8 en 1960 y a 42 fallecimientos de menores de un año por mil nacidos vivos entre 1986-1987, en 1987, la cifra oficial que se manejó fue de 28 a 30 por mil. Sin embargo, la tasa actual no es menor de 40 fallecimientos de un año por cada mil nacidos vivos. (JIMENEZ R. Y MINUJIN A. 1983).

Dentro de las causas principales de morbi-mortalidad a nivel nacional, como ya se mencionó, están la diabetes, enfermedades del corazón y neoplasias, situación que se ilustra nuevamente en la localidad estudiada, pues las tres principales enfermedades que se presentan en los adultos son: diabetes, obesidad e hipertensión, incluso en todas las familias estudiadas encontramos uno o mas casos de la presencia de alguna de estas enfermedades, concretamente sobre la mortalidad de adultos se han presentado tres muertes de 2006 a 2007 en toda la localidad, estando relacionadas justamente con los padecimientos mencionados.

Es necesario destacar que en dicha población hay muy pocos niños. Los menores de 5 años representaron el 8.9% de la población total de la muestra (Tabla 3), y del año 2000 a la fecha, solo ha habido una muerte de recién nacido. Después de estas enfermedades, encontramos dos más de alta frecuencia: las enfermedades gastrointestinales y las enfermedades respiratorias, padecidas por toda la población en promedio dos veces al año derivando en complicaciones como gastritis y colitis principalmente. Las enfermedades más comunes y de gran relevancia a nivel nacional, siguen siendo las mismas, según INEGI/SSA, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, las enfermedades respiratorias las padece el 43.6% de la población nacional y las gastrointestinales el 43%. Tomando en cuenta los datos

mencionados, resulta explicable que en este perfil epidemiológico popular, se mencionen justamente estas enfermedades, y cuando analicemos la construcción social de estos padecimientos, comenzamos a identificar una percepción diferencial del proceso salud-enfermedad según ciertas condiciones materiales de existencia como son: la ubicación urbana con un alto grado de marginación, el grado de nutrición, los ingresos económicos, la distribución por grupos de edad.

Resulta interesante identificar además, una secundarización de sus propios padecimientos. Al preguntarles cuáles eran sus principales enfermedades, fue necesario que lo pensaran bien antes de responder, aunque luego nos hablaron de manera más extensa sobre ello. Puede plantearse entonces, que hay una tendencia sobre todo en las madres, de reconocer con mayor claridad e inmediatez las enfermedades de los otros que las suyas mismas. De esta actitud se puede deducir la menor importancia que ella le atribuye a sus padecimientos.

Para completar este panorama epidemiológico intentamos recopilar la mayor información posible sobre las principales enfermedades, tanto de toda la localidad como de las familias estudiadas. Elaboramos así un listado en el que se incluyen aquellas personas que habían padecido en los últimos 15 días antes de la entrevista, las que habían sufrido previamente y las observadas por nosotros durante el trabajo de campo. Es necesario aclarar que estas causas de morbilidad son identificadas por las madres como padecimientos relativamente diferenciados entre sí, independientemente de que estas sean consideradas por la medicina alopática como signos, síntomas o entidades nosológicas en sí mismas. Es necesario aclarar que aunque se encontraron distintas entidades patológicas, solo se estudiaron en profundidad las enfermedades del síndrome metabólico (SM): diabetes, hipertensión y obesidad:

A partir de la información referida y observada, puede decirse que los padecimientos más frecuentes en todas las familias estudiadas son: diabetes, obesidad e hipertensión.

El análisis de la construcción social de los padecimientos se hará fundamentalmente sobre este listado, aunque tomaremos en cuenta aquellos elementos presentes en otras entidades nosológicas que nos ayuden a aprehender de manera integral los criterios diagnósticos, terapéuticos, etiológicos, etc. que elaboran las madres para construir la historia natural y social de los padecimientos de los integrantes de la familia.

5.2.2 Cambios en la Morbi-mortalidad

En este punto nos interesa analizar cuáles son los cambios que perciben las familias entrevistadas en lo que respecta a la frecuencia y a las causas de morbilidad en la zona. Los cambios percibidos por algunos informantes se establecen a partir de comparar la situación actual de Las Cabañas con la situación de morbi-mortalidad de sus antepasados, es decir la situación de Las Cabañas de hace algunas décadas.

Todas las familias tienen en su origen emigrantes rurales, por lo que las personas con más edad, consideran que en el pueblo de donde emigraron hay algunas cosas que mejoraron y otras que no. Por ejemplo, se considera que la alimentación en la década de los sesentas, era más natural, aunque no se tenía mucho acceso a productos como la carne y menos a las carnes frías con tanta variedad en las tiendas. En cuanto a las enfermedades, se piensa que antes cuando una persona se ponía mal, era difícil el acceso al servicio médico pues estaba muy lejos de ellos, por eso había curanderos que atendían a la gente y se dice que la mayoría de las veces los sacaba adelante. Dos de los participantes de mayor edad nos comentan:

“Antes nos alimentábamos con cosas más naturales y no había tanta obesidad, ni enfermedades como cáncer o sida por ejemplo, no se sería porque a pesar de no tener servicios, no había tanta contaminación...”(E Mar).

“Tampoco había antes, tanta diabetes como ahora...” (E Che)

En cierta forma, aún con las condiciones diferenciales que predominaban en Las Cabañas de aquel entonces, en cuanto a servicios, recursos para la salud y nivel nutricional, llama la atención. Por otro lado, las madres reconocen cambios en las causas que ocasionan la morbi-mortalidad general, sobre todo las de mayor edad, sin focalizar exclusivamente en Las Cabañas, se dan así enfermedades reconocidas como “nuevas”, debido a que su frecuencia se ha incrementado en los últimos tiempos, y algunas otras que tenderían a disminuir. Es notable que todas identifican de manera inmediata al sida, como la enfermedad mas “nueva” de todas: *“que se da en los maricones y que lo trajeron de Estados Unidos, en México ya hay mucho sida, ya no tiene cura y se mueren”* (E 1); otra enfermedad que se reconoce como muy poco frecuente en tiempos anteriores es el cáncer, así como el aumento en la incidencia de algunas enfermedades crónica-degenerativas, como la diabetes, enfermedades del corazón y cirrosis.

Las percepciones de las personas de la localidad coincide con las estadísticas oficiales respecto de la transición del perfil epidemiológico que sufre el país, en función de las enfermedades ligadas al aumento de la esperanza de vida y a los procesos de urbanización e industrialización. Los padecimientos crónico-degenerativos junto con los accidentes y muerte por violencia, ocupan ahora las principales causas de mortalidad, desplazando a algunas enfermedades transmisibles, un ejemplo de ello es la diabetes que casi ha cuadruplicado su frecuencia desde 1970.

Por otro lado, las madres reconocen que las enfermedades que prácticamente han desaparecido o que ahora causan menores daños a la salud serían, sarampión, tosferina, y poliomielitis (las dos últimas tomando como referente algún episodio familiar en la infancia de las informantes), es decir, aquellas prevenibles por vacunación y consideran que esta medida preventiva es la principal causa de su descenso.

Hasta aquí se ha analizado en forma general la representación materna sobre los perfiles epidemiológicos de morbi-mortalidad en la zona destacando su coincidencia con los registros nacionales. principalmente. Así mismo vemos cómo se va configurando una síntesis de saberes al incluir en dichos perfiles tanto

enfermedades alopáticas como síndromes culturalmente delimitados, que nos adentran en una construcción popular integradora de diferentes modelos, al identificar los procesos de salud-enfermedad.

A continuación presentamos el panorama de servicios de atención para la salud encontrados en la localidad, con lo que habremos dado cuenta a un nivel importante de qué es de lo que se enferma la población y de los recursos que dispone para curarse. Después entraremos en la construcción social del padecimiento a través del proceso terapéutico propiamente dicho, enfocándonos principalmente en los aspectos alimentarios, tratando de subrayar la relación dinámica que existe en ambos aspectos de la realidad.

5.3 Padecimientos y procesos curativos

Los servicios personales de salud en el país se hallan estructurados a través de una serie de instituciones públicas, paraestatales y privadas que en teoría, deberían tender a cubrir a la mayor parte de la población nacional. No obstante en la práctica nuestro sistema de atención a la salud está organizado de tal manera que solo resulta accesible a una parte de la población, debido a sus costos, ubicación geográfica, o bien al tipo de empleo o institución para la cual se trabaja.

En primer término se ubican a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE y PEMEX) cuya población derechohabiente ha aportado sus cuotas de adscripción a través de las empresas públicas o privadas donde se trabaja. Su fuente de financiamiento lo constituyen estas cuotas del asegurado, las de las empresas y en menor grado los aportes del gobierno federal. En segundo lugar, encontramos a las instituciones de asistencia que cubren la llamada "población abierta", es decir, no derechohabientes que se sostienen vía financiamiento público, a través de cuotas directas del usuario como pago por servicio y eventualmente por fondos propios o subvenciones. También se lleva a cabo en la mayoría de los casos un estudio socioeconómico del paciente, del cual dependerá el acceso y el costo a las instituciones. Aquí se encuentran todos los servicios de primer y segundo nivel de atención dependientes de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), Instituto Nacional

de Cardiología, Perinatología, Pediatría, Nutrición, etc. (del tercer nivel de atención). En el caso de la Ciudad también existen programas de solidaridad del D.F., por ejemplo, el “Programa de Salud de la mujer”, que realiza pruebas de Papanicolaou, gratis, o “Jóvenes en Brigadas por la Ciudad”, de los cuales llegan muy pocas veces, o como comentan los mismos habitantes:

“Cuando mas llegan es cuando hay votaciones...mientras ni se acuerdan de nosotros” (E Che).

“Cuando los vemos por aquí ya sabemos que hay votaciones de alguna cosa” (Tito).

También se cuenta con la Cruz Roja como institución de beneficencia. Por último, ubicaríamos a los servicios médicos privados, médicos, clínicas y hospitales que brindan atención a partir de un criterio mercantil lucrativo, es decir, *“Traes dinero te atendemos, si no no”* (E Che), debido a su estructura muchos médicos ejercen simultáneamente en la medicina pública y privada. Así mismo se consideran parte de los recursos no oficiales, aquellos terapeutas o instituciones que ejercen las denominadas medicinas paralelas o alternativas (boticario, “medicina tradicional” acupuntura, quiropraxia y funcionan de manera relativamente autónoma.

En la década de los 90 surgen las farmacias “similares”, impulsadas por un personaje político, en las cuales se proporciona consulta médica y productos farmacéuticos llamados “similares” a precios bajísimos en comparación de la consulta médica privada y los medicamentos alopáticos. En este servicio se coloca un enorme sector de la población fuera del sistema de salud, que por más humano y eficiente que se presente en la publicidad gubernamental, no se encuentra garantizada su eficacia terapéutica. Actualmente dicha organización cuenta con más de 30000 sucursales.

A partir de aquí, se constituye un sistema institucional de servicios personales de salud que desprotege a buena parte de la población derechohabiente, sus condiciones de accesibilidad varían sustancialmente.

En el centro del país se han acumulado históricamente los servicios mas complejos de las diversas instituciones de seguridad social, conformando la más amplia red de institucional del país. En el Distrito Federal, el 54% de los trabajadores y sus respectivas familias son derechohabientes de instituciones de salud. Aunque tales proporciones son bajas respecto a otros países, no deja de ser importante, pues en todo el territorio nacional existe un 42% de trabajadores no derechohabientes. En la Ciudad de México, 46% de todos los trabajadores y sus familias no tienen derecho a las instituciones de salud a través de un contrato laboral. Los derechohabientes capitalinos se distribuyen principalmente en el IMSS (cerca del 40%) y el ISSSTE (cerca del 14%). Además, en la ciudad se concentran los servicios de PEMEX, Ejército, Marina, los servicios privados y de la Secretaría de Salud, que incluyen los servicios descentralizados (SSA) y los Institutos Nacionales de Salud, vinculados a la universidad y dedicados a la investigación (XXII CENSO GENERAL DE LA POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000).

El análisis del uso de los servicios de salud en la Ciudad de México, indica un proceso de envejecimiento de los usuarios de los institutos. El IMSS absorbe más del 40% de los usuarios de servicios de salud capitalinos, pero en estos solo el 30% son niños, 30% adultos, y 43% mayores de 60 años. El ISSSTE, cubre a 14% de los usuarios de servicios en la ciudad, siendo principalmente de edades avanzadas. Ambos Institutos reciben más mujeres que hombres y 50% son individuos mayores de 60 años de edad, mayor proporción que la adultos y niños usuarios (IMSS 2000: Memoria Estadística; ISSSTE, CENSO 2000, basado en la información sobre población derechohabiente de la rama de salud).

Por otro lado, del 46% de la población no derechohabiente de la Ciudad de México que se esperaba que utilizaran los servicios de la Secretaría de Salud, solo el 19% de ellos lo hacen. Además son mayores las proporciones de niños y adultos jóvenes usuarios (cerca del 20%), comparados con los adultos y mayores de 60 años de edad (16 y 10% respectivamente), que usan estos servicios; en los servicios de la Secretaría de Salud no se observan grandes diferencias por sexo entre los usuarios.

A su vez entre el 30 y 40% de los capitalinos usan servicios privados, los hombres hacen un mayor uso de estos que las mujeres; así como los adultos y niños, comparados con los mayores de 60 años. El único grupo que no utiliza prioritariamente los servicios privados, son los mayores de 60 años, que utilizan principalmente el IMSS y el ISSSTE.

Otro indicador importante es el porcentaje de derechohabientes que efectivamente utiliza sus respectivos servicios de salud. En la Ciudad de México, la mitad de la población no derechohabiente utiliza servicios privados, y cerca del 40% utiliza la Secretaría de Salud. A su vez los derechohabientes utilizan básicamente los servicios de su instituto (90% del IMSS y 85 % del ISSSTE) y menos de 15% utilizan los servicios privados, de todos modos, las proporciones de individuos que utilizan estos servicios de salud son mayores en la Ciudad de México que en el conjunto del país.

5.4 Recursos de atención alopáticos: Instituciones y terapeutas

A partir de esta visión en forma general de la situación de servicios de salud nacional y sobre todo de la Ciudad de México, a continuación analizaremos la estructura de los recursos de atención a la enfermedad que encontramos en Las Cabañas y sus alrededores.²⁵ Aquí llama la atención de que a pesar de encontrarse la

²⁵De acuerdo con la definición propuesta por M. E. Módena, los recursos para la salud serían aquellas condiciones estructurales de vida, que intervienen de manera directa en la incidencia de las enfermedades, como serían, la alimentación, higiene (del agua y alimentos, eliminación de excretas y basura, vacunación, etc.). Los recursos de atención a la enfermedad, ya sean populares o de la medicina hegemónica, estarían focalizados primordialmente a las funciones de diagnóstico, curación y rehabilitación de los sujetos enfermos (MÓDENA, M.E.1990:99).

localidad en medio de la zona urbana, solo en términos potenciales, se tiene la posibilidad de acceder a determinados servicios, sobre todo los de alta especialidad técnica. La atención a los procesos de salud-enfermedad incluye así una variedad amplia de terapeutas que son consultados por la población. Existe personal médico y paramédico adscrito a alguna institución del sector público o bien médicos privados que atienden a la población en consultorios, centros de salud o clínicas, en este caso el centro de salud más cercano, es el más solicitado (es el de Culhuacán) y se encuentra a veinte minutos de distancia en transporte público (SSA). También hay un servicio de tercer nivel del IMSS (clínica 32), a 100 pasos aproximadamente de la localidad (por supuesto solo son atendidos quienes tengan el derecho al servicio del IMSS), un hospital General de la Secretaría de Salud (Gea González) y el Instituto Nacional de La Nutrición, como hospitales de segundo y tercer nivel de Atención, ubicados relativamente cerca. Cabe mencionar, que en todos estos centros de atención a la salud públicos, la demanda es mucho mayor que la oferta y para ser atendidos se requiere de mucho tiempo de anticipación y largas listas de espera, en caso de ser atendido.

Destaca la presencia de los servicios médicos que oferta el “Dr. Simi”, con costos muy por debajo de lo que se cobra en cualquier consulta médica privada. Lo interesante de este último servicio, es que ahí mismo se obtienen los medicamentos similares y algunos análisis de laboratorio. Como parte de nuestro estudio, entrevistamos a algunos de los personajes de salud que ofrecen el servicio del Dr. Simi cercano a la localidad, no obstante aclaramos que esta información obtenida fue solo para completar el análisis, y no es posible compararla ni en profundidad ni en extensión con la recopilada de las madres de familia.

En la medida que el eje de nuestro trabajo está puesto en las representaciones y prácticas sociales que las madres tienen sobre los servicios de salud, conviene enfatizar que la información procedente de la entrevista mencionada, tiene como finalidad complementar y contrastar los temas relacionados con las condiciones de salud en las que vive la población.

La información obtenida de los entrevistados del Dr. Simi, reveló que ellos consideran que el 90% de los habitantes de Las Cabañas ha utilizado dicho servicio de Salud y que de estos, la mayoría regresa. Los principales padecimientos que se atienden coinciden perfectamente con los mencionados anteriormente y que podemos englobar con los que abarca el síndrome metabólico (obesidad, diabetes e hipertensión). El horario de atención de este servicio es amplio (de 9 a.m. a 10 p.m). Todas las familias entrevistadas informan haber visitado en algún momento la farmacia del “DR. Simi”, donde expresan haber sido atendidos con el menor costo posible. Como lo expresan nuestras entrevistadas:

“Vamos con el “Dr. Simi”, porque es muy barato y nos queda cerca; pero sobre todo si no se trata de cosas que pensemos que son graves” (E Cos).

“En lugar de ir hasta el Seguro Social, a veces vamos aquí con el “Simi”, los remedios que nos da son baratos y a veces hacen buen efecto” (EM).

“Yo no tengo otra opción, el servicio médico es muy caro y como quiera el “Dr. Simi”, me saca de apuros” (E. C).

Casi todas las entrevistadas cuentan con seguridad social (menos la familia de Celia y Ernestina y Tito) por parte de sus parejas o hijos, y todas ellas manifiestan haber sido alguna vez a ser atendidas, pero no les gusta el trato:

“Tengo mucho miedo de enfermarse, pues nada más de pensar que en el hospital nos tratan muy mal los médicos, no me dan ganas de ir; pero ni modo no tengo otra opción, ya que todo está muy caro.” (E I)

Un caso que podemos considerar fuerte es el de Pedro, esposo de Chela:

“Es horrible, apenas me llevaron al hospital, porque estaba muy mal, me tuvieron que internar, pero la cosa es que no había lugar, porque éramos muchos los que necesitábamos el servicio, así que me tuvieron en un pasillo, con mas personas, ahí me dieron una silla de plástico para poder estar, la noche fue tremenda, pues no me podía

acomodar. La comida si estaba buena, pero ya no quería permanecer ahí, ahí mismo me pusieron suero”. (EP)

Conny, nos expone otra de las experiencias médicas recientes, su bebé tiene cinco meses y a pesar de tener Seguro Social, tomó la decisión de dar a luz en una clínica privada, nos comenta lo siguiente:

“ Con mi primera hija, fui a parar al Seguro Social, porque ya tenía contracciones, tenía 8 meses de embarazo; los médicos me dijeron que me prepararían para una cesárea, pero yo le dije a mi marido que no lo permitiera, yo sentía que todavía no era el momento. Además detrás de la cortina en donde yo estaba, había unos médicos estudiantes que se estuvieron riendo largo rato del aspecto de un aborto, que habían llevado a cabo. Afortunadamente mi marido me escuchó y pude salir del hospital, claro que le hicieron firmar un montón de papeles en donde decían que si algo me pasaba era responsabilidad de nosotros, afortunadamente, pude recuperarme y a los 9 meses nació mi hija en la misma clínica privada, en donde me atendieron de mi hijo, sin ningún problema, solo que ahí si tuvimos que pagar.” (E.Co)

“El problema del servicio médico, es que nunca tienen los medicamentos y hay que comprarlos y son carísimos”. (E. Cos)

5.5 La seguridad social

Las principales instituciones de seguridad social con las que cuentan nuestras entrevistadas son: ocho de las familias tienen Seguro Social (para trabajadores de empresas privadas). La utilizan cuando consideran que su padecimiento es de gravedad, solo una de las entrevistadas, que es de las mujeres mayores tienen ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Dos familias no tienen ningún tipo de seguridad social, así es que acuden a los Servicios de la Secretaría de Salud (población sin servicio “abierto). Las familias que cuentan con algún tipo de seguridad social acceden en su condición de beneficiarios, es decir que cuentan con ello, porque algún hijo o su pareja los incluyó en el servicio.

También es importante mencionar que las familias que tienen seguridad social, constituyen una de las primeras opciones del itinerario terapéutico, pero su utilización está condicionada por múltiples factores: accesibilidad del recurso, el tipo de padecimiento, y de manera muy importante el nivel socioeconómico familiar. Observamos que las familias que cuentan con seguridad social, y que tienen mayores ingresos familiares, acuden más veces a la medicina privada, mientras que las que son derechohabientes con menores recursos económicos usan con mayor frecuencia el IMSS o el Centro de Salud.

5.5.1 Recursos de atención popular

Nos referimos como “populares”, aquellas formas de acceso a atención a la salud, cuyos recursos terapéutico-preventivos, ya sea de tipo técnico, simbólico o ritual, se insertan en la llamada medicina “tradicional”. Su formación es fundamentalmente empírica (no académica), y su reconocimiento y legitimación social como curadores lo otorga prioritariamente el grupo social en la que desarrollan estas funciones.

Aunque su campo de atención puede ser muy diverso, tenderían a cumplir funciones de tipo no solo curativo, sino también en el plano ideológico, de integración sociocultural, actuando sobre todo en aquellos problemas y grupos sociales que la medicina alopática ha ignorado o descuidado (MENENDEZ⁹, 1981).

Caracterizamos a los terapeutas populares en función de las experiencias de las familias que nos explican su vivencia, en este caso, los terapeutas cobran una cantidad “moderada” por el pago de sus servicios, es decir, que para todas las familias es mucho más fácil hacer el pago si se compara con el costo de la consulta alopática. Nuestras informantes mencionan haber utilizado, o por lo menos conocido, tres tipos de terapeutas populares profesionales, todas cercanas a la localidad. Es necesario tener en cuenta que estos recursos de atención a pesar de ser muy antiguos, en esta zona tienen relativamente pocos años (diez en promedio).

Los terapeutas mencionados son los siguientes:

- Farmacia homeopática: Se trata de una pequeña farmacia que se encuentra a unos pasos de la localidad, el precio es bajo e incluye primera dosis de medicamentos y consulta.
- Medicina china: estos terapeutas, se encuentran un poco más distantes que el anterior y también con un precio accesible, que incluye consulta, sesiones de acupuntura y aparte algunos medicamentos en forma de tés principalmente.
- Hierberos: Estos tratan con extractos y diluciones de diferentes plantas, los precios tienen las mismas características que los anteriores.

Estas opciones de atención a la salud se caracterizan por varios aspectos que las familias consideran positivos para su salud. Por ejemplo, sienten que son mejor tratados que en la consulta alópata, que los medicamentos no son “agresivos” para su organismo, no existen listas de espera y los precios son bastante accesibles, como lo comentan dos de nuestras entrevistadas.

“Con la medicina alternativa tenemos medicamentos que nonos hacen ningún daño, son baratos y tenemos alivio a algunas enfermedades...”(E CHon).

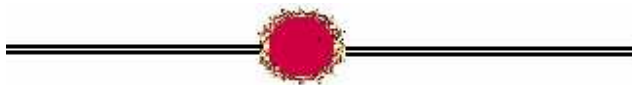
“Yo tengo el problema de mi rodilla, pero estoy en una lista de espera, solo de consulta, para dentro de tres meses, así que con la consulta en la herbolaria creo que puedo mejorarme y a lo mejor hasta me evito la cirugía...”(E T).

“Tuve un dolor muy fuerte en la espalda, que se me recorría hasta el pecho, ya me habían hecho muchos estudios, en el seguro social, del corazón, de la sangre y nada, todo salía bien y el dolor no se me quitaba, hasta que fui a la acupuntura, es que me empecé a sentir bien....”(E M).

Es a través de las historias de vida, que la construcción social de los padecimientos, adquiere un matiz excepcional, en cuanto a que nos arroja elementos de gran importancia en la trayectoria de atención o carrera curativa, es así como nos permite explorar aspectos profundos de una temática de tanta de gran importancia en la

salud de las poblaciones, a través de las representaciones y las prácticas que pueden en algún momento servir como elementos preventivos de enfermedades.

No obstante en el capítulo que se describe a continuación, se analizan estas especificidades, tratando de construir un modelo global que integre los sistemas de saberes populares en los padecimientos mencionados.



CAPITULO 6: ESTRUCTURA BÁSICA DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN ALIMENTACIÓN-ENFERMEDAD

En nuestro análisis de la construcción sociocultural de los padecimientos, elegimos como método expositivo realizar un recorrido imaginario (de recuerdos) a través de la trayectoria de atención o carrera curativa, que se lleva a cabo cuando ocurre un episodio de enfermedad en cualquier integrante de la familia. Estos padecimientos los centramos solamente el Síndrome Metabólico, en virtud de que fueron los padecimientos más frecuentes y preocupantes para las familias. Dicho recorrido tiene como intención recuperar la dinámica de los procesos de salud/enfermedad/alimentación, ya que nos interesa mostrar cómo se verifica empíricamente, tanto en las representaciones como en las prácticas. También se detecta la continuidad entre dichos procesos, transitando de un estado de salud a un estado de enfermedad, y se caracteriza la alimentación como un posible potenciador de esta última. Asimismo se analiza la manera que se intenta “retornar” al primero, a través de procesos de atención, enfocándonos de manera especial en la alimentación.

Uno de los primeros pasos para poder actuar frente a la enfermedad es saber reconocerla cuando se presenta, manejando un conjunto de pautas, entre ellas la alimentación, que permitan establecer una línea divisoria que distinguiría lo que se considera una molestia “pasajera” en una persona “sana”, de aquellos malestares que son evaluados como indicadores de posibles padecimientos.

Esta distinción encierra en si misma una serie de complejidades, ya sea desde una perspectiva biomédica que delimita técnicamente los procesos anormales

fisiológicos o psicológicos (definiendo enfermedades), o bien desde una perspectiva antropológica, enfocada a sus aspectos socioculturales y vivenciales (reconstruyendo los padecimientos).

A partir de un estado considerado social y subjetivamente como “sano”, hay un punto de “inflexión” en el que tarde o temprano el individuo o quienes le rodean tienen una experiencia de que se “padecen” ciertos síntomas anormales, que pueden incluso definirse como patológicos. A partir de esa identificación, se derivan una serie de conductas, como las de “acción”. Es decir, desde el comportamiento del individuo con respecto a lo que le rodea hasta el ser etiquetado socialmente como “enfermo” y asumir el rol como tal.

Es necesario establecer que la definición de estar “sano” y “enfermo”, presenta variaciones a través de las culturas, grupos sociales o individuos y la ambigüedad de los límites entre ambos procesos parecieran ser más bien una constante en las diferentes definiciones, según sea el nivel analizado. La sensación de “bienestar” físico, social y mental, incluida en la definición de la OMS, puede remitir a una multiplicidad de situaciones, según el contexto de que se trate, desde la ausencia de síntomas poco placenteros, la posibilidad de desarrollar sin problemas las actividades cotidianas, o bien, el estado de armonía interna y/o externa.

De la misma manera, puede haber toda una serie de experiencias subjetivas a partir de las cuales se identifica la presencia de algún tipo de enfermedad, por ejemplo ciertos cambios en la apariencia corporal, modificaciones en la fisiología corporal que regularmente se tiene, emisiones inusuales del cuerpo, cambios en la sensibilidad vía los cinco sentidos y malestar (HELMAN, 1990). No obstante, el nivel de percepción subjetiva de estas alteraciones anatomofisiológicas, psicológicas o conductuales, implica necesariamente la presencia del “otro”, que sancione socioculturalmente este estado de malestar. Para llegar a definirlo como enfermedad tiene que generarse un acuerdo, una colaboración (que en determinadas sociedades si es determinada por un médico, tanto mejor), a partir del cual el sujeto puede asumir el rol del enfermo. Por

tanto, la definición de “estar enfermo”, se da siempre en el marco de un proceso sociocultural que involucra a diferentes actores; situación que afirma Helman en sus planteamientos.

En nuestro caso de estudio, el reconocimiento de algún padecimiento al interior del ámbito doméstico implica poseer un conjunto de saberes (conocimientos, nociones, creencias, actitudes, y prácticas sociales) que se ponen en escena, por así decirlo, se “activan” cuando se presenta algún problema de salud. Este bagaje de saberes debe ser atendido en términos de un proceso continuo de elaboración y reelaboración de significados, un aprendizaje que se actualiza de manera permanente y se pone en acto en determinados momentos, en los que es preciso actuar, ya sea mediante el simple hecho de observar al enfermo o bien ante la posibilidad de intervenir directamente sobre su estado para aliviar el malestar.

En este sentido, la detección del padecimiento aparece como primer hecho empíricamente registrado en el curso de la trayectoria de atención. Esta detección puede referirse únicamente a la identificación de un malestar pasajero, “natura” o relativamente normal, que no impide desarrollar las actividades cotidianas del sujeto. También puede implicar el registro de una serie de trastornos identificados como síntomas que lleven al reconocimiento de un probable padecimiento, diferenciándolos de otros posibles. A partir de observar la evolución del enfermo, se recopila la información retrospectiva sobre las actividades de exposición al riesgo por parte del sujeto enfermo para establecer posibles causalidades, perfilar sus pronósticos de la enfermedad desde una óptica prospectiva de sus propias complicaciones y efectos. En definitiva, a través de todo un conjunto de estructuraciones elaboradas a partir de saberes teóricos o empíricos que se manejan (prototipos, modelos explicativos o cadenas complejas, mas o menos flexibles (KLEIMAN, 1980), se llega a establecer un diagnóstico inicial que determina la toma de decisiones y las actividades subsecuentes a realizar.

A partir de la evolución del padecimiento, se puede reformular el diagnóstico rectificándolo según evolucione el enfermo. Este proceso que sucede empíricamente de manera operativa y pragmática, es mucho menos reflexivo de lo que pudiera parecer. Se desarrolla en un tiempo y espacios acotados y concretos y, simultáneamente, se encuentra inmerso en una dinámica difusa, de mayor alcance y duración. El conjunto de saberes se incorpora en un proceso continuo de aprendizaje y “desaprendizaje”, los saberes son resignificados y apropiados de múltiples maneras, según sean las características particulares del sujeto, grupo familiar o comunidad, así como sus experiencias acumuladas.

En este contexto, nos referimos al diagnóstico como el conjunto de saberes que se instrumentan para identificar o discriminar una entidad nosológica. Las formas de diagnosticar los padecimientos son estructuradas a continuación a través de los diagnósticos, que se refiere al repertorio de signos y síntomas específicos para cada entidad nosológica y para distintos grupos de entidades, en función del cual se detecta, denomina, diagnostica y clasifica al padecimiento en cada episodio concreto. Las representaciones sociales, es decir los signos y los síntomas del padecimiento, pueden ser más amplios o más reducidos que el conjunto de signos y síntomas que son realmente sufridos por el enfermo o que son identificados por el terapeuta. Pero siempre servirá como un parámetro de referencia para establecer un diagnóstico, que se ajustará con relativa flexibilidad a la sintomatología específica mostrada en cada evento.

Tanto los signos como los síntomas son considerados como dos tipos de indicadores diagnósticos, donde los signos se refieren a las alteraciones fisiológicas o anatómicas “objetivas”, registradas por el observador (en este caso el propio enfermo o la madre de familia). Mientras que los síntomas se refieren a la percepción “subjetiva” que el enfermo tiene de ciertas alteraciones fisiológicas o emocionales. Desde este punto de vista, el modelo médico, la perspectiva del paciente o de la madre de familia, únicamente puede ser recuperada en términos de síntomas, pudiéndose llegar a traducir en signos, únicamente en tanto el médico los puede

detectar, medir, corroborar a través de sus propios métodos diagnósticos. En nuestro caso, optamos por establecer la distinción entre signos y síntomas al interior de la perspectiva del paciente y/o de la madre de familia (*emic*).

En este capítulo nos centraremos en torno a búsqueda de respuestas a una serie de preguntas relacionadas con esta primera parte del itinerario terapéutico, tales como: ¿cuáles son los síntomas y signos que permitirán a los pacientes y/o las madres de familia detectar los padecimientos principalmente del síndrome metabólico (obesidad, hipertensión y diabetes)? ¿Cuáles son los elementos que les permiten establecer un diagnóstico inicial o provisional y luego derivar uno definitivo? ¿Para cuales padecimientos se tienen elementos de discriminación y para cuales no (entre ellos la alimentación)? ¿Cuáles son los principales condicionantes que operan en la emisión de un diagnóstico y un pronóstico? ¿Cuáles son los principales criterios de gravedad para estos padecimientos?, ¿Cuál es la tipología de los padecimientos que se formula a partir de los criterios diagnósticos de ellos mismos (enfermo y/o madre de familia) y de los signos y síntomas asociados? ¿Quién realiza el diagnóstico, dentro o fuera del ámbito doméstico y quién lo corrobora? ¿Qué papel juega la alimentación en el diagnóstico y desarrollo de la enfermedad?. De esta última pregunta clave para este estudio se desprenden muchas más que se detallan más adelante.

Es obvio que las respuestas a estas interrogantes tendrán cierto grado de especificidad, dependiendo del episodio concreto de que se trate: de cuál sea el padecimiento en cuestión, de quién sea el enfermo, el curador, el agente que diagnostica y el grupo social de pertenencia. Ha sido inevitable (y desde nuestro punto de vista indispensable) que al profundizar en cada uno de los momentos que van constituyendo la trayectoria de atención, frecuentemente nos hayamos sumergido en la descripción y análisis de las experiencias particulares, en el detalle que distingue a un padecimiento de otro, a un enfermo de otro.

No obstante consideramos que a partir de la descripción y análisis de estas especificidades, es factible construir un modelo global que integre los sistemas de

saberes populares en estos padecimientos. Mas allá de las situaciones particulares, es necesario recordar permanentemente que el hilo conductor de nuestro trabajo es ir desentrañando los sistemas de racionalidades de los sujetos enfermos o de las madres de familia y la lógica que subyace en ellos cuando se presenta algún padecimiento, la toma de decisiones así como las acciones desarrolladas en el ámbito doméstico respecto a la alimentación.

Como hemos señalado antes, nuestro método está estructurado de la siguiente forma: con base a la información epidemiológica que hemos analizado previamente, seleccionamos aquéllos padecimientos identificados por los sujetos en estudio como los más frecuentes entre la población adulta (SM), por supuesto que se hace mención en forma general de otros padecimientos como los gastrointestinales que están en estrecha relación. Del síndrome metabólico analizamos tres padecimientos: obesidad, hipertensión y diabetes incluyendo padecimientos gastrointestinales, entidades reconocidas y diferenciables por los involucrados dentro de su sistema clasificatorio de enfermedades (Nosotaxia popular). Se reconstruye el itinerario terapéutico de cada una de estas categorías nosológicas, mostrando los sistemas de representaciones y prácticas sociales. Iniciamos a continuación la fase diagnóstica de estos padecimientos, así como los criterios que los sujetos utilizan para establecer su tipología, pronóstico y gravedad asociada.

6.1 Vinculación con el tema de la alimentación

La relación con el acto de comer en esta localidad y el contacto directo con las personas que las conforman, se convirtió en un acercamiento a una experiencia muy personal con los involucrados en el estudio, a su vida, más que la intimidad generada por el interrogatorio o el examen físico.

Nos gustaría partir del acto de comer. Para los fines del presente estudio hablar de *comer* nos remite al acto de transformar, metabolizar, de destruir para construir. *Comer* como acto de asimilar el mundo, es quizá saborear la propia cultura e historia a partir del contenido del único plato en apenas unos minutos. *Comer* es aprender a utilizar lo que se necesita, es manejar los propios deseos y postergarlos para mañana porque hoy ya es suficiente si quiero vivir una buena vida. *Comer* es disfrutar utilizando todos los sentidos, para que estos informen y nuestro cerebro perciba y regule.

Aunque no se trata de agotar las dimensiones del concepto de comer, tampoco podemos perder de vista que el tema es un pilar fundamental en este trabajo, por lo que profundizaremos un poco más en ello, tratando de “tejer” el concepto con un mismo hilo conductor.

Abordar el acto de *comer* es indispensable en este trabajo, como un acto cotidiano, es un concepto que designa algo que parece no ofrecer dificultades para entender su sentido. Paradójicamente, *comer*, se vincula hoy tanto con la supervivencia (al aportar nutrientes indispensables para la vida) así como con las causas de las enfermedades responsables de la mayor morbi-mortalidad en el mundo. Por carencia o por exceso, en fin, *comer* es algo que tiene una relación íntima con la vida.

Comer es también y tal vez principalmente un acto cultural (FARB, P.; ARMELAGOS, G. 1985), una escena social, un hecho cargado de significados que su descripción nutricional no agota. Comer es una ceremonia, una expresión privilegiada, de los gustos, las censuras y las posibilidades de un grupo social, es para algunos una celebración y para otros, una condena o una adicción y, lamentablemente para muchos, una expresión mas de la inequidad y el desamparo en que sus exigencias se encuentran sumergidas. Es también una señal de pertenencia a un grupo o clase. Es una fuente de nutrientes pero también de placer, es una necesidad biológica pero también una necesidad hedónica. Podemos preguntarnos tantas cosas de lo que parece evidente y sencillo. Podemos hacer de lo naturalizado por contacto diario, un hecho extraño, cargado de dimensiones en las que no reparamos, de significados y

símbolos que su sustancia cargada de sabores, olores y texturas dan a cada bocado que nos llevamos a la boca.

Para comprender qué y por qué comemos los humanos hay que abordar el fenómeno como lo que es, un hecho complejo que combina simultáneamente aspectos físicos y culturales. El evento alimentario es colectivo y complementario, se realiza en sociedad, por lo tanto entra en el juego de las representaciones compartidas y como evento social es producto y produce relaciones sociales. El plato de comida en cualquier sociedad y en cualquier tiempo, es producto de las relaciones sociales que hacen que eso que es designado como “comida”, llegue al plato en forma de productos cocinados de acuerdo a ciertas “reglas” en forma de “recetas” cuyo consumo ha sido “legitimado”, por su sociedad de acuerdo a criterios de edad, género, ocupación, religión etc.: por lo tanto *comer* viene a representar distintos usos sociales. No solo contribuye al mantenimiento físico sino que legitimando el consumo de unos sobre otros, las sociedades reproducen su estructura de derechos y las desigualdades y la dominación de unas clases o estratos sobre otros. Planteado en las palabras de GONZALEZ T. I. (1995:1).

Los modelos de alimentación humana constituyen uno de los marcadores culturales fundamentales en que se expresan las constricciones naturales y sociales, las culturas del trabajo, las desigualdades de sexo/género y de clase.

Por otra parte, el tiempo de *comer* marca el tiempo cotidiano o festivo y se utiliza como centro para actividades familiares y comunitarias; como premio o castigo, también para demostrar la naturaleza y la profundidad de los sentimientos, para hacer frente al estrés, como manejo político o económico. Al *comer* se demuestra como ya se mencionó nuestra pertenencia. En fin, comer es parte de la identidad y es, (como ésta) una construcción entre el yo del sujeto y el yo cultural, porque aunque esté modelado por la construcción social del gusto que canaliza su expresión, el comer tiene un componente subjetivo, único que depende de las características del sujeto, de su historia personal y de sus gustos. Así que en definitiva comer es un concepto

polisémico complejo, entendido como bisagra entre el sujeto y la estructura, en donde se despliegan sus usos sociales y quizá nos permitan contestar, en esta localidad, ¿cuándo comen y qué comen?, o como diría CLAUDE FISCHLER citado por DIAZ M. C (2005: 111) *“la alimentación es el dominio del apetito y del deseo gratificado, del placer, pero también de la desconfianza, de la incertidumbre, de la ansiedad”*.

A continuación se describirá “el comer”, en esta localidad, tanto en forma general como particular de las familias estudiadas.

6.2 Características epidemiológicas de las familias

Comentaremos por separado, cómo las mujeres estudiadas perciben la obesidad, la hipertensión y la diabetes.

De las 11 mujeres que participaron en el estudio, 6 son diabéticas, todas tienen algún grado de sobrepeso y todas también relacionan su vida con alguna de las alteraciones del sistema circulatorio, como hipertensión, colesterol y/o triglicéridos altos, principalmente.

6.2.1 Diabetes

“Llegó la diabetes después de un susto...”

La diabetes es una enfermedad bastante común en esta localidad, encontrándose que el 7.7% de las madres de familia estudiadas la padecen y un 3.3% de los familiares también, hay recordar que nos referimos a las 11 familias (Cuadro 3).

Cuadro 3. Padecimientos de las 11 madres de familia y sus familiares directos. Cabañas, 2007

Padecimiento (%)	Frecuencia	%	Fam. con SM
Diabetes	7	7.7	3.3
Obesidad	9	9.9	7.7
Hipertensión	8	8.8	8.8

Fuente: Encuesta directa

La población del estudio atribuyó la diabetes principalmente a la herencia, la mala alimentación, factores emocionales, como sustos y corajes, considerándose un padecimiento muy severo ya que puede llevar a la muerte y es peligrosa, como se expresa a continuación:

“La mayoría de los que han muerto últimamente aquí, fue por la diabetes, , es muy peligrosa, pero la gente, no lo mira así, piensan que a ellos, no les pasará nada y entonces no se cuidan, sobre todo los hombres....” (E I).

La representación causal de tipo popular (susto-coraje), se acompañó de representaciones derivadas del modelo médico, lo cual indica el carácter sincrético de las representaciones en las familias estudiadas.

A mi marido le vino la “diabetes”, después de que le robaron su cuenta de ahorro, ya de ahí no volvió a sentirse bien. (E E.)

También llama la atención en algunas de las personas que padecen la diabetes una resistencia a aceptar la enfermedad, aún cuando algunos de ellos, ya tienen más de cinco años con el diagnóstico. Más de la mitad mencionan estar curados de la

diabetes cuando tienen los niveles de glucosa estables, por supuesto que esto va de la mano con la alimentación, pues en seguida dicen poder comer de todo a “demanda”.

El médico me dijo que ya no tengo la “diabetis”, porque los análisis salieron bien”... (E G.)

Un mes más tarde dice, Me siento muy mal, así es la “diabetis”, a veces parece curarse y otras, parece que uno se muere... (E C).

“Por otro lado CHELA, nos comenta, a veces veo a Pedro tan mal, que de plano le doy la comida que pida, pues creo que ya no le queda mucho tiempo....claro, le doy poquito, por ejemplo si es carne de puerco, solo tantito, si es refresco, se lo rebajo con agua”...

Los estudios sobre el proceso salud-enfermedad ponen en evidencia que los elementos psicológicos y socioculturales juegan un papel fundamental en las formas de entender y atender la enfermedad. En México algunos trabajos destacan la existencia de una forma de percibir la enfermedad como lesión del organismo, frente a lo que se denomina padecer médico: la manera personal en que determinado individuo, dadas sus características psíquicas y socioculturales, sufre su enfermedad; aspectos de gran importancia en la relación médico-paciente (HIADER, J., 2007). Para entender el padecer, se establecen modelos explicativos que están determinados culturalmente. Estos modelos son un conjunto de creencias que incluyen algunos o todos de estos cinco puntos: etiología, conjunto de síntomas, fisiopatología, curso de la enfermedad, (severidad y tipo de rol del enfermo) y tratamiento. Se identifican tres modelos básicos, el profesional, el popular (que incluye a la familia y a la comunidad) y el folk, refiriéndose a los curadores no profesionales (MENÉNDEZ^b, 1984).

Los modelos causales que manejan los pacientes son significativos en términos de la historia personal y su sistema de creencias, aunque la mayoría de los enfermos dicen no saber la causa de la enfermedad. En las entrevistas surgieron ciertas ideas, como situaciones de pobreza, trabajo excesivo y estrés emocional:

Aquí en Las Cabañas, muchos de nosotros comenzamos a trabajar desde que éramos muy niños, había veces que ni zapatos teníamos, en principio, recogíamos los desperdicios de la comida de los animales, limpiábamos los corrales, pero era muy duro.... (ET).

Uno se llega a cansar, así le pasó a Pedro, trabajó muchos años en el rancho, ya después se fue a trabajar en un camión de mudanzas otros años más. El trabajo era duro y sin consideración. Por eso yo creo que está así tan enfermo, de tanta vida dura... (E CHE).

Encontramos que si bien, se aceptan las explicaciones biomédicas de la herencia (respecto a la etiología de la enfermedad), ciertos eventos dentro de la historia personal del paciente se convierten en las causas que para ellos desencadenan su enfermedad.

Los pacientes elaboran conceptos complejos sobre la diabetes donde los factores sociales y socioculturales son importantes para la comprensión del saber:

Yo creo que a mi me dio la “diabetis” por tanto trabajo, tuve muchos hijos y la vida tan difícil que me ha dado mi marido...(E CHO).

A mi me dió (la diabetes) por muchas cosas, aunque creo que la principal fue tanto sufrimiento, callarme tantas cosas...(E M) –M. tuvo 16 hijos y un marido alcohólico y golpeador- él (el marido), era “malo” y así fue hasta el final.

En este sentido podemos ver que el ámbito de las relaciones sociales que rodean a la persona, es el elemento central de las explicaciones. En general la diabetes *mellitas* se asoció significativamente a los sustos, aunque existen diferencias de género. Para los hombres, el origen de sus problemas de salud se encuentra frecuentemente relacionado con accidente, exceso de trabajo y algunas veces

reconocen su alcoholismo en alguna época de sus vidas. Señalan además cómo se vieron enfrentados a hechos violentos o accidentes que los llevaron a enfermarse. Mientras que las mujeres interpretan las causas de su enfermedad dentro de sus relaciones familiares.

Ideas sobre la enfermedad y su atención

Todas las personas del estudio han recibido en algún momento las explicaciones médicas sobre su enfermedad, sin embargo encontramos que no existe una idea clara de cómo esta enfermedad actúa. Relacionan la diabetes con el azúcar en la sangre y la falta de insulina, pero la consideran al mismo tiempo como una entidad que es externa, que se apodera de las personas y se instala en ellas:

Es horrible, una vez que le cae a la persona (la enfermedad), no hay forma de quitársela de encima, es como una desgracia...y aún más si nos ponemos a pensar que no hay cómo ir a visitar a un buen médico y comprar las medicinas... (E CHE).

Los síntomas que refieren los pacientes, se ajustan a los cuadros clínicos de la enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona, donde nuevamente el contexto social es muy importante en el padecer:

Cada vez que hago un coraje o tengo una emoción fuerte, sobre todo de los problemas de la familia, es cuando mas se me sube el azúcar....

A mi mamá, procuramos no decirle cosas preocupantes por que se pone muy mala, a veces cuesta mucha volverla a hacerla sentir bien...(E. hija de M.).

Respecto a su atención, la biomedicina es la práctica de atención más utilizada, sin embargo aunque existe confianza en los médicos, no están de acuerdo que sean “mal tratados” por ellos:

Cada vez que voy antes de que me atienda me da una “regañiza”, luego anota y anota, nunca me voltea a ver....(E E).

Existe desconfianza hacia los medicamentos institucionales ya que se tiene la noción de que son menos eficaces y con mayores efectos secundarios que los comprados en las farmacias.

Existe además una idea generalizada de las dificultades para seguir las dietas y los ejercicios:

La dieta, la llevo, pero no a la perfección... (E Cho).

Es horrible no poder comer lo que comen los demás, así es que trato de modificar las comidas, para que no me sepan tan feas (E P).

Aún cuando se plantee la posibilidad de encontrar curación en la medicina alternativa, se utilizan muy poco los terapeutas populares. Si bien se considera que la diabetes es ocasionada por un susto y emociones fuertes principalmente, solo en dos casos se recurrió a herboristas. Las plantas medicinales son empleadas frecuentemente, pero se accede a ellas a través de recomendaciones de conocidos o amigos.

Fue así como encontramos que los enfermos de diabetes establecen explicaciones causales que relacionan el padecimiento de manera directa y específica a su historia personal: las circunstancias estresantes de la vida son el origen de la enfermedad.

Investigaciones realizadas por otros autores nos muestran situaciones parecidas a las encontradas en nuestros informantes, por ejemplo, (COHEN 1994; HERNÁNDEZ 1995), notaron que los pacientes y médicos consideran diferentes aspectos en sus modelos explicativos del padecer. Los pacientes enfatizan dificultades en el dominio social y el impacto en sus vidas, mientras que los integrantes de equipo de salud dirigen su atención a los problemas fisiopatológicos y al impacto físico de la

enfermedad. Aunque los profesionales de la salud buscaban el mantenimiento de niveles aceptables de glucosa en sangre, la prioridad de los pacientes fue encontrar maneras de vivir con la diabetes.

6.2. 2 Obesidad

El cuerpo “Luna”: Una representación social del cuerpo de las mujeres obesas de Las Cabañas.

Esta es una representación de cómo el cuerpo, principalmente de la mujer, está “cargado”, está “preñado” de aspectos que incluso se consideran fuera de todo control; podríamos decir que el cuerpo luna está “vacío” y “lleno” al mismo tiempo. Vacío de esperanza, fuerza y de rabia; lleno de grasa, de miedo a perder los pocos sueños de bienestar que se tienen o quizá hasta perder recuerdos (trabajo comunitario, cuando Las Cabañas era un rancho) aquellos de trabajo conjunto en el que juntos creían en la transformación, en el morir y nacer, como la misma luna...”.

Este dato fue muy impactante, ya que de las 11 madres de familia estudiadas, el 9.9% se encontró con obesidad y sobrepeso y los familiares cercanos a ellas representaron un 7%.

Nuestro desafío fue acercarnos a los aspectos relacionados con las representaciones sobre el cuerpo y la alimentación, a modo de generar los conocimientos necesarios para posteriormente enriquecer el trabajo con las mujeres, y garantizar un abordaje integral desde las propias prácticas y representaciones que ellas tienen sobre su salud.

Son múltiples las formas de abordar la temática del cuerpo de la mujer, pero una cosa si es segura, ella es el blanco predilecto de los mensajes difundidos por los medios de comunicación, es la base o sustento en el que se promueve la belleza, la

juventud y quizá hasta la salud en un determinado momento. La forma en que estos medios llegan a las mujeres son diferentes, tiene que ver con el contexto, lo que es un hecho es que la mujer es la que recibe mayores presiones por parte de los medios de comunicación sobre su imagen corporal.

Es importante destacar que se hace referencia solo a las once mujeres de las familias estudiadas, todas amas de casa, seis de ellas trabajan algunos periodos de tiempo para completar la economía familiar, tanto en sus hogares como fuera de estos. También se debe retomar el tema de las edades de estas mujeres que van desde 29 años, la que tiene menos edad, y 80 la de mayor edad, lo cual es determinante para este análisis, ya que quienes más mostraron preocupación por cómo está su cuerpo físicamente fueron por supuesto las más jóvenes (cuatro de ellas, que van desde los 27 años hasta los 50).

ALONSO (1998:25) plantea que *lo simbólico, lo socioculturalmente encarnado y concretado, ha venido tomando el nombre de representación social*. Aborda también dicho concepto como un sistema de valores, ideas y prácticas que cumplen una doble función, primero aprehendiendo su mundo social y segundo facilita códigos para comprender el mundo. Ello coincide con la descripción que plantea FLICK (2004) al establecer una triangulación de perspectivas, agregando a los dos aspectos anteriores el estudio del marco cultural de las prácticas.

Podemos entonces partir de que la representación social es un aspecto básico en la cognición de grupos de individuos que les proporciona estructura interpretativa de su contexto formándose vínculos sociales concretos, por ejemplo en las mujeres estudiadas, tienen un punto de vista concreto sobre la obesidad de su cuerpo. Por un lado, pareciera que procesan la idea de que son obesas, es decir aprehenden ese aspecto para desecharlo de inmediato con la interpretación de que sus parejas así las quieren. Por otro lado, hay casos en los que su vulnerabilidad ante la enfermedad es tan grande que deja de ser el cuerpo obeso una preocupación como problema físico.

Hay estudios que demuestran la relación de los cánones de belleza con las clases sociales. GIL M. y CASERES J. (2008) plantean como en el pasado el canon del cuerpo obeso se relacionaba con términos como la riqueza y la salud, en cambio en la sociedad postmoderna, en donde la provisión de alimentos está garantizada, son las clases altas las que asumen pautas distintivas como la delgadez y el autocontrol.

Partiendo del planteamiento anterior se puede proceder entonces a una triangulación. En primer lugar, las condiciones de higiene y alimentación que llevan a una interpretación de los mismos aspectos. En segundo lugar, el origen sociocultural de la población, en cuanto a su formación rural que implica una visión particular de los temas trabajado (salud-enfermedad-alimentación). Por último, destacar lo que está sucediendo en el mundo que los rodea, en el que se produce una mezcla particular de interpretaciones y por lo tanto de actuaciones que determinan en buena parte su estado de salud y/o enfermedad. Esta triple dimensión que estructura las representaciones sociales permitió recoger procesos cognoscitivos, narraciones e interpretaciones de los sujetos estudiados en su propio contexto.

Podemos concretar este planteamiento, citando las palabras del mismo ALONSO (1998:242) " *El lenguaje sin sociedad es vacío, la sociedad sin lenguaje es ciega*".

La realidad y el contexto cada día.

Este punto explica la vida cotidiana o el día a día de las mujeres estudiadas en el lugar donde se desarrolla su vida. Podemos afirmar retomando los planteamientos anteriores que las representaciones sociales constituyen en gran medida las respuestas, en este caso, de las mujeres, ya que están fuertemente influenciadas por lo que está sucediendo en su medio.

Es así como los momentos se caracterizan por desarrollarse dentro del hogar o alrededor de las actividades del hogar, siempre "supervisando", que no haga falta nada y menos alimentos. Esta actividad a veces se complica cuando además la mujer

realiza actividades que ayudarán sostener el hogar económicamente. Tenemos dos casos concretos de las participantes que en sus hogares instalaron una pequeña papelería y una frutería, respectivamente. Ellas son las mujeres más estresadas debido a la agotadora actividad adicional. El aporte de las mujeres en estos casos, podríamos decir, es paliativo de las difíciles situaciones económicas precarias que prevalecen en el país, por supuesto todo esto tiene un gran costo en la salud tanto física como emocional de las mismas.

“La rotación” del cuerpo Luna transcurre dentro de la “rotación” de su propio universo, sin variación siguiendo una misma rutina de actividades que incluyen el rol de cuidado dentro del hogar, limpieza, etc. Como declara, una de ellas, *...“nuestras casas son como un reloj, cada hora determina lo que debe estar hecho desde la comida hasta los pagos (E. M).* Perciben su rol público basado en papeles tradicionales, como el rol de una madre en una casa, se encarga de todo el proceso alimentario, ir a la compra, limpiar los alimentos, prepararlos y servirlos pero sin descuidar la limpieza, la lavada de la ropa y si hay pendientes pagos de servicios, como luz, agua, también deben darse tiempo para realizarlo.

Son cuerpos “*constelados*”, son cuerpos en movimiento, en rotación que se manifiestan con lágrimas, con desesperación, con amor, con sudor, con esperanzas y hasta con alegrías. Algunas veces su universo se mira “fijo”, sin posibilidad de cambio alguno. Otras veces se perciben cambios esperanzadores, llenos de posibilidades, quizá imaginarias pero que son motivo de percepción de vida sentida, de procesos constantes, quizá de morir y nacer al mismo tiempo. Quizá es lo que da sentido a su propio universo:

“No tengo tiempo para dedicarme a la salud de mi cuerpo, además con mis actividades va incluido ya el ejercicio físico, que recomiendan los médicos. Mi alimentación, la descuido, por lo mismo, la falta de tiempo” (E I).

La organización de la vida familiar es uno de los valores mas importantes dentro de la identidad femenina, por supuesto así como la maternidad; se da por hecho que son ellas las que deben resolver estos “asuntos”, los cuales incluye de manera directa, la atención de la alimentación especialmente si alguno de los integrantes se encuentra enfermo.

Todo esto, quizá tenga que ver con la forma de “centrarse” en aspectos, digamos que superfluos, como por ejemplo sentirse orgullosa de consumir alimentos hipercalóricos y vacíos nutricionalmente pero que son símbolo de “ser importantes” ante los demás. Lo anterior genera mas presiones en ellas y cambios en la vida familiar que no favorecen a su salud y, mucho menos a los patrones de subordinación y desigualdad en las que se encuentra inserta.

Por otro lado podemos ver otros dos aspectos relacionados con su cuerpo:

A veces cuando le va bien a mi marido, podemos comer pizza y refrescos, ese día la pasamos muy bien (E I).

Desde la dimensión dentro: *ando lo mas cómoda posible, aunque parezca “fodonga”, me gusta sentir mi cuerpo “libre”, así me siento mejor... (E.G).* O también encontramos expresiones como: *Cuando estamos de “lujo”, comemos carne hasta dos veces a la semana (E Che).*

Desde la dimensión fuera, al salir al espacio público cualquiera, desde trabajo hasta actividades que impliquen pagos de la vivienda, médico, etc.; requiere de las mujeres otra disposición en cuanto a su aspecto personal, cambia el vestido, el maquillaje, etc.

“Cuando, voy a salir y miro, que no tengo ropa, me desespero pues lo único que tengo ya no me viene, es ahí cuando pienso en mi cuerpo y en mi mala alimentación, o

quien sabe que será pero es cuando mas me doy cuenta de que estoy muy gorda y que nada me queda” (E Co).

Fue horrible, un día que tenía que salir, curiosamente era uno de esos días que mas llevaba prisa porque se me vencía el plazo para pagar la luz, y pasé cerca del espejo del baño, cuando me vi no me reconocí, pensaba que ese cuerpo no era el mío, yo no era así por lo menos tenía diez kilos menos. (E.CH)

La alimentación, qué se come, cómo, con quién se convierte en un elemento mas que permite expresar mensajes que nada tienen que ver con cubrir las necesidades fisiológicas de forma equilibrada.

A través de lo que se come se puede “modelar” el cuerpo y se puede percibir atendiendo a presiones sociales sobre cómo debe ser el cuerpo de la mujer, disminuyendo o aumentando el atractivo físico. Por lo tanto las formas de alimentarse forman parte del complejo lenguaje de signos y símbolos que el ser humano utiliza para construir una interpretación del mundo.

Esto se pone de manifiesto en el grupo social de Las Cabañas, donde Chela manifiesta:

Mi marido, me dice que él me quiere como yo esté gorda o flaca le da igual, lo importante es, que nos entendamos.

La gordura de mi cuerpo, es también por la mala alimentación, porque no tienes por ejemplo una buena variedad de alimentos, siempre es la pasta, los frijoles, el arroz, las tortillas, el chile y si acaso cuando nos damos un lujo, es la carne. No es lo mismo si tuviéramos dinero para comprar mas tipos de alimentos, (Martha)

EL significado de cuerpo ideal

Más allá de los aspectos nutricionales, resulta interesante, y también necesario, abordar el proceso alimentario desde perspectivas motivacionales y de tipo social que puedan contribuir a la explicación de la permanencia y los cambios de hábitos alimentarios que caracterizan a las sociedades modernas. Los estudios actuales (principalmente encuestas nacionales) sobre esta temática se orientan con frecuencia a variables cuantificables que por supuesto son un punto de partida de diferentes análisis, pero estas tendencias no pueden cuantificarse cuando se hace referencia a comportamientos menos cuantitativos. Hay comportamientos difíciles de medir, por ejemplo para saber porque los diabéticos no llevan un plan alimentario adecuado a sus propias necesidades de gusto, de economía, etc. Puede resultar de gran relevancia conocer estos aspectos para partir de una realidad determinada. Las técnicas cualitativas, permiten profundizar y explorar que hay detrás del cambio alimentario que se desarrolla en las sociedades modernas.

Los resultados de este estudio ponen en evidencia que no es suficiente conocer sobre nutrición y salud, es necesario conocer la propia cultura para acercarse a la explicación de un comportamiento complejo como es el alimentario.

No comerás.

El cuerpo ideal, pareciera estar relacionado con comer menos, como si se tratara de comer menos para estar más bellas, lo cual puede resultar casi imposible en un grupo de mujeres sometidas a una carga de trabajo extraordinaria y con recursos económicos limitados, es así como se van formando los “cuerpos luna llena”, sometidos a un doble y cruel mensaje social y cultural, comprar la comida, prepararla y no comerla o casi no comerla, para poder, además de todas las cosas que ya de por si realiza la mujer, tener un cuerpo bello. Por otro lado, las comidas deben ser sabrosas y muy satisfactorias. De esta manera la mujer mas que disfrutar la comida la padece, peor aún si se hace presente la aparición de enfermedades del SM.

Por lo tanto el resultado es la cintura ancha y los kilos de sobre peso y /o obesidad que padecen ellas mismas, que a menudo se caracteriza por una mal nutrición.

Percepción del estado de salud

La construcción de la salud de la mujer está directamente relacionada con el funcionamiento del hogar en todas las participantes, ya sea las que tienen actualmente niños o los tuvieron, siempre su prioridad fueron los niños (en algunos casos actuales los nietos pequeños). La mujer que dirige el hogar, por así decirlo, da la impresión de que no tiene “derecho” a enfermarse, en el sentido de que “descuidará” todas sus funciones. Según esta experiencia, la ruptura de este ciclo de cotidianidad se puede vivir desde un interruptor de las funciones del hogar hasta un gran duelo, dependiendo de la gravedad y la edad de las mujeres.

Tenemos en este estudio el caso de María, una de las entrevistadas de mayor edad que desde hace por lo menos 10 años se encuentra padeciendo las secuelas de una diabetes mal cuidada y que por sus condiciones de salud no le es posible seguir realizando las actividades del hogar y aún así pide que se le permita realizar acciones que adapten a su condición, como cortar las verduras que se emplearan ese día en el hogar o lavar su propia ropa. Da la impresión de que al usar agua en la actividad mencionada, limpiara no solo su ropa, sino también su mente, su impresión física es hasta contraria a lo que su enfermedad denota. Actualmente no tiene una pierna y aún así pide realizar actividades del hogar. Parecería que María niega hasta las condiciones de su propio cuerpo, son las actividades del hogar las que están sobre todo tipo de sucesos.

Esto se pone de manifiesto en los hallazgos del presente estudio, en donde las mujeres anteponen el cuidado de su propia salud por la salud de los otros. A su vez es muy marcada la importancia atribuida al estado de ánimo como un indicador del estado de salud de las mujeres.

Significado de la alimentación y el cuerpo

Vigilar el peso se convirtió en las mujeres de este estudio en un efecto, mas bien de cansancio, es decir, de tantas recomendaciones de los discursos médicos sobre el papel de la obesidad en la patología cardiovascular y en los altos índices de colesterol (quizá estas sea de las cosas más significativas de los medios de comunicación).

En el caso de los cuerpos con obesidad, VERA (1997) afirma que *“es de esta manera que el cuerpo se va llenando, se va preñando sin llegar a parir, el cuerpo crece, es como si almacenara todo, con una potencialidad monstruosa, hacia la enfermedad y la muerte”*.

Todo esto nos hace pensar que las características de los sujetos o las oportunidades de actuar no hacen posible la figura social del obeso, si ésta no estuviera previamente establecida como tal. En otras formas socioculturales esto no tendría existencia, no porque no existieran sobrepeso y obesidad sino porque las prácticas humanas no eran calificadas y evaluadas en esos términos.

En la comunidad estudiada, podemos asociar este aspecto con descrito anteriormente sobre el estado de salud, en donde se da por hecho que la apariencia física de la mujer debe ser aceptada en consideración de la gran carga de trabajo, como lo podemos observar en declaraciones como estas:

“Mi marido dice que me quiere como estoy, porque le gusta mi forma de ser no importa que tan gordita esté” (E Co).

“Cuando era más joven, era delgada y bella, pero el tiempo pasa y todo por servir se acaba...” (ECe).

El Cuerpo Luna yace en la constelación del universo de Las Cabañas, con todos sus sistemas y subsistemas internos y externos, que para bien o para mal, dan sentido a su vida.

En cuanto al aspecto físico, se observó que va en relación con el sobrepeso y obesidad ya que se pretende estar cómoda por lo que entre más sobrepeso tienen las mujeres más holgada es la ropa que utilizan, como si se tratara de ocultar los kilos de más, lo cual puede traducirse en una notable preocupación de cómo se ven. Preocupación que quizá tenga que ver con la salud y el bienestar físico (contrario algunas veces a lo que ellas mismas exponen).

La imagen física, corporal o social representa pues, según esta experiencia, una especie de lenguaje que las proyecta y las identifica. Lo anterior tiene que ver con cómo se identifica a las personas en general, si son obesas o con bajo peso existiendo ya una caracterización para cada una.

Es así como los comportamientos alimentarios se reflejan no solo en la salud sino también en el cuerpo y no es banal ni exenta de consecuencias. Vale la pena retomar el término de que no es banal porque constituye como se mencionó un lenguaje, una forma de comunicarse. Por otro lado, si pensamos en la enorme carga de trabajo y responsabilidades de estas mujeres se puede plantear que dichas manifestaciones incluyen riesgos de salud muy importantes. En cuanto al resto de su vestimenta, es modesta, limpia y sencilla.

En este estudio, las representaciones sociales son más acordes al cuerpo, concebido como soporte material de la vida de las mujeres. *El Cuerpo Luna*, es constelado por el momento histórico social prevalente, que se desarrolla dentro y fuera de sus vidas, alejándose de su origen o de aquella, utopía quizá del trabajo conjunto, de los beneficios conjuntos y asumiendo los dictados de la nueva estructura.

En la actualidad, ya agotados, exhaustos con sus *Cuerpos Luna*, llenos o vacíos, para volver a empezar como los ciclos universales. Puede incluso mirarse desde el punto de vista fisiológico, es decir ante esas exposiciones de jornadas de trabajo tan agotadoras se necesitan reservas energéticas suficientes, de tal manera que rindan en ese ritmo de trabajo. Es decir, que el cuerpo también responde a los dictados fisiológicos que al fin de cuentas hacen que estas mujeres sobrevivan a esta estructura social.

En las cuestiones asociadas a la nutrición, miramos la problemática visualizando al individuo en su contexto sociocultural, económico y político, teniendo como camino la humanización sobre el territorio técnico y científico, una vez que el paradigma que desvincula al sujeto de su historia trae como resultados prácticas distanciadas de la realidad. Desde este punto de vista, el profesional de la nutrición puede ampliar y profundizar su trabajo junto a la comunidad; por lo tanto pensamos en la urgencia de la interdisciplinariedad para interpretar y comprender la diversidad alimentaria y el papel que el cuerpo ocupa en ésta.

Es importante abrir nuevas perspectivas en los campos de la reflexión en la sociedad y obtener impactos socialmente significativos, en los servicios de salud y por lo tanto en la calidad de vida.

6.2.3 Dislipidemias

Cómo ya se mencionó antes, la mayoría de las mujeres estudiadas ha tenido o tiene alguna situación de salud asociada al tema de las dislipidemias, en este caso se hizo referencia a la hipertensión, resultando que un 8.8% de las madres la padecían, con igual porcentaje para sus familiares directos.

Las que más señalan detectar síntomas son las que tienen los problemas de salud ya diagnosticados como hipertensión o enfermedades cardíacas, ellas

mencionan tener dolores de cabeza, zumbido de oídos, palpitaciones y mareos, principalmente.

Ya cuando siento los zumbidos de oído, ya se que me subió la presión y que debo recostarme...pero a veces no puedo porque hay muchas cosas que hacer dentro de la casa (E.Che).

Hay veces que si me siento muy mal, pero que le vamos a hacer si estoy casi siempre muy solita, solita –repite- (E Che).

Todas las mujeres del estudio se relacionan de alguna manera con los síntomas de las dislipidemias, pero haciendo referencia solo a aquellas que han sido diagnosticadas con niveles de colesterol y triglicéridos altos comentan:

Cuido mi alimentación hasta donde puedo, pero muchas veces no me es posible, pues aquí la comida se hace para todos, no solo para mi (E Co).

Hago lo que puedo, pues lo que debo de comer, no les gusta en la casa... (E Ce).

Me cuesta trabajo llevar una buena alimentación pues, mientras yo la llevo, todos en casa comen cosas muy ricas (que tienen grasa)... (E I).

Como puede observarse, las mujeres son capaces de velar por la salud de cualquiera de los integrantes de sus familias, posponiendo la suya.

6.3 Manejo de la alimentación en el Síndrome Metabólico (SM)

El concepto popular de estos tres padecimientos (SM) confluye en una serie de elementos provenientes tanto del marco sociocultural de las mujeres estudiadas como

de información de carácter biomédico, ambos elementos son constituyentes del saber del sentido común.

Estos aspectos se encuentran conjugados en la imagen de estos tres padecimientos (comentados por separado anteriormente), hasta podríamos decir que con connotaciones “femeninas”, no solo por el artículo “la”, que se antepone al nombre de cada enfermedad, sino también por una serie de calificativos propios del carácter femenino en el contexto de la cultura mexicana. La causalidad del SM se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre si, que llevan a identificar a los padecimientos como una enfermedad, que invade la vida de las personas en sus diversas esferas. Se consideran además los estados emocionales alterados y las impresiones fuertes (sustos, corajes, etc.). Todos están enmarcados en un contexto social, económico, religioso y espiritual, laboral, social, tratamiento médico y no médico, principalmente a través de los remedios, entre estos destacan el control de la dieta y peso corporal.

El contexto social y cultural matiza las representaciones sociales del SM, así inmersas en su cotidianidad, las mujeres desarrollan formas de conductas que ellas mismas califican de positivas o negativas para su salud. Entre los factores citados, está el tipo de vida actual, principalmente los problemas que implican vivir en la ciudad, el tipo y la frecuencia de la alimentación o “dieta” y la falta de ejercicio físico.

Las entrevistadas consideran que las formas de vida que actualmente se viven en la ciudad ha llevado al aumento de la tensión nerviosa, a esto se le une la contaminación ambiental, como una forma mas que afecta la salud. Son comunes también los discursos acerca del modo de vida que tenían las personas en general en tiempos pasados así como los beneficios que las personas entrevistadas en particular tuvieron cuando aún vivían en sus pueblos de origen. Entre ellos se tienen los de una vida tranquila y una alimentación más “sana”. Se mencionó también el consumo de productos considerados como nocivos para la salud, tales como son refrescos

(bebidas gaseosas), bebidas alcohólicas y diferentes formas de dulce así como comer demasiado.

La forma de control que genera más polémica es la dieta. Esta se considera que viene a alterar situaciones culturales propias de la alimentación del mexicano. En primer lugar, se tiene el consumo de la tortilla (se elaboran con harina de maíz y es la base de la alimentación mexicana) en la alimentación común. Pareciera que lo que mas pesa en las personas con algunas enfermedades del SM es dejar de comer tortillas, “*dejar de comer tortillas, es como no comer*”, (E M). Por otro lado, se tiene la costumbre de celebrar cualquier acontecimiento importante con el consumo de alimentos. Esto limita a las personas que tienen alguna de estas enfermedades a participar, sobre todo porque la comida tradicional mexicana es rica en carbohidratos. Se alteran así mismo, la tradición de convivencia comunitaria con la familia a *la hora de comer*, la cual no necesariamente coincide con los horarios de alimentación de los miembros o que tienen que comer alimentos diferentes a los que los demás consumen, y que lleva a generar una sensación de segregación. Además, el preparar comida diferente para las personas que tienen alguna de las enfermedades del SM y para los no enfermos de una misma familia es un gasto extra de tiempo y dinero.

Otro problema relacionado con el aspecto económico, es que los tipos de dieta que se establecen desde el punto de vista médico y nutricional, no son lo suficientemente claros, incluyen solo restricciones de ciertos alimentos y/o sustituciones de estos, sin dejar patrones específicos adecuados que existan en el mercado al que tienen acceso.

Ello nos lleva a considerar las raíces culturales alimentarias, tan profundas que forman estrictamente las estructuras emocionales, difícilmente de abandonar, pues forman parte de la misma herencia cultural de las personas. Es interesante observar que esta formación cultural está unida a aspectos actuales, es decir, se forma un sincretismo alimentario o como se denomina actualmente “transición alimentaria” que afecta severamente la salud, pues se busca ante algunos acontecimientos

“energetizar” el cuerpo, es decir, no agotarlo, tal vez, “no dejarlo morir” y la cuestión hipercalórica forma parte de una estrategia inconsciente capaz de permitir el alargamiento de la estancia del “*Cuerpo Luna Llena*”, pese a todas las expectativas.

6.3.1 Comportamiento alimentario ante el Síndrome Metabólico

Independientemente de contextos geográficos particulares, el comer saludablemente se impone como una corriente generalizada, un valor cultural que define los marcos desde donde se establecen decisiones de consumo.

Es así como aparecen en esta última década las enfermedades del síndrome metabólico (hipertensión, diabetes y obesidad), como principales causas de muerte a escala mundial (WILKIN TJ, VOSS LD 2004). Si partimos de que en décadas pasadas la desnutrición ocurría como un fenómeno esencial en la morbi-mortalidad, principalmente infantil, estos planteamientos parecerían contradictorios, sobre todo planteándonos la pregunta, ¿cómo fue que pasamos de la desnutrición a la obesidad, como causas principales de morbimortalidad?. Pero además como un fenómeno mundial, del que esta localidad estudiada no se escapa, ya que el SM se encuentra formando los padecimientos más frecuentes con todas sus implicaciones.

Y es que la obesidad y la desnutrición son al fin de cuentas dos caras de la misma moneda, donde lo que era una forma de organización de los intercambios (el mercado) se transformó en el lineamiento mismo de organización de la sociedad. Por lo tanto, no podemos esperar otra cosa que los malos resultados relacionados con la exclusión y la marginalidad, en este caso manifestada en la alimentación. Es así que en una sociedad que segrega desigualdades, es difícil esperar otra cosa. En el pasado, esos resultados se expresaban violentamente en piel y huesos, hoy como cinturas generosas, en otras palabras, los que sufren son los mismos, solo cambió el tipo de padecimientos. Parece que actualmente son más convenientes las apariencias, es así como los pobres que ayer estaban desnutridos hoy sufren el sobrepeso, que además oculta su malnutrición. Son obesos no de la abundancia sino de la escasez, siguen

teniendo carencias, pero ocultas. Es como si se buscara esconder la injustificable mala distribución de la riqueza, resultando de nuevo, casi perfecta la estrategia de la obesidad, pues en apariencia no se habla de inanición, al contrario de alimentación abundante y es que aparentemente es así, por supuesto que la obesidad lleva implícito casi siempre patologías graves que además “justifican”, la existencia de las enfermedades.

La oferta de grasas, carbohidratos y azúcares baratos, inunda los sectores más pobres, que justamente por su relación costo-beneficio, se convierten en la base de su alimentación sustituyendo con estos alimentos (FAO, 2002).

La obesidad, en la localidad estudiada, está basada en el consumo de pan, tortillas (de maíz), frijol, chile, grasa de origen animal principalmente y azúcar.

¿Por qué se come lo que se come?

Para identificar las representaciones en que se apoyan las elecciones estratégicas de la población estudiada respecto a la alimentación, es necesario partir de que los cambios en el consumo se hacen de acuerdo a las pautas culturales pre-existentes, permiten satisfacer las causas de “comestibilidad” y quizá cumplir con visiones de lo que el cuerpo debe de ser para estar sano y al mismo tiempo acercarse a los ideales de belleza.

Trataremos de explicar porqué la gente come lo que come recurriendo a su propia comprensión de la situación y contrastándola con las características de su vida cotidiana para reconstruir las representaciones que guían sus elecciones alimentarias.

Podríamos mencionar por ejemplo que independientemente del valor calórico de los alimentos, la gente come según su visión, comida, no nutrientes. Tampoco consume productos (como lo expresan las políticas alimentarias) sino lo que tenga de comida. En

esta transformación doméstica de los productos de la canasta básica en la comida que se tenga, se juega al fin de cuentas la estrategia de consumo. Los hogares son los lugares en los que los comestibles se transforman en comida porque implican prácticas concretas, uso de tecnologías específicas y representaciones acerca de la vida, la comida y el cuerpo, que indican dónde, cómo y con quién debe comer qué, marcando diferencias, sociales, sexuales y etarias.

Las familias estudiadas afirman que forman su canasta de consumo con productos rendidores, es decir, alimentos hipercalóricos y de bajo costo, que además están a “la mano”, es decir se tiene acceso a ellos, tal parece que los empresarios se han encargado de ello.

Se confirma también en este estudio que entre menos ingresos cuente la familia más predominan los platos colectivos que incluyen sopas y guisados, la preparación y hasta el sabor de estos platillos son proporcionales a la “comestibilidad”, al tiempo de la cocinera, a la tecnología de cocción y a la percepción que se hacen de su cuerpo y su lugar en el mundo:

“La verdad es que no importa lo que comamos, sino que estemos todos y alcance para todos...” (E I).

“Comemos cosas que nos rindan, que nos cuesten poco y que sean sabrosos” (E Che).

“Hay cosas que se que no debo comer, pero es lo mas sabroso y lo que mas hay aquí, cómo lo voy a evitar” (E Ma).

El tiempo es un aspecto muy importante en la preparación de la comida, por lo que cuando es necesario hacerlo rápido preparan frituras que con frecuencia tienen alto contenido en grasa animal, como chorizo por ejemplo, y por supuesto, la tortilla de maíz que no falta en ningún platillo.

Si la cocinera necesita tiempo para dedicarse a otras tareas prepara una sopa que permite poner los ingredientes simultáneamente de preferencia con cortos tiempos de cocción, como por ejemplo, lentejas y/o sopas de pasta. Otro alimento que es preparado con anticipación al principio de cada semana son los frijoles, se consumen a diario durante las comidas, acompañando a otros platillos como la sopa. En cambio, si la cocinera puede ir suspendiendo las tareas a medida que progresa la cocción, preparará un guiso que requiere mucha atención al principio, pero luego solo deberá atender la olla, para agregar nuevos productos, sazonar y revolver, uno de estos platillos son los “chiles rellenos” (pimientos rellenos casi siempre de queso y capeados con huevo). En general, los hogares estudiados son pequeños y con construcciones irregulares, algunos divididos con frágiles paredes o cortinas (90%) donde se desarrolla la vida, la cocina ocupa un lugar central y en ellas, los fritos, guisos y sopas, son las comidas frecuentes porque son funcionales a la atención de tareas hogareñas e hijos o nietos. La marcada división sexual del trabajo intradoméstico hace que la cocina pertenezca a la mujer, cuando los hombres cocinan lo hacen afuera, en la parrilla o el fogón y casi siempre son ocasiones festivas o simbólicas (por ejemplo, al año de cumplirse el fallecimiento de una persona).

Los guisos y sopas que se consumen se acompañan siempre con tortillas de maíz y muchas de las veces no se ocupa ni tenedor ni cuchara, sino que se preparan y comen con las manos, haciendo una especie de “cuchara de la misma tortilla de maíz”, limpiando de esta manera completamente el plato al terminar. Este acompañamiento es fundamental para dar volumen a la ingesta y para quedar saciados, son dos los platillos que no faltan en estas familias, los frijoles y las tortillas de maíz. Además estas comidas se pueden “hacer rendir” “o aumentar”, es decir, si llegan invitados ya que la red de relaciones es una parte importante de las estrategias de vida y la amistad, se puede ofrecer un plato de comida.

Este sector en estudio, podríamos decir que enmarca su ideal de salud e idea corporal en la noción de ser “fuerte”, sintetizando así la idea de salud y belleza, esta situación viene siendo como una forma de reconocer su propio cuerpo, caracterizado

en mucho de los casos estudiados por el sobrepeso o que tiene que ver con los trabajos de mano de obra intensiva, o a fin de cuentas es una búsqueda ideal de aquello que les falta; incluso esto se puede sostener si acudimos a algunas estadísticas internacionales que argumentan que las personas de escasos recursos económicos se enferman más, se atienden menos y se mueren antes que en otros sectores. Sea cual sea el origen de este planteamiento, la idea de lo corporal (óptimo) parece guiar el principio de incorporación de alimentos, y a la vez se estructura con los efectos de esa incorporación (PNUD, UNICEF y UNICEF 2006).

Ante el desarrollo de estas actitudes, quizá se pueda partir de que si el ideal está en la fuerza, los alimentos seleccionados para nutrir este cuerpo fuerte también serían los ideales. Los alimentos que son designados como “fuertes”, o rendidores son: los frijoles y las tortillas por supuesto, la carne, el chicharrón en salsa verde (corteza de cerdo), “pancita” (una parte de la res que se caracteriza por ser muy grasosa), huevos con chorizo, etc. También las comidas y formas de manejarlas, de servir las y comerlas, debe ser “fuerte”, por lo tanto guisos y preparados tienen la característica que pueden comerse demostrando esa fortaleza. Por ejemplo, se comen cantidades extraordinarias de picante del cual existen muchas variedades algunas veces se toman con cerveza, otra forma de demostrar esa fortaleza es comiendo en forma “salvaje”, es decir, sin respetar ninguna norma de buenos modales, se come a mordiscones, se toman tragos grandes de la bebida que se acompañe la comida, que muchas de las veces se trata de refrescos embotellados. Estos modales no son inadecuados en este medio, al contrario, son los modales adecuados para una comida “fuerte”, tomada por una persona “fuerte” que demuestra su interés por la comida y en parte agradece a la cocinera mostrando su avidez por la comida.

Porque la comida en este lugar y en esta representación es femenina, es madre y mujer y las maneras de incorporarlas corresponden a la construcción social de la masculinidad, este comportamiento marca el acercamiento de una actitud “socialmente correcta”. Es de esta manera que parece que cada producto alimentario que se consume debe participar en la construcción de la imagen que justifica su elección,

aunque ésta elección no sea mas que una justificación de lo que de todas maneras era lo único que tenía. Probablemente este juego de representaciones sirve doblemente, por un lado se justifica y al mismo tiempo se apoya en lo único disponible, por lo reducido de sus ingresos. Con este planteamiento se puede decir quizá que el cuerpo es al mismo tiempo el inicio de “anexión”, (por decir de alguna manera, la ingesta de alimento) y a la vez consecuencia expuesta de la designación, resultado que se manifiesta en las características antropométricas que se va modelando, desde el peso y la talla hasta las formas de posición (altiva, sumisa). En resumen, el cuerpo pasa a expresar la forma en que éste se cuida, se nutre, mostrando lo aprendido en el hogar y su entorno.

Para hablar de las consecuencias de esta forma de alimentarse como es el síndrome metabólico, es necesario antes explicar brevemente que los alimentos “fuertes” deben tener aspectos importantes para que existan, deben ser baratos, hipercalóricos, es decir rendidores y llenadores y por último sabrosos.

Los alimentos consumidos por esta población son de precios bajos comparados con los precios de otros alimentos principales de las personas con niveles de ingreso distintos. Ello se puede observar fácilmente en el tipo de tiendas de abasto a los que acude la población, en donde incluso podemos comparar a un mismo precio alimentos totalmente diferentes, por ejemplo en la tienda de autoservicio más cercana un kilo de manzanas cuesta lo mismo que una pechuga chica de pollo comprada fuera del mismo súper. Ello resulta determinante para la elección del alimento. Además, la manzana pasa a ser un producto de “lujo”, frente a un tipo de carne que tiene la categoría de “comida” por su valor nutritivo, simbólico y social. Ello resulta incoherente, en especial si tomamos en cuenta que nuestro país cuenta con características ambientales y de tecnología importantes en donde se producen grandes cantidades de manzana, sobre todo en el norte del país.

Si hablamos de lo “llenador” que debe ser un alimento, en seguida podemos justificar el porqué se seleccionan en buena medida los alimentos cargados de grasas y

carbohidratos refinados (por cierto lo menos recomendados en casos como el síndrome metabólico). Si un alimento es barato pero no brinda la sensación de saciedad, es casi lógico que la saciedad deba ser alcanzada a través del volumen, nivelando entonces el aspecto económico. Esto es así en todos los tipos de alimentos y lo podemos ver por ejemplo dentro de su consumo en alimentos que llevan cereales como harinas, maíz y arroz, principalmente. Estos van adicionados con grasa, tanto a nivel industrial como en la preparación en casa, al igual que en los productos cárnicos, los cortes a los que la población puede acceder son los más grasosos.

Podemos entonces decir, que la población ha hecho una especie de “trueque”, ponderando la satisfacción presente que los riesgos de un futuro en un consumo de excesivo de grasas animales.

Otro alimento de alto consumo en la población son los dulces, que dan la sensación de saciedad y les permite en determinado momento quizá consumir menos en la comida familiar.

Como analiza Fischler (1995), en el acto de la alimentación el hombre biológico y el hombre social o cultural están estrechamente ligados y recíprocamente implicados. En lo esencial, la evolución del comportamiento humano se ha realizado mediante interacciones entre los comportamientos alimentarios y las instituciones culturales, es así pues que en el acto de comer pasa por un conjunto de condicionamientos múltiples y ligados por complejas interacciones condiciones y regulaciones de carácter bioquímico, termodinámico, metabólico, psicológico; presiones de carácter ecológico. Pero también los condicionamientos culturales son poderosos y complejos: las “gramáticas culinarias”, las categorizaciones de los diferentes alimentos, los principios de exclusión y de asociación entre tal y cual alimento, las prescripciones y las prohibiciones tradicionales y/o religiosas, los ritos de la mesa y de la cocina, etc.; es todo ello lo que estructura la alimentación cotidiana. Los diferentes usos de cada uno de los alimentos, su orden, la composición, sus combinaciones, las horas y el número de las comidas diarias; todo ello está codificado de un modo preciso. Las preferencias o

aversiones individuales o colectivas, los sistemas de representaciones, sistemas de normas, códigos, etc., todo ello está implícito en la elección, la preparación y el consumo de alimentos. Todo ello es el resultado de un proceso social y cultural cuyo significado y razón deben buscarse en la historia de cada sociedad y cultura. Un cierto número de indicadores “gustativos”, afirma una identidad alimentaria, delimitando de manera determinante la pertenencia culinaria a una determinada población.

Mas allá del código biológico, los individuos aprenden a rechazar o aceptar, gustar o no gustar, preferir o evitar, de acuerdo con gustos que les han sido trasmitidos como parte de una cocina cultural (BAUDRILLARD, J. 1988).

Sería tedioso contar con un alimento barato, “llenador” y que no guste, estos alimentos deben llenar y deben gustar; solo la aceptación que produce el gusto puede hacer que se coman esas cantidades de frijoles y tortillas. Es interesante abordar este aspecto, ya que el gusto hace que se acepte como comida cotidiana lo que de todas maneras estarían obligados a comer porque es lo que se “puede”. Es posible mirarlo en principio como un aprendizaje a gustar, lo que permite la supervivencia, (es decir sería una especie de “factor de defensa o protector). Es importante, incluso es de admirarse, cómo las representaciones pueden mirarse como una forma de “resolver” múltiples aspectos alimentarios pero dejando claro que resultan ser la solución de los problemas alimentarios. Es como si la misma muerte penetrara a través de ellos en el escenario perfecto, siendo tal vez una oportunidad más del sistema para “lavarse las manos” y justificar de nuevo la mala distribución de la riqueza. *El Cuerpo Luna*, parece no percibir su próximo final.

Parece extraño, que lo mismo que los protege, los condena; que las estrategias que les permiten una alimentación constante pero desbalanceada los condena al sobrepeso con malnutrición o algunas veces desnutrición y bajo peso (sobre todo a los grupos vulnerables). Este culto al cuerpo da como resultado una contradicción cultural entre la población, como plantea GRACIA A. M. (1990) al referirse a esta contradicción

cultural, los países ricos se niegan a comer para no engordar y los países pobres muriéndose de hambre pero delgadas.

Es por esto que nos atrevemos a plantear que quizá siendo la gordura de los pobres una consecuencia de las restricciones en el acceso (mediatizadas por las estrategias de consumo), el futuro es de cada vez más personas obesas.

Como puede observarse hasta aquí, existe una estrecha relación entre los padecimientos crónicos específicamente las enfermedades del síndrome metabólico. MENENDEZ (1990): lo describe como los modos de vida que se asocian con las sociedades urbano-industriales, que quizá lleve a pautas de interacción de la humanidad con la naturaleza.

Las prácticas culturales que componen el estilo de vida de este sector con carencias importantes puede resumirse en: intensificación de las jornadas laborales, reducción de tiempos de descanso y recreación, movilidad espacial limitada al ámbito de lo doméstico, vecinal y laboral, con esporádicas salidas dentro del ámbito metropolitano. Además, concentración de sus actividades diarias en tareas laborales, oficios domésticos, abastecimiento de víveres y otros bienes de consumo para el hogar, mirar la televisión como espectadores pasivos y una limitada interacción con la familia extensa, los vecinos y compañeros de trabajo. Su mundo cotidiano está marcado por un patrón de vida esencialmente sedentario, reducido por cierto a un espacio geográfico, localizado entre la vivienda y el trabajo en forma general (porque como ya se mencionó, no todos los miembros de las familias trabajan fuera de casa) y por un patrón alimentario cargado de grasas animales, carbohidratos refinados, con una importante limitación en la ingesta de frutas y verduras.

Estos estilos de vida representan un riesgo significativo en la génesis de padecimientos crónicos y degenerativos, como la obesidad, la diabetes y la hipertensión entre otras. La salud y la enfermedad en las prácticas médicas de estas familias se

articulan en torno al trabajo, la alimentación, algunas veces la moral religiosa y los valores que deben regir las relaciones con las demás personas.

Retomando el hilo conductor del trabajo, podemos decir que la concepción de “cuerpo fuerte”, manejada por estas familias fundamenta la incorporación de aquellos productos considerados como “rendidores”, baratos y sabrosos. Bajo estas reglas culinarias, que transforman el producto en plato de comida, se introducen las referencias culturales, capacidades y derechos entre los sexos, las edades y los sectores. Por ejemplo, las sopas y las gelatinas son sanas para los niños, los viejos y los enfermos. Las carnes rojas son para los hombres que deben cumplir con el ideal de fortaleza, mientras que a las mujeres corresponden las carnes blancas por su estructura “delicada”. Estas marcadas diferencias de género hacen de las representaciones con las propiedades, que se adscriba al cuerpo y a la vez el cuerpo coincida con las propiedades asociadas a la comida. Por otro lado, el gusto de las familias por la comida enmascara lo individual como un hecho social, que solo aparece cuando se profundiza en el análisis de estos fenómenos y se muestra cómo el acceso condiciona las representaciones que terminan concibiendo pocas opciones de comestibles, finalmente sancionados por el gusto.

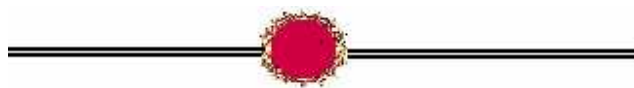
Las restricciones alimentarias que encubren esta manera de alimentarse forman dietas monótonas, restringidas a productos, donde predominan los alimentos ricos en energía pero pobres en densidad de nutrientes. Las consecuencias las encontramos en los cuerpos obesos, diabéticos e hipertensos, con sus múltiples manifestaciones tanto en síntomas como en signos. Además de las estaturas bajas, estudios de antropometría como el de VILLALPANDO (2006), dan cuenta de las diferencias menores entre las tallas de las poblaciones pobres. No es entonces, en el caso de la obesidad, una obesidad de la opulencia sino de la escasez, como dice AGUIRRE (2000).

Si hablamos de las enfermedades coronarias y la diabetes, se observa la relación directa entre el tipo de alimentación y la vulnerabilidad a presentar la

enfermedad; solo por mencionar algunos de los padecimientos, pero la lista es más larga.

Es así como este estudio intenta pasar de la “verdad de la enfermedad a la verdad del enfermo” a través de representaciones sociales que nos permite analizar creencias. Cada grupo social construye sus propias representaciones sociales, aquellas con las cuales explicará y comprenderá la realidad de un modo determinado (MOSCOVICI, 2002). Hablar de representaciones sociales y de creencias respecto a la enfermedad en este caso, nos remite necesariamente a la utilización de una herramienta educativa, que en este caso hablamos de educación para la salud, que lleva implícito aspectos muy importantes como la prevención y el tratamiento de muchas patologías. Así como cambios de conducta, que pueden llevar a resultados favorables.

Cabe mencionar que el mejor programa de educación de pacientes está condenado al fracaso sino se toma en consideración el contexto sociocultural, las creencias, percepciones, representaciones, modelos, conductas, deseos, expectativas y necesidades de las personas a las que está destinado, pero para poder tomarlas en consideración primero hay que conocerlas. Esta reflexión coincide con algunas publicaciones que nos hablan de la importancia de las intervenciones educativas en poblaciones con importantes problemas de salud pública (LINDEMANN, M. 2001; ERNST, E. 2001; DELAMATER, A. 2001; ROMO M. 2001). *El cuerpo luna*, empieza pues a protestar a través de las enfermedades de la mujer, a morir y a nacer aunque la idea de esta “constelación” es ubicarla en esta realidad que es necesario reconocer en el tiempo y en el espacio, es decir rescatar la dignidad del ser humano a través de la lucha por condiciones justas, como la salud y la alimentación como un derecho universal. Acerquémonos pues a la experiencia de este trabajo en el aspecto concreto de la intervención educativa.



CAPÍTULO 7: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

El interés del síndrome metabólico está dado fundamentalmente por su asociación con la disminución en la supervivencia, en particular, al incremento en la mortalidad cardiovascular, al aumento de forma significativa del riesgo de diabetes, ataques cardíacos y enfermedades cardiovasculares. Al final forma una especie de constelación de factores de riesgo latente.

A través de la historia se constata que en la mayoría de las sociedades ha existido una preocupación importante por dar respuesta a las necesidades de la misma, PEREA (2004) cita a Ander-Egg (1982), quien afirma que *la práctica y el ideal de desarrollo de la propia comunidad mediante la ayuda mutua y la acción conjunta es, en algunos aspectos, casi tan vieja como la misma humanidad*".

Es importante señalar que trabajar en la comunidad y desde ella misma no solo se refiere al funcionamiento potencial de la misma sino también abarca la concientización de implicarse cada vez más en la localidad, de manera que se llega a formar una estrecha relación en un momento determinado, y como ya se ha comentado, muchas veces las situaciones cambian de un momento a otro, lo cual implica volver a considerar los elementos que se estaban estudiando.

Los modelos metodológicos para conocer y actuar en la comunidad han cambiado a través del tiempo; apareciendo elementos activos capaces de generar conocimientos a partir de la vida diaria, como por ejemplo, la organización de acciones que permitan transformar la realidad en la que se vive.

Un objetivo importante en este estudio es precisamente llevar a cabo una intervención educativa activa y participativa, que conlleve a realizar una planificación de las acciones que abarca, no solo la transmisión de conocimientos, sino el cambio de hábitos y conductas o actitudes que lleven consigo una mejor calidad de vida.

Fue así que se elaboró un manual de la buena alimentación basado en los hábitos y costumbres de la propia comunidad, planteándose los siguientes propósitos:

- La adquisición de conocimiento.
- El desarrollo de hábitos favorecedores de la salud
- La difusión de la buena salud
- Contribuir a la participación comunitaria.

Las llamadas “transiciones alimentarias o nutricionales” intentan explicar los cambios en los sistemas o regímenes alimenticios y los factores que los determinan, es aquí donde el papel de la investigación acción es determinante en este estudio ya que la salud y la alimentación se conciben como procesos de construcción colectiva, en el que se completan las acciones personales y las comunitarias. Se trata de desarrollar en las personas la capacidad de autocuidarse y de facilitarles los elementos suficientes para que puedan asumir la responsabilidad que como sujetos tienen en la mejora de los estilos y condiciones de vida que tan directamente influyen en la salud. Como comenta FARIAS, A. (2000: 212) *“La educación para la salud debería convertirse en un proceso de reelaboración que debería extenderse en todos los ámbitos de la salud y la enfermedad.”*

Por lo anterior se consideró llevar a cabo una acción con la participación efectiva y concreta de la comunidad, priorizando en los aspectos alimentarios y de salud, en la toma de decisiones y la elaboración y puesta en práctica de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de vida. Podemos seguir a BLANCO J. H. Y MAYA JM

(2006), que nos conducen a una propuesta de interacción y diálogo a partir de la palabra, la observación y la reflexión.

7.1 Plan de acción

Es interesante, el planteamiento de LATORRE A. (2003: 41) quien afirma que: *la investigación acción tiene como punto de mira el “yo”, pero es hecha con y para otra gente. La meta de la investigación-acción es la mejora personal para la transformación social, de modo que es esencialmente colaborativa”.*

El presente estudio implicó relaciones con las personas de la localidad, desarrollando destrezas de parte de los facilitadores tales como: saber escuchar, saber gestionar y saber implicarlas en la investigación. Teniendo presente que los implicados son los únicos recursos y que el aprendizaje es continuo.

El plan de acción representa la concreción de los propósitos planteados; ya que en este punto de la investigación se podían responder a las siguientes cuestiones:

- Momento por el que pasa la localidad en un tiempo concreto.
- Diagnostico en este caso del problema o estado de la situación.
- La acción de estrategia.

Hay que recordar que en la investigación acción, la acción es el centro del proceso y la investigación se pone a su servicio para generar conocimiento y sistematizar ese proceso. En este caso la acción fue planificada, y para la elaboración y puesta en marcha del manual sobre la alimentación correcta se recurrió a reuniones programadas y a visitas domiciliarias. Aún así, nos enfrentamos a algunos imprevistos y riesgos como ser las limitaciones de recursos y estructuras internas de la propia localidad.

Recordemos que el 66.8% de las personas contactadas y entrevistas para el estudio de casos tuvo uno o varios de los padecimientos mencionados, siendo la obesidad la frecuencia más alta (62%), siguiendo en orden descendente la diabetes (34.4%), la hipertensión en un 31% y las dislipidemias en un 14%. De las 11 familias estudiadas el total de las mujeres presenta alguno de los padecimientos del SM.

7.1.1 Contexto de partida: algunos condicionantes a tener en cuenta.

Para comenzar es importante introducirnos en las referencias a cerca de los modos de concebir la alimentación y la presencia de las enfermedades del SM. El cuadro cuatro nos muestra cómo se conciben los conceptos, prácticas e ideas de las enfermedades del S.M que en definitiva conforman limitantes en el desarrollo de hábitos saludables.

Podemos observar que se reflejan desde creencias importantes, que incluyen aspectos conductuales, actitudinales y aprendizajes anteriores hasta preferencias alimentarias, respuestas psicofisiológicas a determinados alimentos y por supuesto el papel del estrés. Es pues de gran importancia confirmar que no solo podemos enfocarnos al contexto social de los individuos, sino que es necesario tener un acercamiento a los complejos significados asociados con la comida y la forma corporal, lo cual nos permite cierto acceso a la tan “imprevisible” ingesta de alimentos y la problemática que la rodea.

Confirmamos nuevamente, cómo la comida desempeña un papel fundamental en las poblaciones y está impregnada de significados. Dado este conjunto de significados es de esperarse la complejidad del proceso señalado, sobre todo considerando el simbolismo del acto de comer.

Así la sistematización de las respuestas de las mujeres del estudio, nos puso de manifiesto la estructura alimentaria que sostiene a las familias, permitiéndonos saber las dificultades con las que nos encontraríamos, al llevar a cabo los planes educativos.

Cuadro 4. Resultados de algunas creencias de los pacientes entrevistados con Síndrome Metabólico

Se relaciona el surgimiento de las enfermedades del Síndrome Metabólico con lo siguiente:

- La diabetes con sustos y preocupaciones, y no con la forma de alimentarse ni con aspectos hereditarios.
- También se mira, como un “castigo de la vida” casi inevitable, productos de las acciones de la propia vida.
- Debido a que las recomendaciones médicas no se adecuan a sus costumbres, llevan a cabo modificaciones. Por ejemplo si se restringen los alimentos grasos en un 100%, se evitan en general en un 50%, argumentando que solo es un poco y no afecta al padecimiento.
- Las familias, por encontrarse muchas veces interiormente separadas, no practican la solidaridad en el sentido de tratar de alimentarse conforme a las características de la alimentación del “enfermo” es decir, comen separados, aparte, mientras que el resto de la familia consumen productos hipercalóricos y con poco valor nutricional.

Con respecto a la obesidad:

- En un 90% expresan que el tipo de alimentación influye “poco” en el tipo de físico, sobrepeso u obesidad, nuevamente son las preocupaciones y mas que nada las limitaciones económicas de la familia.
- Tampoco se relaciona la obesidad con la hipertensión, en todo caso existen más conexiones con la diabetes.
- Por otro lado padecer la obesidad o sobrepeso no se percibe como tal, (gráfica 6) es decir los pacientes que tienen sobrepeso se auto reconocen con un peso que tiende a ser normal y los que presentan obesidad se perciben más hacia el sobrepeso.

Con respecto a la hipertensión:

- Son los pacientes que padecen diabetes los que más relacionan la enfermedad con la hipertensión.
- Nuevamente como en los 3 padecimientos del Síndrome Metabólico se relaciona con emociones de ira y poco con la forma de alimentarse.

El estudio de disponibilidad de alimentos realizado dentro de la temática de inseguridad de alimentos (características generales de la población), reportó el consumo de los siguientes tipos de alimentos: Carbohidratos complejos 27.76%, principalmente en dos alimentos, tortillas de maíz y arroz. En cuanto a carbohidratos refinados, se consume el 17.52% en azúcares y pan dulce principalmente.

El consumo de frutas solo representa el 2.34%, siendo, la guayaba, manzana y naranja principalmente las consumidas. El consumo de verduras es de 2.36%, muy

similar al de verduras, siendo completamente paupérrimo, difícil de alcanzar los nutrientes requeridos en este grupo de alimentos ricos principalmente en vitaminas y minerales. En cuanto a la proteína, resulta mayor el consumo de tipo animal (25.18%), en leche entera y huevo y el de origen vegetal es de 14.51% en frijoles. En cuanto al consumo de grasas, se reporta un consumo mayor de grasa vegetal (en aceite vegetal) 5.44% mientras que de grasa animal 4.84% (en crema ácida y productos derivados del cerdo –chicharrón-) es menor, lo cual no resulta mejor si miramos que el consumo de proteína animal es mucho mayor que el de origen vegetal.

Como se puede apreciar, la situación de ingesta alimentaria no es nada alentadora, incluso podríamos decir que es coherente con las principales enfermedades encontradas del SM. Se puede ver con más claridad si revisamos las recomendaciones de la FAO por grupo de alimentos. En el Cuadro 5 se resumen las principales recomendaciones del informe de la Consulta de expertos en materia de factores alimentarios, limitados a los pertinentes para la cadena de suministro.

Cuadro 5. Márgenes de las metas de ingestión de nutrientes por poblaciones seleccionadas

Factor alimentario	Recomendaciones de la OMS/FAO (porcentaje de la energía total, salvo que se indique otra cosa)
Grasas totales	15 - 30%
Ácidos grasos poliinsaturados	6-10 %
Ácidos grasos saturados	< 10 %
Ácidos grasos trans	< 1 %
Carbohidratos totales (a)	55 – 75 %
Azúcares libres b)	< 10 %
Proteínas c)	10 - 15%
Frutas y hortalizas	> 400 g/persona/día

Fuente: Adaptado del Cuadro 6, “Dieta, prevención y nutrición de enfermedades crónicas”, Informe de la Consulta OMS/FAO de expertos, Serie de Informes Técnicos N° 916, OMS, Ginebra, 2003.

Notas:

a) Porcentaje de energía total disponible después de tener en cuenta la consumida como proteínas y grasas, de ahí la amplitud del margen.

b. La expresión «azúcares libres» se refiere a todos los monosacáridos y disacáridos añadidos a los alimentos por el fabricante, el cocinero o el consumidor, incluidos los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes y los jugos de frutas.

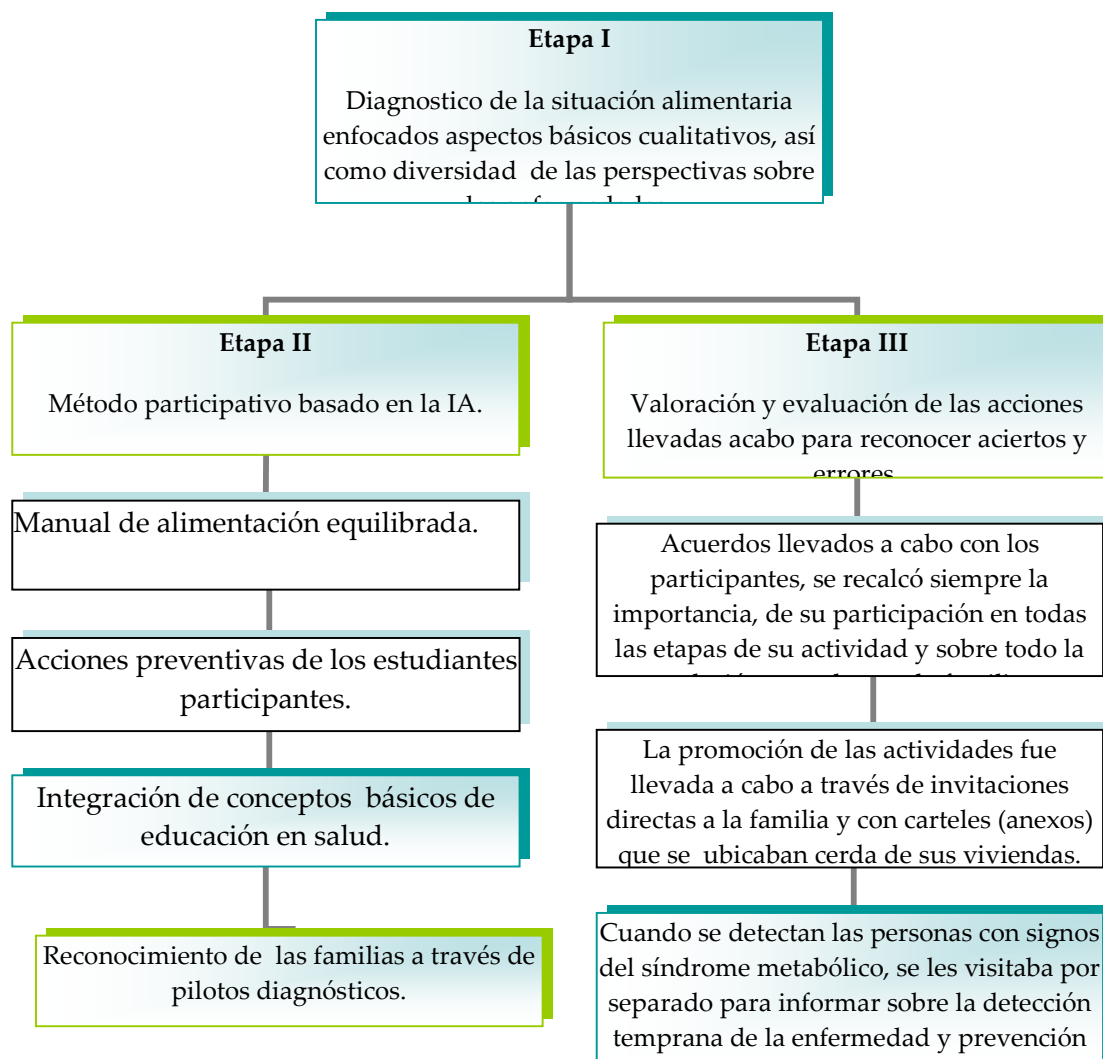
c) El intervalo sugerido debe considerarse a la luz de la Reunión consultiva OMS/FAO/UNU de expertos sobre necesidades de proteínas y aminoácidos en la nutrición humana, celebrada en Ginebra del 9 al 16 de abril.

De acuerdo a lo presentado se observa que la frecuencia alimentaria de la localidad dista mucho de ser la ideal, incluso, la propia FAO afirma que las enfermedades del SM se relacionan con el 40% de todas las defunciones en los países en desarrollo y coexisten con el hambre y la desnutrición. Es probable que la carga de enfermedades no transmisibles aumente rápidamente en los países en desarrollo, probablemente con mayor rapidez que en los países desarrollados debido a una “transición nutricional”, es decir, los rápidos cambios socioeconómicos, demográficos y tecnológicos de la sociedad provocan cambios en los hábitos de consumo alimentario de actividad física. Esa transición nutricional, combinada con el hambre y la subnutrición persistentes de la población caracteriza a las sociedades en desarrollo, y constituyen un desafío fundamental, pues es probable que estén relacionadas con los índices elevados de obesidad.

7.1.2 Diseño del plan de acción

A continuación se presenta el esquema metodológico del plan de acción realizado en el marco del diseño descrito:

Figura 4. Pasos del proceso educativo sobre las enfermedades del síndrome metabólico. (Diabetes, hipertensión y obesidad). Las Cabañas, 2007.



Para el diseño del plan se contó con los conocimientos y las prácticas de la localidad y de los integrantes de las familias que participaron acerca de la prevención y tratamiento de las enfermedades que integran el SM en el hogar, y de la percepción que tienen las personas que las padecen. Se continuó trabajando con las 11 familias, en todas estas existe por lo menos un caso del SM. En el proyecto participaron los

integrantes de toda la familia pero fueron las mujeres madres de familia, las que establecieron un compromiso de participación activo.

7.2 Desarrollo de la acción

Sobre la base de las necesidades de los pacientes y el plan de acción, se definieron y promovieron a través de diferentes estrategias estilos de vida saludables con alternativas viables, que permitieran a las familias y al paciente tomar decisiones acertadas considerando la disponibilidad local de alimentos y su aceptación.

Además de la propuesta formativa, se analizó la disponibilidad de los alimentos en toda la localidad así como aspectos relativos a la seguridad alimentaria. De esta realidad surgió la propuesta de llevar a cabo *las “kermes de la salud”*. Las mismas se desarrollaron los primeros meses de 2007 durante la acción propiamente dicha de este ciclo de IAP. Esta actividad consistió en que cada 15 días durante 6 meses se llevó un control de peso, presión arterial y glucosa en sangre. Pero además esta acción se complementaba con la indagación colectiva de las percepciones de los participantes hacia la alimentación en general, aunque se ponía énfasis en las enfermedades del SM.

De acuerdo a este objetivo se planearon 12 temas de nutrición y salud, los cuales se abordaron uno por cada sesión. Se invitaba con antelación, y una vez que se reunían, se iniciaban las actividades. Se desarrollaron los siguientes temas:

Alimentación general

Equilibrio alimentario

Diabetes

Hipertensión y enfermedades del corazón

Osteoporosis en la mujer

Pie diabético

Menopausia y alimentación

Alimentación del adulto mayor

Higiene y alimentación

Alternativas alimentarias

Preparación de alimentos (Ver anexo de rotafolios)

La secuencia de la actividad educativa partía de una fase de descubrimiento de ideas previas, creencias, percepciones, para lo que se proponían algunas estrategias como preguntas iniciales, análisis de algunas imágenes, tormenta de ideas. Se alentaba a que los participantes expusieran sus puntos de vista, dudas, o preocupaciones. Luego se desarrollaban los aspectos esenciales de las sesiones para profundizar sobre ellos. Para ello se dinamizaba la presentación con algunos recursos como rotafolios, folletos y demostraciones entre otras. Al finalizar las sesiones se hacían preguntas o se pedían ejemplos para ver hasta que punto los participantes comprendieron la información. (Anexo 6: folletos y fotografías de los rotafolios utilizados).

A continuación se procedía a la toma de los datos: presión arterial, glucosa en sangre y algunas medidas antropométricas, principalmente, cadera y cintura. A partir de los resultados de las actividades anteriores se diseñó un manual educativo que tuvo como finalidad actuar como herramienta didáctica de capacitación, principalmente para los pacientes con SM.

Para la toma de glucosa en sangre se utilizaron tiras reactivas y glucómetro, obteniéndose la muestra de sangre extraída por punción del dedo pulgar, tras doce horas de ayuno, la presión arterial se tomó con un aparato baumanómetro digital y las medidas de cintura y cadera con una cinta de fibra de vidrio.

En la tercera etapa se desarrollaron estrategias para dar sustentabilidad al proceso educativo en el área de la salud. Por ejemplo, partiendo de los escasos recursos económicos destinados a la alimentación con los que cuenta la familia, se indicaron planes alimentarios para que los optimizaran con combinaciones alimentarias adaptadas a su contexto. Además se promovió la participación comunitaria en la

detección temprana de las enfermedades del SM involucrando al resto de la familia. (Ver anexo 5).

En el proceso de desarrollo como estrategia didáctica y como parte de la metodología para la producción de conocimiento, y a su vez como pilar para el desarrollo de la investigación, tanto en el ámbito de la disciplina o profesión como en su quehacer como educadores, se elaboró un manual educativo. Dicho material didáctico tenía como objetivo primordial explicar y hacer comprender el proceso alimentario en la localidad de manera real y objetiva. Los principios que se siguieron para su elaboración se sustentan en: la integridad del individuo, sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, su contexto socioeconómico, cultural, familiar y comunitario, y su protagonismo en el control de la enfermedad y en la formación y promoción de hábitos saludables en la familia y en la comunidad para prevenir la enfermedad y sus complicaciones.

Las actividades de enseñanza aprendizaje se desarrollaron en función del nivel de los integrantes de la localidad con componentes lúdicos y de acuerdo al nivel del dominio de las habilidades, según el tema que se tratara. Por ejemplo, si el objetivo era la preparación de alimentos se organizaban “equipos” por familia y se verificaba que el platillo era el de más valor nutritivo y el más atractivo y económico.

El enfoque para la elaboración del manual ha estado sustentado en el modelo constructivista que basa su filosofía integradora y potente en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Este enfoque supone cambios profundos en el proceso señalado; BARBERÁ E. (2000) concibe la construcción del conocimiento como un proceso que implica ayuda pedagógica, mediante la cual, en este caso, el facilitador ayuda a los participantes a construir significados y a atribuir sentido a lo que aprende.

Las características de esta experiencia incluyen dos aproximaciones en el proceso de enseñanza: la sensomotora (demostraciones de preparación de platillos, que implican relación entre lo sensorial y lo motor) y la preoperacional (implica utilizar

símbolos para representar el mundo exterior, en este caso, puede ejemplificarse, en la toma de tensión arterial y glucosa). (BARBERÁ E. 2000).

Según la teoría de Piaget, todos los niveles de organización espacial suponen la construcción de las relaciones por parte del individuo. (SAUNDERS R.;BINGHAM M. 1989). Por último los enfoques constructivistas, como los del aprendizaje significativo y el cambio conceptual, son excelentes para concientizar diversas ideas sobre salud, fundadas en concepciones científicas erróneas (BANET E. 2004).

7.3 Observación y reflexión

Los cambios de situaciones de vida de las personas participantes, es decir las 11 mujeres que se involucraron directamente, se basaron en buena parte en procesos de reflexión y análisis sobre sus propios procesos de vida, buscando soluciones a través de la organización de los cuidados de alimentación y salud. Así mismo generando una mayor conciencia hacia la transformación de sus condiciones de vida y de las relaciones de poder presente en sus estructuras sociales.

En algunos casos se obtuvieron resultados inmediatos y se lograron los objetivos planteados de forma satisfactoria. En este sentido, se siguen realizando actividades educativas hasta la fecha como una contribución continuada y de apoyo a la localidad (ver anexo 5 de la última kermes de la salud).

Sin embargo para avanzar hacia el objetivo general que nos habíamos propuesto, incidir en la alimentación para prevenir enfermedades y conservar la salud, hace falta profundizar en las acciones educativas en toda la localidad para lograr un cambio de hábitos duradero. También se requeriría reforzar acciones en apoyo a la economía de las mujeres, así como ampliar la cobertura del proyecto en términos tanto generacionales como poblacionales, con el fin de llegar a un modelo educativo para la alimentación comunitaria y los procesos implicados.

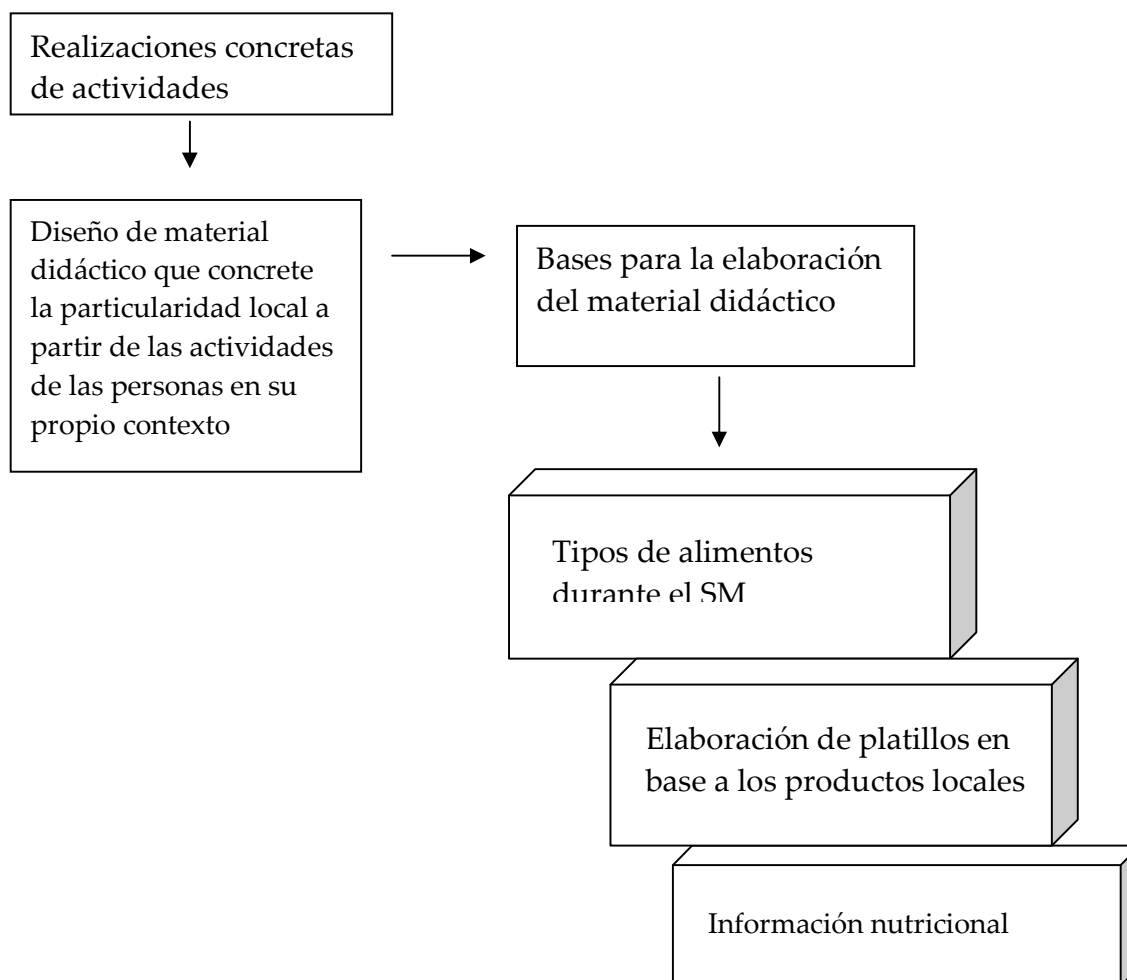
Lamentablemente no se contó con los recursos para la consolidación del programa para toda la localidad, sólo se manifestó la vocación del pequeño equipo de trabajo de continuación, solidaridad y compromiso, más allá de la remuneración económica.

Otras de las preocupaciones era la pérdida de presencia activa en la comunidad, lo que pensábamos redundaría en una pérdida de la credibilidad que habíamos obtenido con largos años de esfuerzo. Por fortuna pudimos comprobar el impacto del programa educativo en la continua demanda de la población para que reanudáramos nuestros servicios, con lo que corroboramos que el proyecto había logrado dar respuesta a una necesidad comunitaria.

El grupo comunitario no fue visto como un grupo cerrado que una vez conformado no se transforma durante toda la acción comunitaria sino que se construía y reconstruía constantemente a través de entradas y salidas de diferentes personas (incluidos los alumnos capacitadores) y de los diversos procesos de definición de objetivos que se dieron a lo largo del trabajo.

A continuación se presenta los grandes pasos en la elaboración del manual didáctico sobre la alimentación correcta (Figura. 5):

Figura 5. Estructura de elaboración del manual de alimentación



En la elaboración del material preparado se procuró “la adaptación” a la situación contextual, es decir los esquemas utilizados eran familiares a la realidad de los participantes. Por ejemplo, si se hablaba de higiene de la vivienda en los esquemas figuraban viviendas parecidas a las de los habitantes, además se procuraba variarlos de manera que no resultaran monótonos. Por lo tanto, en la presentación de los contenidos del material elaborado se buscó la variedad respetando, hasta donde fue posible, sus costumbres y tipos de alimentos de gran “predilección”. También se consideraron los costos y la accesibilidad de los alimentos, así como se trató de responder a muchas de

las preguntas que ellos mismos se planteaban con frecuencia, como cuáles son las causas principales de la aparición de las enfermedades, qué acciones se deben tomar para prevenir las complicaciones y cómo tener un control adecuado de la enfermedad.

Por otro lado, se recalcó en los participantes que hacían el papel de promotores de la salud, la importancia de las acciones a través de reflexiones basados en escritos de la coordinadora del trabajo (VERA, C.2004, 2005). Además se procuró a través del documento educativo aclarar dudas, como por ejemplo el consumo de determinados alimentos durante las enfermedades como es el caso del consumo de algunas frutas durante las enfermedades del SM.

El documento consta de una gran introducción tratando de concientizar a los pacientes sobre el tipo de alimentación, especialmente que no se perciba como un “castigo” o una condena alimentaria, sino que tengan en cuenta “otras posibilidades”, al mismo tiempo que conocen más sobre el tema.

Características sobre la sistematización de las sesiones educativas, incluyendo la enseñanza-aprendizaje

Se mencionan a continuación aspectos generales de los grandes pasos llevados a cabo en el transcurso del trabajo relacionados con los aspectos educativos:

- Recorrido de los agentes educativos por la comunidad, visitando principalmente a las familias participantes.
- Ejecución de actividades tales como técnicas de relajación (yoga), y de instrucciones para ejercicio físico.
- Utilización de la experiencia de los promotores: las técnicas utilizadas por los promotores de salud ya habían sido previamente aplicadas en otras experiencias educativas (por ejemplo en experiencias de formación de los promotores de salud, es decir en la formación de los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición).

- Revisión del material educativo: adaptación a las características de la localidad (puede verse en los rotafolios elaborados y que se encuentran en el anexo 6).

El proceso educativo se enfocó hacia los siguientes aspectos:

- Promover, sobre todo en las mujeres, que a fin de cuentas hacen el papel de “cuidadoras”, la necesidad de dedicar un tiempo personal para atender las propias necesidades.
- Recomendar a los miembros de la familia la importancia de la solidaridad en cuanto a la distribución del trabajo interno.
- Promover instrucciones sobre la importancia de seguir las prescripciones médicas y alimentarias.
- El manual elaborado buscó también ser un apoyo “más abierto”, es decir que no se concibiera la alimentación como una pesada carga sin opciones, sino por el contrario, saber que dentro de las restricciones hay un conjunto de posibilidades que pueden resultar interesantes.
- Se incluyeron aspectos sobre “buenas razones” para la alimentación del paciente con SM, variedad de alimentos, compras, temporadas de frutas y verduras, preparaciones de disminución de gastos y aumento en la calidad nutricional de los platillos.

7.3.1 Capacitación del grupo participante a través de la IAP

Desde el punto de vista de la IAP, en el estudio que se llevó a cabo, el proceso educativo realiza una contribución significativa al desarrollo personal de los sujetos que reciben la asesoría en su contexto. Pero también produce un efecto significativo en el desarrollo personal y profesional del asesor, de forma que ambas partes se benefician de la relación educativa. Desde el ciclo de reflexión-acción, esas espirales de

experiencias, reflexión, implementación y evaluación tienen un impacto en el paciente-contexto, en la comunidad y en el profesional.

El acercamiento a la comunidad fue paso a paso, tratando siempre de ser cuidadosos de sus costumbres y formas de ver la vida. Se sistematizaron los pasos citados por TURABIAN, JL Y PEREZ, FB (2003). Los mismos proponen modos de abordaje/vivencia de la realidad (conocimiento y acción), siendo los siguientes pasos los que se llevaron a cabo:

- Comprensión
- Pensamiento simbólico
- Connotación

De acuerdo a ello, se ofreció a las personas la formación que contribuyera a ayudar a resolver sus necesidades sentidas de forma inmediata y a su ritmo, desde su entorno cultural y desde las estrategias en que estaban acostumbrados a aprender, es decir, conversaciones informales entre la gente. De esta manera en cada reunión (sobre todo en las kermes de la salud), se ofrecían charlas de orientación nutricional, toma de algunos signos vitales, así como resolución de dudas respecto a su salud y alimentación. Diferente fue la estrategia en las visitas domiciliarias en donde se trató siempre de coincidir con los tiempos de las participantes y realizar entrevistas de larga duración, lo que nos proporcionó un panorama más amplio de las características de la familia.

7.3.2 Escenarios de la gestión pedagógica local.

Basándonos en el manual educativo, los educadores en salud desarrollaron un curso de ocho sesiones dirigido a los pacientes que presentaban una o más enfermedades del SM identificados al inicio del proyecto. No obstante, por razones personales y familiares únicamente once pacientes (las madres de las familias seleccionadas) participaron en todo el curso, considerando que éstas tuvieron el 100% de asistencia y participación. Aunque se incorporaron otras personas al programa (de 5

a 10 según algunas fases), se hizo el seguimiento detallado de las personas que pertenecían a las familias estudiadas.

Las características de la población estudiada, como se ilustra en el cuadro 6, son: una edad promedio de 56.2 años; estatura, como se puede apreciar, muy baja con un promedio de 1.51 metros; el peso es por demás elevado considerando los promedios de estatura, como lo demuestra el promedio de índice cintura 105.2. Este índice guarda una correlación con la aparición de apariciones metabólicas asociadas a la obesidad dando como resultado el riesgo cardiovascular, en este caso elevado. Además esta medida es complementaria al índice de masa corporal (IMC), que nos ayuda a conocer mejor la situación respecto al peso y riesgo cardiovascular. En este caso es de 31.1 el promedio de IMC, lo que nos indica la relación entre la masa corporal o el peso de una persona y su estatura, y nos expresa el grado de obesidad de una persona. En este estudio resulta un grado de obesidad importante, ya que la OMS, establece que un IMC menor de 40 arroja un diagnóstico de obesidad y después de este último se diagnostica obesidad mórbida, que no es exactamente el caso, sobre todo porque se trata de un promedio.

Si los datos expresados los asociamos a los indicadores de morbilidad, el escenario se complica aún más, pues como puede observarse el analfabetismo es elevado, al igual sucede con el sedentarismo y los padecimientos del SM (Cuadro 6).

Es necesario recordar que se están expresando los datos solo de las mujeres participantes directas y de todos los datos se expone la DE como un factor que nos permite ver con mas nitidez la orientación de los promedios.

Cuadro 6. Características de las 11 pacientes que participaron en el proceso educativo. Las Cabañas, 2007

Cuadro 6: N=11		
Indicadores antropométricos	<i>Promedio</i>	<i>DE</i>
Edad (años)	56.2	16.0
Talla (cm)	151.4	6.50
Peso (kg)	71.2	11.0
CCin (cm)	105.2	12.0
IMC (kg/m ²)	31.1	4.7
Indicadores de morbi-mortalidad	<i>N</i>	<i>%</i>
Analfabetismo	6	54.5
Sedentarismo	11	100
Sobrepeso*	5	45.5
Obesidad*	6	54.5
Riesgo Cardiovascular**	11	100
DMT2	5	45.5
HTA	7	63.6
Dislipidemia	4	36.4

* Determinados a partir de los criterios de clasificación para el IMC que establece la OMS.

** Determinado a partir de un perímetro de cintura > 90 cm, según lo establece la Secretaría de Salud en México.

Abreviaturas: CCin, circunferencia de cintura; IMC, índice de masa corporal; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial.

A continuación se presentan los cambios principales y que fueron los más sencillos de medir, sobre todo por los recursos con los que se contó (tabla 15). Se representan tres elementos: glucosa, colesterol y triglicéridos que aunque sabemos que

pueden resultar limitados para dar una interpretación en profundidad pero si se alcanza a observar el beneficio de las acciones desarrolladas.

**Tabla 15. Promedios de cambios generales, en la población estudiada
Al inicio y al final del proceso educativo**

Prueba Bioquímica	Valores normales (mg/dl)	Primera Toma (mg/dl)	Última toma (mg/dl)
Glucosa	70-110 (7)	150	130
Colesterol	140-200 (9)	250	230
Triglicéridos	35-160 (9)	190	190

Fuente: Encuesta Directa

7.3.3 Sustentabilidad

Como estrategia para reforzar la sustentabilidad del proceso educativo sobre la diabetes se realizaron cinco “Kermés de la Salud” con una distancia de tres meses. Al ser una actividad comunitaria de promoción de la salud se lleva a cabo en un lugar público de la misma comunidad, con el objetivo de realizar pruebas de detección temprana de diabetes, hipertensión y obesidad o limitación del daño. Se continuaron las visitas domiciliarias y las charlas en general con las integrantes del estudio.

7.4 Reflexión e interpretación sobre los resultados

En realidad la fase de análisis e interpretación dentro de este marco metodológico se da con mayor o menor intensidad durante todo el proceso de investigación participativa dado que la realidad se modifica permanentemente; lo que debe tenerse muy presente. Las nuevas condiciones y las acciones emprendidas en el proceso de transformación ofrecen cada vez elementos nuevos a ser analizados. Ello exige la construcción de otras categorías para la interpretación del proceso histórico que en ese momento vive la comunidad. Podemos entonces afirmar que la investigación participativa exige mucho más a quienes la realizan que la investigación tradicional.

La salud y la alimentación, como ya lo expresa la OMS, es una condición humana no un servicio, por lo tanto la participación comunitaria es básica para la mejora de las estructuras de la propia comunidad considerando, sin duda, el tema de la salud y la alimentación. Es aquí donde entran los procesos educativos como un factor más que contribuyen al proceso de concientización y hasta cierto punto a estimular el autocuidado y autoresponsabilidad, en los temas mencionados. Fue así que la relación entre la comunidad y el promotor/a de salud se fue alejando del rol tradicional de educar desde el escritorio o fuera del contexto donde se desarrollan los procesos de salud-enfermedad-alimentación, hasta llegar a una dinamización del proceso educativo. En ella, la relación entre el investigador y los participantes fue mas profunda, el aprendizaje en realidad fue mutuo por el tipo de relación que se estableció. Ello permitió abrir las puertas a la participación, sin estar exentos de momentos complicados, de sucesos que acontecían en el lugar de trabajo y que requerían de una gran “agudeza” por parte de los promotores de salud.

Se pudo constatar que las familias comparten un sistema de creencias sobre la alimentación-salud-enfermedad que se va transmitiendo por generaciones. Cada familia tiene una “visión” sobre el sistema de seguridad social, sobre el origen de la enfermedad así como sobre la evolución y seguimiento de pasos para el tratamiento. Este punto de vista familiar modela a futuro la experiencia de salud-enfermedad y el tipo

de alimentación. Se comprobó cómo la presencia de la enfermedad altera la vida cotidiana de las familias y dificulta los cambios organizativos en los roles y en sus reglas. Si a esto se le suman los graves problemas económicos y sociales que vive la localidad, la situación es poco alentadora. Destaca de manera importante el papel que juega la madre de familia como interlocutora entre el enfermo y los demás miembros de la familia, lo que hace que el enfermo se aíse y muchas veces vea su apertura como una amenaza a su poca estabilidad.

El discurso de que la comunidad debería participar activamente en las acciones educativas, es insuficiente para dicho logro; dado que son procesos que implican cierta complejidad y sobre todo involucrarse con la población en estudio. En el caso de un estudio de corte cualitativo no solo es importante recolectar la información sino como plantea FLICK (2004:18) *“la mayoría de los hechos no se pueden explicar aislados, son un resultado de la complejidad de la realidad y los fenómenos”*. Asimismo este autor se refiere al modelo causa-efecto como un proceso limitante en la indagación cualitativa porque tienden a excluirse los objetos complejos y se responde desde el reduccionismo. Es por ello que el abordaje planteado en estudios como el que se presenta puede resultar poco factible de llevarse a cabo debido a su gran complejidad.

En el caso concreto de esta experiencia en la que se trabajó con los problemas de salud de manera bastante espontánea, a la que se sumaron herramientas educativas que permitieron que los destinatarios desarrollaran actitudes de autocuidado con respecto a ellos mismos como a sus familiares. Esto demostró que este tipo de experiencias es más factible de llevarse a cabo con grupos de personas con actividades muy específicas, como lo fueron las madres de familia que de alguna manera tenían cierta “jerarquía” dentro de la organización familiar. De otro modo, no hubiera sido posible llevar a cabo el proceso investigador, ya que aunque se contó con otras participaciones, éstas no fueron ordenadas ni sistemáticas como la de las once mujeres protagonistas del estudio.

Otra cuestión a destacar fue la participación de los facilitadores o promotores de salud, estudiantes de licenciatura en el área de la nutrición. En su proceso de capacitación se hizo hincapié en la necesidad de atender las personas, es decir se contaba con un diagnóstico del síndrome metabólico, se pretendía intervenir en la detención de complicaciones y evitar el agravamiento de su situación de salud. Ver a cada individuo enfermo como un universo implicó fuertes cambios en la forma de mirar los procesos de salud-enfermedad por parte de los promotores. Ellos comprendieron que la atención primaria (prevención) jugaba un papel determinante en los logros obtenidos. Los promotores asumieron un papel activo como facilitadores del aprendizaje tanto para ellos mismos como para los sujetos de estudio.

Vale la pena mencionar que los cambios que se lograron con la intervención educativa fueron muy significativos. A partir de aquí aunque no en forma consecutiva, se han logrado mejoras en las familias de estas once mujeres, aunque algunos aspectos deben trabajarse todavía con mayor profundidad. Los logros del presente estudio, aunque fueron modestos son significativos. Si bien, solo expresamos los niveles séricos y cómo resultaron dentro de los parámetros normales o fuera de estos después de la intervención educativa.

Existen estudios que demuestran que la educación en salud en pacientes con algunas de las enfermedades del síndrome metabólico tienden a normalizarse durante las intervenciones educativas, por supuesto sin dejar de seguir las indicaciones terapéuticas (OPS, OMS,1996). Cabe señalar, que de los pacientes que padecían diabetes y que siguieron el tratamiento, lo hicieron realmente los que estaban convencidos de que este tratamiento les proporcionaría beneficios y que sus dificultades no eran insuperables. De la misma forma que los pacientes que llegaron a ser conscientes de la gravedad de su enfermedad (tres de ellos) cumplieron mejor las indicaciones, aunque como mostramos anteriormente a algunos de ellos sus familiares les ofrecían alimentos no adecuados para ellos aunque en cantidades pequeñas argumentando que no les causarían daño. Algunas veces ni la gravedad fue razón

suficiente para cambiar las actitudes. Algunas veces esta amenaza constituyó un bloqueo y una negación de las pautas de tratamiento.

Por lo tanto, observamos que los conocimientos y las creencias afectan los resultados del tratamiento aunque también demostramos como la orientación nutricional puede cambiar algunas creencias erróneas que beneficien su salud.

No hay que olvidar la visión del personal de salud que lleva a cabo el proceso de formación y concientización. Los mismos tienen que facilitar la relación paciente-profesional de la salud y monitoreo terapéutico. FIGEROA, D. y ARROYO, J. (2003) se refieren a cuatro áreas básicas para que dicha relación sea óptima: social, laboral, familiar y personal. Estos aspectos se trataron de cuidar en este estudio en la medida de lo posible.

En cada caso se jerarquizaron estas áreas, en función del nivel de importancia que les confería cada paciente. Ello también se tuvo en cuenta la elaboración del material didáctico ya que fue “adaptado” a las circunstancias de la mayoría de las personas, es decir, se trató de motivar a los pacientes desde lo que era prioritario para ellos mismos y no desde lo que era para los formadores externos. Cuando se utilizaron ejemplos más apropiados a la situación personal es cuando el paciente centraba más su atención y se sentía más implicado en las pautas del tratamiento.

En lo que respecta a la obesidad como enfermedad, tal y como explicamos anteriormente, las pacientes no se identificaban con ella, ni como sobre peso ni como obesidad. En este marco, los aspectos dietéticos implican un tratamiento especial para los involucrados, debido a que existen varios factores condicionantes poco favorecedores, principalmente los medios de comunicación que con frecuencia provocan confusiones considerables en relación a la alimentación. De allí que se trabajara con mayor énfasis en los aspectos preventivos.

En cuanto a los pacientes con tensión alta, todos sabían que la padecían, por lo que siguieron las indicaciones correspondientes. En el caso del presente estudio, se presentó siempre asociada a la obesidad a la diabetes o a ambas.

Los cambios en la calidad de vida de las participantes aunque no fueron tan significativos como lo deseado se sentaron las bases para que a partir de la experiencia educativa se pueda desarrollar una “palanca de desarrollo” familiar y personal en la salud y la alimentación de los participantes, especialmente combinando la educación en salud y ampliando los aspectos preventivos como lo sostiene la atención primaria. Más aún conociendo las perspectivas poco alentadoras de las complicaciones del SM asociadas a la pobreza y la marginación. Quizá este tipo de acercamientos comunitarios nos permitan preparar el camino para acceder al fenómeno de estudio con mas elementos, aumentando, como diría FLICK (2004), la atención hacia dicho fenómeno de estudio, por ejemplo reconstruyendo los puntos de vista de los participantes y de la manera llevar a cabo las acciones que trasciendan y al mismo tiempo transformen.

En esta experiencia, se pudo constatar que sin el apoyo familiar de los pacientes así como del personal sanitario, sobre todo y en forma muy precisa en cuestiones alimentarias, es mucho mas complicado lograr los propósitos educativos en salud. Además como se ha indicado, las oportunidades de eficacia de la educación para la salud se incrementan si se ven sostenidas por las iniciativas comunitarias. (GARCÍA, A.; SÁES J; ESCARBAJAR DEL A. A.2000).

El proyecto buscaba modificar la relación alimentación-salud-enfermedad, situación compleja en la localidad de estudio caracterizada por una alimentación desequilibrada, producto de malos hábitos alimenticios y de la carencia de una educación para la salud. Todo ello, a su vez enmarcado en un sistema sociopolítico nacional poco favorable para el desarrollo de la propia localidad.

Las características alimentarias mencionadas dan como resultado la carencia de nutrientes y el aumento de riesgo a contraer enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas.

En esta localidad existen múltiples factores que causan los malos hábitos en la alimentación por lo que encontramos con frecuencia el SM, a veces asociado a otras enfermedades. Los factores que identificamos y que están relacionados directamente con el problema son: falta de ingresos, inseguridad alimentaria, carencia de información nutricional, pérdida de tradición alimentaria, descomposición de la economía, escasa seguridad social unida a la degradación ambiental y la falta de servicios adecuados.

Por lo anteriormente expuesto, podemos decir que nos encontramos ante un proceso acelerado de desorganización creciente, en el que las estructuras locales y el comportamiento de la población dependen más de decisiones y factores que llegan de fuera y no de la propia comunidad como: pérdida de control político, deterioro cultural, del territorio y de sus recursos. Ello genera una dispersión de esfuerzos por mantener viva e integrada a la localidad.

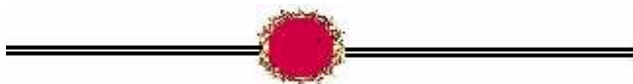
Entre las dificultades en el desarrollo del trabajo, encontramos familias que no compartían muchos puntos de vista y se negaban a participar en la solución de problemas comunes. A pesar de las dificultades se consideró imprescindible incluir una planificación estratégica que partiera de la realidad incluyendo a distintos integrantes. Se llevaron a cabo reuniones en donde se discutió la dirección que tomaban las acciones y se trató de mejorar, siempre en la medida de las posibilidades, estableciéndose procesos facilitadores que permitieran su buen desarrollo.

Es importante destacar que detectamos algunos “vacíos” en el desarrollo de esta intervención. Por ejemplo, aún contemplando los elementos de la integridad de nuestra propuesta, se requeriría de un sistema que compruebe las incidencias y los resultados obtenidos, lo cual implicaría más tiempo y recursos. También nos planteamos una inquietud enfocada a la cuestión de género: ¿estamos reforzando un

modelo en el cual la salud y la nutrición son responsabilidad de las mujeres?. El problema quizá no sea reforzar los roles sino revalorizar el trabajo de las mujeres y hacer hincapié en las tareas compartidas. A través de nuestras actividades educativas se propusieron estrategias sencillas para tratar de ponderar las actividades de los hogares.

En síntesis, **los resultados concretos de las estrategias implementadas** fueron:

- Un cambio en la percepción social de la comunidad sobre la nutrición y su impacto sobre la salud y la enfermedad.
- Una revalorización personal en los diferentes actores participantes.
- La asunción de la responsabilidad de la comunidad como co responsable del proyecto.
- El empoderamiento de las mujeres participantes.



CAPÍTULO 8: CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de esta investigación se trató de responder a las interrogantes teóricas y empíricas planteadas en un principio. Básicamente logramos indagar las cuestiones relacionadas con los saberes, diagnóstico, etiologías, terapéuticas y aspectos preventivos que tienen las familias estudiadas respecto a las tres enfermedades más frecuentes (SM) y la relación con su alimentación, es decir, los procesos relacionados con la salud-enfermedad-alimentación de manera global.

Por ello, ha sido un logro importante plasmar las racionalidades que organizan la conducta de búsqueda de atención de las madres de familia a través de la reconstrucción de la trayectoria alimentaria y de salud.

En este último capítulo se destacarán los planteamientos sobre las dimensiones que a nuestro juicio resultan esenciales para la comprensión de los “modelos de pensamiento”.

Es recomendable que los procesos descritos y analizados sean comprendidos en el marco de una dinámica de reexpansión y urbanización, podría decirse que acelerada en la localidad de Las Cabañas.

Nos encontramos con un panorama socioeconómico caracterizado por carencias económicas drásticas, unidas a una situación laboral general, que implica muchas horas de trabajo y una remuneración salarial insuficiente para cubrir las necesidades básicas. Esta situación impacta de manera importante en el proceso de salud-enfermedad-alimentación. En términos económico-productivos, encontramos un mercado crecimiento del sector servicios (actividades no profesionales: cajeros, ayudantes generales y en segundo lugar otras actividades como intendencia o comercial, su propio

negocio en casa). Se percibe la necesidad de tener su propia fuente de ingresos que ha dado lugar a la creación de pequeños negocios contruidos en sus propias casas, como fruterías, papelerías y puestos ambulantes de comida, entre otros, como una respuesta a la difícil situación socioeconómica. También se encontraron familias que están sometidas a una exhaustiva actividad laboral con un ingreso precario y una muy baja calidad de vida con sus respectivas consecuencias alimentarias y de salud.

Sobresale la carga laboral de las mujeres, que trabajan en casa atendiendo las necesidades de la familia y en muchos casos incorporadas a labores que implican la obtención de mayores ingresos a costa de su salud física y emocional, quizá como una estrategia mas de búsqueda de mejoramiento general de la familia.

Esta dinámica de cambios en la situación socioeconómica ha favorecido de manera indirecta a una creciente toma de contacto de la población con los servicios de salud alopáticos a través de diversas vías tales como, la incorporación creciente de determinados sectores de la población a las instituciones de seguridad social y a la extensión y cobertura de atención de asistencia pública.

Cabe señalar que los servicios públicos de saneamiento, energía eléctrica, etc., no cuentan con las características ideales por las malas condiciones en que se encuentran. La comunidad ha quedado “atrapada” en un centro altamente urbanizado, aunque conserva aspectos semejantes a zonas rurales en lo que respecta a las condiciones generales del lugar, por lo que es probable que las pautas de atención se orienten hacia el modelo médico-hegemónico. El mismo se expresa en el sistema de representaciones y prácticas sociales, aunque también se observa una síntesis de saberes médicos, alopáticos y populares.

Otra situación a destacar es que la localidad, podríamos visualizarla como conformada por dos generaciones, por un lado, los fundadores, que han visto la transformación de una localidad rural a otra urbana con todas sus consecuencias, y por otro lado, los adultos jóvenes expuestos a una dinámica de vida estresante, con pocas

oportunidades educativas y laborales dignas; y eso si, el Síndrome metabólico (SM) presente como una manifestación mas de la calidad de vida.

Toda esta situación hace que no existan conclusiones unívocas y determinantes sino que los resultados e interpretaciones reflejan diversas paradojas, dilemas y desafíos que podemos expresarlas en término de tensiones. Entre ellas podemos destacar las siguientes:

a) Las tensiones entre las representaciones y las prácticas sociales

Analizando la relación entre representaciones y prácticas sociales, observamos que si bien existe una correspondencia general entre lo que se piensa y lo que se hace respecto a la alimentación y las enfermedades, ésta no es unívoca ni inmutable. Esto lo podemos observar por ejemplo, cuando las madres de familias participantes en el estudio describieron cual debía ser la alimentación ideal en las enfermedades del Síndrome Metabólico (SM). Ellas pueden delimitar con cierta precisión los cuadros diagnósticos y terapéuticos de las diferentes enfermedades que integran dicho síndrome (diabetes, obesidad e hipertensión). No obstante, cuando estas mujeres se enfrentan a episodios de las enfermedades mencionadas, lo que se observa en la dimensión de sus prácticas sociales es una especie de recomposición y adecuación de dichos cuadros “ideales”. En estos casos no siempre se reproduce mecánicamente todo el esquema diagnóstico y terapéutico planteado en la representación social.

Lo que si aparece de modo predominante es la recuperación de signos y síntomas que se estructuran al interior de la enfermedad, que a veces permite elaborar un pronóstico a través del cual se va construyendo – reconstruyendo los diferentes padecimientos y su respectiva alimentación.

Para el tratamiento del SM, incluida la alimentación, se observa una síntesis y combinación de saberes populares y biomédicos a nivel de la causalidad, diagnóstico, tratamiento y prevención. A pesar de las características de la localidad, respecto a su

origen rural, identificamos la creencia de que los tratamientos y curadores alopáticos tienen una mayor eficacia curativa que los populares. Es importante destacar en cuanto a la alimentación, que dichos servicios son hasta cierto punto contrarios a sus costumbres, por lo que a una mayor gravedad, se hace necesaria una administración proporcional de medicamentos de patente y la recurrencia al médico. En sentido inverso, para los padecimientos que implican menor gravedad es suficiente la utilización de remedios caseros dentro de la autoatención curativa, incluyendo por supuesto los aspectos alimentarios y la utilización de productos herbolarios.

De las diferentes racionalidades analizadas nos parece importante enfatizar sobre los cuidados maternos en la producción, atención y prevención de los padecimientos. Así como la forma de alimentarse en la familia vinculada a la noción de vulnerabilidad/inmunidad del enfermo y al efecto paralelo de predisposición y/prevención de las enfermedades. A partir de lo anterior, podemos afirmar que las madres de familia poseen un bagaje de conocimientos sobre distintas entidades nosológicas que tienen como principales fuentes de aprendizaje las experiencias propias o cercanas sobre los procesos de salud-enfermedad-alimentación. Así como de los contactos que han tenido con el médico, los curadores o los medios de comunicación.

A pesar de que la población cuenta con servicios médicos (quizá no los ideales), la estructura de la autoatención aparece como uno de los principales mecanismos de la reproducción social y biológica de los conjuntos sociales. En ello radica su importancia en términos de estrategias de supervivencia y de la atención y solución de los problemas relacionados con la vida cotidiana.

A lo largo de este trabajo se ha puesto de relieve la importancia que tienen los saberes y las prácticas maternas en la incidencia, evolución y resolución de los episodios que implica el SM. Especialmente por el papel que la mujer/madre desempeña ejerciendo determinadas funciones que resultan estratégicas para los procesos de salud-enfermedad-alimentación tanto a nivel familiar como comunitario.

En muchas oportunidades se pudo constatar que la madre de familia, es quien por lo regular se ocupa de la mayor parte de las decisiones y de su aplicación, que a partir de ciertos saberes propios de su cultura médica, pueden evaluar y decidir sobre las medidas a tomar y, por tanto sobre la evolución de la carrera curativa.

A nivel doméstico, la mujer/madre es la que se ocupa de encontrar soluciones, paliativos a los problemas de salud. El varón/esposo tiene poca participación en la toma de decisiones frente a las enfermedades aunque se trate de ellos mismos, incluso a veces, como ellos mismos dicen, “*se dejan morir*”.

b) Las tensiones entre el punto de vista de “otros” y la promoción de la salud

Dentro del marco de promoción de la salud, la educación en nutrición constituyó una herramienta metodológica, que no solo consideró la modificación de conductas en los individuos, sino que buscó potenciar los conocimientos y habilidades que permitieran a la población descubrir por si mismos la causalidad del proceso salud-enfermedad-alimentación. Es así como el proceso educativo que se desarrolló, propició la organización de las personas de la población. Ellas mismas buscaron y construyeron formas que transformaron las condiciones adversas que afectaban la salud y su vida en conjunto, para lo cual fue necesario considerar la visión de salud-enfermedad-alimentación elaborada por dicha población. El trabajo desarrollado puso en juego las creencias, nociones, conocimientos, prácticas y la manera cómo las familias estudiadas interpretaron y entendieron el fenómeno de salud-enfermedad-alimentación, así como todas aquellas acciones que realizaron para potenciar y conservar la salud.

Quienes realizamos promoción de la salud, no podemos desconocer la influencia que la cultura ejerce en la vida de las personas y la población en su conjunto, entendiendo a la cultura como el conjunto de elementos de la vida cotidiana de la gente, que está constituido por pautas, creencias, códigos, prácticas y conocimientos que se aprenden y se comparten (PEACOCK, J.,1989). La cotidianidad en su totalidad se

encontró matizada por la cultura, específicamente en salud. Así pudimos encontrar que la concepción de alimentación, diabetes y obesidad tiene un sello peculiar que la cultura de los grupos sociales les imprime.

c) Las tensiones entre la supervivencia, las representaciones saludables y la calidad de vida.

El aspecto alimentario, por supuesto que está absolutamente presente en todo este trabajo, pero merece la pena mirarlo en forma detallada en estas consideraciones finales.

Los aspectos de seguridad alimentaria que se abordaron nos permitieron mirar la crisis de acceso a los alimentos que se manifiesta por la caída de capacidad de compra que las mismas familias expusieron (aumento de los precios y disminución de los ingresos). Para mejorar su acceso a la alimentación, los hogares diversificaron sus fuentes de ingreso y abastecimiento y se autoexplotaron, trabajando más, apoyando sus elecciones alimentarias en representaciones del “cuerpo fuerte”. Además seleccionaron alimentos “rendidores” y comidas “baratas que llenan y gustan”, formando canastas alimentarias que permitieron moderar las crisis económica actual. Situación que no es propicia, desafortunadamente, para una alimentación equilibrada. Al contrario, la búsqueda de volumen sostenido por hidratos de carbono (pan y tortillas de maíz), saciedad (sopas de pasta, frijol y grasas) y sabor (azúcares), sitúa a la población en una situación crítica desde el punto de vista nutricional que se manifiesta en la obesidad y la malnutrición. Es necesario reconocer que las personas de esta localidad no comen lo que quieren ni lo que saben sino lo que pueden, por lo que sus estrategias domésticas de consumo están sobredeterminadas por su condición ocupacional, nivel de ingresos y por su acceso diferencial a mercados segmentados. Puede observarse, además, que si bien algunas familias mantienen un volumen importante en sus canastas de consumo están lejos de ser nutricionalmente equilibradas.

Se observó que las representaciones a cerca de la comida, permiten sobrevivir y quizá atenuar la crisis nacional y encubren la baja calidad de vida que se manifiesta como una desnutrición “oculta”, como una necesidad fisiológica (hambre), que sus cuerpos obesos, se tornan desapercibidos, o como se comentó antes, los cuerpos luna, se autoprotegen con lo mismo que los llena, con lo mismo que los va “disminuyendo”.

Si vemos el tema de la obesidad como un fenómeno que avanza a gran velocidad, en especial en las clases más desprotegidas, como el resultado de restricciones en el acceso (mediatizadas por estrategias de consumo) podemos vislumbrar que el sobrepeso y la obesidad con todas sus consecuencias patológicas (SM) serán las formas que tomará el hambre en las próximas décadas.

d) Las tensiones entre las explicaciones vitales y las médicas: el padecer de los adultos con el SM.

A lo largo del presente trabajo, se expusieron modelos explicativos que están determinados culturalmente. Estos modelos son conjuntos de creencias que ofrecen explicaciones sobre las enfermedades, alimentación y tratamiento, guían las selecciones acerca de las terapias y terapeutas disponibles y dan significado social, a la experiencia de la enfermedad. El modelo explicativo es una respuesta a un episodio de la enfermedad crónica o aguda, no estático pero refleja las creencias manejadas en un momento determinado.

La población estudiada abordó modelos causales significativos en términos de su historia personal y su sistema de creencias. Aunque muchos de los enfermos dicen no saber la causa de su enfermedad, a través de las entrevistas surgieron ciertas ideas a destacar, como por ejemplo: situaciones de pobreza, trabajo excesivo y estrés emocional.

Encontramos que si bien se aceptan las explicaciones biomédicas de la herencia, ciertos eventos dentro de la historia personal del paciente se convierten en las

causas que para ellos desencadenan su enfermedad. La población estudiada elabora conceptos complejos sobre enfermedades, como la diabetes, la obesidad y la hipertensión (SM), y por supuesto la formas de alimentarse. Durante estos eventos los factores culturales y psicosociales son importantes para la comprensión del padecer. En este sentido se puede ver que el ámbito de las relaciones sociales que rodean a las personas de la localidad estudiada, es un elemento fundamental de las explicaciones. En general, la diabetes y la hipertensión se asociaron significativamente a los sustos y la pobreza; la obesidad no se consideró como enfermedad, a menos que estuviera directamente asociada con la hipertensión o dislipidemias. Estas dos últimas, si se asocian con la forma de alimentarse, aunque se argumenta que tiene mucha relación con aspectos económicos y laborales. También se detectaron diferencias de género para las enfermedades. Para los hombres, podemos decir que de las tres enfermedades (SM), el origen se encuentra relacionado, frecuentemente con accidentes o acontecimientos imprevistos en su trabajo. Señalan cómo se vieron enfrentados a hechos violentos o accidentes que los llevaron a enfermarse. Mientras que las mujeres interpretan las causas de su enfermedad dentro del ámbito de sus relaciones familiares. Ellas destacaron sobre todo situaciones emocionales: las impresiones, el coraje, el sufrimiento, las preocupaciones y los problemas familiares.

d) Las tensiones entre lo médico y lo racional y las ideas sobre su enfermedad, su alimentación y su atención.

Todas las personas que padecen alguna de las enfermedades mencionadas dentro de la población de estudio han recibido explicaciones médicas sobre su enfermedad. Sin embargo encontramos que no existe una idea clara de cómo esta enfermedad actúa y mucho menos en los aspectos alimentarios determinantes que incluyen muchas prohibiciones y “satanización” de la ingesta de algunos alimentos. No conocen las razones de esta ingesta que a veces puede ser hasta contradictoria a la forma de vivir de la población estudiada. En el caso de la diabetes, por ejemplo, sí la relacionan con la existencia de la glucosa en sangre y la falta de insulina; pero también la consideran como una entidad externa que se apodera de las personas y se instala en

ellos. Este último aspecto también lo relacionan con la obesidad aunque en ningún momento perciben la interacción de la obesidad con la diabetes. Los síntomas que describen las personas estudiadas se ajustan a los cuadros clínicos de la enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona. Aquí se destaca nuevamente como el contexto social es muy importante en el padecer: *“yo creo que me alimento muy bien aunque algunas veces no tengo tiempo de comer; la cuestión es que aún así subo mucho de peso”*.

Respecto a su atención, la biomedicina es la práctica de atención más utilizada; aunque no existe algunas veces confianza en los médicos, ya sea en el servicio médico que le corresponde o en la medicina privada en los pequeños consultorios cercanos a sus domicilios.

Sin embargo, respecto a los medicamentos alopáticos, hay en general mucha desconfianza, ya que se maneja la noción de que su eficacia es limitada y sus efectos nocivos son muchos. Respecto a la insulina, hay una creencia común de que es dañina. En el caso tanto de la diabetes, la obesidad y los problemas de dislipidemias, se buscan diversas plantas, buscando un mejor control de las enfermedades para disminuir el consumo de *pastillas*. Existe además la idea generalizada de las dificultades para seguir las dietas y los ejercicios: *La dieta es casi imposible, pues no se pueden hacer tantos tipos de comidas*.

Aún cuando se plantea la posibilidad de encontrar curación en medicinas alternativas se utilizan poco los terapeutas populares o las plantas medicinales. Estas son empleadas frecuentemente por recomendaciones de familiares o de amigos. Lo que estas personas si tienen muy presente es que su enfermedad es crónica y no tiene curación. En ello si que parece que los médicos han insistido mucho.

e) De la simplificación a la complejidad, de la tensión dentro/fuera

En cuanto a las explicaciones sobre el padecer se relacionan con otros factores como la edad, la menopausia o el apoyo recibido. Si bien la edad es un elemento que no se considera una causal directa de la enfermedad, se plantea que el envejecimiento es un desgaste del organismo “*con la edad todo se acaba*”. La menopausia es un aspecto que algunas mujeres asocian a la aparición de su padecimiento, pero no está muy claro si es un factor coincidente o desencadenante.

Así mismo existen ideas, en relación a la muerte y al apoyo recibido que juegan un papel muy importante en la adherencia terapéutica: *de todos modos me voy a morir, así es que, quiero morir por lo menos contento de que estoy comiendo cosas sabrosas*, son de los comentarios que en algunos casos se utilizan para dejar los tratamientos. El apoyo de los familiares es percibido de manera diferencial, aún cuando los cónyuges o hijos consideran que les están prestando suficiente atención son comunes los comentarios siguientes: *Los viejos ya no servimos para nada, solo damos problemas, ya ni caso nos hacen, los hijos son causa de preocupaciones, no todos los hijos son iguales, con algunos se puede contar*.

En nuestra investigación encontramos que los enfermos de diabetes, obesidad e hipertensión establecen explicaciones causales que relacionan los padecimientos de manera directa y específica a su historia personal. Diversas situaciones muestran casos parecidos a los encontrados en nuestras informantes (Cohen, *et al* 1994, Hernández 1995y Hunt, *et al* 1998). Estas investigaciones notaron que los pacientes y médicos consideraban diferentes aspectos en sus modelos explicativos del padecer. Los pacientes enfatizan dificultades en el dominio social y el impacto en sus vidas, mientras que los integrantes del equipo de salud dirigen su atención a los problemas fisiopatológicos y al impacto en sus vidas. Por ejemplo en el caso de la diabetes, los profesionales de la salud buscaban el mantenimiento de niveles aceptables de glucosa en sangre con una alimentación libre de carbohidratos (lo cual por todo lo que hemos mencionado es muy complejo para los pacientes). La prioridad de los pacientes fue

encontrar maneras de vivir con la diabetes, acompañados de una alimentación realista, es decir partiendo no solo de los hábitos sino de su realidad económica y laboral.

Concebir la enfermedad crónica como un padecimiento resalta la visión podríamos decir *interior del paciente*, contrario a la frecuente visión médica, digamos que *exterior*, típica de la mirada médica, la cual minimiza o ignora la subjetividad real del que sufre. La perspectiva *desde dentro* se centra directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vivir con uno o mas padecimientos (CONRAD, 1987).

La comprensión de los modelos explicativos del padecimiento, de acuerdo al contexto en que expresan puede aclarar la toma de decisiones sobre los tratamientos. Las personas que tienen uno o todos los padecimientos del SM reconocen la eficacia de los médicos y de la prescripción médica de su enfermedad, aunque esto no impide el señalamiento de las dificultades en el tratamiento así como la búsqueda, de la eficacia curativa, en la combinación construida socialmente pero que aparece como respuesta individual de cada paciente. Como sugieren Heurtin-Roberts y Reinsin (1992), la variación entre médicos y pacientes en la explicación de la enfermedad produce como resultado acciones que no son consistentes con el consejo biomédico.

De esta manera la población que padece alguna de estas enfermedades, sigue una serie de estas estrategias para enfrentar su enfermedad que se caracterizan por la búsqueda incesante de encontrar, soluciones a su "padecer". Por lo general prueban plantas medicinales recomendadas con la idea de que lo natural no hace daño y no llevan a cabo la dieta y mucho menos el ejercicio, por las condiciones particulares en las que viven. Situaciones similares han sido estudiadas en otros grupos de enfermos.

Las prácticas de atención que utilizan los enfermos son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen ya que son estrategias cuya diferenciación está dada por las condiciones ideológicas y económicas que permiten establecer posibilidades y alternativas para enfrentarse de una manera dinámica e integral a su padecer.

Es así como el padecimiento se construye en uno de los eventos mas significativos en la vida de las personas, donde las categorías culturales interactúan con situaciones sociales y psicológicas para transformar la experiencia y la vida de los que sufren (KLEINMAN, A., P. BRODWIN, et al 1992).

La aproximación metodológica que implicó las representaciones sociales permitió conocer el enfoque de los actores así como del sistema biomédico dentro del proceso salud-enfermedad-alimentación, la cual tuvo como propósito, entre otros, dar la palabra a los sujetos que componen la localidad en estudio.

El desarrollo del estudio desde esta perspectiva implicó necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significativos que un enfermo otorga a la experiencia de vivir con y a pesar de un padecimiento crónico. Según CONRAD (1987) para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad considerando la organización social del mundo del que sufre. Así como sus estrategias de adaptación, las teorías y explicaciones que las personas desarrollan sobre su estado, ya que todo ello influye en la forma de atención incluyendo la alimentación sea o no médica que proporciona a su padecimiento.

Por otro lado, las representaciones sobre los padecimientos del SM están referidas de modo necesario a la estructura social ya que están marcadas, socialmente por las condiciones y el contexto en el cual emergen, así como por las comunicaciones a través de las que circulan y por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás (BANCHS, M. 1990). Así el contexto social, es fundamental, ya que determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación.

El conocer las representaciones permite pues, una forma de acercamiento a los conocimientos, saberes, significaciones, así cómo a las concepciones e interpretaciones de la realidad de las personas que sufren algún tipo de padecimiento. Este estudio en el

campo de los padecimientos crónicos, como es el SM, puede facilitar el acceso a las formas de pensamiento y de acciones que la gente común lleva a cabo y que reviste vital importancia para los trabajadores de la salud. Principalmente porque estos conocimientos, sean compatibles o no con el conocimiento médico, tienen implicaciones significativas sobre la manera en que las personas atenderán su padecimiento, y en la aceptación, rechazo o indiferencia del manejo de su enfermedad prescrito por los profesionales de la salud. Si estos profesionales respetan y toman en cuenta las representaciones de los enfermos crónicos puede haber mejoría en su relación con ellos. Lo cual redundará en una mejor atención y manejo de la enfermedad con el consecuente ahorro de recursos de diversos tipos para el sector salud y para el enfermo. Así como en un mayor control del padecimiento y sus consecuencias, la prevención de complicaciones y una mayor calidad de vida en general.

Las perspectivas de este estudio, al igual que otras áreas en el campo de las ciencias sociales, se enfrenta a la situación anunciada por GEERTZ, (1991) sobre la difuminación de las fronteras entre las ciencias sociales y las humanidades. Ello significa que surgen nuevos modos de aproximación teórica y metodológica. La tendencia es hacia una concepción de la vida social organizada en términos de signos, (representaciones) cuyo significado (sentido, valor) debemos aclarar si es que queremos comprender esta organización y formular sus principios.

Los tres ejes principales que rigieron este estudio: la educación para la salud, las representaciones sociales y los temas de las comunicaciones humanas en torno al proceso de salud-enfermedad-alimentación se sustentaron en una visión del hombre como productor de conocimientos, es decir, el ser humano como un sujeto productor de historia, un ser activo que incide sobre su ambiente, y no como un ser pasivo que busca adaptarse a un ambiente (BANCHS, M. 1990). Es así como puede reconocerse al actor o sujeto de la localidad como una unidad de descripción y análisis, y como un agente transformador.

Por último, los bloques metodológicos que sostienen el presente estudio, constituyen una opción importante para el campo de las ciencias de la salud, ya que nos permiten acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes de los profesionales. Mundos que son necesarios conocer si se pretende, proporcionar atención integral a los problemas de salud de la población. Así la principal aportación de esta aproximación es reconocer que la alteridad, es decir, *los otros*, se encuentran cerca; trabajamos con y para ellos, por lo que se hace indispensable dar a conocer su voz.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. Y VISALBERGHI, A. (1993): *Historia de la Pedagogía*. Fondo de Cultura Económica, México.

AGUIRRE B. G. (1994): *Programas de Salud en Situación Intercultural*; Fondo de Cultura Económica, México.

AGUIRRE, P.; (2000): *Ricos Flacos y Gordos Pobres, la Alimentación en Crisis*. Edit. Capital Intelectual, Buenos Aires.

AGUIRRE, P. (1988): *La seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología*. En: Enfoque integral del desarrollo en la infancia. El futuro comprometido. CLACyD. Fundación LACMAT. Programa Apoyo a la educación inicial.

ALONSO L. E. (1989): *La mirada cualitativa en sociología. Colección, Ciencia serie Sociología. Fundamentos*, Madrid.

ALMEIDA-FILHO, N. (2000): *La ciencia tímida*. Ensayos de reconstrucción de la epidemiología. Lugar, Buenos Aires.

AMARTYA , S. (2002): *El derecho a no tener hambre*. Editorial de la Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

ANDERG-EGG, E, (1992): *Reflexiones, en torno a los métodos de trabajo social en México*. Ateneo, México.

ANDER-EGG (1987): *Metodología y práctica del desarrollo comunitario*. Ateneo; México citado en PEREA R. Q. (2004): *Educación para la salud reto de nuestro tiempo*. Díaz de Santos, Madrid.

ARGANDOÑA, A. (2003): *La ética de la sociedad del consumo*. Cuadernos Empresa y Humanismo, 37. Barcelona.

ARIAS, M.; SÁNCHEZ, M. GANCEDO G. (2004): Nivel socioeconómico y consumo de recursos sanitarios en atención primaria. *Anales de Pediatría*, 6, 4, 292-297.

ARREDONDO, A.; V. MELENDEZ (1992): Modelos Utilización de los Servicios de Salud. *Salud Pública de México*, 34 (1).

AYUSTE, A. (1998): *Planteamientos de la Pedagogía Crítica Comunicar y Transformar*. Graó, Barcelona.

BANET E. (2004): *Educación para la salud: la alimentación. Claves para la innovación educativa* 25. Laboratorio Educativo. Graó, Barcelona.

BARBERÁ E. (2000): *El Constructivismo en la práctica*. Laboratorio educativo, Graó, Barcelona.

BECCAR V. C. (1990): *Módulo para capacitación sobre la lactancia materna*. Washington: OPS-OMS, Serie Patex para técnicos medios y auxiliares.

BACHELARD, G. (1997): *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI, México.

BAUDRILLARD, J. (1988): *La Sociedad de Consumo*; Barcelona, Plaza y Janés. Siglo XXI, Madrid.

BECKER MH (1974): The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2: 10-24.

BELTRAN, L. R. (1972): *Los medios de comunicación y el desarrollo Latinoamericano*. CIMPEC de la OEA , 1972. Bogotá, Colombia.

BENEIT P.J. (1994): *Conductas de salud*, en LATORRE J.M., BENEIT P.J.: *Psicología de la Salud*. 3ª Ed. Lumen, Buenos Aires.

BANCHS, M. (1990): Las representaciones sociales: sugerencia sobre una alternativa teórica y rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica. En Domínguez, B .Aportes críticos a la psicología en Latinoamérica. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

BLANCO J. H. Y MAYA, J.M. (2006): Fundamentos de salud pública, tomo I. En Alonso L. (1998): La mirada cualitativa en sociología. Fundamentos, Madrid.

BRIONES, G. (1997): Los procesos de construcción y de integración de paradigmas en las ciencias sociales: situación actual. *Revista Tecnológica educativa, XII, 4*.OEA. Santiago, Chile.

BOLTANSKI, L (1975): *Los Usos Sociales del Cuerpo*. Colección Salud, Política y Sociedad. Periferia. Buenos Aires.

BONILLA E., RODRÍGUEZ P. (1995): *Más allá del dilema de los métodos*. La investigación en Ciencias Sociales. CEDE. Facultad de Economía. Universidad de los Andes, Bogotá.

BOURDIEU, P. y WACQUANT L. (1995).*Respuestas por una Antropología Reflexiva*. Grijalbo, México.

BOURDIEU, P. (1992): *Los ritos como actos de institución*, en Pitt Rivers y J. Peristiany: "Honor y Gracia". Alianza Universidad, Madrid.

BOSCO, H. (1961): *San Juan Bosco*. Edebé, Barcelona.

CALVO, E. AGUIRRE, P. (2005): Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. *Archivos. Argentinos de Pediatría, 103, 1, 77-90*. (www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n1/v103n1a15.pdf-consultado octubre 2006).

CAPITAN DIAZ, A. (1986): *Historia del pensamiento pedagógico en Europa*. Dykinson. Madrid, Vol. I

CARREÑO, M. (2001): *Teorías e instituciones Contemporáneas de la educación*, Síntesis, Madrid.

CELEDON, C. y NOE, M. (2000): Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1-2, 99-104.

CELLERIER, G. (1978): *El pensamiento de Piaget, estudio y antología de textos*. Península, Barcelona.

CENSO GENERAL DE LA POBLACION Y VIVIENDA XXII (2000), México.

CERQUEIRA, M.T (1993): *La participación social y la educación para la salud*. OPS, OMS, Washington DC .

CIPOLLA, C. (1970): *Educación y desarrollo en occidente*. Ariel, Barcelona.

COCHRAN-SMITH, M., y LYTLE, S. (2002): *Dentro /Fuera Enseñantes que investigan*. Akal, Madrid.

COHEN YA (1979): *Alimentación*. En: Enciclopedia internacional de ciencias sociales. Madrid: Aguilar; 1:217-219.

COHEN, M. Z.(1994): Explanatory Models of Diabetes:Patient Practitioner Variation. *Social Scienci, and Medicine*, 38, 1, 59-66.

COLLERLER, G. (1978): *El Pensamiento de Piaget*. Península, Barcelona.

COLOMER, J. (1997): *Técnicas de intervención en la animación sociocultural*. En Trilla, J. (Coord.): *Animación sociocultural: teorías, programas y ámbitos*. Ariel Educación, Barcelona.

CONRAD P. (1987): The experience of illness: recent and new directions, en Peter Conrad y Julius Roth. *The Experience and Management of Chronic Illness. Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1-32.

CONTI, N. (1998): *¿Qué es la ciencia hoy?.Una aproximación a la epistemología contemporánea*. Clepios, IV, 3.

CONTRERAS, J. (COMP.) (2002): *Alimentación y Cultura, Necesidades, Gustos y Costumbres*. Ciencias y Humanidades, 3. Universidad de Barcelona. Barcelona

COOMBS, P. (1973): *La crisis mundial de la educación*. Península, Barcelona.

CRESWELL, W. (2009): Mapping the field of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 3,2. 95-108.

CHALMERS, A. (1989): *¿Qué es esa Cosa Llamada Ciencia?*. Península. Siglo XXI, Madrid.

DEL CARMEN, L. M.(1988): *Investigación del medio y aprendizaje*. Graó y Biblioteca del Maestro, Barcelona.

DECLARACIÓN MINISTERIAL DE MÉXICO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; Promoción de la Salud Hacia una Mejor equidad*. Ciudad de México. Junio. CNI.

DELAMATER, A. (2001): Psychosocial Therapies. *Diabetes Care*, 24:1286-1292.

DELORS, J. (1997): *La Educación o la Utopía necesaria*. En V.V. A.A.: La educación encierra un tesoro (Informe a la UNESCO, de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors) Santillana/UNESCO, Madrid.

DEVELOPED BY THE PUBLIC HEALTH FOUNDATION (2002): *Healthy people, 2010 toolkit. A field guide to health planning*. Public Health Fundation. Washintong, D.C

DIBARBOURE H. (1991): Sobre Los sistemas locales de salud (SILOS), con especial referencia a Uruguay. *Revista Médica*, 7: 71-79.

DIAZ, E. (1996): *El psicoanálisis en el dispositivo epistemológico, por una epistemología al detalle*. Gobierno de la provincia de Santa Fe, Argentina.

DIAZ, E. (1997). *Metodología de las ciencias sociales*. Biblos, Buenos Aires.

DIAZ M.C. (2005): *¿Cómo comemos? En los comportamientos alimentarios de los españoles*. Fundamentos, Madrid.

DILTHEY, W. (1980): *Introducción a las ciencias del espíritu*. Alianza, Madrid.

DONALD, A.; CHESER L.; JACOBS Y RAZAVIEH. A. (1994): *Introducción a la Investigación Pedagógica*. Libemex, México.

DRAGÓN, G. (1989): *Comunicación alternativa y educación en Bolivia*. CENDES. La Paz.

ENSANUT 2005-2006 -ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN.2006 INSALUD, INSP México, D.F.

ERNST, E. (2001): Complementary Medicine. *Diabetes Care*, 24:1486-1488.

FAO (2001): *Cuestiones éticas en los sectores de la alimentación y la agricultura*. FAO, Roma.

FAO, FIDA Y PIMA (2002): *La Reducción de la Pobreza y el Hambre: La función fundamental de la Financiación de la Alimentación la Agricultura y el desarrollo Rural*. Ginebra Suiza.

FAURE, E. (1975): *Aprender a ser, la educación del futuro*. Alianza, Madrid.

FARB, P.y ARMELAGOS, G. (1985): *Anthropologies des Coutumes Alimentaries*. Denoel, París.

FARIAS A. (2000): *Salud pública y educación para la salud*. Masson Elsevier, México.

FERMOSO, P. (1994): *Pedagogía social. Fundamentación científica*. Herder, Barcelona.

FERNANDEZ ENGUITA, M. (2001): *Educación en tiempos inciertos*. Morata, Madrid.

FEYERABEND, P. (1981): *Tratado contra el método*. Tecnos, Madrid

FIGEROA D.; ARROYO J. (2003): *Diabetes*. Ed. Masson Elsevier, México

FINEBERG, H. (1988): Education to prevent AIDS: Prospects and obstacles. *Science*, 239: 592-596.

FISCHLER, C. (1985): Alimentation, Cuisine et Dientité: l'identité du Mangeur. *Recherches et Travaux de l'Institut d'Ethnologie*, 6:171-192

FLICK, U. (2004): *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Morata, Madrid

FISCHLER C. (1995): *Gastronomía y sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea*. Centre National de la Recherche Scientifique. París; en Alimentación y cultura, necesidades, gustos y costumbres, compilación de CONTRERAS, J.; Ciencias, Humanas Sociales, 3. Universidad de Barcelona.

FRANCOISE, M. (1993): *Promover la vida*. Mc Graw Hill. Madrid.

FREIDSON, E. (1978): *La Profesión Médica*. Península, Barcelona.

FREIRE, P. (1997): *La importancia de leer y el proceso de liberación*. Siglo XXI. México.

FREIRE P. (1969): *La Educación como práctica de la libertad*. Siglo XXI. México.

GADAMER, H.G. (1977): *Verdad y Método*. Las grandes líneas de la hermenéutica filosófica. Sígueme, Salamanca.

GAJARDO, M. (1983): Investigación Participativa. Propuestas y Proyectos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 13(1): 50-83.

GALEANO E. (2002): *Paradojas*. Publicado en La Jornada. 19 de octubre. México, D.F.

GARCIA, M. (1986): *Escritos anarquistas sobre educación*. Zero, Madrid.

GARCÍA, A.; SÁES J; ESCARBAJAR DEL A. A. (2000): *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Arán, Madrid.

GRACIA A. M (1996): *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Instituto Catalán de Antropología.

GEERTZ, C. (2002): *Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos*. Paidós, Barcelona.

GEERTZ, C. (1991): *El surgimiento de la antropología postmoderna*. Gedisa, Barcelona.

GIL M., y CASERES J. (2008): *Cuerpos que hablan*. Montesinos, Barcelona.

GIROUX, H. A. (1997): *Cruzando límites trabajadores culturales y políticas educativas*. Paidós, Barcelona.

GLASER, B. & STRAUSS, A., 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine Publishing Company. Chicago.

GONZALEZ T. I. (1995): *Comida de rico y comida de pobre: los hábitos alimenticios en el occidente*. Ed Universidad de Sevilla.

GONZÁLEZ-PEREZ, J. Y CRIADO M. J. (2004): *Psicología de la Educación para la Enseñanza Práctica*. CCS, Madrid.

GONZÁLEZ-PEREZ, J. (2003): *Discapacidad Intelectual, concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. CCS, Madrid.

GOOD, B. (1994): *Medicine, Rationallity and Experience. An Antropological Perspective*; Cambridge University Press, London.

GOOFMAN, E. (1988): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires.

GOMEZ M.C. (2000): *Servicios de salud en México, indicadores de cobertura y usos de servicios*; FLACSO/MEXICO.

GRANADA, P. M. y VASQUEZ. T. M. (1992): *Atención Primaria en Salud: La Mujer y el Proceso Reproductivo*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C:

GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. (1999): Health Promotion Planning. *An Educational and Ecological Approach*. 3 ed. McGrawHill, New York

GUASCH, O. (1991): *La sociedad rosa*. Anagrama, Barcelona.

GUMUCIO DRAGÓN, A. (1989): *Comunicación alternativa y educación en Bolivia*. La Paz CENDES.

GURVITCH, G. (1976): *Proudhon y Marx: una Confrontación*. Vilassar de Mar, Barcelona.

GUTIERREZ, M.; AROCHA, J. (1996) : *La Salud Pública y la educación para la salud*. Editor ICEPSS. Las Palmas de Gran Canarias.

HABERMAS, J. (1994). *Conciencia moral y acción educativa*. Península, Barcelona.

HABERMAS, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa*, Tomo I: Racionalidad de la Acción y Racionalización Social. Taurus, Madrid.

HELMAN, C. (1990): *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*, Butterworth Co. Publishers Ltd.

HERNANDEZ, C.A. (1995): The Experiencie of Living with Insulin Dependent Diabetes: Lessons for the Diabetes Educator, *Diabetes Educator*, 21, 33-37.

HEURTIN-ROBERTS, S. AND REINSIN, E., (1992): "The relation of culturally influenced lay models of hipertension to compliance with treatment", *American Journal of Hypertensions*. 1992,5, 787-792.

HAMMERSLEY, M. Y ATKISON, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós. Barcelona

HERZLICH C y PIERRET J. (1988): *De ayer a hoy: construcción social del enfermo*, en Cuadernos Médicos-Sociales, 43. CESS, Rosario, Argentina.

HIADER J.L. (2007): *El Rol del Psicólogo Social Comunitario*. *Revista Electrónica de Psicología Social. Poiésis*, 13, Medellín Colombia.

<http://www.funlam.edu.co/poiesis/Edicion013/poiesis13.lopez.html> (consultado en febrero 2008).

HIRSCHBERGER, J.; (1968). *Breve Historia de la Filosofía*. Editorial, Herder. Barcelona,

HOBSBAWM, ERIC: (1996). *Historia del siglo XX*. Crítica, Barcelona.

HOCHBAUM G.M; SORENSON, JR. and LORING, K. (1992): *Theory in health education practice. Health Education, 19: 295-313.*

HOUGHTON, V. (1976): *Educación Recurrente*. Narcea, Madrid.

IMSS (2000): Memoria Estadística. México.

IÑIGUEZ ROJAS L. (1996): Lo socio-ambiental y el bienestar humano. *Revista Cubana Salud Pública, 22(1):29-36.*

IBÁÑEZ, J. (2000): *Sobre la metodología cualitativa. Revista Española de Salud Pública; 76(5):493-507.*

JADUE, L.; VEGA J.; ESCOMAR, M.C, y otros. (1999): Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles: métodos y resultados de la encuesta CARMEN. *Revista Médica de Chile, 127:1004-1013.*

JIMENEZ, R. Y MINUJIN, A. (1983): *Estimación de la Mortalidad Infantil, de la Niñez y de la Fecundación, por Grupos Ocupacionales*. ISUNAM, México.

KHUN, T (1975): *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica, Madrid.

KEMMIS, S. (1999). La investigación-acción y la política de la reflexión. En Pérez Gómez, A., Barquín, J. y Angulo F. *Desarrollo profesional del docente: Política, Investigación y Práctica*. Akal, Madrid. 95-118.

KEMMIS, S. Y McTAGGART, R. (1988). *Cómo planificar la investigación acción*. Laertes, Barcelona.

KIRSCHT, J.P. (1974): *The health belief model and illness behavior*. *Health Education Monograph*, 2: 387-408

KLEIN R, KLEIN BE, MOSS SE. (1996): Relation of glycemic control to diabetic microvascular complications in diabetes mellitus. *Annals Internal Medicine*, 124; 90–96.

KLEINMAN, A., P. BRODWIN, et al (1992): *“Pain as Human experience: An Introduction”*, en: Del Vecchio M., P. Brodwin, B. Good y A. Kleinman (Ed.) *Pain as Human experience. An Anthropological Perspective*. 1992, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN, A.(1978): Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems, *Social Science and Medicine*, 12:85-93.

KROEGER, A. y LUNA R. (1992): *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. PAX, México.

LAGE, A. (1995): Los desafíos del desarrollo: la actividad científica como eje de la formación del personal de salud. *Educación Médica y Salud*, 29, (3-4):243-256.

LAKATOS, (1984): *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Tecnos, Madrid.

LAPASSADE, G. (1985): *Grupos, Organizaciones e instituciones*. Gedisa, México.

LARROYO, F. (1990): *Historia general de la pedagogía*. Porrúa, México.

LATORRE A. (2003): *La investigación-acción, conocer y cambiar la práctica educativa*. Grao, Barcelona.

LE BOTERF, G. (1986): *Investigación participativa: una aproximación al desarrollo local*. Narcea, Madrid.

LEAVELL, H. & CLARK, E.G., (1953): *Epidemiology and Multicausal*. Textbook of Preventive Medicine. McGraw Hill, New York.

LEIS, R. (1998): *Comunicación popular para el desarrollo humano*. En Andreu, R.; Díaz, J: y Camacho, A: (Coords.): *La educación popular hacia el siglo XXI* . Sevilla: Instituto Andaluz de la Juventud. Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía.

LESLIE, CH. (1985): The Chinese Model in Health Care Planning, *Social Science and Medicine*, 21, 8

LEWIN, K. (1992): *La investigación-acción y los problemas de las minorías*, en AA.VV., La investigación-acción participativa. Inicio y desarrollo, Biblioteca de Educación de Adultos, nº 6, Popular, Madrid, 13-25.

LINARES, C. (1996): *Participación: ¿Solución o problema?*. Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana, "Juan Marinello". La Habana, Cuba.

LINDEMANN, M. (2001): *Medicina y sociedad*. Siglo Veintiuno. Madrid.

LOPEZ, B.M. Y SEPULVEDA, V. H. (1997): *Enfermedades respiratorias agudas en los primeros 18 meses de vida*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1, 9-17.

LÓPEZ DE CEBALLOS, P. (1989): *Un método para la Investigación-Acción Participativa*, Popular, Madrid.

LORENZANA, P.A. y SANJUR, D. (1999): Abbreviated Measures of Food Sufficiency Validly Estimate the Food Security Level of Poor Households: Measuring Household Food Security. *Journal of Nutrition*, 129: 687–692.

LUDOJOSKI, R.(1984): *Antropología, educación del hombre*. Guadalupe. Buenos Aires, Argentina.

MAX NEEF, M. (1986): *Desarrollo a escala humana*. Editores 20; Medellín.

MALUF, R. (1998): *Diversidad, Desigualdades y la Cuestión Alimentaria*. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 25, 1. <http://www.ub.es/geocrit/sn-25.htm>

MARGULIS, M. (2003): *Juventud, Cultura, Sexualidad . La dimensión cultural en la afectividad y en la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Biblos, Buenos Aires.

MANDIL, P. E. (1983): *Alimentación al pecho; El mejor comienzo para la vida*. México: UNICEF - PAX-MEXICO
MARDONES, J. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica* . Anthropos, Barcelona.

MARTORELL, R. (1995): Results and applications of the INCAP follow-up study. *Journal of Nutrition*, 125; 1127-1138.

MECHANIC, D. (1964): *The Influence of Mothers on their Children's Health Attitudes on Behavior*, en *Pediatrics*, 33,3, 444-453.

MENENDEZ, E.^a (1988): *Morir de Alcohol, Saber y Hegemonía Médica*. Alianza; México.

MENENDEZ, E.^b (1984: 98): *Hacia una Práctica Médica Alternativa. Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

MENENDEZ, E.^c; DI PARDO R.(1996): *De algunos Alcoholismos y Algunos Saberes. Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*. Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

MENENDEZ, E.^d (1987:37): *Medicina Tradicional o Sistemas Práctico-Ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención, en el futuro de la Medicina Tradicional en la Atención a la Salud de los Países Latinoamericanos*. CIESS, México.

MENENDEZ, E^f (1997): *El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad*, en Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad, El Colegio de Michoacán, México.

MENENDEZ, E^g (1981): *Poder Estratificación y Salud. Análisis de las Condiciones Sociales y Económicas de la Enfermedad en Yucatán*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata, 13. México.

MENENDEZ, E. (1990): *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y Transacciones*. México, D.F. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata, 179 . México.

MESA G, RODRÍGUEZ I, TEJA J. (2004): *Las enfermedades emergentes y re-emergentes: un problema de salud pública en las Américas*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15 (4): 285-287.

MESA-LAGOS, C. (1992): *Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe — OPS/OMS*. Washington.

MILLER, W. AND CRABTREE, B. (2000): *Clinical Research*. En DENZIN, N. and LINCOLN, Y. (Ed). (2000). *Handboock of Qualitative Research*. Sage Publications, Inc., California. 607-631.

MÓDENA, M.E.(1990): *Madres, Médicos y Curanderos. Diferencia Cultural e Identidad Ideológica*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Cuadernos de la Casa Chata, 37, México.

MONTANARI, M. (1992): *El hambre y la Abundancia*. Grijalbo-Mondadori, Barcelona.

MORIN, E. (2004): *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Paidós, Barcelona.

MORIN E. (2000): *La mente bien ordenada*. Seix Barral, Barcelona.

MORIN E. (1995). *Las reorganizaciones genéticas*, en Morín E. *Mis demonios*. Kairos, Barcelona.

MORIN E. (1988): *El Método III. El conocimiento del conocimiento*. Cátedra, Madrid.

MORGAN, L. (1990): The Medicalization of Anthropology. A Critical Perspective on the Critical-Clinical Debate. *Social Science and Medicine*, 30 (9):945.

MOSCOVICI, M. (1986): *La teoría de las representaciones sociales*. Paidós, Barcelona.

NAVARRO G. J. (1993): *Aprendizaje y Memoria Humana, Aspectos básicos y evolutivos*. Mc Graw Hill, Madrid.

NEGRO, P. D. (1989): *Comte: positivismo y revolución*. Cincel, Madrid.

NUTBEAM, D.; BLAKEY, V.(1985): *Promoción de la Salud*, una antología. FAO.

OAKLEY, P. (1993): *Proyectos con la población: la práctica de la participación en el desarrollo rural*. Madrid M.T.S.S. 417 pp

OPS, OMS, IDF(1996): *Educación sobre diabetes, disminuyamos el costo de la ignorancia*.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1990): *La Participación Social*. OPS (Serie de Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, 3). Washington DC ,

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1997) Y PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS: *Ayuda Alimentaria, para la Salud y el Desarrollo*. Ginebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1995): *La Participación Social en el Desarrollo de la Salud ; Experiencias Latinoamericanas*. Washington DC, OPS (Serie, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 35).

OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD (1986): *Manual sobre el enfoque de Riesgos en la Atención Materna Infantil*. O.P.S., Washington D.C

OPS (1998): *La salud de las Américas*, Washintong .D.C.

PARK, P. (1992): *Qué es la investigación-acción participativa. Perspectivas teóricas y metodológicas*, en SALAZAR, M.C., *La Investigación- Acción Participativa. Inicios y desarrollos*. Popular, Madrid.

PARKS, W., LLOYD., NATHAN, M. (2005): *International Experiences in Social Mobilization and Communication for dengue Prevention and Control*. Dengue Bulletin, Special Supplement 28, 1-7

PEACOCK, J. (1989): *El enfoque de la antropología*. Herder, Barcelona.

PÉREZ SERRANO, G. (1998): *Investigación cualitativa; retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos*. (2da. ed.). La Muralla, Madrid.

PERDIGUERO E., COMELLES J. (2000): *Medicina y cultura, estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra (SGU), serie general universitaria 8, Barcelona.

PETRUS, A. (COORD) (1997): *Pedagogía social*. Ariel, Barcelona.

PIAGET, (1971): *Psicología y Epistemología*. Ariel., Barcelona.

PINEAULT R., y Daveluy, C. (1987): *La Planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Masson Elsevier, Barcelona.

PLATON, G.(1989): *Pestalozzi, biblioteca, grandes educadores*. Trillas, México.

PLATON, G. (1986): *Diálogos, IV República*. Biblioteca clásica. Gredos, Madrid.

PNUD, UNICEF y UNICEF (2006): *Antología, Preparada para el primer Curso Diplomado: En Desarrollo Humano, Local, Género, Infancia, Población y Salud*. Habana, Universitas/ Cuba, 30 de mayo.

POPPER K. (1990): *La lógica de la investigación científica*. Tecnos, Madrid.

POPPER K. (1994): *En busca de un mundo mejor*. Paidós, Barcelona.

POPKEWITZ, T. (1988): Paradigmas e ideología de la investigación educativa. Mondadori, Madrid.

POSS J. E. (2001): Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Advances in Nursing Science*, 23: 1-15

PULLEN C., NOBLE S. and FIANDT K. (2001): Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and community Health*, 24: 49-73

RACELIS, M. (1993): Movilizando a la población para el desarrollo social. En: Pobreza. Un tema impostergable. Fondo de Cultura Económica, México.

REGIDOR, E.; GUTIERREZ, J. L. (1994): *Diferencias y Desigualdades en Salud en España*. Díaz de Santos, Madrid.

RESTREPO B. (2003): *Una variante pedagógica de la Investigación- Acción Educativa*. OEI. Revista Iberoamericana de Educación, 5.
<http://www.campusoei.org/revista/deloslectores/370Restrepo.PDF> .

RIERA ROMANÍ J. (1998): Concepto, Formación y Profesionalización del educador social, el trabajador social y el pedagogo social. Nan llibres, Valencia.

ROCKWELL, E. (1991): Etnografía y teoría de la investigación educativa. En: Investigación etnográfica aplicada a la educación. Dimensión Educativa. Bogotá.

RODO, A. (1994): *El Cuerpo Ausente*. En *Cuerpo Política*. Debate Feminista. Año 5. Volumen 10. Septiembre.

RODRIGUEZ, J. (1995): *Sociología de la salud*. Síntesis. Madrid.

RODRÍGUEZ-VILLASANTE, T. (1991): *Movimiento ciudadano e iniciativas populares Cuadernos de Noticias Obreras*, HOAC, Madrid.

ROJAS, R. (1990): *Crisis, Salud Enfermedad y Práctica Médica*. Plaza y Valdez, México.

ROJO, N. y GARCÍA R. (2000): Sociología y salud: Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública* 2000; (2): 91-100.

ROMO, M. (2001): Antropología médica: El problema de la obesidad en Chile. ¿Globalización de las pautas culturales de alimentación? Cuarto Congreso Chileno de Antropología. Universidad de Chile

ROOTMAN, I., M. GOODSTADT, et al., (2001): *Evaluation in health promotion : principles and perspectives*, WHO Regional Publications. European Series, 92

ROSENSTOCK I.M. (1990): *The health belief model: explaining health behavior through expectancies*. En: Glanz K., Lewis F.F., Rimer B.k. (editors). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 39-62

SANDOVAL, C. (1997): *Investigación Cualitativa*. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Universidad de Antioquía. Medellín.

SANZ CARRERAS, J. (1998): *La construcción de la pedagogía social: algunas vías de aproximación*. En Petrus Rotger, A. (coord.) (1998). *Pedagogía social*. Ariel, Barcelona.

SAN MARTÍN, H. (1990): *Salud y enfermedad*. Ciencia, Madrid.

SAUNDERS R.;BINGHAM M. (1989): *Perspectivas Piagetianas en la educación infantil*. Morata, Madrid.

SAYED. N.E., GAD. A., NOFAL L., NETTI G. (1999): Assessment of de Prevalence and Potential Determinants of Nutritional Anemia in Upper Egypt. *Food Nurtition Bulletin*; 20:417-421.

SCHEJTMAN, A. (1994): *Economía Política de los Sistemas Alimentarios en América Latina*. Santiago de Chile, FAO.

SECRETARIA DE SALUD (2001): Programa General de Salud 2001-2005. La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud. México, D.F.

SEPULVEDA J. (1990): *La transición Epidemiológica en México: mitos y realidades*. México, D.F. Secretaría de Salud 1990:1-23

SIGERIST, H (1985): *Civilización y Enfermedad*; Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

SILVA, L.C. (2005): *Cultura, estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Díaz de Santos, Madrid.

TAYLOR, S. J. Y BOGDAN, R. (1980): *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Paidós, México.

TERRIS, M. (1999): *Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública*. En: *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC: OMS (publicación Científica 557).

TORRES, C.(1990): *La política de la educación no formal en América Latina. Siglo XXI*, México.

TOULMIN, S. (1977): *La comprensión humana, I. El uso colectivo y la evolución de los conceptos*. Alianza Universidad, Barcelona.

TOMASINI A. (2003): *Estudios sobre las filosofías de Wittgenstein*. Plaza y Valdez. Barcelona.

TRILLA, J. (1993): *Otras educaciones, animación sociocultural, formación de adultos y ciudad educativa*. Anthophos, Barcelona.

TRILLA, J. (1985): *La educación fuera de la escuela, enseñanza a distancia, por correspondencia, por ordenador, radio, vídeo y otros medios no formales*. Nueva Paideia, Barcelona.

TURABIÁN J. L.(1992): *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en Salud*. Díaz de Santos, Madrid.

TURABIAN JL Y PEREZ FB (2001): *Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria* Ed. Díaz de Santos.

TURIA, J. (1979): *Temática del marxismo: síntesis conceptual del pensamiento de sus fundadores y sus realizadores. T.I. los fundadores: Carlos Marx, Federico Engels*. Cinc D'Oros, Barcelona.

UBEDA, L. (2008): *Reflexiones, acerca del festín envenenado*. Revista informativa "Cubahora", año X, Habana Cuba.

UNICEF (1998): *The State of the World's Children Oxford*. Oxford University Press.

VELASCO, H. y DÍAZ, A. (1997): *La lógica de la investigación etnográfica*. Trotta, Madrid.

VERA, C, (2003): *Obesidad y obscenidad: panorama general*. *Revista América Latina en Movimiento*. ALAI .Ecuador.

VERA, C. (2004): *La enseñanza en salud en el marco de la cooperación*. *América Latina en Movimiento*. 2004.05.31. Ecuador.

VERA, C. (2005): *La alimentación un enfoque de la lucha, contra el hambre basada en los derechos humanos*.

VERDECIA F, BORROTO R, REYNOSO T. (1986): *Proceso salud-enfermedad. Sociedad y salud*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana

VIRCHOW R. (1984): *Where are you that we need you.?* *Annales Journal Medicine*, 77:524

VILLASEÑOR, M., (1998): *Saber Popular Urbano y Autoatención en la Lactancia Materna*. En MERCADO, F, J. y ROBLES (Comps.) *Investigación cualitativa en Salud, perspectivas desde el Occidente de México*. Universidad de Guadalajara.

VILLALPANDO, S (2006): *Visión del Estado de Nutrición de la Población Mexicana*. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, Instituto Nacional de Salud Pública.

VYGOSTKI, L.S. (1979): *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo, Barcelona.

WEINSTEIN, N.D. (1988): *The precaution adoption process. Health Psychology, 7*:355-386

WEINBERGER M., GREENE JY, MAMLIN JJ, (1981): *Health beliefs and smoking behavior. American Journal Public Health; 71*:1253-1255

WERNER, D., BOWER, B (1999): *Aprendiendo a Promover la Salud*, Editorial PAX , México.

WERNER D.; SANDERS, D. (2000): *Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*. Editorial, Health Wrights. Palo Alto, California.

WILLIAMS A. (1992): *Salud de los adultos para la vida*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.

WITTGENSTEIN, L. (1981): *Los textos Fundamentales de Ludwing / Wittgenstein/ Ludwing/ Wittgenstein/*, versión e introducción de Jacobo Muñoz e Isidoro Reguera. Madrid, Alianza.

WILKIN TJ, VOSS LD (2004): *Metabolic Syndrome: Maladaptation to a Modern World. Journal of the Royal Society of Medicine 97*(11):511-520.

WOODS, P., 1987. *La Escuela por Dentro*. Paidós, Barcelona.

YACHT, D. (1992): *Qualitative Methods in Health Research Social Science and Medicine*,35. 603-612.



ANEXO 1

I. RESIDENTES, HOGARES Y LISTA DE PERSONAS

1.1 TIPO DE VIVIENDA

Marque un solo círculo

- Casa independiente 1
 Departamentos 2
 Vecindad 3

1.2 NÚMERO DE PERSONAS

¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda contando a los niños chiquitos y los ancianos?

Anóte con número

1.3 NÚMERO DE HOGARES

1.3.1. ¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten el mismo gasto para comer?

- Si..... 1 → Pase a 1.4
 No..... 2

1.3.2. Entonces, ¿cuántos hogares o grupo de personas tienen gasto separado para comer contando el de usted?

Anóte con número

APLIQUE UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR A PARTIR DE LA LISTA DE PERSONAS

1.4 LISTA DE PERSONAS EN EL HOGAR

¿Cuál es el nombre y apellido de los integrantes de este hogar empezando por el jefe o jefa, incluya a los niños chiquitos y los ancianos?

Marque el círculo del informante

PERSONA 1	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>
PERSONA 2	<input type="text"/>	2 <input type="radio"/>
PERSONA 3	<input type="text"/>	3 <input type="radio"/>
PERSONA 4	<input type="text"/>	4 <input type="radio"/>
PERSONA 5	<input type="text"/>	5 <input type="radio"/>
PERSONA 6	<input type="text"/>	6 <input type="radio"/>
PERSONA 7	<input type="text"/>	7 <input type="radio"/>
PERSONA 8	<input type="text"/>	8 <input type="radio"/>
PERSONA 9	<input type="text"/>	9 <input type="radio"/>
PERSONA 10	<input type="text"/>	10 <input type="radio"/>
PERSONA 11	<input type="text"/>	11 <input type="radio"/>
PERSONA 12	<input type="text"/>	12 <input type="radio"/>
PERSONA 13	<input type="text"/>	13 <input type="radio"/>
PERSONA 14	<input type="text"/>	14 <input type="radio"/>

SI AL TERMINAR HAY MÁS DE 6 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA

Vera C. Mendoza PA (2007). Proyecto Cabañas

II. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS

Ahora le voy a preguntar por (NOMBRE):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANOTE EL NOMBRE

--	--

No PERSONA

PARA TODAS LAS PERSONAS

2.1 PARENTESCO

¿Qué es (NOMBRE) del jefe(a) del hogar?

Jefe(a) 1

Espos(a) o compañero(a) 2

Hijo(a) 3

Nieto(a) 4

Otro:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anote el parentesco

2.2 SEXO

(NOMBRE) es:

Hombre 1

Mujer 2

2.3 EDAD

¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?

Menor de 1 año, anote "000"

--	--	--

2.4 DERECHOHABIENTIA

¿(NOMBRE) tiene derecho a servicio médico en

Marque uno o más círculos

el Seguro Social (IMSS) 1

el ISSSTE? 2

por PEMEX, Defensa o Marina? 3

por el Seguro Popular? 4

por un seguro en instituciones privadas? 5

en otra institución?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anote el nombre de la institución

Entonces no tiene derecho a servicio médico? 6

2.5 EDUCACIÓN

2.5.1. ¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado? Si 1 No 2

2.5.2. ¿(NOMBRE) asiste actualmente a la escuela? Si 1 No 2

2.5.3. ¿Hasta que año o grado aprobó (NOMBRE) en la escuela?

Anote con número el último grado en el nivel correspondiente.

Ninguno (ANOTE "0") 0

Preescolar 1

Primaria 2

Secundaria 3

Preparatoria o bachillerato 4

Normal 5

Carrera técnica o profesional 6

Profesional 7

Maestría 8

Doctorado 9

2.5.4. ¿Qué estudios le pidieron a (NOMBRE) para ingresar a (normal, carrera técnica o comercial, profesional, maestría o doctorado)?

Primaria 1

Secundaria 2

Preparatoria o bachillerato 3

Licenciatura o profesional 4

Maestría 5

PARA LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS

2.6 CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

2.6.1. ¿La semana pasada (NOMBRE) ...

trabajó? 1

tenía trabajo, pero no trabajó? 2

buscó trabajo? 3

¿es estudiante? 4

se dedica a los quehaceres del hogar? 5

es jubilado(a) o pensionado? 6

está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? 7

no trabaja? 8

trabajó ayudando en el negocio de la familia sin recibir pago? 9

} Pase a 2.6.2.

} Pase a 2.7.

2.6.2. ¿Cuál es el oficio o puesto (cargo) que tiene (NOMBRE) en su trabajo?

2.6.3. ¿Cuántas horas al día o la semana le dedica (NOMBRE) a su trabajo?

--	--

 hrs. /

--	--

 día

--	--

 semana

PARA TODAS LAS PERSONAS, EN EL CASO DE MENORES DE EDAD SE SOLICITARÁ QUE RESPONDA UN ADULTO QUE PUEDA DAR LA INFORMACIÓN

2.7 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES PATOLÓGICOS

2.7.1. ¿Sabe si padece Diabetes Mellitus alguno de los familiares de (NOMBRE) que le mencionaré a continuación:

Padre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Madre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Hermano (a)	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3

2.7.2. ¿Sabe si padece Hipertensión Arterial alguno de los familiares de (NOMBRE) que le mencionaré a continuación:

Padre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Madre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Hermano (a)	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3

2.7.3. ¿Sabe si padece Alteración de los Lípidos (colesterol/triglicéridos) alguno de los familiares de (NOMBRE) que le mencionaré a continuación:

Padre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Madre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Hermano (a)	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3

2.7.4. ¿Sabe si tiene Sobrepeso u Obesidad alguno de los familiares de (NOMBRE) que le mencionaré a continuación:

Padre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Madre	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3
Hermano (a)	Si.....	<input type="radio"/> 1	No.....	<input type="radio"/> 2	No lo sé.....	<input type="radio"/> 3

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

2.7.5. ¿Sabe si (NOMBRE) padece Diabetes Mellitus? :

Si..... 1 No..... 2 No lo sé..... 3

2.7.6. ¿Sabe si (NOMBRE) padece Hipertensión Arterial? :

Si..... 1 No..... 2 No lo sé..... 3

2.7.7. ¿Sabe si (NOMBRE) padece Alteración de los Lípidos (colesterol/triglicéridos)? :

Si..... 1 No..... 2 No lo sé..... 3

2.7.8. ¿Sabe si (NOMBRE) tiene Sobrepeso u Obesidad? :

Si..... 1 No..... 2 No lo sé..... 3

III. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

3.1 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS Y BIOQUÍMICOS

<p style="text-align: center;">ANTROPOMÉTRICOS</p> <p>3.1.1. Talla: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/> cm</p> <p>3.1.2. Peso: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/> kg</p> <p>3.1.3. CCin: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/> cm</p> <p>3.1.4. IMC: <input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/> kg/m²</p> <p style="text-align: center;">BIOQUÍMICOS</p> <p>3.1.5. Glucosa capilar: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> mg/dl</p> <p>3.1.6. Colesterol: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> mg/dl</p> <p style="text-align: center;">OTROS</p> <p>3.1.7. Presión arterial en reposo:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><i>sistólica</i></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><i>diastólica</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>mm de Hg</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>mm de Hg</td> </tr> </table>	<i>sistólica</i>	<i>diastólica</i>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm de Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm de Hg	<p>3.1.8. De las siguientes figuras, marque el número de la imagen corporal con la que se identifica usted:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><small>Añade aquí el número que seleccionó el encuestado</small></p> <div style="text-align: center;"> </div>	
<i>sistólica</i>	<i>diastólica</i>										
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm de Hg									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm de Hg									
<p>3.1.9. ¿Considera usted que...</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">tiene sobrepeso?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> </tr> <tr> <td>tiene obesidad?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>está bajo de peso?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> </tr> <tr> <td>está bien de peso?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> </tr> </table>		tiene sobrepeso?.....	<input type="radio"/> 1	tiene obesidad?.....	<input type="radio"/> 2	está bajo de peso?.....	<input type="radio"/> 3	está bien de peso?.....	<input type="radio"/> 4	No sabe.....	<input type="radio"/> 5
tiene sobrepeso?.....	<input type="radio"/> 1										
tiene obesidad?.....	<input type="radio"/> 2										
está bajo de peso?.....	<input type="radio"/> 3										
está bien de peso?.....	<input type="radio"/> 4										
No sabe.....	<input type="radio"/> 5										

3.2 DIAGNÓSTICO DE LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y MANEJO NUTRICIO

Coloque en este apartado su evaluación nutricional a partir de los indicadores arriba recolectados (peso, talla, etc.) en función al tipo de población, además describa -de manera general- el manejo nutricional requerido para la condición particular del sujeto.



ANEXO 2

MANUAL DE DIETAS DE TRANSICION ADAPTADAS A OBESIDAD, HIPERTENSION Y DIABETES

PROF. CARMEN VERA 2007

DIETAS

DIETA CORRECTA

Para poder integrar los alimentos y lograr una Dieta Correcta, es necesario conocer el *plato del bien comer*, el cual divide a los alimentos en tres grupos:

1. Verduras y frutas

Proporcionan vitaminas, minerales, agua y fibra.

- Verduras: acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, brócoli, nopales coliflor, calabaza, chayote, tomate, jitomate, hongos, betabel, chile, zanahoria, pepino y lechuga, entre otros.
- Frutas: papaya, manzana, plátano, melón, toronja, naranja, limón, fresa, guayaba, mango, pera, mamey, ciruela, durazno y zapote, entre otros.

2. Cereales y tubérculos

Son fuente de energía, proporcionan hidratos de carbono, vitaminas, minerales y fibra.

- Cereales: tortilla, pan, galletas, pasta, arroz, avena, cebada, amaranto y elote.
- Tubérculos: papa, camote y yuca.

3. Leguminosas y productos de origen animal

Brindan proteínas, vitaminas y minerales.

- Leguminosas: frijol, haba, lenteja, garbanzo y soya.
- Productos de origen animal: leche, queso, yogur, carne, huevo, pollo, pescado y mariscos, entre otros.



RECOMENDACIONES PARA INTEGRAR UNA DIETA CORRECTA

- 1. Incluya al menos un alimento de cada grupo** en cada una de las tres comidas al día.
- 2. Coma la mayor variedad posible de alimentos.**
 - Muchas verduras y frutas, en lo posible crudas y con cáscara; prefiera las de temporada que son más baratas y de mejor calidad. Suficientes cereales (tortilla, pan integral, pastas y galletas, arroz o avena) combinados con leguminosas (frijoles, lentejas, habas o garbanzos).
 - Pocos alimentos de origen animal; dé preferencia al pescado o al pollo sin piel, más que a las carnes de cerdo, borrego, cabrito o res.
- 3. Coma de acuerdo con sus necesidades y condiciones.** Ni más, ni menos.
- 4. Consuma lo menos posible grasas, aceites, azúcar y sal.**
 - Prefiera los aceites a la manteca, mantequilla o margarina.
 - Cocine con poca sal, endulce con poca azúcar y modere el consumo de productos que las contengan en exceso. Retire de la mesa salero y azucarera.
- 5. Beba agua pura en abundancia.**
- 6. Procure la máxima higiene al almacenar, preparar y consumir los alimentos.**
 - Beba únicamente agua hervida o desinfectada con cloro o plata coloidal.
 - Lave y desinfecte las verduras y frutas que se comen crudas.
 - Lávese las manos con agua y jabón antes de comer y después de ir al baño o de cambiar pañales.
 - Los pescados y mariscos deben consumirse bien cocidos.
- 7. Acumule 30 minutos de actividad física al día.**
 - Inicie por periodos de 5 a 10 minutos e incremente poco a poco el tiempo.
 - Procure que se acelere su corazón y su respiración se haga más rápida, cuidando que pueda hablar sin sofocarse.
- 8. Mantenga un peso saludable, el exceso y la falta favorecen el desarrollo de Problemas de salud.**
problemas de salud.
- 9. Cuide que su cintura mida menos que su cadera.**
- 10. Vigile el crecimiento y desarrollo de los niños.**
- 11. Si toma bebidas alcohólicas, no beba más de dos copas al día y sólo con alimentos. Evite fumar. Si fuma, trate de dejarlo, pronto.**

DIETA DE TRANSICION 1

Menú 1

DESAYUNO

Nopales con huevo

- 1 tza. de nopales
- ½ tza. de jitomate
- Cebolla y chile verde al gusto
- 2 claras de huevo
- 1 ½ cdita. de aceite de olivo
- 1 tortilla de maíz

Licuado de mango

- 1 tza. de leche descremada
- ½ mango pequeño
- 2 sobres de edulcorante artificial



TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1400 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	173 g.
Proteínas	68 g.
Lípidos	46.6 g.
Fibra	22.6 mg.
Colesterol	93.7 mg.
Sodio	1471 mg

COLACIÓN

Fruta con queso

- 3 guayabas
- 3 celas. de queso cottage

COMIDA

Sopa de espinaca

1 tza. de espinaca cocida,

Atún mexicano

1 lata de atún en agua Jitomate

- Cebolla
- Limón
- Pimienta
- Pizca de sal
- 2 cditas. de aceite de olivo
- 5 galletas saladas integrales

CENA

Molletes

- 1 bolillo sin migajón
- 2 cditas. de margarina sin sal
- ½ tza. de frijoles molidos (que no sean de lata)
- 60 g- de queso panela, salsa pico de gallo (jitomate, cebolla, chile y cilantro al gusto)
- Café o té sin azúcar. Puede utilizar edulcorante artificial

Tomar de 1^{1/2} a 2 litros de agua simple o de limón sin azúcar durante el día.

PREPARACIÓN

Nopales con huevo

1. Picar los nopales en trozos pequeños
2. Asar los nopales, retirar del fuego hasta que hayan soltado la baba.
3. En una sartén caliente y a fuego lento verter el aceite; una vez que el aceite este hirviendo, vaciar los nopales, el jitomate, la cebolla y el chile.
4. Agregar las claras de huevo y revolver hasta que esté listo.

Licuado de mango

1. Lavar y descascarar el mango.
2. Vaciar la leche en la licuadora,
3. Agregar el mango.
4. licuar.

Sopa de espinaca

1. Lavar y desinfectar las espinacas.
2. Ponerlas a cocer en una cacerola con poca cantidad de agua.
3. Moler las espinacas con el agua en la que se cocieron.
4. Agregar sal al gusto.

Atún mexicano

1. Lavar y picar las verduras.
2. Agregar aceite a una sartén caliente.
3. Drenar el agua de la lata de atún.
4. Acitronar la cebolla.
5. Verter el atún en la sartén y esperar a que se dore un poco.
6. Agregar el jitomate, el limón; la pimienta y la pizca de sal.

Molletes

1. Partir horizontalmente el bolillo.
2. Quitar a la pieza de bolillo el migajón.
3. Untar la margarina sin sal a cada una de las mitades.
4. Untar los frijoles en partes iguales en cada rebanada.
5. Rallar el queso panela y espolvorearlo sobre los panes.
6. Meter al horno por unos minutos hasta que el pan se caliente o dore.
7. Agregar salsa pico de gallo al gusto.

Brócoli

- Coliflor
Champiñones
½ aguacate pequeño
30 g. de pechuga de pavo
1 cdita. de aceite de olivo
Vinagre
1 pizca de sal
5 galletas saladas integrales

Consumir de 1 ½ a 2 litros de agua simple o de limón sin azúcar durante el día

Menú 2

DESAYUNO

Coctel de frutas con queso cottage

- 1 tza. de papaya picada
- ½ pera
- ½ manzana pequeña
- ¼ tza. de queso cottage bajo en grasa
- 2 cdas. de salvado de trigo
- 1 tza. de leche descremada

COLACIÓN

Ensalada de ejotes con queso panela

- 1 tza. de ejotes
- 30 g. de queso panela
- Cebolla y cilantro al gusto

COMIDA

Arroz blanco

- ¼ tza. de arroz crudo
- 1 trozo pequeño de cebolla
- 1 pizca de sal

Pollo envuelto

- 90 g. de pechuga de pollo sin piel
- 30 g. de queso panela
- 2 tzas. de espinacas enteras
- 2 cditas. de aceite de olivo
- 1 pizca de sal
- 1 pera

CENA

Ensalada de verdura con pechuga de pavo

Lechuga

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1400 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	173 g.
Proteínas	68 g.
Lípidos	46.6 g.
Fibra	24.73 mg.
Colesterol	96 mg.
Sodio	1291.4 mg

PREPARACIÓN

Coctel de frutas con queso cottage

1. Lavar y picar las frutas al tamaño deseado.
2. Agregar el queso y el salvado de trigo.

Ensalada de ejotes con queso panela

1. Picar los ejotes previamente cocidos.
2. Cortar en cubitos el queso panela.
3. Agregar cebolla y cilantro al gusto.

Arroz blanco

1. Hervir ½ tza. de agua.
2. Una vez que esté hirviendo, agregar el arroz crudo, la cebolla y la sal.
3. Ya que se haya evaporado el agua y el arroz tenga una consistencia suave, retirarlo del fuego.

Pollo envuelto

1. Encender el horno a 200°C.

2. Lavar y desinfectar las hojas de espinaca.
3. En las hojas de la espinaca envolver el pollo y el queso panela, y fijarlo con un palillo.
4. Poner el pollo en el horno caliente de 10 a 15 minutos.

Ensalada de verdura con pechuga de pavo

1. Lavar y desinfectar las verduras.
2. Cocer el brócoli y la coliflor.
3. En un plato, revolver todas las verduras.
4. Agregar la pechuga de pavo cortada en trozos pequeños.
5. Aderezar con aceite, vinagre y una pizca de sal.

Acompañar con las galletas saladas integrales.

Pimienta
1 pizca de sal

CENA

Fresas con yogur y granola
2 tazas de fresa
½ tza. de yogur descremado natural
¼ de tza. de granola

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1300 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	162.5 g.
Proteínas	65 g.
Lípidos	43.3 g.
Fibra	18.5 mg.
Colesterol	188 mg.
Sodio	1310.7 mg

Menú 3

DESAYUNO

Omelette de verduras con queso

2 claras de huevo
¼ tza. de champiñones
½ tza. de flor de calabaza
30 g. de queso oaxaca
Salsa roja (jitomate, cebolla, cilantro, ajo)
90 g. de queso panela
1 cdita. de aceite de olivo

1 taza de jugo de naranja natural

COLACIÓN

Coctel de papaya con yogur

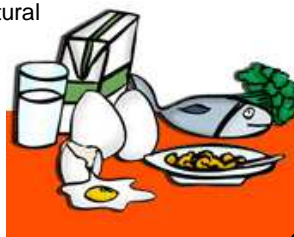
1 tza. de papaya
½ tza de yogur descremado

COMIDA

Carne asada a la mexicana
1 pza mediana de papa al vapor
½ tza de frijoles (que no sean de lata)
120 g. de milanesa de res
1 cdita, de aceite vegetal
2/3 pza. de aguacate
2 tortillas

Ensalada cruda

½ tza. de zanahoria
2 tza. de jícama
1 tza. de pepino
3 cdas. de queso cottage Limón



PREPARACIÓN

Omelette de verduras con queso

1. Lavar y picar los champiñones y la flor de calabaza.
2. En una sartén con el aceite muy caliente, poner las verduras y sofreír.
3. Incorporar las claras de huevo hasta que se cuezan.
4. Agregar el queso oaxaca.
5. La salsa es al gusto.

Coctel de papaya con yogur

1. Picar la papaya.
2. Agregar el yogur.

Papa al horno

1. Lavar la papa y ponerla a cocer en una olla express o en una cacerola con poca agua.
2. Una vez cocida, agregar sal al gusto.

Carne asada a la mexicana

1. En una sartén caliente agregar el aceite vegetal.

2. Ya que el aceite esté caliente, poner la carne de res.
3. Cuando haya adquirido el cocimiento deseado, retirarla del fuego.

Ensalada cruda

1. Lavar, desinfectar, pelar y picar las verduras.
2. Agregar el queso, la sal, la pimienta y el limón.

Fresas con yogur y granola

1. Lavar, desinfectar y cortar la parte de arriba de las fresas. .
2. Ponerlas en una taza.
3. Agregar el yogur y la granola.

Menú 4

DESAYUNO

Licuado de plátano

- 1 tza. de leche descremada
- ½ plátano mediano
- Sustituto de azúcar
- Vainilla y canela al gusto

Taquitos de queso panela

- 2 tortillas pequeñas
- 60 g. de queso panela ^{1/5}
- pza. de aguacate

COLACIÓN

- 3 ciruelas
- 1 tza. de gelatina light

COMIDA

Spaguetti rojo

- 1 tza. de spaguetti cocido con cebolla, sal y orégano
- 2 jitomates
- Chile serrano al gusto
- 1 trozo de cebolla
- Sal al gusto

Pollo empanizado con queso

- 90 g. de pechuga de pollo sin piel
- 2 cditas. de salsa inglesa
- 3 cdas. de queso parmesano
- 1 ^{1/2} cditas. de aceite vegetal

Ensalada jardinera

- Lechuga, pepino, jitomate, cebolla, pimiento morrón rojo y pimienta morrón verde al gusto
- 1 cdita. de aceite de olivo
- Limón al gusto
- 1 pizca de sal

2 tzas. de agua de Jamaica sin azúcar

CENA

1 manzana pequeña

Crema de espinacas

- ½ tza. de leche descremada
- Agua al gusto
- 2 tzas. de espinacas
- 1 cdita. de margarina sin sal
- 1 pizca de sal

Café o té sin azúcar

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1200 kcal.	
Nutrimiento	Cantidad
Carbohidratos	152.5 g.
Proteínas	60 g.
Lípidos	39 g.
Fibra	17.25 mg.
Colesterol	128.7 mg.
Sodio	1285 mg

PREPAR

ACIÓN

Licuado de plátano

1. Verter la leche en la licuadora.
2. Agregar el plátano, el sustituto de azúcar, canela y la vainilla.
3. Licuar.

Taquitos de queso panela

1. Poner las tortillas en el comal.
2. Agregar el queso panela.
3. Esperar a que se caliente el queso y retirar.
4. Agregar el aguacate.

Spaguetti rojo

1. Moler el jitomate con cebolla, chile y sal al gusto.
2. Calentar la salsa de jitomate y bañar el spaguetti con la salsa.

Pollo empanizado con queso

1. Poner la salsa inglesa al pollo y dejar reposar por 5 minutos.
2. Agregar el queso parmesano al pollo.
3. En una sartén con el aceite bien caliente, freír el pollo a fuego lento hasta que se cueza.

Ensalada jardinera

1. Lavar y desinfectar las verduras.

2. Picar las verduras en el tamaño deseado.
3. Agregar el aceite, el jugo de limón y la sal.

Crema de espinacas

1. Lavar y desinfectar las espinacas.
2. Verter la leche y las espinacas en la licuadora.
3. Si desea que no quede tan espeso, agregar agua al gusto.
4. Agregar la margarina y la sal.

Menú 5

DESAYUNO

Huevito revuelto

- 2 claras de huevo Jitomate al gusto
- Cebolla al gusto
- Chile serrano sin semillas al gusto
- 1 cdita, de aceite vegetal
- 1 tza. de jugo de naranja o toronja natural
- 1 reb. de pan integral tostado

COLACIÓN

- Ensalada de verdura cruda con queso panela
- Lechuga y espinaca al gusto
- 15 g. de queso panela

COMIDA

- $\frac{1}{2}$ tza. de frijol (que no sean de lata)
- $\frac{3}{4}$ tza. de arroz integral cocido al vapor

Pescado empapelado

- 90 g. de pescado
- $\frac{1}{4}$ tza. de calabacita
- $\frac{1}{2}$ tza. de nopal
- $\frac{1}{2}$ tza. de brócoli $\frac{1}{2}$ tza. de coliflor
- 2 cditas. de aceite de olivo
- Pimienta y ajo al gusto

Melón

- 1 tza. de melón

Agua simple o de limón sin azúcar

CENA

Avena con frutas

- $\frac{1}{2}$ tza. de avena
- $\frac{1}{2}$ manzana
- 1 durazno
- 3 almendras
- 1 tza. de leche descremada
- $\frac{1}{2}$ sobre de fructosa

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1200 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	151.5 g.
Proteínas	58 g.
Lípidos	40 g.
Fibra	26.3 mg.
Colesterol	81.7 mg.
Sodio	553.7 mg

PREPARACIÓN

Huevito revuelto

1. En una sartén caliente poner el aceite.
2. Picar la cebolla y el jitomate.
3. Acitronar la cebolla.
4. Agregar las claras de huevo y el jitomate.
5. Retirar del fuego cuando el huevo adquiera la consistencia deseada.

Ensalada de verdura cruda con queso panela

1. Lavar y desinfectar la lechuga y la espinaca.
2. Agregar el queso cortado en trocitos

Arroz integral

1. Hervir $\frac{3}{4}$ taza de agua.
2. Una vez que esté hirviendo, agregar el arroz crudo.
3. Ya que se haya evaporado el agua y el arroz tenga una consistencia suave, retirarlo del fuego.

Pescado empapelado

1. Lavar y desinfectar las verduras.
2. Picar las verduras en pequeños pedazos.
3. Prender el horno a 200°C.
4. En papel aluminio, poner el pescado con las verduras y agregar el aceite de olivo, la pimienta y el ajo.
5. Dejar hornear de 10 a 20 minutos, o hasta que el pescado esté bien cocido.

Avena con frutas

1. Poner a hervir la avena con la leche; una vez que la avena tenga una textura suave, retirarla del fuego.
2. Lavar las frutas

DIETA DE TRANSICION 2

Menú 1

DESAYUNO

1 taza de leche descremada
 Sándwich de huevo con jamón
 2 rebs. de pan de caja integral
 2 claras de huevo
 1 cdita de margarina
 2 rebs. de pechuga de pavo

Jugo de fruta

1 taza de jugo de naranja o toronja

COLACIÓN

1 manzana

COMIDA

Arroz integral al vapor

¼ tza. De arroz integral crudo
 1 trozo pequeño de cebolla
 1 pizca de sal

Fajita de pollo al limón

120 g. de fajita de pollo sin piel
 1 limón
 Gotas de jugo de naranja
 1 cdita. de aceite de olivo
 1 tortilla de maíz

Ensalada fresca

2 tzas. de lechuga
 2 tzas. de pepino
 1 zanahoria cruda
 1 cdita. de aceite de oliva
 Limón
 1 pizca de sal

CENA

5 galletas saladas integrales
 Nopalitos gratinados a la mexicana

2 nopales de tamaño regular
 60 g de queso Oaxaca

Limón
 Pimienta

Tomar de 1½ a 2 litros de agua simple o de jamaica sin azúcar durante el día.



TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1370 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	190.5 g.
Proteínas	70 g.
Lípidos	40 g.
Fibra	18.4 mg.
Colesterol	221 mg.
Sodio	1637 mg.

PREPARACIÓN

Sándwich de huevo con jamón

Agregar las claras en un refractario y revolver con un tenedor

Agregar la pechuga de pavo y las claras de huevo en la sartén

Tostar el pan

Untar la margarina

Poner el huevo con la pechuga en los panes para formar el sándwich

Arroz integral al vapor

Hervir ½ tza. de agua

Una vez que esté hirviendo, agregar el arroz crudo, la cebolla y la sal

Ya que se haya evaporado el agua y el arroz tenga una consistencia suave, retíralo del fuego

Fajita de pollo al limón

Sobre la fajita de pollo exprimir 1 limón y unas gotas de naranja

Dejar reposar de 10 a 15 minutos
Poner el pollo en una sartén con
aceite hirviendo
Esperar a que se cueza el pollo y
retirar del fuego
Acompañar con la tortilla de maíz

Ensalada fresca
Lavar, desinfectar y picar la verdura.
Agregar el aceite de oliva, el limón y
la sal

Nopalitos gratinados a la mexicana
Asar el nopal en una sartén
Agregar el limón y la pimienta para
sazonar
Incorporar el queso hasta que
gratine
Acompañar con las galletas saladas

Menú 2

DESAYUNO

½ toronja
Huevo a la mexicana

1 huevo
1 cdita. de aceite
Jitomate, chile y cebolla al gusto
1 pizca de sal
1 tortilla
1 tza. de leche descremada

COLACIÓN

Yogur con fruta
3 guayabas
½ tza. de yogur descremado

COMIDA

Sopa de chícharo
½ tza. de chícharo crudo
Sal al gusto

Pollo asado con puré de papas y
guarnición

2 papas peladas
½ pechuga deshuesada
1 cdita. de aceite de oliva

1 cda. De hierbas frescas picadas (tomillo,
romero, mejorana)

1 cda. de cilantro fresco picado
1 cdita. de mantequilla derretida
1 chorrito de leche
1 cdita. de jugo de limón

Pimienta

1 pizca de sal
1 tza. de espinacas crudas
½ tza. de ejotes

CENA

Avena con fresas
1 cda. de miel
½ tza. de yogur descremado
50 g. de fresas rebanadas
20 g. de avena

Tomar de 1½ a 2 litros de agua simple
durante el día

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1310 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	176 g.
Proteínas	66 g.
Lípidos	36 g.
Fibra	20 mg.
Colesterol	275 mg.
Sodio	1250 mg.

PREPARACIÓN

Huevo a la mexicana
Poner la cebolla en una sartén con el
aceite hasta que se acitrone
Agregar el huevo y dejar que se
cocine ligeramente
Añadir el jitomate picado, el chile y
la sal

Revolver y esperar hasta que se cocine completamente

Sopa de chícharo

Cocer los chícharos y molerlos en la licuadora.

Agregar sal al gusto

Pollo asado con puré de papás

Cocer las papas

Aplanar las pechugas, untar el aceite y esparcir las hierbas

Rociar con limón

Freír la pechuga hasta que se dore (sin agregar más aceite)

Revolver las papas con la leche, la mantequilla y el cilantro; machacar hasta hacer puré.

Servir el pollo con el puré

Guarnición

Ensalada de espinacas con espárragos

Cocer los espárragos al vapor por 4 minutos y esperar a que enfrién

Colocar en un plato los espárragos con los berros y agregar al aderezo

Aderezo: 1 cdita. de aceite de oliva, 1 cdita. de vinagre, $\frac{1}{4}$ de cditade miel de abeja, $\frac{1}{8}$ de diente de ajo molido, sal y pimienta al gusto. Mezclar todos los ingredientes.

Avena con fresas.

Lavar, desinfectar y rebanar las fresas

Mezclar el yogur los presas

Tostar la avena por 1 minuto, añadir la mie, revolver y cocer por 2 minutos más hasta que la avena se dore

Para servir, pone un poco de avena en un plato; agregar el yogur y luego poner el resto de la avena

Menú 3



DESAYUNO

Quesadillas de flor de calabaza
2 tortillas
60 g. de queso oaxaca
Flor de calabaza al gusto
2 cditas. de aceite vegetal

Jugo de fruta natural

1 tza. de melón
1 tza. de yogur descremado
2 cditas. de azúcar

COLACIÓN

Coctel dulce de yogur
 $\frac{1}{2}$ plátano
1 tza. de melón
1 tza. de yogur descremado
2 cditas. de azúcar

COMIDA

Sopa de lenteja

$\frac{1}{2}$ tza. de lenteja cocida

Pollo oriental

$\frac{1}{2}$ tza. de brócoli
 $\frac{1}{2}$ tza. de coliflor
 $\frac{1}{2}$ tza. de col
120 g. de fajita de pollo

15 g. de queso panela
2 cditas. de aceite de oliva

Agregar las verduras, el pollo y el queso
Esperar a que hierva y retirarlo del fuego

CENA

Sándwich de queso panela
2 rebs. de pan integral
30 g. de queso panela
Jitomate y germen de alfalfa al gusto

Sándwich de queso panela
Tostar el pan integral
Agregar el queso panela
Incorporar la verdura en la cantidad deseada

Tomar de 1½ a 2 litros de agua simple o de limón sin azúcar durante el día

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1302 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	178 g.
Proteínas	64.5 g.
Lípidos	36.5 g.
Fibra	16.5 mg.
Colesterol	200 mg.
Sodio	1640.47mg.

PREPARACIÓN

Quesadillas de flor de calabaza
Lavar, desinfectar y picar la flor de calabaza
Verter el aceite en el comal
Una vez que el aceite esté bien caliente, poner las tortillas
Ya que se calienten las tortillas, agregar el queso y la flor de calabaza

Coctel dulce de yogur
Lavar, pelar y picar la fruta
Verter la fruta en un tazón y agregar el yogur y el azúcar

Pollo oriental
Lavar, desinfectar, cocer y picar las verduras.
Cortar el pollo y el queso en trozos del tamaño deseado
En una sartén caliente verter el aceite.

Menú 4

DESAYUNO

Huevo con verduras
2 claras de huevo
½ tza. de ejotes
Chile y cebolla al gusto

Yogur con fruta
½ taza de yogur descremado
3 guayabas

COLACIÓN

Ensalada tricolor
1 tza. de jícama
½ tza. de zanahoria
1 tza. de chayote
2 cditas. de aceite de oliva

COMIDA

Sopa de frijol
½ tza. de frijoles molidos (que no sean de lata)
Arroz integral al vapor
¼ tza. de arroz integral crudo
1 trozo pequeño de cebolla
1 pizaca de sal

Pescado con verduras al vapor
60 g. de pescado
½ tza. de zanahoria

1 tza. de chayote
2 cditas. de aceite de oliva

CENA

Postre de mamey
1 tza. de yogur descremado
1/3 de mamey
10 almendras
Edulcorante artificial

Taquitos de pavo
2 tortillas de maíz
2 rebs. delgadas de pechuga de pavo
1/3 de aguacate

Tomar de 1½ a 2 litros de agua de jamaica sin azúcar durante el día

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1160 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	166.5 g.
Proteínas	60 g.
Lípidos	33.3 g.
Fibra	33 mg.
Colesterol	76.4 mg.
Sodio	917 mg.

PREPARACIÓN

Huevo con verdura
Poner en una sartén el huevo para su cocimiento
Añadir las verduras y una pizca de sal
Mover constantemente para que no se pegue

Ensalada tricolor
Lavar, desinfectar, pelar y picar la verdura
Verter las verduras en un tazón
Agregar la sal y el jugo de una naranja

Arroz integral al vapor
Hervir ½ tza. de agua

Una vez que esté hirviendo, agregar el arroz crudo, la cebolla y la sal
Ya que se haya evaporado el agua y el arroz tenga una consistencia suave, retirarlo del fuego.

Pescado con verduras al vapor
Lavar, desinfectar, pelar y picar las verduras
Hervir las verduras de 8 a 12 minutos hasta que cuezan
Verter el aceite en una sartén caliente
Poner el pescado en el aceite bien caliente y agregar las verduras

Postre de mamey
Lavar, pelar y picar el mamey
Verter el yogur, las almendras y el mamey en la licuadora; agregar edulcorante artificial
Licuar

Taquitos de pavo
Poner las tortillas en un comal caliente
Encima de la tortilla poner la pechuga de pavo
Al retirar la tortilla del comal, poner el aguacate.

Menú 5

DESAYUNO

Tostadas
2 tostadas deshidratadas
½ aguacate pequeño
1 reb. De pechuga de pavo
½ tza. de espinacas crudas
Lechuga al gusto
¼ tza. de queso cottage bajo en grasa
Salsa roja al gusto

Agua de frutas*

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1287.5 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	169 g.
Proteínas	59 g.
Lípidos	32.5 g.
Fibra	25 mg.
Colesterol	45 mg.
Sodio	719.4 mg.

COLACIÓN

1 naranja
16 uvas

COMIDA

Sopa de lentejas
½ tza. de lentejas cocidas
Pollito con papa al horno
60 g. de pollo sin piel en tiras
1 tza. de nopal
¼ tza. de salsa de jitomate
1 cdita. de aceite vegetal

Papa al horno
1 papa mediana
1 cdita. de margarina sin sal
1 pizca de sal

CENA

Avena y fruta
½ tza. de avena cocida
½ plátano mediano
1 tza. de leche descremada
2 cditas. de azúcar

En 1 ½ litros de agua, licuar 1 tza. de papaya con 2 sobrecitos de sustito de azúcar y consumirlo durante el día

PREPARACIÓN

Tostadas

Poner las tostadas en un plato
Moler el aguacate y untarlo en las tostadas

Encima del aguacate, poner la rebanada de pechuga de pavo

Sobre la pechuga de pavo, verter las espinacas, previamente desinfectadas, la lechuga y el queso cottage

Pollito con papa al horno

Poner los nopales a cocer en agua hasta que suelten la baba.

Verter el aceite en una sartén caliente

Agregar la salsa de jitomate al aceite bien caliente

Agregar el pollo y el nopal a la salsa hirviendo

Retirar del fuego cuando el pollo esté bien cocido

Papa al horno

Con un cuchillo, hacer ranuras alrededor de la papa

Poner la papa en el microondas por 5 minutos de cada lado (agregar minutos si es necesario).

Untar la mantequilla a la papa machacada y agregar la sal

Avena y fruta

En leche hirviendo, cocer la avena hasta obtener una consistencia suave.

Pelar y picar el plátano

Agregar el azúcar y el plátano a la avena



DIETA DE TRANSICION 3

Menú 1

DESAYUNO

Licudo de fruta

- 1 tza. de leche descremada
- 2 guayabas
- 1 sobrecito de sustituto de azúcar

Sincronizadas

- 2 tortillas de maíz
- 15 g. de queso oaxaca
- 1 reb. Delgada de pechuga de pavo
- salsa pico de gallo al gusto (jitomate, cebolla, cilantro, chile verde y una pizca de sal)

COLACIÓN

Yogur con fruta

- ½ tza. de yogur descremado
- tza. de papaya o melón
- guayaba

COMIDA

Sopa de acelgas

- 1 tza. de acelgas cocidas
- sal al gusto

Frijoles de la olla

- ½ tza. de frijoles
- Cebolla y chile al gusto
- Sal al gusto

Ensalada de atún

- ½ lata de atún en agua drenado
- 1 cda. de mayonesa
- ¼ tza. de zanahoria cocida
- 1 cda. de chícharos, pepino picado
- Apio picado (un poco)
- Pimienta al gusto
- Pizca de sal
- 5 galletas habaneras

Ensalada de lechuga

- tzas. de lechuga
- Limón
- Pizca de sal

CENA

Postre de manzana

- 1 manzana
- ½ tza. de yogur descremado
- canela y edulcorante al gusto
- 5 galletas maría

Consumir de 1½ a 2 litros de agua simple durante el día.

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1205 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	161 g.
Proteínas	59 g.
Lípidos	35 g.
Fibra	23.2 mg.
Colesterol	61 mg.
Sodio	2000 mg.

PREPARACIÓN

Licudo de fruta

- 1.- Lavar con agua y jabón las guayabas.
- 2.- Poner en la licuadora todos los ingredientes, licuar y servir.

Sincronizadas

- 1.- Lavar y desinfectar el cilantro.
- 2.- Lavar el jitomate, la cebolla y el chile verde.
- 3.- Picar las verduras y colocarlas en un recipiente.
- 4.- Poner en el comal la tortilla rellenándola con el queso y la pechuga de pavo hasta que el queso esté derretido.
- 5.- Servir en un plato con la salsa pico de gallo.

Sopa de acelgas

- 1.- Lavar las acelgas.
- 2.- Ponerlas a cocer en una cacerola con poco agua.
- 3.- Agregar sal al gusto.
- 4.- Una vez cocida, licuar y servir.

Frijoles de la olla

- 1.- Poner a remojar en agua los frijoles crudos durante toda la noche.
- 2.- Escurrir los frijoles y ponerlos en la olla express.
- 3.- Agregar agua hasta cubrirlos.
- 4.- Agregar la cebolla picada y el chile.
- 5.- Poner a cocer durante 20 minutos.
- 6.- Medir $\frac{1}{2}$ tza. y servirlos en un plato.
- 7.- Agregar sal al gusto.

Ensalada de atún

- 1.- Revolver el atún con los ingredientes y servir.
- 2.- Se acompaña de las galletas habaneras.

Postre de manzana

- 1.- Lavar y picar la manzana en trozos pequeños (dejar la cáscara).
- 2.- Agregar el yogur descremado.
- 3.- Espolvorear canela y edulcorante artificial.
- 4.- Se acompaña de las galletas María.

Menú 2

DESAYUNO

- Coctel de frutas
1 tza. de papaya
 $\frac{1}{2}$ platano mediano
 $\frac{1}{4}$ tza. de queso cottage bajo en grasa
Pan tostado con mermelada
1 reb. de pan de caja integral

- 1 cdita. de margarina sin sal
1 cdita. de mermelada de sabor

Jugo de naranja y leche

- 1 tza. de jugo natural de naranja
1 tza. de leche

COLACIÓN

- Rollitos de pechuga de pavo con queso
2 reb. de pechuga de pavo bajo en sales
30 g. de queso panela

COMIDA

- Sopa de papa
1 papa mediana
Hierbas de olor
Sal al gusto

Guisado de res

- 120 g. de carne de res magra
 $\frac{1}{2}$ tza. de calabacita
1 zanahoria
2 cdita. de aceite vegetal
Salsa roja (jitomate, cebolla y chile)
 $\frac{1}{2}$ tza. de frijoles (que no sean de lata)

CENA

- Fresas frías
 $\frac{1}{2}$ tza. de fresas
 $\frac{1}{2}$ tza. de yogur descremado

Guisado de champiñones

- 60 g. de queso panela
 $\frac{3}{4}$ tza. de champiñones cocidos
1 cdita. de aceite de olivo
Jitomate al gusto
Cebolla al gusto

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1387 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	189 g.
Proteínas	70.5 g.
Lípidos	39 g.
Fibra	17.9 mg.
Colesterol	167.5 mg.
Sodio	1681.8mg.

Consumir de 1½ a 2 litros de agua simple durante el día.

PREPARACIÓN

Coctel de frutas

- 1.- Lavar, pelar y picar la fruta.
- 2.- Agregar el queso cottage.

Pan tostado con mermelada

- 1.- Tostar el pan
- 2.- Agregar la margarina y la mermelada.

Rollitos de pechuga de pavo con queso

- 1.- Poner 15 g. de queso panela en cada rebanada de pechuga de pavo.
- 2.- Enrollarla en forma de taco.

Sopa de papa

- 1.- Poner en una olla a cocer la papa junto con las hierbas de olor.
- 2.- Una vez cocidas, moler la papa en la licuadora y agregarle sustituto de sal al gusto.

Guisado de res

- 1.-En una sartén caliente verter el aceite.
- 2.-Cortar la falda de res en trozos
- 3.-Lavar, pelar y picar la verdura.
4. Licuar el jitomate, la cebolla y el chile para elaborar la salsa roja.

- 5.-Verter la salsa en la sartén y esperar a que hierva.
- 6.-Agregar las verduras y esperar de 5 a 10 m
- 7.- Agregar la carne y esperar a que obtenga el cocimiento deseado.
- 8.- Acompañar con frijoles.

Fresas frías

- 1.- Lavar, desinfectar y picar las fresas.
- 2.- Verter las fresas en un tazón.
- 3.- Agregar el yogur y enfriarlo por 30 minutos

Guisado de champiñones

- 1.- Verter el aceite en un sartén caliente.
- 2.- Acitronar la cebolla.
- 3.-Lavar, desinfectar y picar los champiñones
- 4.-Poner los champiñones en la sartén con el aceite bien caliente.
- 5.-Agregar el queso panela y el jitomate
- 6.-Esperar a que hierva y retirarlo del fuego.

Menú 3

DESAYUNO

2 tunas
Cereal con leche y fruta
¾ tza. de cereal bajo en grasa
1 tza. de leche descremada
½ plátano

COLACIÓN

Ensalada cruda
2 tzas. de pepinos
1 manzana
Limón y una pizca de sal

COMIDA

Arroz al vapor

¼ tza. de arroz integral crudo
1 trozo pequeño de cebolla
Sal al gusto

Pollo a la naranja
90 g. de pechuga de pollo
1 cdita. de salsa de soya
Jugo de 1 naranja
1 naranja pelada y cortada en gajos
½ chile verde sin semilla y rebanado
30 g. de berros
2 hojas de lechuga romana

Aderezo

Jugo de 1 naranja
1 cdita. de aceite de oliva
Pimienta
1 pizca de sal

CENA

1 tza. de leche descremada
Enchiladas verdes de pollo
2 tortillas de maíz
30 g. de pechuga de pollo
2 cditas. de queso fresco rallado
1 cdita. de aceite
3 ó 4 tomates verdes
Chile verde, cebolla, ajo y cilantro
1 pizca de sal
½ tza. de frijoles de la olla

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1310 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	176 g.
Proteínas	66 g.
Lípidos	36 g.
Fibra	18.2 mg.
Colesterol	94.7 mg.
Sodio	1940.5mg.

Consumir de 1½ a 2 litros de agua simple durante el día.

PREPARACIÓN

Cereal con leche y fruta

1.- Poner en un tazón el cereal y el plátano picado.

Ensalada cruda

- 1.- Lavar el pepino y cortarlo en rodajas.
- 2.- Picar la manzana en trozos pequeños.
- 3.- Agregar limón y sal al gusto.

Arroz al vapor

- 1.- Hervir ½ tza. de agua.
- 2.- Una vez que esté hirviendo, agregar el arroz crudo, la cebolla y la sal.
- 3.- Ya que se haya evaporado el agua y el arroz tenga una consistencia suave, retilarlo del fuego.

Pollo a la naranja

- 1.- Poner el pollo en una sartén con la salsa de soya, el jugo de naranja, el chile y asarlos.
- 2.- Bañar el pollo con la mezcla durante su cocción.
- 3.- Acomodar los berros, la lechuga, los gajos de naranja y el pollo en un platón.
- 4.- Mezclar los ingredientes del aderezo y añadirlo a la ensalada con el pollo.

Enchiladas verdes de pollo

- 1.- Poner en la licuadora los tomates verdes, un poco de cebolla, un trocito de diente de ajo, cilantro

previamente lavado y desinfectado y la sal. Licuar.

2.- En un sartén con aceite, freír las tortillas y agregar la salsa.

3.- Rellenar las tortillas con el pollo y dejar que se cocine la salsa.

4.- Servir en un plato y agregar el queso rallado encima de las enchiladas junto con unas rodajas de cebolla.

Frijoles de la olla

1.- Poner a remojar en agua los frijoles crudos durante toda la noche.

2.- Escurrir los frijoles y ponerlos en la olla express.

3.- Agregar agua hasta cubrirlos.

4.- Agregar cebolla picada.

5.- Poner a cocer durante 20 minutos.

6.- Medir ½ tza. y servirlos en un plato.

Menú 4

DESAYUNO

Omelette de queso y verduras

1 cdita. de aceite de oliva

½ calabacita rebanada

1 huevo batido

30 g. de queso oaxaca deshebrado

½ chile verde picado

Pimienta al gusto

1 pizca de sal

1 tortilla

Jugo de naranja

1 tza. de leche descremada

COLACIÓN

Yogur con fruta y amaranto

1 tza. de papaya

½ tza. de yogur natural o light

2 cdas. de amaranto tostado

COMIDA

Sopa de frijol

½ tza. de frijoles

Cebolla

1 pizca de sal

Ensalada de pollo

2 tza. de lechuga picada

1 jitomate rebanado

½ toronja en gajos

60 g. de pollo cocido en tiras

1 pan tostado partido en cuadritos

Aderezo

2 cditas. de aceite de oliva

Vinagre y pimienta al gusto

1 pizca de sal

Zanahorias con jícamas

½ tza. de zanahoria rallada

½ tza. de jícama rallada

CENA

Ensalada de verdura con jocoque

½ tza. de lechuga

½ tza. de espinacas

1 tza. de jocoque

2 rebs. De pan integral

Consumir de 1½ a 2 litros de agua simple durante el día.

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1380 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	191 g.
Proteínas	70 g.
Lípidos	36 g.
Fibra	20 mg.
Colesterol	293 mg.
Sodio	1800 mg.

PREPARACIÓN

Omelette de queso y verduras

- 1.- Freír en el aceite las calabacitas hasta que estén ligeramente doradas, añadir el huevo batido y sazonar.
- 2.- Agregar el queso, chile, sal, pimienta y cocinar a fuego medio hasta que los huevos estén firmes y la base esté dorada.
- 3.- Voltar y dejar que se cueza por el otro lado.
- 4.- Acompañar con una tortilla

Yogur con fruta y amaranto

- 1.- Poner en un tazón el amaranto con la papaya.
- 2.- Agregar el yogur.

Sopa de frijol

- 1.- Poner a remojar en agua los frijoles crudos durante toda la noche.
- 2.- Escurrir los frijoles y ponerlos en la olla express.
- 3.- Agregar agua hasta cubrirlos.
- 4.- Agregar cebolla picada.
- 5.- Poner a cocer durante 20 minutos.
- 6.- Moler los frijoles con el agua utilizada para cocerlos.
- 7.- Medir $\frac{1}{2}$ tza. y servirlos en un plato.

Ensalada de pollo

- 1.- Revolver en un recipiente los ingredientes del aderezo.
- 2.- Servir en un plato la lechuga, el jitomate, la toronja y el pollo.

- 3.- Agregar el aderezo y los cuadritos de pan.

Menú 5

DESAYUNO

- $\frac{1}{2}$ toronja
- $\frac{1}{2}$ Sandwich de atún
- 1 reb. de pan integral
- $\frac{1}{3}$ de lata de atún en agua
- 1 cdita. de mayonesa
- Jitomate al gusto

- 1 tza. de leche descremada

COLACIÓN

- Yogur con fruta y amaranto
- 1 tza. de yogur descremado
- $\frac{1}{4}$ tza. de amaranto

COMIDA

- Tacos de pollo
- 2 tortillas
- 60 g. de pechuga de pollo desmenuzada
- 2 cdas. de crema baja en grasa
- Un poco de queso fresco rallado
- Salsa al gusto

- Ensalada de lechuga con espinacas
- 1 tza. de lechuga
- 1 tza. de espinacas crudas
- 1 jitomate

Manzana al horno

- 1 manzana
- Canela en polvo y edulcorante al gusto

CENA

- Enfrijoladas rellenas
- $\frac{1}{2}$ tza. de frijoles de la olla sin aceite
- 2 tortillas
- 30 g. de queso oaxaca
- Nopales
- Lechuga

Cebolla
Chile verde
Salsa al gusto

- 2.- Ponerlas en un platón.
- 3.- Espolvorear la canela.
- 4.- Meterlas al microondas por 2 minutos.
- 5.- Agregar edulcorante artificial.

½ tza. de leche descremada

Consumir de 1½ a 2 litros de agua simple durante el día.

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1380 kcal.	
Nutrimento	Cantidad
Carbohidratos	191 g.
Proteínas	70 g.
Lípidos	36 g.
Fibra	15 mg.
Colesterol	157 mg.
Sodio	1450 mg.

PREPARACIÓN

Sandwich de atún

- 1.- Revolver el atún con la mayonesa y el jitomate picado.
- 2.- Partir en diagonal la rebanada de pan y rellenar con atún.

Tacos de pollo

- 1.- Cocer el pollo y deshebrarlo.
- 2.- Calentar un poco las tortillas y rellenarlas con el pollo.
- 3.- Poner los taquitos a freír.
- 4.- Servir en un plato y agregar la crema, el queso y la salsa.

Ensalada de lechuga con espinacas

- 1.- Lavar y desinfectar la lechuga y las espinacas.
- 2.- Picar las hojas y medir una tza. de cada una.
- 3.- Servir en un plato y adornar con rebanadas de jitomate.

Manzana al horno

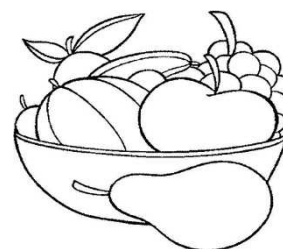
- 1.- Lavar la manzana y cortarlas en rodajas.

Enfrijoladas rellenas

- 1.- Calentar la tortilla en el comal.
- 2.- Pasarla por el frijol y rellenarla con nopales.
- 3.- Adornar con jitomate, lechuga y cebolla.
- 4.- Servir.

Frijoles de la olla

- 1.- Poner a remojar en agua los frijoles crudos durante toda la noche.
- 2.- Escurrir los frijoles y ponerlos en la olla express.
- 3.- Agregar agua hasta cubrirlos.
- 4.- Agregar cebolla picada.
- 5.- Poner a cocer durante 20 minutos.
- 6.- Una vez cocidos, licuarlos



GLOSARIO DE TÉRMINOS

MEDIDAS

Tza. = taza

Tzas. = tazas

Cda. = cucharada sopera

Cdas. = cucharadas soperas

Cdita. = cucharada cafetera

Cditas. = cucharadas cafeteras

Pza. = pieza

Pzas. = piezas

Reb. = rebanada

Rebs. = rebanadas

g. = gramo

1 pizca = porción tomada por el dedo pulgar e índice.



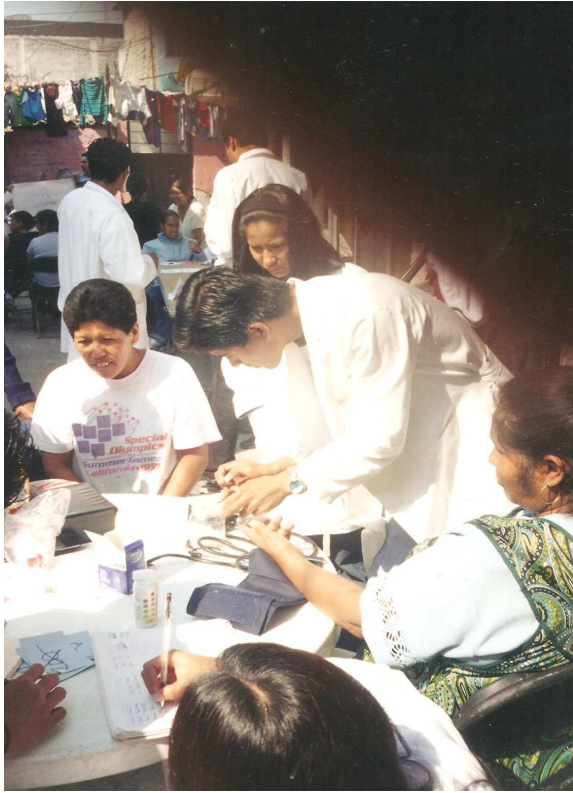


ANEXO 3

FOTOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA COMUNIDAD



Características de una calle de la comunidad (foto izquierda). Actividad educativa (foto derecha)



Actividades educativas preparación de leche (foto izquierda) y toma de tensión Arterial (foto derecha)



Característica Vivienda de la comunidad



Representación teatral de la problemática de salud de la comunidad



Una Vivienda dentro de la localidad



ANEXO 4

TABLA DE CODIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre	Código
Perla	*E.P
Martha	*E.Mar
Ernestina/ Manuel	*E.M
Isela	*E.I
Panchis	*E.Pc
Cony	*E.Co
Chela	*E.Che
Cosme	*E.Co
María	*E.M
Chonita/ Tito	*E.Cho

*E= entrevista



ANEXO 5: Fotos de la kermes de la salud. (Julio 2009)





Anexo 6: Rotafolios.



