

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Modelos culturales sobre alimentación saludable de madres en la región metropolitana de Guatemala: entre los conocimientos y lo asequible

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por
María Inés Castañeda Aragón
para optar al grado académico de Licenciada en Antropología

Guatemala,

2020

Modelos culturales sobre alimentación saludable de madres en la región metropolitana de Guatemala: entre los conocimientos y lo asequible

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Modelos culturales sobre alimentación saludable de madres en la región metropolitana de Guatemala: entre los conocimientos y lo asequible

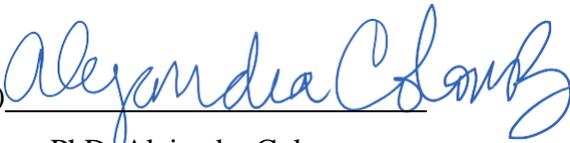
Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por
María Inés Castañeda Aragón
para optar al grado académico de Licenciada en Antropología

Guatemala,
2020

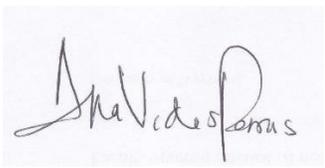
Vo.Bo:

(f)  PhD.
Alejandra Colom

Tribunal Examinador:

(f)  PhD.
PhD. Alejandra Colom


(f) _____ PhD.
Peter Rohloff


(f) _____ PhD.
Ana Vides Porras

Fecha de aprobación: Guatemala, 7 de diciembre de 2020

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mi mamá y a mi papá, por creer en mí y apoyarme desde el momento en que decidí estudiar antropología. No tengo cómo agradecerles todo su apoyo en cada etapa de mi vida.

A Joshua Morales, por leerme, escucharme y apoyarme siempre con paciencia y amor.

A Connie Beneitez de Paiz, porque sin usted esta tesis no existiría. Gracias por confiar en mí y en la antropología.

A todo el equipo de Panifresh, quienes me ayudaron incondicionalmente en el proceso de ejecución de esta investigación.

A todas mis mentoras y mentores académicos a través de la carrera, especialmente a Alejandra Colom, Tatiana Paz Lemus y Ana Vides quienes siempre estuvieron dispuestas a darme de su tiempo para apoyarme desde sus diversas experiencias, conocimientos y lentes epistémicos.

A mis amigas de la universidad, especialmente a Gala Arnaud, por todo el aprendizaje que tuvimos juntas y porque desde nuestro primer trabajo de campo en Petén nos apasionamos y enamoramos de la antropología.

A las mamás que entrevisté, quienes no solo me abrieron las puertas de sus casas sino también confiaron en mí para contar sus historias y las de sus hijos e hijas.

Noviembre, 2020

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	i
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE IMÁGENES	xi
LISTA DE COLLAGE	xiii
RESUMEN	xv
I. INTRODUCCIÓN	1
A. Contexto nutricional en Guatemala.....	1
II. PREGUNTA CLAVE	7
III. OBJETIVOS	9
A. Generales.....	9
IV. MARCO TEÓRICO.....	11
A. El rol de la antropología para investigar la nutrición.....	11
B. Modelos culturales	13
V. METODOLOGÍA	23
A. Paradigma de la investigación.....	23
B. Descripción y justificación del lugar.....	24
C. Descripción y justificación de los participantes	25
D. Descripción de las etapas de la investigación	28
E. Herramientas específicas desarrolladas.....	32
F. Limitantes de la investigación.....	33
G. Riesgos de la investigación	34
H. Medidas a tomarse para minimizar los riesgos	35
I. Beneficios directos para el/la participante	35
J. Beneficios o rendimientos esperados de la investigación	35

VI.	RESULTADOS.....	37
A.	Modelos culturales sobre alimentación saludable.....	40
1.	Grasa	41
2.	Higiene.....	43
3.	Frescura.....	46
4.	Variedad.....	49
5.	Vitaminas	51
B.	Modelos culturales sobre salud.....	53
1.	Tener energía y estar activos para las actividades diarias.....	54
2.	No enfermarse.....	57
3.	Alimentarse bien para no enfermarse.....	58
4.	Tener bienestar.....	59
5.	Estar en el peso adecuado	61
C.	Modelos culturales sobre la estatura	62
1.	Los genes determinan la estatura	64
2.	La alimentación determina la estatura.....	68
D.	Barreras	73
1.	Irma, grupo B	75
2.	Olivia, grupo A	83
VII.	DISCUSIÓN	93
A.	Conocimientos y experiencias compartidas: la base de los modelos culturales.....	93
B.	¿Los modelos de las madres dialogan con los referentes biomédicos?.....	94
1.	Alimentación según las madres y según la biomedicina: consenso	95
2.	La estatura, ¿indicador de salud? Disenso entre madres y biomedicina	97
C.	Conocimientos vrs. barreras.....	103
1.	Barreras materiales.....	104
2.	Barreras sociales, familiares y psicológicas.....	106

VIII.	CONCLUSIONES	111
IX.	RECOMENDACIONES	113
X.	BIBLIOGRAFÍA	115
XI.	ANEXOS	119
A.	Consentimiento informado entrevista	119
B.	Consentimiento informado observación participante.....	122
C.	Instrumento entrevista.....	126

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Resultados de tamizaje nutricional 2018 en Panifresh.....	3
Tabla 2 Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años según lugar de residencia.	24
Tabla 3 Características demográficas de la muestra de madres.....	27
Tabla 4 Longitud/Talla para la edad (puntaje Z) de hijos/as de madres del Grupo A	27
Tabla 5 Longitud/Talla para la edad (puntaje Z) de hijos/as de madres del Grupo B	28
Tabla 6 Propositiones constitutivas del modelo cultural de alimentación saludable	40
Tabla 7 Elementos constitutivos del modelo de salud de las madres.	54
Tabla 8 Propositiones de las madres sobre qué define la estatura.....	63
Tabla 9 Barreras que enfrentan las madres para alimentarse sano y estar sanos.	74
Tabla 10 Fuentes de información de las madres sobre la alimentación.....	93
Tabla 11 Comparación entre mensajes claves de las guías alimentarias de Guatemala y proposiciones de las madres.....	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Resumen de los elementos constitutivos de los modelos culturales de las madres 39

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1 Almuerzo preparado por una de las participantes, moderando el aceite.	41
Imagen 2 Carreta de pollo frito en mercado que frecuenta una de las participantes.....	42
Imagen 3 Pollo fresco (matado ese mismo día) que una de las madres compró para su almuerzo.	48
Imagen 4 Una de las madres participantes comprando pollo fresco para el almuerzo del día.....	48
Imagen 5 Vegetación en la casa de Olivia	83

LISTA DE COLLAGE

Collage 1 Ejemplo de identificación y sistematización de proposiciones sobre el tema de frutas y verduras.....	31
Collage 2 Ejemplos de frutas y verduras que compran y preparan las madres para obtener vitaminas.	51
Collage 3 Imágenes de un ejemplo de almuerzo con Irma.	79
Collage 4 Preparación del Chow Mein de Olivia.	87

RESUMEN

Guatemala ocupa el primer lugar a nivel latinoamericano de desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años. Tanto el sector público como el sector privado se han interesado por atender esta problemática de salud. Algunas de las intervenciones que se han realizado son educativas y se basan en el modelo educacional del cambio de comportamiento. Dichas intervenciones han sido criticadas por no responder a las barreras sociales, económicas y políticas que influyen en este problema de salud. Según el enfoque de modelos culturales, esta tesis indagó sobre los conocimientos de alimentación y salud que comparten las madres de niños y niñas menores de cinco años que participaron en un proceso de tamizaje nutricional en Panifresh en el año 2018. Participaron madres de niños y niñas menores de 5 años con indicadores nutricionales normales, así como también madres de niños y niñas menores de 5 años con indicadores de retardo en talla. Sin importar el estatus nutricional de sus hijos todas las madres participantes compartieron los mismos conocimientos sobre alimentación saludable y compartieron la misma definición de salud. Sin embargo, no hubo consenso entre las madres sobre qué define la estatura de los niños y de las niñas así como si esta se relaciona o no con la salud. Las madres de los niños y niñas con retardo en talla refirieron más barreras al inicio de la vida de sus hijos que sus contrapartes. Por ende, más que un problema de falta de conocimientos esta tesis constata que la desnutrición es un problema complejo que requiere acciones en múltiples niveles para ser solventado.

I. INTRODUCCIÓN

A. Contexto nutricional en Guatemala

En Guatemala impera una «triple carga» de malnutrición. Esto significa que en el país coexisten tasas altas de desnutrición crónica (retardo en el crecimiento), deficiencias de micronutrientes y obesidad (Anthrologica, 2018: 5). Asimismo, el país ocupa el quinto lugar a nivel mundial y el primero a nivel latinoamericano de desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años, con una prevalencia del 46% (Anthrologica, 2018: 5; FAO, 2018; MSPAS, 2015: 48). La desnutrición en Guatemala afecta mayoritariamente a niños y a niñas indígenas pobres de las áreas rurales. Incluso hay estimaciones que proponen que el quintil más pobre de dicha población es la que presenta la mayor desnutrición crónica en el mundo (Martinez *et al*, 2017: 3-4).

En el país, algunos integrantes del sector privado se han interesado por abordar la alta prevalencia de desnutrición crónica en los niños y niñas. Como ejemplo de ello se puede mencionar a la Alianza por la Nutrición, que consiste en un grupo de organizaciones privadas y de sociedad civil guatemalteca cuyo compromiso es combatir la desnutrición crónica, enfocándose en la Ventana de los mil días y la Atención de la primera infancia (SESAN, 2018; Mejoremos Guate, s.f.).¹ Asimismo, a mediados de 2019 la Alianza por la Nutrición lanzó al público guatemalteco su estrategia de comunicación sobre la desnutrición crónica: Nútreme. Su finalidad es informar y crear conciencia sobre la problemática de la desnutrición crónica, pues consideran que si bien es un problema prevalente en el país, este aún es desconocido. Esta iniciativa propone «quitarse la venda» ante el problema de desnutrición crónica y visibilizarlo para comenzar a tomar acciones y erradicarlo (Mejía, 2019; Orozco, 2019; Nútreme, s.f.).

Una empresa que se ha interesado en este tema es Panifresh. Panifresh es una panadería industrial guatemalteca que produce y distribuye pan para las principales cadenas de comida rápida y restaurantes de la región (Panifresh, 2017). La empresa actualmente cuenta con 473 asociados². Todos se encuentran dentro de planilla, gozan de salario ordinario, bonificación incentivo, horas extra, prestaciones de ley³ y algunos

¹ Algunos de los integrantes de esta alianza son la Fundación para el desarrollo de Guatemala (FUNDESA), una entidad privada no lucrativa conformada por empresarios–; CBC; Funcafé; Agexport; CACIF; Fundazúcar; la Fundación Castillo Córdova (el brazo de proyección social de la Cervecería Centro Americana. S.A.); la Fundación Juan Bautista Gutiérrez (de Corporación Multi Inversiones – CMI), entre otras (*ibid.*).

² Karla de León, encargada de planillas, comunicación personal marzo 2019.

³ Bono 14, aguinaldo, vacaciones, IGSS, IRTRA, permisos y licencias (matrimonio, nacimiento de hijo, fallecimiento, maternidad, paternidad, voto y citaciones judiciales).

beneficios adicionales⁴. En 2013 Panifresh inició su programa de responsabilidad social empresarial (RSE) Somos familia, el cual aborda cuatro temas que la empresa considera vitales para mejorar el entorno laboral y familiar de sus asociados: orientación financiera; paternidad responsable; formación de ciudadanos con valores; y nutrición (CentraRSE, 2015: 84-85). Este programa se creó con ayuda de la herramienta «Juntos». Dicha herramienta es una encuesta que funciona a manera de censo y tiene la finalidad de generar una línea de base sobre cinco factores a nivel familiar: educación, nutrición, salud, economía familiar y vivienda (CentrarRSE, 2015: 86).

Como parte del componente nutricional de Somos familia, la empresa ha realizado anualmente, desde 2014, jornadas de tamizaje nutricional para hijos de asociados durante la celebración que hacen del Día del Niño, esto con el fin de identificar casos en riesgo nutricional⁵. Para las primeras jornadas, la empresa contó con el apoyo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). Sin embargo, desde 2017 estas han sido realizadas por una consultora privada de nutrición llamada *Emplogics*⁶. Como respuesta a los casos en riesgo identificados, en 2015 Panifresh llevó a cabo intervenciones con el apoyo de la SESAN. Por ejemplo, tres nutricionistas de dicha institución dieron seguimiento a los casos hallados y realizaron visitas domiciliarias, entrevistas y encuestas a algunos asociados de Panifresh para indagar sobre sus prácticas de salud alimentaria (Chicas, 2015a; 2015b). Dentro de las recomendaciones que plantearon las nutricionistas de SESAN estaban realizar capacitaciones sobre alimentación saludable de acuerdo a la olla alimentaria guatemalteca; reforzar conocimientos sobre lactancia materna y alimentación complementaria; promover la asistencia a los centros de salud de menores de 5 años (para ser beneficiarios de los programas estatales contra la desnutrición); fomentar la importancia del seguimiento médico y monitoreo del crecimiento de los hijos e hijas; y promover la actividad física a nivel familiar (*ibid.*).

⁴ Bono por rendimiento monetario; almuerzos de cafetería; regalo de cumpleaños; capacitaciones; becas de estudio; servicio de internet; programa Somos familia, entre otros.

⁵ Para más detalles sobre la historia y los resultados de estas jornadas de tamizaje nutricional ver CentraRSE, 2015: 84-87.

⁶ La decisión de dejar de trabajar con SESAN fue porque se complicó la relación por problemas de burocracia. Lucrecia González, gestora de bienestar, comunicación personal, 2019.

⁷ Los índices que utiliza *Emplogics* para evaluar la malnutrición coinciden con los que utiliza la Encuesta nacional de salud materno infantil (ENSMI) 2014-2015 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2015: 48). Esta establece que, a partir de las mediciones de peso y talla, se pueden calcular los siguientes índices del estado nutricional:

Desnutrición crónica: se estima a partir de la talla para la edad e indican el retardo en el crecimiento. Se determina comparando la estatura del niño o niña con la esperada para su edad y sexo. La ocasionan factores estructurales de la sociedad.

Desnutrición aguda: se estima con base en el peso para la talla. Indica una desnutrición reciente ya sea por escasez, deterioro en la alimentación o enfermedades recientes. Suele evidenciar ocasiones de crisis.

Desnutrición global: se estima con el peso para la edad y es un indicador general de la desnutrición.

Para evaluar el estado nutricional de un infante, la ENSMI explica que se debe comparar el resultado del niño o niña bajo estudio con el patrón establecido como referencia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según esta población de referencia aquellos niños que estén por debajo de dos desviaciones estándar (DE) de la media de la población de referencia son considerados con desnutrición en cada índice. Por otro lado, los niños por debajo de 3 o más DE en relación con dicha media se consideran con desnutrición severa en cada índice.

Si bien la empresa ha realizado actividades en concordancia con las recomendaciones de la SESAN, los resultados del tamizaje nutricional de 2018 aún indicaban que varios problemas de malnutrición persistían entre los niños y niñas hijos de asociados (ver Tabla 1). Esta investigación surgió debido al interés de la empresa por realizar un estudio cualitativo desde la antropología que permitiera entender a profundidad el contexto de las familias con hijos e hijas que presentan desnutrición crónica, entender sus decisiones alrededor de la alimentación de sus hijos e hijas, y explorar sus conocimientos sobre el tema de la alimentación y la salud.

En función de lo planteado, con esta tesis propongo explorar un tema asociado a la desnutrición: la alimentación. Esta ha sido promovida como una de las estrategias para prevenir y solucionar problemas de malnutrición. Por ejemplo, la guía alimentaria más reciente de Guatemala establece que su objetivo es «promover el consumo de una alimentación completa, saludable, variada, y culturalmente aceptable en la población sana mayor de dos años, para evitar los problemas de desnutrición en la niñez y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles en jóvenes adultos» (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012: 7). Además, se describe como un instrumento educativo para que la población guatemalteca pueda elegir los mejores alimentos para una dieta saludable (*ibid.*: 13).

Tabla 1 Resultados de tamizaje nutricional 2018 en Panifresh

<i>Grupo etario</i>	Frecuencia según problema nutricional							n
	Retardo severo en talla	Retardo moderado en talla	Muy bajo peso	Bajo peso	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad	
<i>0 a 2 años</i>	1	6	0	2	0	0	1	30
<i>2.1 a 5 años</i>	0	3	0	0	0	15	0	47
<i>5.1 a 12 años</i>	2	8	0	0	0	35	6	129
<i>12.1 a 18 años</i>	1	3	0	0	0	12	0	37
<i>Total</i>	4	20	0	2	0	62	7	n = 243

Fuente: elaboración propia según Emplógics (2018).

No obstante, las intervenciones de salud que enfatizan la importancia de la alimentación para la salud nutricional suelen ser educativas y se basan en lo que Bernard (2006) llama el modelo educacional del cambio de comportamiento, el cual es efectivo únicamente si el problema de salud que se aborda radica en ideales, valores, creencias o conocimientos. Para explicar dicho modelo, este autor se remonta a hablar

sobre los paradigmas predominantes en la investigación cualitativa dentro de la antropología. Bernard (2006: 80) plantea que existen tres grandes paradigmas, o perspectivas teóricas que guían las investigaciones cualitativas. En primer lugar, está el paradigma **sociobiológico**, que enfatiza los factores biológicos como la principal causa del comportamiento humano. Luego está el paradigma **idealista**, que plantea a las actitudes, las ideas, los valores y las creencias como la base del comportamiento de las personas. Y por último, está el paradigma **materialista**, que propone que las fuerzas estructurales e infraestructurales como la economía, la tecnología y las condiciones ambientales, son las causantes del comportamiento humano.

Este autor nos advierte que elegir uno u otro paradigma como guía de una investigación tiene implicaciones importantes. Por ejemplo, si escogemos al idealismo, estaríamos defendiendo la premisa de que las creencias y las actitudes son los factores que primordialmente provocan que un grupo de personas se comporten como lo hacen. En consecuencia, esta investigación posiblemente propondría que para transformar el comportamiento de la gente es necesario cambiar sus actitudes y, por ende, sugeriría una intervención educativa o una capacitación para abordar el problema bajo investigación. Esta es la base del **modelo educacional para el cambio del comportamiento**, el cual es bastante popular en proyectos de desarrollo (*ibid.*: 86).

No obstante, a pesar de la popularidad de dicho modelo, Bernard advierte sobre sus limitantes: las intervenciones educativas logran cambiar comportamientos solo cuando el problema bajo investigación radica exclusivamente en conocimientos, valores o actitudes, es decir en lo que algunos denominan cultura (*ibid.*: 87). No obstante, si el comportamiento de las personas está asociado a barreras que ellas viven y que están vinculadas con la estructura o la infraestructura de la sociedad (es decir, con las condiciones socioeconómicas, ecológicas, tecnológicas, etc.) entonces no se podrán cambiar comportamientos utilizando intervenciones educativas o capacitaciones. Winkelman (2008: 271) ilustra estos límites del modelo educacional del cambio de comportamiento a través de una reflexión sobre el siguiente problema de salud: ¿sería más útil educar a madres sobre los riesgos que tiene para la salud de sus hijos jugar con aguas negras? O bien, ¿sería más efectivo cambiar esa condición de riesgo y proveerles de un sistema adecuado de alcantarillado? En otras palabras, un mal uso del paradigma idealista puede tener la consecuencia peligrosa de hacernos creer que un problema es «cultural» (es decir, que radica en las ideas, creencias, valores) cuando en realidad sus raíces están en condiciones de desigualdad y pobreza.

Por ende, vale la pena preguntarse ¿es realmente por un tema de conocimientos sobre «alimentación saludable» y salud que los niños y las niñas se enfrentan a problemas de desnutrición? ¿El acceso a

conocimientos sobre «alimentación saludable» realmente cambia el comportamiento de las personas? ¿Existen barreras sociales, económicas y políticas que perjudican la alimentación y la salud? Para explorar estas preguntas quiero indagar sobre los conocimientos sobre alimentación y salud que comparten las madres de niños y niñas menores de cinco años que participaron en un proceso de tamizaje nutricional en Panifresh en el año 2018. Posteriormente, exploraré si existe un modelo cultural sobre alimentación y salud entre las madres. Después compararé dicho modelo o modelo(s) con referencias biomédicas para establecer en qué coinciden, en qué difieren y qué brechas hay entre ellos. Por último, propongo discutir las barreras que existen (económicas, políticas, sociales y/o culturales) para aplicar dicho modelo o modelo(s).

II. PREGUNTA CLAVE

¿Cuáles son los conocimientos que, entre sí, comparten sobre alimentación y salud las madres de niños y niñas menores de cinco años que participaron en un proceso de tamizaje nutricional en la celebración del Día del Niño de 2018 en Panifresh?

III. OBJETIVOS

A. Generales

- 1.** Identificar los conocimientos que comparten, entre sí, las madres de niños y niñas menores de cinco años, que participaron en un proceso de tamizaje nutricional en la celebración del Día del Niño de 2018 en Panifresh, sobre alimentación y salud.
- 2.** Explorar los modelos culturales sobre alimentación y salud de las madres de niños y niñas menores de 5 años que participaron en el tamizaje nutricional realizado en la celebración del Día del Niño en Panifresh en 2018.
- 3.** Contrastar los modelos hallados con referencias biomédicas sobre nutrición en Guatemala.
- 4.** Discutir las barreras para alcanzar o aplicar los modelos descritos.

IV. MARCO TEÓRICO

A. El rol de la antropología para investigar la nutrición

La nutrición es uno de los temas que la antropología ha querido ayudar a entender y mejorar, sobre todo ante la alarmante doble carga de malnutrición a la que se enfrentan muchos de los países en vías de desarrollo. Esta doble carga se refiere a que en estos lugares tanto la desnutrición como la obesidad coexisten (Roos en Ember, 2004: 178, 180). Si bien las investigaciones antropológicas sobre dichos temas muestran una correlación entre los ingresos bajos y la desnutrición, esto no quiere decir que se trate de un problema exclusivamente económico, al contrario, es multicausal (*ibid.*: 181). Por ende, no existen soluciones simples para prevenir y/o erradicar la desnutrición y si se pretende lograrlo, es necesario abordar sus múltiples causas e implementar intervenciones en los diversos niveles de donde surge cada causa (Roos en Ember, 2004: 181; Winkelman, 2008: 22). En este sentido, la perspectiva holística de la antropología resulta de suma utilidad para investigar la alimentación y la nutrición, pues permite entender estos fenómenos como sistemas complejos que están bajo el influjo de diversos factores como el ambiente, la genética, la herencia, la cultura y las circunstancias socioeconómicas (Roos en Ember, 2004: 178). En otras palabras, el holismo de la antropología nos permite identificar los diversos niveles en los que se debe intervenir si se pretende transformar un problema de salud.

En consecuencia, la antropología invita a considerar la nutrición más allá de sus elementos biológicos. Por ejemplo, busca reflexionar sobre cómo la alimentación va más allá del consumo de nutrientes, pues implica también elementos relacionales, culturales y de identidad de las personas (Yates-Doerr, 2012: 309; Fischer, 2017: 32). Dado que la alimentación está incrustada en las relaciones sociales, las metas de salud nutricionales nunca podrán ser un asunto exclusivo del individuo, sino que también implican elementos familiares y comunitarios (Yates-Doerr, 2016: 305). Por ende, como la alimentación suele ser un acto colectivo, para que los cambios nutricionales ocurran, deben involucrar a todo el núcleo familiar (Fischer, 2017: 35). Asimismo, otro punto que resalta la antropología es que los alimentos no solo son un mecanismo para obtener vitaminas y minerales, sino que pueden servir como medio de expresión de amor y de interés hacia los seres amados (*ibid.*). Por ese motivo es necesario incluir dentro de la noción de «salud» las prácticas de cuidado que ocurren a partir de las cocinas y los alimentos preparados ahí (Yates-Doerr, 2016: 316).

Por otro lado, las investigaciones antropológicas sobre nutrición tienden a criticar fuertemente las intervenciones educativas sobre el tema. Por ejemplo, la importancia de prevenir la desnutrición crónica en

los primeros 1,000 días de vida es reconocida y promovida mundialmente. No obstante, una fuerte crítica hacia las intervenciones asociadas con la «Ventana de los mil días» es que su énfasis en la educación puede ser insensible y poco realista con las madres a quienes están dirigidas (Flood *et al.*, 2018: 297; Martínez, 2017: 6). En estas intervenciones educativas muchas veces se regaña y culpa a las madres por la situación desfavorable del crecimiento de sus hijos, viéndolas como las responsables de sus problemas de salud e ignorando los motivos contextuales de sus decisiones como la escasez económica, el cansancio físico o emocional, y/o la falta de poder sobre las decisiones de la compra de alimentos (*ibid.*). Por ejemplo, Chary (2013: 88) confirma que el estancamiento en el crecimiento se vincula con la transición de la lactancia materna hacia la alimentación complementaria que sucede aproximadamente a los seis meses de edad –ratificando la importancia de vigilar la ventana de los 1,000 días–. No obstante, plantea que dicho estancamiento del crecimiento también se vincula con la estabilidad financiera de las cuidadoras, así como con la disponibilidad de alimentos de calidad en su entorno (*ibid.*).

Las críticas sobre la pertinencia y eficiencia de las intervenciones educativas para abordar la desnutrición son abundantes. Por ejemplo, Yates-Doerr (2012) realizó observación participante en capacitaciones nutricionales para niños en escuelas públicas y para mamás que visitaban centros de salud en las inmediaciones de Quetzaltenango, Guatemala. Su investigación es una crítica profunda a las estrategias pedagógicas que predominan en estos talleres y clases sobre nutrición. Específicamente critica la tendencia a querer «simplificar» y mostrar de la manera más «básica» los contenidos sobre nutrición a públicos que tienen poca escolaridad (*ibid.*: 295-298). Las explicaciones simplificadas y reduccionistas sobre cómo funciona la nutrición resultan confusas porque se basan en categorías dicotómicas que se proponen como si fueran fijas e inalterables (*ibid.*: 295-298, 305). Este tipo de categorías son problemáticas porque no todos los alimentos encajan fácilmente en ellas, la autora explica que «lo ‘saludable’ de un alimento nunca se puede fijar en una categoría de ‘bueno’ o ‘malo’, pues la salud siempre depende de la especificidad del contexto» (*ibid.*: 302). Asimismo, otro inconveniente de las categorías es que no siempre tienen sentido ante las complejidades de las prácticas alimenticias cotidianas (*ibid.*: 298-302). Adicionalmente, hacer uso de una educación nutricional reduccionista que se basa en la transmisión de conocimientos «simples», refuerza la idea de que la responsabilidad sobre la salud reside en el individuo y que es su decisión. En consecuencia, dado que los consejos nutricionales que se comparten se consideran «fáciles», se asume que quienes no los aplican en su vida es por indiferencia o por desobediencia (Yates-Doerr, 2012: 299, 306). Esta postura deja de lado la complejidad implícita en las tomas de decisiones alimenticias sobre la que se ha discutido ampliamente (*ibid.*: 307).

La existencia de estas críticas no significa que la antropología rechace por completo las iniciativas educativas para abordar los problemas de nutrición. Más bien, estas críticas son una invitación a que las estrategias de educación redefinan qué es el conocimiento nutricional y a que valoren el conocimiento que las personas ya poseen sobre la nutrición, incluso si este no viene en formato «científico» (Yates-Doerr, 2012: 310). Es importante que las personas reconozcan que su conocimiento culinario –su experiencia en las cocinas– también es una forma de conocimiento nutricional tan valioso como el conocimiento nutricional científico, técnico y preciso; ambos conocimientos están conectados y son necesarios si se quiere conocer qué significa la salud para las personas y así poder crear estrategias para alcanzarla (*ibid.*: 294). En concordancia con ello, esta disciplina social propone una forma diferente de llevar a cabo los talleres nutricionales: en vez de transmitir la información de manera unilateral, se sugiere que al compartir la información nutricional esta se discuta y debata con las madres de familia, se propone construir y co-crear el conocimiento con las madres para que se sientan más empoderadas para actuar (Fischer, 2017: 37).

B. Modelos culturales

Un enfoque teórico que se ha interesado por estudiar los factores culturales –y que se alinea con el paradigma idealista comentado en la justificación– es el de los **modelos culturales**. Este surgió dentro de la rama de la **antropología cognitiva**, la cual considera a la cultura como un fenómeno esencialmente mental y que ha puesto su atención en las organizaciones mentales del conocimiento (Bennardo, 2013: 49-50). Han existido varios nombres dentro de la antropología cognitiva para referirse a las organizaciones mentales compartidas, uno de los más comunes es «modelos culturales» (Bennardo, 2013.: 50).

¿Qué son exactamente los modelos culturales? Según D’Andrade (1997: 112 en Bennardo, 2013: 51), un modelo cultural es un esquema cognitivo compartido por un grupo social y consiste en un reducido número de objetos conceptuales y su relación mutua. Adicionalmente, la definición por Holland y Quinn (1987: 4 en Bennardo, 2013: 51), plantea que los modelos culturales son modelos sobre el mundo que se dan por sentados, son compartidos por los miembros de una sociedad (sin excluir a otros modelos alternativos), intervienen en la comprensión del mundo, e influyen en los comportamientos de las personas. La función de los modelos culturales es facilitar la organización de información, la interpretación y el aprendizaje sobre el mundo, así como orientar el comportamiento (*ibid.*: 52).

En su libro *Finding Culture in Talk*, Quinn (2005: 38) denomina a las organizaciones mentales no como modelos culturales sino como «esquemas». Ella explica que un esquema es una versión genérica del mundo construida con base en experiencias que se repiten. Mientras mayor sea la repetición de las experiencias que conforman el esquema, este se hace más estable e influye más en la interpretación de

experiencias futuras. Ella plantea que dependiendo de qué tanto la gente comparta experiencias, así terminará compartiendo los mismos esquemas y compartiendo la misma cultura. Es decir, un esquema cultural está construido con base en experiencias similares entre varias personas (*ibid.*: 40). Si un esquema no incluye experiencias que son compartidas por varios, sino únicamente por un individuo, este no sería considerado un modelo cultural sino más bien un modelo mental. Kempton (1997: 10-11) está de acuerdo con la distinción que hace Quinn entre dos tipos de modelos: los mentales y los culturales. Reitera que los modelos mentales son aquellos que presenta un individuo, mientras que los modelos culturales son aquellos que son compartidos por un grupo social o una cultura. No obstante, los modelos culturales casi nunca se discuten de forma explícita y la gente no es consciente de que los comparte con otros miembros de su grupo.

Por otro lado, Kempton (1997: 10-12) explica que cuando los seres humanos aprenden, no lo hacen simplemente acumulando datos nuevos en su cabeza, sino que las personas aprendemos gracias al proceso de construir modelos. Estos nos permiten almacenar nuevos conocimientos y darles sentido. Los modelos ayudan a interpretar situaciones, resolver problemas o hacer inferencias con base en piezas de información, pues nos permiten crear conexiones con otra información que ya habíamos adquirido antes mediante educación formal, conocimiento local, conocimientos adquiridos en nuestra crianza y/o diversas experiencias de vida. El autor también resalta que construir modelos siempre es un proceso activo en el que vamos seleccionando piezas de las diversas fuentes de información a nuestro alrededor. Al final, explica, escogemos la información que nos permita darle sentido al mundo que nos rodea y con base en ese criterio es que creamos modelos. Los modelos culturales que están más arraigados en las personas son aquellos que sirven para explicar las situaciones de la vida, es decir, los aquellos que logran darle sentido a lo que vivimos en nuestro entorno (*ibid.*: 15).

¿Qué elementos conforman un modelo cultural? Bennardo (2013: 51) plantea que los objetos conceptuales que los modelos culturales organizan pueden ser tanto concretos como abstractos. Es decir, un modelo cultural puede organizar conceptos como «animales», pero también conceptos como «el origen» e incluso conceptos como estados o acciones (*ibid.*) Adicionalmente, este autor explica que la forma en la que un modelo cultural organiza dichos objetos conceptuales es buscando relaciones entre ellos. Estas relaciones pueden ser de varios tipos: paradigmáticas, taxonómicas, o relaciones de objetos con sus partes más amplias (por ejemplo, la relación de un dedo con su mano) (*ibid.*). Además, otras relaciones que son de interés para los modelos culturales son las secuencias de estados o eventos y sus relaciones de causalidad o contingencia (*ibid.*: 51-52). Kempton (1997: 12), más sucintamente, propone que los modelos culturales incluyen creencias y/o valores. Define que una creencia es aquello que la gente piensa sobre qué es el mundo y los valores son aquellos principios que sirven como criterio para determinar qué es moral, deseable

o justo. Explica que ambos elementos son importantes porque tanto las creencias como los valores influyen en las acciones de las personas.

¿Qué nos dicen estos modelos? ¿Para qué sirven? Una premisa de la antropología cognitiva es que el marco cultural moldea los asuntos que las personas consideran como importantes y que esto afecta la manera en la que las personas actúan o no sobre ellos (*ibid.*: 1). Asimismo, los modelos culturales demuestran que existen diversas formas de conceptualizar el mundo o un tema, lo cual es resultado de las distintas experiencias o fuentes de información a las que cada persona ha tenido acceso (*ibid.*: 15). Por ejemplo, Kempton y sus colegas (1997: 2-3) se propusieron analizar los componentes y causas del ambientalismo en Estados Unidos a finales del S. XX. Los autores explican que «a través del proceso de ser socializado dentro de una comunidad de especialistas, los expertos en la ciencia y la política del cambio ambiental pueden perder contacto con el pensamiento laico⁸» (*ibid.*: 2). Estos autores expresan que es importante que las iniciativas, programas o políticas que generan las comunidades de expertos no pierdan contacto con lo que la gente «normal» valora. Sin este diálogo entre conocimiento «experto» y conocimiento «común» los proyectos corren el riesgo de no ser comunicados de manera efectiva y estarán destinados al fracaso (*ibid.*).

Como se mencionó, la diversidad de explicaciones sobre un tema puede generar brechas de comprensión entre comunidades de «expertos» y comunidades de gente «normal» respecto de temas ambientales, económicos, de salud, entre otros. En el caso de la presente tesis, el enfoque de modelos culturales es relevante porque permite organizar cómo piensan los distintos grupos o actores implicados en el problema de salud que se investiga⁹. Un modelo cultural puede ser compartido por la totalidad de un grupo o bien, puede ser compartido solo por una sección del grupo y no por otra (Bennardo, 2013: 53). Asimismo, en la realidad, múltiples modelos culturales coexisten y las personas pueden detentar varios y/o solamente partes de estos. No obstante, esta coexistencia de modelos puede implicar choque, competencia, o tensión entre ellos. Reflexionar sobre la coexistencia de modelos es útil porque puede mostrarnos si los modelos culturales entre, por ejemplo, pacientes y practicantes biomédicos coinciden o presentan tensiones. Esto da una guía para orientar acciones que buscan resolver un problema de salud.

¿Cuáles son algunos ejemplos de investigaciones de modelos culturales en el área de salud?

Una buena parte de las investigaciones que usan el enfoque de modelos culturales son aplicadas. Existen

⁸ Más adelante en la introducción del libro los autores comentan el origen del término «persona laica» (*layperson*) para referirse al público en general. Explican que la palabra «laico» originalmente se oponía al término «clero», quienes, similar a los científicos actualmente, eran considerados las principales autoridades sobre la verdad (Kempton, 1997: 15).

⁹ Ph.D. A. Colom, comunicación personal, mayo 2019

sobre diversos temas, por ejemplo, ambientales como la que se comentó anteriormente. Asimismo, existen muchas investigaciones que corresponden al área de salud y medicina (Bennardo, 2013: 240, 252), sobre las cuales profundizaré a continuación. Bell (2009, en Bennardo: 259-260), indagó sobre los modelos culturales de cáncer entre pacientes de quimioterapia. La autora sospechaba que las comprensiones de este tratamiento iban a ser diferentes entre las pacientes y los practicantes de salud (Bell, 2009: 170). El estudio halló que entre las pacientes había un modelo cultural donde el sufrimiento en la quimioterapia se interpretaba como señal de mejoría y de que el tratamiento estaba siendo efectivo (*ibid.*: 175). En consecuencia, aquellas pacientes que no presentaban efectos secundarios se sentían ansiosas y preocupadas sobre la efectividad de su tratamiento (*ibid.*: 173). Por otro lado, los practicantes biomédicos no solían considerar estas percepciones de las pacientes sobre el rol del sufrimiento en su quimioterapia. En consecuencia, en esta investigación se propone que tomar conciencia sobre la brecha entre las percepciones de las pacientes y las de los profesionales de la medicina es un paso importante para proveer cuidados de salud adecuados, evitar malentendidos, y reducir las preocupaciones y ansiedades de las pacientes a lo largo del tratamiento de quimioterapia.

Otro estudio que ejemplifica las brechas entre modelos biomédicos y modelos de pacientes, así como sus implicaciones para las intervenciones de salud, es la investigación de Watts y Gutierrez (1997 en Bennardo, 2013: 182-184) sobre modelos culturales de abuso de sustancias entre nativos americanos. Este estudio identificó diferencias clave entre el modelo de Alcohólicos Anónimos (AA) y los enfoques nativo americanos para tratar el abuso de sustancias. Una de las más importantes es que el modelo de AA se centra en el individuo, posando la responsabilidad de recuperación únicamente en la persona. Por otro lado, el modelo nativo se centra en la comunidad y considera que la recuperación del individuo es tanto responsabilidad de este como de su comunidad y su familia. El objetivo de la investigación era evaluar la importancia de incluir o no los modelos culturales nativos; es decir, la perspectiva socio-céntrica en los tratamientos de dependencia hacia sustancias. Se estableció que en el proceso de recuperación de pacientes nativos americanos es importante permitir la participación de mediadores de la comunidad y la familia (*ibid.*: 184).

Por otro lado, a pesar de los beneficios de este enfoque para identificar brechas entre los modelos culturales de los pacientes y los modelos biomédicos, este ha sido fuertemente criticado porque no suele atender los factores externos que moldean los modelos culturales (Bennardo, 2013: 182). No obstante, si bien no son todos, hay estudios que sí los consideran y analizan. Está el caso de la investigación doctoral de Clauss (2011 en Bennardo, 2013: 181) sobre modelos culturales de cáncer en la comunidad Yavapai-Apache de Estados Unidos. La autora encontró que la mayoría de las causas de cáncer que los miembros

de este grupo identificaron tenían que ver con factores ambientales –como contaminación química de pruebas nucleares y mineras– y no con aspectos conductuales (*ibid.*). Además, el estudio mostró que los entrevistados tenían una visión fatalista respecto al cáncer y la autora discute cómo esta visión, de la mano del miedo y desconocimiento sobre alternativas para tratar esta enfermedad, influye en que la incidencia de muerte por cáncer sea más alta entre nativos americanos que entre otros estadounidenses (*ibid.*). Sin embargo, plantea que más allá del modelo fatalista de este grupo, uno de los factores que tiene más peso en las altas tasas de mortandad por cáncer es la posición marginal de este grupo indígena en la sociedad estadounidense. Como plantea Bennardo (2013: 181-182), lo que distingue a este estudio de otros relacionados con modelos culturales es que «resalta cómo las propiedades de la estructura social –como la marginalidad y la pobreza– interactúan con los modelos culturales para dar como resultado un alto índice de cáncer entre los Yavapai-Apache, con relación a otras poblaciones. El estudio nos recuerda que las fuerzas ambientales, socioeconómicas, políticas y estructurales deben ser atendidas si queremos examinar el proceso que moldea los modelos culturales». Este punto es muy importante y me hace regresar a la Antropología Médica Crítica y su llamado a que, si se van a estudiar factores cognitivos, estos necesariamente deben ser analizados dentro de un contexto social, económico y político más amplio. Como establece Garro (en Ember: 2004: 21), no se debe perder de vista que el conocimiento cultural y el mundo social tienen una relación dialéctica: se forman e informan mutuamente todo el tiempo.

Por último, quisiera comentar la investigación de Chary (2013) sobre las dinámicas sociales de la desnutrición en poblaciones indígenas que viven en áreas rurales de Guatemala. Considero que esta investigación se asemeja a la de Clauss (2011), en el sentido de que analiza factores culturales –como conocimientos, creencias, valores– y materiales –como restricciones económicas y ausencia de servicios de salud– implicados en la desnutrición. Este estudio no tiene un enfoque de modelos culturales. Sin embargo, sí explora cómo la situación de abandono de los grupos indígenas que viven en las áreas rurales ha moldeado sus ideas sobre la salud y la nutrición. A través de entrevistas cualitativas se les preguntó a madres de niños con desnutrición si consideraban que sus hijos estaban desnutridos. Muchas de ellas respondieron que en Guatemala los niños y las niñas son pequeñas en comparación con otros niños y niñas del mundo. No obstante, explicaban que para ellas esto no significaba que hubiera desnutrición (*ibid.*: 91). La autora propone que explicaciones como la anterior evidencian una normalización de la desnutrición crónica a nivel individual y comunitario (*ibid.*: 94). El artículo discute que esta normalización es resultado de la interacción de las expectativas bajas de salud en un contexto de pobreza, de la agencia limitada de las madres para tomar decisiones sobre alimentación en su hogar, y del desconocimiento, pues como planteó una mamá, ella pensaba que era normal que los niños fueran de baja estatura y nunca nadie le dijo lo contrario (*ibid.*).

Estos hallazgos podrían interpretarse desde una perspectiva que romantiza la cultura. Por ejemplo, se podría plantear que estas declaraciones son indicios de una nosología alternativa maya o una evidencia de la incapacidad de las personas indígenas de aprehender conceptos biomédicos (*ibid*). Así y todo, la investigación propone una explicación más sencilla respecto al modelo de las madres: «el abandono social generalizado de las poblaciones rurales indígenas y el extenso subdiagnóstico de la desnutrición de los niños crea una situación en la que, puesto de manera simple, la ausencia de enfermedades infantiles no se puede imaginar o articular» (*ibid.*). El artículo resalta las maneras en las que la violencia cotidiana, simbólica y estructural llevan a normalizar la desnutrición (*ibid.*: 95). Una de las conclusiones de la investigación es que el escenario de marginalización al que se enfrentan las comunidades restringe la articulación de una visión de bienestar infantil, por lo que sugieren que se debe iniciar un proceso que cuestione el estándar actual de bienestar y las aspiraciones de salud de las comunidades, esto sin desatender las desigualdades de género, las luchas cotidianas de subsistencia a las que se enfrentan las familias y su acceso restringido a servicios de salud (*ibid.*).

En síntesis, los modelos culturales son útiles para estudiar problemas de salud porque nos permiten organizar cómo piensan diferentes grupos o actores asociados al problema de salud bajo investigación. Esto da paso para que se puedan comparar los modelos existentes, dígame modelos hegemónicos como los de la biomedicina con los modelos de las personas. Luego, a partir de estas comparaciones es posible identificar tensiones o brechas entre dichos modelos con el fin de identificar qué tipo de intervenciones permitirían proveer cuidados de salud más adecuados. Adicionalmente, nos permiten encontrar los factores (u objetos conceptuales) que constituyen el fenómeno de salud de interés para posteriormente identificar patrones y relaciones entre ellos, esto con el fin de entender con mayor profundidad los procesos asociados al problema de salud de interés. Empero, como muestra la discusión previa, es muy importante que si se usa este enfoque se reconozca que los factores cognitivos siempre guardan relación con el contexto económico, social y político, ¡esto no se debe olvidar nunca! Si se ignoran los factores estructurales, se corre el riesgo de caer en las falacias del modelo educacional del cambio de comportamiento, es decir, erróneamente identificar a elementos culturales como la principal causa del comportamiento de las personas cuando quizás las causas del problema son en realidad estructurales.

¿Cómo se identifica y reconstruye un modelo cultural? La fuente más directa para descubrir los esquemas (o modelos) culturales es lo que la gente dice sobre el tema que se quiere investigar. Y, para poder acceder a lo que la gente habla sobre estos temas, la entrevista es la herramienta más útil (Quinn, 2005: 39). Las entrevistas permiten acercarse al habla cotidiana y a la perspectiva de los entrevistados. Por eso, mientras se lleva a cabo se le debe ceder el control del diálogo a los participantes para darle énfasis a

la visión que ellos tienen sobre el fenómeno bajo estudio (*ibid.*: 41). Kempton (1997: 19, 232) coincide con este punto: en las entrevistas, la antropóloga investigadora tiene que asumir ignorancia sobre el tema investigado y deben ser los participantes quienes le den luces sobre este. Por eso, en las entrevistas se les da rienda suelta para que ellos respondan y expliquen todo lo que quieran. En estas entrevistas los investigadores son escuchantes activos y altamente interesados en que la gente expanda su punto, indague su explicación y proporcione ejemplos; se busca que el participante explique todos los detalles posibles.

Quinn (2005: 41-42) aconseja que en las entrevistas el investigador debe estar atento a comentarios interesantes, frases o palabras clave que generen la sospecha de que hay temas que pueden explorarse aún más. También recomienda elaborar un listado de esos temas al finalizar cada entrevista para luego sondearlos con el resto de los participantes. Esto no solo amplía los datos, sino que hace que la totalidad del material etnográfico sea más comparable. Es importante retomar e indagar sobre los temas identificados ya sea en la primera entrevista o bien, como la autora misma lo hizo, a través de varias sesiones de entrevistas con la misma persona. El reunirse varias veces con los participantes y llevar a cabo la entrevista por sesiones sirve para genera *rapport* y extender las entrevistas hasta el punto de saturación, es decir hasta que las personas ya no tengan nada más qué decir sobre el tema.

Si bien las entrevistas individuales nos demuestran claramente el modelo mental de cada participante, aquello recurrente y compartido en las entrevistas de todos los participantes es lo que permite identificar y declarar que existe un modelo cultural (Kempton, 1997: 11). Por eso, el análisis de las entrevistas debe estar orientado a identificar y evidenciar los conocimientos o comprensiones *compartidas* entre los participantes (Quinn, 2005: 43, *itálicas mías*). Para lograr reconstruir un modelo cultural a partir de las entrevistas, Quinn (2005: 36) propone realizar un análisis cultural del discurso, que consiste en identificar metáforas, razonamientos y palabras clave dentro del discurso o «habla» de los participantes. En esta sección únicamente explicaré las metáforas y los razonamientos.

La autora explica que las **metáforas** son útiles e importantes para el análisis por tres motivos (Quinn, 2005: 48-50). Primero, porque son un recurso expresivo ampliamente utilizado por las personas, que sirven de apoyo para presentar sus argumentos. Segundo, porque las personas las utilizan para clarificar los puntos que quieren plantear a sus interlocutores. En consecuencia, las metáforas que escogen para lograr esa aclaración usualmente son las que incluyen puntos clave sobre su modelo mental, por ende, sirven como señal de un punto clave en su modelo. Y en tercer lugar, cuando se encuentran metáforas similares entre los participantes, esto nos alerta sobre la posibilidad de que existe un modelo cultural y confirma que dichas metáforas representan conceptos clave del modelo.

Con respecto a los **razonamientos**, la autora explica de forma breve cómo estos nos permiten identificar si existe o no un modelo cultural: siempre que la muestra de la investigación repetidamente utilice la misma línea de causalidad para concluir su comprensión sobre un tema, entonces se puede declarar que esa muestra presenta un modelo cultural. En palabras de la propia Quinn (2005: 67) «(...) los entrevistados repetidamente siguieron la misma cadena de explicación para llegar a sus conclusiones. Si no hubiera sido así, hubiéramos tenido que concluir que no existía un esquema cultural para razonar sobre el tema que estábamos investigando».

La autora explica que hay razonamientos que sí se presentan de forma ordenada y siguen más o menos la siguiente estructura: comienzan enunciando la proposición que se quiere demostrar, siguen con una secuencia de enunciados sobre por qué se debería creer en la proposición y terminan con una conclusión que reafirma la proposición original (*ibid.*: 63). Sin embargo, los razonamientos no siempre son formados ordenadamente ni tampoco se expresan explícitamente (*ibid.*: 64). A pesar de esto, cuando el razonamiento no es claro ni estructurado es responsabilidad de la investigadora analizar los pedazos de explicaciones con los que cuenta para poder demostrar que la estructura de explicación que se halló es en efecto compartida (*ibid.*: 65).

Otro elemento analítico útil para reconstruir los modelos culturales son las **proposiciones**. Roy D'Andrade (en Quinn, 2005: 91) al igual que los demás autores coincide en que las entrevistas son el punto de partida para investigar sobre modelos culturales. El autor explica que a partir de las transcripciones de las entrevistas se pueden extraer ideas clave y puntos esenciales sobre lo que se habló del tema. Específicamente, propone extraer esas ideas y escribirlas como una proposición simple. Esto con el fin de recuperar el quid del discurso expresado por el informante. Estas proposiciones deben mantener la fidelidad de lo que expresó el informante, por ende, solo deberían incluir palabras que él o ella hayan utilizado. Luego, estas proposiciones pueden servir como cimientos para reconstruir un modelo cultural (*ibid.*: 92). Asimismo, agrupar las proposiciones halladas puede servir para identificar las ideas centrales del modelo (*ibid.*: 93).

Por último, al igual que D'Andrade, Kempton y colegas hicieron uso de las proposiciones en su investigación sobre modelos culturales del ambientalismo en Estados Unidos. Al igual que el resto de los autores, ellos también comenzaron con entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas y posteriormente transcritas (Kempton, 1997: 19). Después, con base en las transcripciones de las entrevistas extrajeron las ideas más importantes o controversiales. Luego, entre todas esas ideas seleccionaron 142 proposiciones que a su criterio reflejaban la diversidad de opiniones expresadas en las entrevistas (*ibid.*: 232). Para redactar

estas proposiciones parafrasearon las frases de las entrevistas y en ocasiones incluyeron las mismas palabras que emplearon los informantes. Los autores utilizaron estos enunciados para generar la segunda parte de su estudio, una encuesta. Ellos explican que, si bien las entrevistas tienen la ventaja de dar libertad al participante para expresar su perspectiva y postura sobre un asunto, su limitación es que no permite saber qué tanto esa perspectiva la presenta otra persona y tampoco permite establecer qué tanto esa misma perspectiva está o no presente en la sociedad. Por eso realizaron la encuesta, para medir qué tanto estas ideas estaban presentes y tenían adeptos entre su muestra. La encuesta incluía las proposiciones que seleccionaron de las entrevistas y consistía en que las personas contestaran si estaban de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado, haciendo uso de una escala de Likert (para obligar a la gente a tomar una postura).

V. METODOLOGÍA

A. Paradigma de la investigación

La presente investigación fue guiada según el paradigma constructivista. Este sostiene que todo aquello que los humanos conocen y dan por cierto sobre el mundo es construido mediante las interacciones de las personas (Le Compte, 1999: 48). Para este paradigma la cultura es esencialmente cognitiva y se refleja en los significados que la gente comparte y expresa a través del lenguaje, los símbolos y otras formas de comunicación (*ibid.*: 49). De acuerdo con este paradigma, los significados son situados, es decir, están bajo el influjo de las características contextuales de quienes los detentan, por ejemplo, factores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos, de edad, de género e históricos (Le Compte, 1999: 49; Creswell, 2007: 21). Los significados pueden ser múltiples y las personas los negocian en su día a día. Por otro lado, los significados no son estáticos ni inmutables, sino que se pueden transformar mediante el diálogo. Estas alteraciones pueden incitar a nuevas construcciones de la realidad y nuevas formas de actuar (Le Compte, 1999: 49). El objetivo de este paradigma es indagar sobre la diversidad y la complejidad de perspectivas que tienen las personas sobre los problemas de estudio. En consecuencia se pretende hallar patrones de significados para aumentar la comprensión sobre ellos (Creswell, 2007: 20-21). Finalmente, se busca que la comprensión profunda de los fenómenos sociales sirva como guía para establecer acciones transformadoras (Le Compte, 1999: 50-51).

Sobre la elección de un paradigma es importante recordar que Bernard (2006: 80) plantea que los diversos paradigmas no compiten entre ellos ni son mutuamente excluyentes, sino que más bien son complementarios para los diferentes niveles de análisis de la investigación. Adicionalmente, como plantea Le Compte (1999: 55), en la cotidianidad de la investigación todos los paradigmas son importantes y se hace necesario recurrir a todos ellos. Con esto en mente, a pesar de que mi investigación será guiada primordialmente por el paradigma constructivista, no excluiré en mi análisis las propuestas de otros paradigmas. Por ejemplo, que el paradigma constructivista enfatice elementos culturales, no quiere decir que se ignorarán factores como las fuentes sociales de la desigualdad, ni la meta de utilizar la investigación como un medio para transformar la realidad social (*ibid.*: 45-46)

B. Descripción y justificación del lugar

El estudio se circunscribió a la región metropolitana de Guatemala pues en esta región habita la mayoría de los asociados de la empresa Panifresh¹⁰. Esta región abarca todo el departamento de Guatemala, incluyendo los municipios de Guatemala, Santa Catarina Pinula, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, Chinautla, San Pedro Ayampuc, Mixco, San Pedro Sacatepéquez, San Juan Sacatepéquez, Chuarrancho, Villa Nueva, Villa Canales, Amatitlán, Fraijanes, San Miguel Petapa y San Raymundo.

Las estadísticas nacionales indican que en las áreas rurales existe una mayor prevalencia de desnutrición crónica que en las áreas urbanas (ver Tabla 2). De hecho, la región metropolitana de Guatemala presenta la menor prevalencia de desnutrición crónica en todo el país; mientras que la mayor prevalencia se concentra en la región noroccidente, cuya población es mayoritariamente indígena (Banco Mundial, 2011). No obstante, a pesar de que este problema de salud sea más apremiante en las áreas rurales, es igualmente importante estudiar la desnutrición en contextos urbanos. Más de la mitad de las áreas urbanas del mundo se ubican en países en vías de desarrollo y muchas personas migran hacia ellas en búsqueda de oportunidades de empleo (Easton, 2004: 207, 209). Estas áreas se enfrentan a múltiples problemas que representan barreras para alcanzar condiciones de salud óptimas. Por ejemplo, los asentamientos informales urbanos se enfrentan a complicaciones de saneamiento básico –como ausencia de sistemas adecuados de desagüe, recolección de basura, tratamiento de aguas negras, entre otras (*ibid.*: 207-208, 211). Por otro lado, la alta concentración poblacional en las urbes conlleva dificultades para encontrar opciones de vivienda que sean seguras y accesibles económicamente, lo cual constantemente empuja a la gente a vivir en condiciones de hacinamiento y violencia (*ibid.*: 208). Adicionalmente, el hacinamiento se vincula con varios problemas de salud que emergen de servicios de saneamiento inadecuados y que fomentan la transmisión rápida de algunas enfermedades (*ibid.*).

Tabla 2 Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años según lugar de residencia.

<i>Área/Región</i>	Prevalencia según tipo de desnutrición	
	Desnutrición crónica	Desnutrición crónica severa
<i>Área urbana</i>	35%	10%
<i>Área rural</i>	53%	20%
<i>Región metropolitana</i>	25%	5%
<i>Región noroccidente</i>	68%	31%

Fuente: elaboración propia según Ministerio de Salud y Asistencia Social (2015: 50).

¹⁰ Lucrecia González, gestora de bienestar en Panifresh, comunicación personal.

Con el fin de comprender mejor la salud algunos autores acuñaron el término **sindemia**¹¹, el cual propone que la interacción entre las condiciones sociales –como la pobreza– y la exposición a múltiples amenazas para la salud pueden agravar la vulnerabilidad a ciertas enfermedades o problemas de salud e incluso pueden empeorar sus consecuencias (*ibid.*: 211-212). Como explican Baer, Singer y Susser (en Easton, 2004: 211) la salud en las áreas urbanas es el resultado de la interacción compleja entre la amenaza de enfermedades y un conjunto amplio de factores político-económicos y sociales como el desempleo, la pobreza, el hacinamiento, las infraestructuras inadecuadas, la violencia de pandillas, la ineficiencia de los servicios de salud, entre otros.

C. Descripción y justificación de las participantes

La población con la que trabajé en esta investigación fue con las madres de niños o niñas que participaron en las evaluaciones antropométricas a finales de septiembre de 2018 en las instalaciones de Panifresh¹². Decidí trabajar con las mamás como un *proxy* para entender la situación de salud nutricional de los niños por dos motivos. Primero, porque como plantea Martín (2005: 12, 19, 22) en su investigación sobre alimentación en las clases populares de Andalucía, si bien el rol de las mujeres en la sociedad se ha ido transformado y ha dejado de ser exclusivamente doméstico, todavía se les adjudica la mayor responsabilidad sobre la alimentación y la salud familiar. En segundo lugar, porque Bernard (2006: 50) sugiere que sin importar el tema de estudio siempre es recomendable recolectar datos con base en la menor unidad de análisis posible. Por ejemplo, es mejor recolectar datos sobre individuos que sobre hogares. Por consiguiente, dado que en esta investigación era imposible entrevistar directamente a los niños o niñas, recurrí a las madres.

Para estudiar a esta población seleccioné una muestra no probabilística. Para hacerlo, utilicé un método de muestreo intencional, específicamente el muestreo por caso atípico o extremo. Pelto (2013: 147) plantea que en ocasiones se puede aprender más estudiando a profundidad algunos casos excepcionales que estudiando muchos casos promedio, y que este tipo de muestreo se ha utilizado en investigaciones sobre nutrición. En consecuencia, escogí dos submuestras. Los criterios de selección de la primera submuestra fueron los siguientes: ser asociadas Panifresh o esposas/parejas de un asociado Panifresh que tuvieran por lo menos un hijo o hija menor a cinco años¹³ con diagnóstico de retraso de talla para la edad, que fueran

¹¹ *Syndemics*, en inglés.

¹² Pelto (2013: 147) menciona que partir de indicadores cuantitativos para escoger a informantes clave que luego participarán en un estudio cualitativo es una buena opción para interrelacionar la recolección de datos cuantitativa con la cualitativa.

¹³ Panifresh quiere enfocarse en los casos de niños menores de cinco años pues en esta etapa la desnutrición crónica todavía es reversible.

mayores de edad y que habitaran en la región metropolitana de Guatemala. Para seleccionar a la primera submuestra di prioridad a los casos que la consultora de nutrición *Emplogics* identificó como los más vulnerables. Por otro lado, los criterios de selección de la segunda submuestra fueron: asociadas Panifresh o esposas/parejas de un asociado Panifresh con al menos un hijo o hija menor a cinco años, cuya totalidad de hijos o hijas presentaran indicadores nutricionales saludables, que fueran mayores de edad y que habitaran en la región metropolitana de Guatemala.

Escogí 10 casos para cada submuestra (n=20). Según D'Andrade (en Quinn, 2005: 99) con base en su experiencia en estudios de modelos culturales, una muestra de entre 20 y 30 personas es suficiente para tener un estimado razonable del grado de acuerdo sobre los componentes de un modelo cultural. Por otro lado, también es importante resaltar que a lo largo de la tesis haré distinción entre las dos submuestras para hacer contrastes al presentar los resultados. Por eso, denominaré como «grupo A» al que está conformado por mamás con hijos o hijas que presentan retraso en talla para la edad y, a su vez, denominaré como «grupo B» al que integra a las mamás cuyos hijos o hijas presentan indicadores nutricionales saludables.

En total participaron 19 madres y un padre de familia. Los datos demográficos de las integrantes de cada submuestra se detallan en la Tabla 3. A lo largo de la tesis generalizaré a las participantes como «madres» pues el 95% de la muestra está conformada por mujeres. La participante más joven tenía 19 años y la mayor, 34. La mediana de hijos era de tres por familia. El menor grado de escolaridad fue de participantes con primaria incompleta y el más alto fue ciclo diversificado completo. Sin embargo, dos mamás (una de cada grupo) completaron un par de semestres universitarios. Las ocupaciones de las madres eran diversas, algunas eran exclusivamente amas de casa. Otras combinaban su rol de amas de casa con trabajos informales o ventas de comida, por catálogo, entre otras. El resto trabajaban a medio tiempo o tiempo completo en comedores, como asistentes domésticas, maestras o tenían un trabajo formal en Panifresh. Si bien todos los hogares de las madres participantes contaban con al menos un salario formal del asociado o asociada Panifresh, debido a la diversidad de ocupaciones, algunos hogares presentaban ingresos adicionales.

Por otro lado, como se mencionó, se trabajó con un muestreo por caso atípico o extremo. Una submuestra contó con madres de niños y niñas con indicadores de retardo en talla y otra submuestra de madres de niños y niñas con indicadores antropométricos normales. La Tabla 4 y Tabla 5 resumen las edades, puntajes z de longitud/talla para la edad y problemas nutricionales de los hijos e hijas de las mamás participantes. Cabe aclarar que no tuve acceso a los puntajes Z exactos, sino solo a puntajes aproximados con base en el diagnóstico que la consultora de nutrición realizó.

Tabla 3 Características demográficas de la muestra de madres

Característica demográfica	Grupo A n=10	Grupo B n=10
Mediana de edad	26	29
Mediana de hijos	3	3
Sexo de las participantes		
<i>Mujer</i>	10	9
<i>Hombre</i>	0	1
Total	10	10
Último nivel de escolaridad completado		
<i>Ninguno</i>	1	2
<i>Primaria</i>	2	2
<i>Básicos</i>	2	0
<i>Diversificado completo</i>	5	6
Total	10	10
Ocupación		
<i>Ama de casa + trabajo informal</i>	4	4
<i>Ama de casa</i>	3	2
<i>Maestra</i>	0	2
<i>Trabajo en comedor</i>	1	0
<i>Trabajo en fábrica</i>	1	2
<i>Trabajo doméstico</i>	1	0
Total	10	10
Ingresos del hogar		
<i>Solo padre provee ingreso formal</i>	4	3
<i>Madre y padre proveen ingresos formales</i>	3	3
<i>Madre provee ingreso informal adicional al ingreso formal del padre</i>	3	4
Total	10	10

Fuente: elaboración propia según datos de la investigación (2019).

Tabla 4 Longitud/Talla para la edad (puntaje Z) de hijos/as de madres del Grupo A

Código de mamá participante	Sexo del hijo/a	Edad del hijo/a	Longitud/talla para la edad (puntaje z)	Estatus nutricional
1A	Mujer	1 año, 7 meses	-2	Retardo moderado en talla
2A	Hombre	11 meses	-2	Retardo moderado en talla
	Mujer	7 años	-2	Retardo moderado en talla
3A	Mujer	10 años	N/A	Sobrepeso
	Mujer	1 año	-2	Retardo moderado en talla
4A	<i>Se excluyó del análisis porque durante la investigación dejó de trabajar para la empresa.</i>			
5A	Hombre	2 años	-3	Retardo severo en talla
	Mujer	4 años	-2	Retardo moderado en talla
6A	Hombre	6 años	-1	Talla normal
	Hombre	3 años	-2	Retardo moderado en talla
	Mujer	6 años	-3	Retardo severo en talla
7A	Hombre	8 años	-1	Talla normal
	Mujer	1 año, 8 meses	-2	Retardo moderado en talla
	Mujer	3 años	-1	Talla normal
8A	Mujer	8 años	-1	Talla normal
	Mujer	2 años	-1	Talla normal
	Mujer	3 años	-2	Retardo moderado en talla
9A	Mujer	7 años	N/A	Sobrepeso
	Mujer	2 años	-2	Retardo moderado en talla
10A	Mujer	1 año	-3	Retardo severo en talla
	Hombre	5 años	-1	Talla normal
11A	Hombre	8 meses	-2	Retardo moderado en talla
	Hombre	9 años	N/A	Sobrepeso

Fuente: elaboración propia según Emplógics (2018)

Tabla 5 Longitud/Talla para la edad (puntaje Z) de hijos/as de madres del Grupo B

Código de mamá participante	Sexo del hijo/a	Edad del hijo/a	Longitud/talla para la edad (puntaje z)	Estatus nutricional
1B	Hombre	4 años	-1	Talla normal
	Hombre	6 años	-1	Talla normal
2B	Mujer	4 años	-1	Talla normal
	Hombre	10 años	-1	Talla normal
3B	Hombre	4 años	-1	Talla normal
4B	Mujer	1 año	-1	Talla normal
	Mujer	4 años	-1	Talla normal
	Mujer	6 años	-1	Talla normal
5B	Hombre	1 año	-1	Talla normal
	Mujer	10 años	-1	Talla normal
6B	Mujer	2 años	-1	Talla normal
	Hombre	5 años	-1	Talla normal
	Mujer	9 años	-1	Talla normal
	Mujer	10 años	-1	Talla normal
	Hombre	15 años	-1	Talla normal
7B	Mujer	2 años	-1	Talla normal
	Mujer	7 años	-1	Talla normal
8B	Hombre	5 años	-1	Talla normal
	Mujer	9 años	-1	Talla normal
9B	Hombre	1 año	-1	Talla normal
	Hombre	5 años	-1	Talla normal
10B	Hombre	3 años	-1	Talla normal
	Mujer	7 años	-1	Talla normal
	Mujer	8 años	-1	Talla normal

Fuente: elaboración propia según en Emplógics (2018)

D. Descripción de las etapas de la investigación

La primera etapa de la investigación comenzó en julio de 2018 cuando se estableció el contacto entre Panifresh y yo. Hubo una reunión inicial donde Lucrecia González, gestora de bienestar, explicó la historia de la empresa, los antecedentes del programa Somos familia y los temas que le interesaban que yo como investigadora abordara. Luego hubo discusiones entre mi persona y Lucrecia González donde se sugirieron temas adicionales que consideraban importantes de abordar en la investigación. Posteriormente se inició la etapa de revisión bibliográfica. Entre junio y noviembre de 2018 se investigó a profundidad sobre temas de nutrición en Guatemala; investigaciones cualitativas sobre nutrición; nutrición y antropología; cultura y nutrición; conocimientos y comportamientos nutricionales; entre otros. La literatura preliminar sirvió como base teórica para la elaboración del protocolo de esta investigación. Además, durante dichos meses realicé observación participante en actividades de la empresa con el fin de familiarizarse con la misma, su cultura institucional y generar *rapport* con los asociados. Luego, con base en la teoría recabada, desarrollé las preguntas de investigación. Posteriormente elaboré el instrumento para las entrevistas del estudio y realicé pruebas piloto del mismo con dos asociadas Panifresh que eran madres de familia.

Después seleccioné y **contacté a la muestra de participantes**. Dado que la mayoría de ellas eran las esposas/parejas de asociados de la empresa, para lograr contactarlas hice un primer acercamiento con sus esposos/parejas. Ellos fueron contactados personal y directamente por mí para tener un primer encuentro dentro de las instalaciones de la empresa con el fin de explicarles la investigación, darles una hoja con toda la información sobre la misma, resolver sus dudas y pedirles invitar a sus esposas a participar. En este primer encuentro también intercambiamos números telefónicos para posteriormente volver a contactarlos y preguntarles si sus esposas querían participar y resolver potenciales dudas. Si los asociados de Panifresh consideraban que la madre de familia estaba interesada en participar solicité su número telefónico para que yo pudiera contactarla y ponerme de acuerdo con ella para realizar el trabajo de campo. En el caso de que la potencial participante era asociada de la empresa, se hizo el mismo procedimiento directamente con ella.

Finalmente llevé a cabo el **trabajo de campo**: realicé las entrevistas semiestructuradas a madres, las visitas domiciliarias, la observación participante y las notas de campo. A cada participante y a cada entrevista se le asignó un código para mantener la confidencialidad de ellas y de sus datos. Luego se procedió a realizar las **transcripciones de las entrevistas**. Bajo el enfoque de modelos culturales grabar el audio de las entrevistas y posteriormente transcribirlo es esencial porque brinda el material textual para realizar el análisis cultural del discurso (Quinn, 2005: 18-19). Para lograrlo, con previa autorización de las participantes, todas las entrevistas fueron registradas con una grabadora de voz digital marca SONY modelo ICD-PX470. Cabe agregar que actualmente no existe consenso entre los analistas culturales del discurso respecto a los tipos de anotaciones y el nivel de detalles que se deben incluir en las transcripciones; esas decisiones usualmente responden al propósito analítico particular de cada investigación (*ibid.*). Además, dado que los modelos culturales se interesan sobre todo en los significados implícitos, el análisis de los datos siempre debe partir de *qué* dice la gente y enfocarse de manera secundaria en *cómo* lo dicen. Por consiguiente, lo importante es que en la transcripción predomine el habla literal de las participantes respecto al tema investigado. Es así como en el caso de mi investigación las transcripciones fueron literales. Únicamente omití muletillas, interrupciones ajenas a la entrevista (como cuando un familiar llegaba a saludar), y extractos sobre temas completamente ajenos a la investigación (por ejemplo todos los detalles que brindó una madre sobre su relación con el magisterio). Si bien mis transcripciones sí incluyeron anotaciones entre paréntesis asociadas a emociones al hablar de algún tema (tristeza, risas, etc.) no fueron fundamentales en el proceso de análisis.

Con base en las transcripciones inicié el **proceso de codificación** el cual se basó en los principios de la codificación inductiva o “abierta” (Bernard, 2006: 493-494). Esta codificación se utiliza cuando se está abordando un tema de forma exploratoria, como es el caso de la presente investigación. En esta

codificación se leen y releen profundamente los datos buscando palabras y temas que son sobresalientes o que se repiten constantemente. Asimismo, a través de esta codificación se debe estar atento a temas o palabras que se usan de formas inusuales.

Adicionalmente, dado que mi investigación se enmarca en el enfoque de modelos culturales, en el proceso de codificación también estuve atenta a identificar -dentro de los temas generales hallados inductivamente- metáforas, explicaciones o proposiciones compartidas. En el caso de las metáforas cabe aclarar que no las hallé de forma tan recurrente entre la información proporcionada por las mamás, por lo que no forman parte de mi análisis. En cuanto a las explicaciones compartidas, estas sí fueron halladas y se codificaron según temas similares de forma inductiva. Por último, también me fue posible encontrar proposiciones. Para recabarlas me basé en la metodología de D'Andrade (2005: 91-98) quien explica el procedimiento para identificarlas y luego reconstruir con ellas el o los modelo(s) cultural(es):

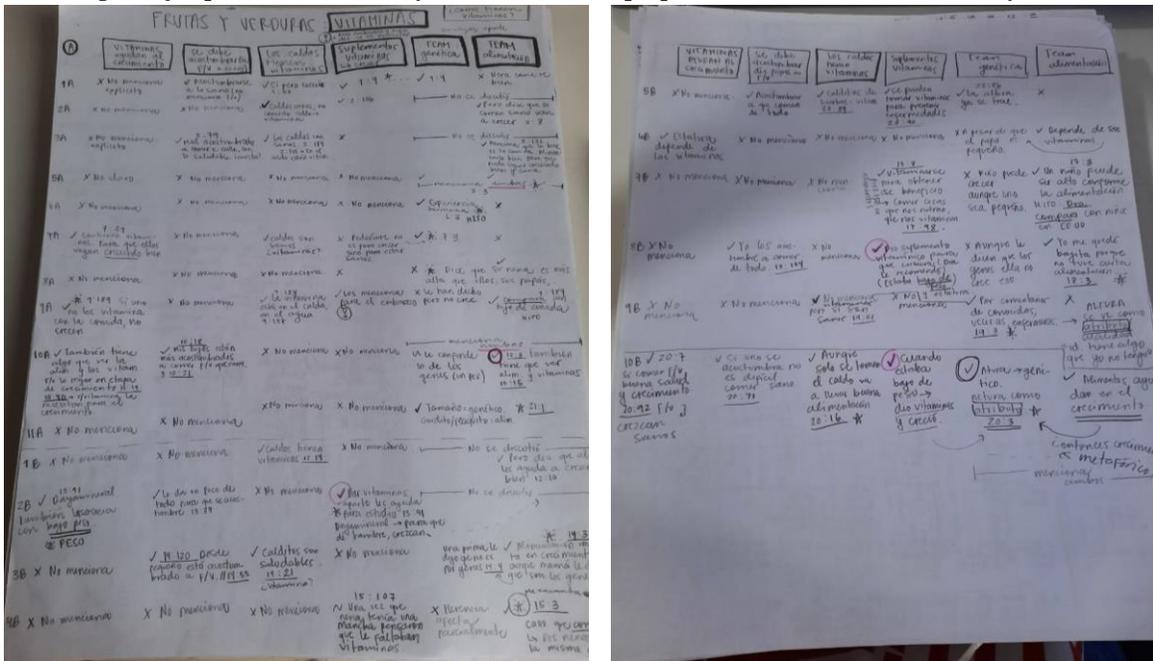
- a) Según las transcripciones se debe replantear lo que los participantes dijeron por medio de proposiciones simples. El fin de esto consiste en recuperar el quid de lo que hablaron las y los participantes. Estas proposiciones siempre se basan en y utilizan las palabras mencionadas por ellos y ellas.
- b) El siguiente paso consiste en identificar los objetos básicos de esas proposiciones, las cuales reflejan la estructura más compleja del modelo cultural. Para saber cuáles son esos objetos básicos uno se puede guiar en las palabras que más se repiten en las proposiciones.
- c) Posteriormente, se deben agrupar las proposiciones. Esto se hace a través de un proceso inductivo en el que se identifican temas recurrentes en ellas. Luego, las proposiciones se agrupan según similitudes. La finalidad del uso de estas agrupaciones es identificar las ideas centrales del o los modelo(s) cultural(es).
- d) Luego se deben examinar las proposiciones y explicar las relaciones entre los objetos que mencionan. Esto sirve para identificar las relaciones que incluye el modelo de forma implícita para luego reformularlas de manera explícita.
- e) Por último, se deben elegir las proposiciones más sobresalientes para formar el o los modelo(s) culturales. Es importante recordar que las proposiciones no pretenden reflejar todas las ideas de un grupo social respecto a un tema sino presentar las ideas centrales sobre ese tema que son compartidas por el grupo.

Respecto a las proposiciones es importante resaltar que mientras más se tengan, habrá mayor claridad sobre qué componentes son los centrales del o los modelo(s) culturales. Idealmente, una vez

formuladas las proposiciones iniciales luego se deberían replantear nuevas proposiciones que reflejen las ideas centrales halladas. Esto con el fin de poner a prueba con otra muestra si consideran que estas son falsas o verdaderas. Lamentablemente, en mi investigación no me fue posible realizar una segunda ronda de visitas domiciliarias y/o entrevistas por lo que no pude realizar ese paso. Es decir, las proposiciones expresadas en este texto surgieron con base en la única ronda de entrevistas que realicé. Para futuras investigaciones se podrían poner a prueba las proposiciones que identifiqué.

Es posible entender este proceso con mayor claridad al leer la sección de resultados, donde se presentan las proposiciones halladas y clasificadas según el tema que abordan. Asimismo, en la sección de resultados se reconstruye el modelo cultural hallado a partir de dichas proposiciones y las explicaciones compartidas. Sin embargo, a fin de ilustrar a grandes rasgos una parte del proceso de identificación de las proposiciones se puede revisar el Collage 1. Este ejemplifica algunas de las proposiciones que hallé con base en la información dicha por las madres sobre el tema de las frutas y verduras. Para cada proposición busqué cuáles participantes la mencionaban con el fin de identificar aquellas que eran más frecuentes (y por ende más centrales al modelo cultural en cuestión). Este proceso se puede realizar a mano, o bien, en alguna ficha digital en Excel. Todo depende de la preferencia de la o el investigador.

Collage 1 Ejemplo de identificación y sistematización de proposiciones sobre el tema de frutas y verduras



Fuente: fotografía propia capturada durante análisis de datos (2019).

Por último, referente al análisis es importante recordar que el proceso de codificación y análisis están íntimamente relacionados. Como bien mencionan Miles y Huberman (en Bernard, 2006: 495) «codificar es analizar». En mi proceso de investigación esto aplicó perfectamente ya que según la codificación fue posible identificar las categorías para analizar y reconstruir los modelos culturales. Por ello, como dije anteriormente, en la sección de resultados y análisis esto se presenta de forma más clara y evidente.

E. Herramientas específicas desarrolladas

Como ya se discutió ampliamente, para reconstruir los conocimientos compartidos de las personas, Quinn (2005: 1-2, 7, 40-42) recomienda emplear el análisis cultural del discurso y explica que la entrevista es la herramienta más utilizada para hacerlo. Las entrevistas que mejor permiten acceder al discurso suelen ser semiestructuradas, deben ser grabadas con audio y posteriormente transcritas (*ibid.*). Por ende, para recopilar los datos de esta investigación se recurrió a dos herramientas: entrevistas semiestructuradas y observación participante.

Por un lado, se realizaron **entrevistas semiestructuradas** a las madres de familia de la muestra descrita con anterioridad. El instrumento de la entrevista constó de 10 secciones temáticas que buscaban indagar sobre definiciones de salud, alimentación saludable, experiencias con la lactancia materna, preparación de alimentos, prácticas de higiene, estrategias de inversión en alimentos, dinámicas en los tiempos de comida, potenciales barreras alrededor de estos temas, hitos transformadores y actividad física (para más detalles del instrumento ver la sección de anexos). Estos temas sirvieron de guía, pero siempre se motivó a que las participantes ahondaran cuanto desearan sobre los temas que quisieran, teniendo libertad de expresarse y de proponer platicar de temáticas no contempladas originalmente en la guía de preguntas. Con base en el enfoque de modelos culturales, las personas entrevistadas marcaban el paso de la entrevista y se buscó que su voz predominara y fuera interrumpida lo menos posible por mí. Durante la entrevista estuve atenta a palabras, frases o pistas que dieran indicios de que había más por hablar sobre el tema. De igual forma, generé un listado de temas nuevos que surgieron y no estaban contemplados en el instrumento original para platicarlos con el resto de las madres y lograr captar datos que fueran comparables entre las entrevistadas (*ibid.*).

Previo a realizar cada entrevista se leyó un consentimiento informado a la participante, se le entregó una copia de este, se resolvieron sus dudas y se firmó. Como investigadora, guardé una copia de cada consentimiento informado en un lugar seguro. Todas las entrevistas fueron realizadas por mí y a solas con la participante, a excepción de una entrevista en la que, el único participante hombre, estuvo acompañado

de su pareja y sus hijos. Las entrevistas se realizaron en lugares que aseguraran tener privacidad, a las participantes se les ofreció varias opciones de lugares dónde realizar las entrevistas: ya sea que ellas llegaran a las oficinas de la empresa, que yo llegara a su casa, o que se acordara un punto de reunión para realizar ahí la entrevista. Adicionalmente, a quienes decidieron participar tanto en la entrevista como en la visita domiciliar se les ofreció realizar el mismo día ambas actividades.

Por otro lado, se llevaron a cabo visitas domiciliarias a algunas de las mamás entrevistadas para realizar observación participante. Este es un método etnográfico valioso porque ayuda a entender a profundidad aspectos de la vida social por medio de la descripción profunda de las interacciones sociales. Asimismo, permite contar la historia amplia de lo que pasa alrededor del fenómeno que se estudia (Smartt, 2016: 3, 7). La observación participante se llevó a cabo tanto en los hogares de las madres como en cocinas, mercados, tiendas de barrio y supermercados que ellas frecuentan. Las madres podían escoger participar tanto en la entrevista como en la visita domiciliar o solo en una de las anteriores.

F. Limitantes de la investigación

La primera limitante de la investigación es que debido a que el principal interés de la empresa era indagar sobre el problema nutricional del retardo en talla en menores de 5 años, queda fuera de la capacidad de este estudio explicar otros problemas nutricionales como bajo peso, sobrepeso y obesidad. También es importante mencionar que si bien las entrevistas contemplaban preguntas sobre la familia en general, se hizo énfasis en explorar la historia de salud de los niños o niñas menores de 5 años. Esto implica que no en todos los casos se indagó a profundidad sobre la historia de salud del resto de niños y niñas de la familia y en algunas de ellas coexisten hijos o hijas saludables e hijos o hijas con problemas nutricionales.

Adicionalmente, solo se entrevistó a mamás y a un papá. Es decir, no se entrevistó a otras cuidadoras de los niños (abuelas, familiares, empleadas domésticas, etc.), por lo que queda fuera de las posibilidades de este estudio explorar las perspectivas de estas otras personas sobre el tema investigado. Asimismo, la mayoría de las entrevistadas eran amas de casa, por lo que el estudio no aborda con tanta profundidad las experiencias de las mamás que trabajan a tiempo completo y cómo esto afecta o no a los niños y a las niñas, su alimentación y su salud.

Otra de las limitantes consiste en que por cuestiones económicas y de tiempo, no se pudieron tener entrevistas de seguimiento como Quinn sugiere que se realicen (2005: 41-42) y, por eso, existe la leve posibilidad de que no todas las participantes agotaran los temas que tenía por platicar, aunque siempre se

intentó que fuera así. Otra limitante es que tampoco se pudo hacer una segunda parte del estudio que incluyera una encuesta para indagar qué tan distribuidas están las creencias y los valores que expresaron las participantes en la sociedad. En consecuencia, el estudio no puede demostrar a cabalidad si las ideas que comentaron las participantes son compartidas por muchas otras personas ni en qué magnitud (Kempton, 1997: 18, 21).

De igual forma, dado que la muestra estaba compuesta por un grupo relativamente homogéneo en sus características demográficas, una de las cuales es que todas cuentan con al menos un ingreso formal fijo en su hogar, no se pueden explicar las experiencias y barreras que viven las familias con hijos o hijas que presentan retardo en talla y carecen de ingresos fijos o solo tienen ingresos informales.

La última limitante es que en esta investigación participaron exclusivamente personas «laicas» o «normales». Por eso, a diferencia de otros proyectos investigativos de modelos culturales, queda fuera de las posibilidades de esta investigación explicar a profundidad y de primera mano la visión de los grupos expertos sobre el tema (*ibid.*: 20). Esta visión se exploró únicamente con base en referencias biomédicas, no se entrevistó a ningún médico, ni nutricionista, ni ningún otro «experto» en el tema.

G. Riesgos de la investigación

No se identificó ningún riesgo grave por participar en este estudio. No obstante, había cinco potenciales riesgos de la investigación. (1) Dado que se llevó a cabo en un escenario en el que existen relaciones de jerarquía entre quienes financian el estudio y los/las participantes, eso podía perjudicar el que participaran de forma libre. Por ejemplo, podía haber mamás que se sintieran obligadas a participar en el estudio. (2) Podía haber complicaciones al momento de reclutar participantes si alguna mamá se sentía incómoda con la idea de recibir a alguien de la empresa en su casa. (3) Adicionalmente, durante las observaciones domiciliarias podía surgir reactividad en las participantes, es decir que las mamás cambiaran su comportamiento por estar bajo observación. Además, existía un mayor riesgo de reactividad porque la visita se realizó una única vez por motivos logísticos (Pelto, 2013: 235). (4) Otro riesgo era que el estudio podía generar expectativas equivocadas sobre las actividades que la empresa haría en el futuro con el programa Somos familia. (5) Un último riesgo era que se comprometiera la confidencialidad de los datos de las participantes si la empresa quería indagar sobre la situación de salud de los hijos o hijas con el fin de apoyarlos.

H. Medidas a tomarse para minimizar los riesgos

(1) Para asegurar la participación libre de las madres, por un lado se recalcó con las autoridades de la empresa que no se debía obligar a nadie a participar en la investigación. Por otro lado, tanto en el primer encuentro para explicar el estudio como en el consentimiento informado se enfatizó a las participantes que formar parte del estudio era completamente voluntario y que la decisión de participar o no en el mismo no tendría ninguna repercusión negativa para el asociado ni tampoco comprometería su trabajo. Asimismo, se explicó a las participantes que ser parte del estudio tampoco implicaría ventajas laborales para los asociados. (2) Por otro lado, para evitar que las participantes se sintieran incómodas con la visita domiciliar, la investigadora buscó generar el mayor rapport posible con los asociados y su familia a través de participar en la mayor cantidad de eventos de la empresa posibles. (3) Para evitar la reactividad durante las visitas domiciliarias también se recurrió al rapport. (4) Para evitar generar expectativas erróneas sobre potenciales inversiones adicionales de la empresa en temas que las familias identificaron como necesarios o relevantes, en el consentimiento informando se explicó que la información recabada en esta investigación serviría para generar recomendaciones a la empresa, pero que no se podía garantizar que en el futuro dichas recomendaciones serían implementadas. (5) Por último, se estableció que se compartiría información sobre las participantes y sus hijos únicamente si se encontraban ante situaciones de alta vulnerabilidad de salud y si la empresa podía intervenir para apoyarles.

I. Beneficios directos para el/la participante

Un beneficio directo para quienes participaron en la investigación es que recibieron un vale de Q200.00 canjeable en supermercados de la cadena Walmart (i.e. Walmart, Paiz, Maxi Despensa y Despensa Familiar). Otro beneficio para todas las mamás que participaron en la investigación es que se les ofreció asistir a una cita con la nutricionista de la empresa, sin importar si sus hijos(as) se encontraban en situación vulnerable o no. Específicamente, podían hacer una cita con ella para monitorear la salud nutricional tanto de ella y de todo su núcleo familiar, así como recibir recomendaciones para su salud. Por otro lado, los beneficios a mediano plazo para quienes participaron en el estudio es que sus opiniones y experiencias serían tomadas en cuenta de primera mano para proponer actividades, las cuales estarían hechas a la medida de sus necesidades.

J. Beneficios o rendimientos esperados de la investigación

La expectativa de esta investigación era que sirviera para ampliar el conocimiento sobre la toma de decisiones de las madres alrededor de la alimentación en contextos urbanos. Asimismo, se esperaba que estos datos brindaran información relevante para modificar y mejorar el enfoque del componente de

nutrición del programa Somos familia. Por consiguiente, al finalizar la investigación presenté un informe a la C.E.O. de Panifresh, Consuelo Beneitez de Paiz, donde dialogamos sobre los hallazgos de esta tesis.

Luego, con base en esta investigación, además de continuar con las actividades que ya se hacían en favor de la nutrición (como las mediciones antropométricas anuales y la venta de filtros de agua), a partir de 2020 se implementaron nuevas iniciativas. En concreto, se inició un proyecto de visitas domiciliarias a las familias de los niños y niñas con índices de retardo en talla o bajo peso identificados previamente en las mediciones de 2019. Las visitas las hemos realizado una nutricionista y yo. La finalidad de la visita domiciliar es explicarles a los padres y madres el estado nutricional de sus hijos o hijas, así como brindarles asesoría nutricional, desparasitantes y micronutrientes espolvoreados. De igual forma, se inició un proyecto de acompañamiento psicológico para las mamás de niños y niñas con problemas nutricionales. Para ello se contrató a un psicólogo comunitario quien ha brindado capacitaciones a dichas madres, por ejemplo hizo un taller sobre una herramienta llamada «tablero de colores», la cual pretende ser un apoyo lúdico para motivar a los niños a alimentarse de forma variada. Asimismo, el psicólogo les ha brindado acompañamiento psicológico individual a algunas de ellas. Lamentablemente debido a la pandemia estas actividades están pausadas, no obstante, estamos buscando alternativas para reanudarlas lo más pronto posible.

VI. RESULTADOS

A inicios de marzo de 2019 acordé por teléfono reunirme con Marta¹⁴, ama de casa, en un centro comercial cerca de donde vive. Nos juntamos un día entre semana después de la hora de almuerzo. Ella me pidió que nos viéramos en ese horario pues a esa hora termina la mayoría de sus labores domésticas. Llegó a recogerme al punto de encuentro con la respiración agitada. Me explicó que se había atrasado en sus quehaceres y que había tenido que correr un poco para llegar a tiempo conmigo. Atravesamos el centro comercial para salir de camino hacia su casa. Con un piso de concreto pulido bajo nuestros pies, pasamos frente a tiendas de electrodomésticos, de ropa, farmacias, un supermercado, bancos y también por una sección muy grande llena de mesas para sentarse a comer con múltiples restaurantes alrededor. El *foodcourt* estaba concurrido. Se escuchaba bastante eco, producto del techo alto tipo domo y por la gente que estaba platicando y almorzando. Había varias opciones disponibles para elegir: *McDonald's*, *Little Caesar's*, *Subway* y algunos kioscos de comida casera y de licuados.

Nos adentramos en la calle. Había peatones caminando en todas las direcciones. La cuadra sobre la que caminamos estaba ruidosa, caliente y luminosa por el sol de marzo. Los peatones, reclamando un espacio, tenían que caminar sobre la calle pues las ventas se apropiaron de las banquetas de un lado y del otro. Unas ventas tenían mesas de madera donde exponían la fruta de la temporada, mientras otras la exponían directamente en plásticos negros sobre el piso. Había una mezcla de ruidos, colores y olores.

Pasadas las ventas, seguimos caminando y llegamos a un mercado. En Guatemala, todos los mercados se parecen, pero los urbanos lo son cada uno a su manera. No hacían falta las carnicerías y pollerías, cada una espantando a su modo y de forma creativa a las moscas. Tampoco se ausentaban las ventas de frutas y verduras, cada una con un anfitrión que se aseguraba de convencer a los clientes de comprarles su producto, persuadiéndolos con degustaciones y prometiendo que la fruta que se llevaban era tan dulce como la que estaban probando. Asimismo, estaba presente un techo alto de lámina y, de base, un piso de cemento que si bien hacía su mayor esfuerzo por estar impecable, no podía vencer a los restos de verduras y granitos de frijol permanentemente tirados en el piso.

Luego, salimos del mercado y continuamos por el paisaje urbano hacia casa de Marta. Pasamos frente a varias tiendas de barrio y una gran diversidad de ventas de pollo frito. Estas iban desde locales

¹⁴ Todos los nombres utilizados en la sección de resultados son pseudónimos para proteger la confidencialidad las participantes. Asimismo, todas las frases que hayan sido mencionadas por ellas se marcarán entre comillas españolas («») para indicar que son citas textuales. Al inicio de cada cita textual se proveerá el pseudónimo de la participante, así como a qué grupo de submuestra pertenece.

formales de Pollo Pinulito, hasta carretas tambaleantes con pintura corroída ofreciendo pollo y papas fritas recién ahogadas en una piscina de aceite caliente. ¡Cuántas opciones de comida! Nos reunimos justamente para platicar de eso: ¿cuál de todas estas opciones lleva Marta a su casa y por qué? ¿Cuáles le parecen saludables para su familia? ¿Cuáles considera como peligros para la salud de sus hijos? ¿Son accesibles todas estas opciones para Marta?

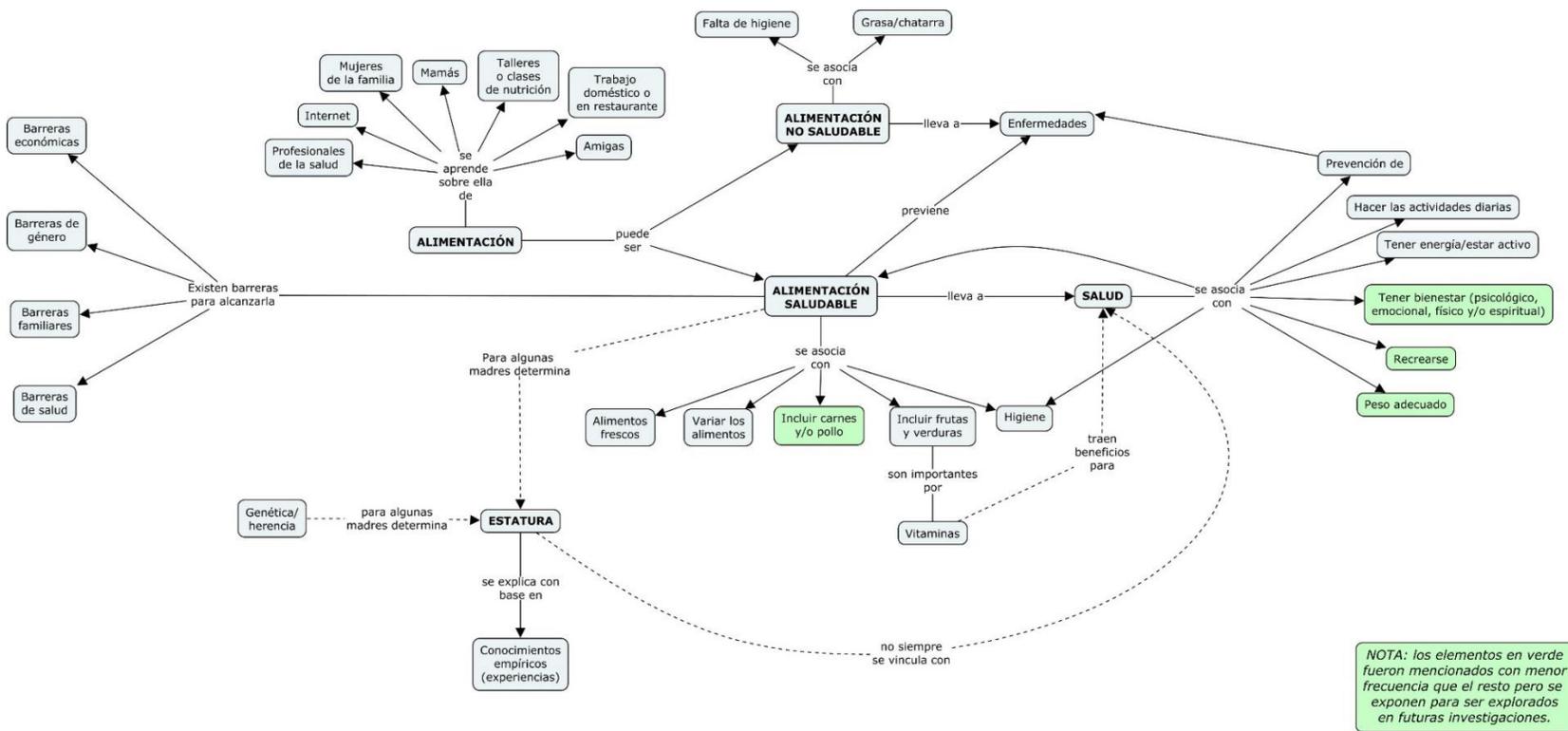
Al igual que con Marta, durante los primeros meses de 2019 me reuní con 19 mamás y 1 papá que viven en diversas partes de la región metropolitana de Guatemala. En sus cocinas, salas, restaurantes o en las oficinas de la empresa donde trabajan ellas o sus esposos, platicamos sobre la alimentación saludable. ¿Qué significa para ellas? ¿Qué elementos implica? ¿Cómo la reconocen? ¿Es accesible? ¿Por qué es importante? ¿Cómo afecta la salud de sus hijos?

En esta sección presentaré los resultados de mi investigación, los cuales dividiré en cuatro apartados. El primer apartado de la sección describe el modelo cultural que las madres tienen sobre la alimentación saludable. Como se demostrará a profundidad, se encontró que las madres de ambos grupos coinciden en sus proposiciones y explicaciones sobre este tema y, por ende, se puede decir que comparten el mismo modelo cultural. Luego, el segundo apartado ahonda sobre el modelo cultural de la salud entre las mamás. Como se mostrará, este también es uno pues las madres mostraron consenso sobre qué factores definen la salud en sus familias. Por otro lado, la tercera sección aborda los modelos culturales sobre la estatura, estos los menciono en plural, pues como se exhibirá, en este tema sí hubo discrepancias en algunas de las explicaciones sobre qué factores la determinan, específicamente se debatió sobre la preeminencia de los genes versus la alimentación. Por último, el cuarto apartado describe las barreras económicas, sociales, de género, entre otras que las madres enfrentan en su vida diaria y cómo estas repercuten en la alimentación y salud de sus hijos. La Figura 1 resume los elementos constitutivos de los modelos de las madres y de las barreras a las que se enfrentan.

Por último, es importante recordar que para reconstruir estos modelos culturales hice uso primordialmente de dos herramientas analíticas: las proposiciones más recurrentes entre las madres y las explicaciones compartidas sobre los temas investigados¹⁵. Expondré esta evidencia a lo largo de los apartados.

¹⁵ Cabe aclarar que durante el análisis de los datos también busqué metáforas entre la información proporcionada por las mamás, no obstante, no las hallé de forma tan recurrente, por lo que no forman parte de mis resultados.

Figura 1 Resumen de los elementos constitutivos de los modelos culturales de las madres



Fuente: elaboración propia según datos de la investigación (2019).

A. Modelos culturales sobre alimentación saludable

Como mencioné, respecto al tema de la alimentación las madres coincidieron en varios de los criterios que utilizan para determinar si un alimento y una alimentación son saludables o no. Según los resultados de las entrevistas puedo decir que para las mamás, la alimentación saludable está asociada con los siguientes elementos. En primer lugar, las madres dijeron que necesitan conocer si la preparación de los alimentos incluye grasa, pues explicaron que un alimento sano lleva poco o nada de esta. En segundo lugar, a las mamás les importa saber si los alimentos en cuestión fueron preparados con higiene. Para saberlo expusieron que deben conocer detalles sobre quién, cómo y en dónde se preparan. Además de estos detalles sobre la preparación, las mamás expresaron que una cualidad de la alimentación saludable es que debe ser variada, es decir que debe incluir diversos tipos de alimentos y que implica no consumir lo mismo todos los días. Según comentaron, esta variedad de grupos alimenticios incluye el consumo regular de carnes y pollo, pero sobre todo el consumo frecuente de frutas y verduras. Estas últimas son consideradas especialmente importantes y saludables porque aportan vitaminas. Por último, vale la pena mencionar que las mamás coincidieron en que la importancia de la alimentación saludable radica en que permite que sus hijos estén sanos y que no se enfermen. Sin embargo, este planteamiento no se indagará en este apartado sino en el próximo, al presentar los modelos culturales sobre salud. La Tabla 4 presenta las frecuencias de proposiciones sobre los elementos que las madres asociaron con la alimentación saludable. Estas proposiciones son paráfrasis que reflejan ideas directamente expresadas por las madres durante las entrevistas. A continuación se abordará a profundidad cada uno de estos elementos.

Tabla 6 Proposiciones constitutivas del modelo cultural de alimentación saludable

Tema	Proposiciones	Grupo A n=10	Grupo B n=10
Grasa	La grasa debe comerse con moderación	10	10
	Los alimentos chatarra/con grasa son sabrosos y se antojan a la familia	10	10
	Los alimentos con mucha grasa son dañinos para la salud	8	10
	La comida chatarra no es saludable porque tiene mucha grasa	9	7
Higiene	Hay que lavar/desinfectar los alimentos	10	10
	Los alimentos deben prepararse con higiene para que sean saludables	9	9
	La higiene ayuda a mantener la salud/prevenir enfermedades	9	9
	Hay que lavarse las manos antes de cocinar/comer	8	9
	Uno debe saber cómo se preparan los alimentos para saber si son higiénicos	8	6
Frescura	Una alimentación saludable debe incluir alimentos frescos	8	6
Variedad	Es importante variar los alimentos para que la alimentación sea sana	8	9
Vitaminas	Una alimentación saludable debe incluir frutas y verduras	10	10
	Las frutas y verduras aportan vitaminas	10	6
	Las vitaminas traen beneficios para la salud	8	7

Fuente: elaboración propia según datos de la investigación (2019).

1. Grasa

Todas las mamás, tanto del grupo A como del grupo B, coincidieron en que para lograr comer de manera saludable es importante moderar el consumo de los alimentos con grasa. Ellas afirmaron que estos únicamente deben consumirse «de vez en cuando». Al respecto, varias mamás compartieron respuestas como la de Flor, quien explícitamente cuenta que para comer saludable se deben evitar los alimentos con grasa, por ejemplo la comida chatarra.

Flor, grupo A

«La alimentación saludable pues para mí yo siento que son comidas sin grasa o sin mucha grasa. Y pues las verduras son bastante saludables. Y pues yo siento que una alimentación saludable pues tienen que ser eso. Tratar la manera de evitar bastante la grasa, de no adquirirla mucho en las comidas. Y la comida chatarra también. Yo siento que esos son... eso no es muy saludable, la comida chatarra. Pero igual. De vez en cuando pues no cae mal (risas).

MI: Todos comemos de vez en cuando...

Flor: Sí, de vez en cuando. Pero sí evitar bastante eso. Y pues para mí, una alimentación saludable es eso: consumir más verduras. Frutas y verduras y comidas sin grasas. Evitar las comidas con mucha grasa.»

Imagen 1 Almuerzo preparado por una de las participantes, moderando el aceite.



Fuente: fotografía propia capturada durante el trabajo de campo (2019).

Asimismo, 8 de las mamás del grupo A y 10 mamás del grupo B agregaron que es importante evitar el consumo de la grasa porque en general es perjudicial para la salud. Si bien pocas mamás brindaron detalles específicos sobre estas consecuencias adversas, Patricia lo expuso claramente brindando ejemplos de los problemas de colesterol o sobrepeso que la grasa puede provocar.

Patricia, grupo B

«MI: Y para usted, ¿qué significa la alimentación saludable?»

Patricia: Consumir parte de los grupos de alimento. Evitando tal vez... porque hay grasas que son necesarias, verdad. Pero muchas veces las consumimos en exceso y eso es lo que a veces nos afecta, verdad, porque cuando comemos mucha grasa es donde ya empezamos... Primero que engordamos y ya uno que está malo del colesterol o cosas así. Que es por consumir mucha grasa. Casi que siempre ese es el problema. Y que uno a veces deja de comer tal vez hierbitas y comen cosas que tienen mucha grasa.»

Imagen 2 Carreta de pollo frito en mercado que frecuenta una de las participantes



Fuente: fotografía propia capturada durante el trabajo de campo (2019)

Asimismo, Julieta concuerda en que no se debe consumir grasa frecuentemente porque puede ser nociva para la salud. Pero, además, expone que la dificultad más grande para disminuir el consumo de los alimentos con grasa es su sabor. A ella le gustan tanto este tipo de alimentos, que incluso menciona que le generan felicidad.

Julieta, grupo A

«MI: Y, me podría contar, ¿qué metas de salud tiene tanto para usted como para su esposo y su nena para los próximos años?»

Julieta: Evitar un poco la grasa. Como le digo, me cuesta porque como toda comida casi lleva. Y a uno... y uno es feliz con la grasa. La comida chatarra es una que uno ahí anda comiendo.

MI: Es rica.

Julieta: Es rica, entonces comerla de vez en cuando, bueno. Pero por lo menos yo soy feliz con eso (risas). A veces me gusta cada ocho [días], cada ocho [días]. Y mi esposo me regaña. Me dice, "no, mucho de eso hace mal.". Entonces póngase a pensar, yo escuché un mensaje para el... No me acuerdo qué día. Para el cáncer de mama, que las papas eran lo que daba esa enfermedad, entonces a nosotros nos mandaron ese mensaje, que las papas, todas las que vende *McDonald's*, en las calles y todo. Todo lo que son papas daba cáncer de mama. Entonces... Pero póngase a pensar, que por lo menos yo soy feliz con las papas. Entonces yo siento que si a uno le mandan eso que si... Yo siento que si los científicos descubren eso es porque así es. Entonces evitar todo lo que es comida chatarra. Claro, comerlo de vez en cuando. Tal vez una vez al mes, una vez cada dos meses, así verdad. No seguido, verdad. Entonces eso siento yo que mi propósito es eso: evitar bastante la grasa. Trato pero... Me cuesta un poquito pero...

(...)

MI: Y para usted, ¿qué significa la alimentación saludable? ¿Qué quiere decir una alimentación saludable?

Julieta: Yo siento que una alimentación saludable es como le decía, por ejemplo cero grasas y cosas cocidas, ensaladas, de todo, verdad. Entonces para mí eso es lo saludable, va. Evitar. Porque la grasa sí es peligrosa, la siento yo, va, que es peligrosa. Entonces todo eso siento yo que es saludable. Evitar todo eso, verdad.»

Al igual que Julieta, las 20 mamás entrevistadas reconocieron que a pesar de saber que los alimentos con grasa no se deben consumir tan frecuentemente, consideran que son muy sabrosos y comentan –casi a modo de confesión culposa– que se les antojan tanto a ellas como a los miembros de sus familias. Nina logra englobar este sentir entre las mamás.

Nina, grupo B

«MI: Hay varias personas que mencionan que tienen el deseo de comer más saludable, ¿verdad? Pero que a veces cuesta. Entonces, según su opinión, ¿por qué es difícil comer sano?»

Nina: ¿Por qué es difícil? Porque a veces nos gusta comer más... Mmm... cómo le dijera yo. Al menos, para mí, en mi criterio, es más difícil, porque, si se da cuenta, un ejemplo... (cavila). Cómo le dijera yo. Si comiera sano, ya no podría comer ni huevos estrellados, ni todo eso. Y a mí me encanta todo así. Quisiera un poquito más de grasa. Todo eso. Y comer saludable y... Ay, comer solo... digamos... lo que es lechuga, solo así, ensaladas. Ay, como que no. (Ríe, apenada).

MI: Como que qué aburrido... (ríe).

Nina: Ay, sí, siento que no tiene chiste la comida. Imagínese. Y sí. Aunque sí es saludable, ¿verdad? Pero a veces no lo sé.»

Estas citas textuales de conversaciones con las mamás nos demuestran que para ellas evitar o reducir el consumo de grasa es parte de su definición sobre alimentación saludable. Asimismo, nos ilustra que las mamás conocen que la grasa puede provocar efectos nocivos en la salud. También nos enseña que para ellas el tipo de comida que más contiene grasa es la comida chatarra, la cual si bien reconocen que se debe comer con moderación, es reconocida como sabrosa y se antoja tanto a ellas como a su familia.

2. Higiene

Por otro lado, en las entrevistas un total de 18 mamás –9 de cada grupo– comentaron que otro de los criterios para definir si un alimento puede ser considerado como saludable, es que este debe estar preparado con higiene. En coherencia con esta declaración, las 20 participantes también mencionaron que siempre es importante y necesario lavar y/o desinfectar los alimentos. Asimismo, 8 mamás del grupo A y 9

del grupo B mencionaron explícitamente que es importante lavarse las manos antes de cocinar y/o comer. Es decir, la mayoría de las madres coinciden en que la higiene es importante para que una alimentación sea saludable.

Asimismo, cuando las mamás hablaron sobre la comida chatarra y la comida de la calle, además de mencionar que estas se deben evitar por sus altos contenidos de grasa, 8 mamás del grupo A y 6 del grupo B, agregaron que no eran saludables porque ellas desconocían quiénes y cómo se preparan estos alimentos. Indagando en las respuestas de las madres, el desconocer sobre el proceso de preparación implica no tener seguridad de que los alimentos se hayan preparado con las medidas de higiene que ellas consideran necesarias.

Por ejemplo, está el caso de Corina, quien explica que sus hijos casi nunca consumen comida chatarra e indica que sabe que ese tipo de comida no es saludable por su contenido de grasa y porque desconoce sobre la higiene del lugar donde la preparan.

Corina, grupo A

«MI: Y para ti, ¿cómo se relaciona la alimentación con la salud?»

Corina: En que a veces uno se enferma por comer comida chatarra, como me decís. Al menos, mis hijos, eso no lo comen. Es raro que el papá los lleve a comer algo así. Una pizza o una hamburguesa. Entonces, por lo contrario, comen spaghetti, calditos, verduras, comen cereal que a ellos les gusta mucho el cereal. Ellos tienen su leche y su cereal.

(...)

MI: ¿Cómo sabés que un alimento no es saludable?»

Corina: Como la pizza, la hamburguesa. Todo eso es grasa. Es comida que, sinceramente, es rápida, pues. A veces uno ni sabe cómo lo preparan. Uno puede ver un gran lujo, pero uno no sabe cómo es adentro la cocina. No es como que uno cocine en su casa.»

Al igual que como Corina concluyó la frase anteriormente citada, varias mamás comentaron que cuando son ellas mismas quienes preparan los alimentos en sus casas, esto les da seguridad de que se trata de algo saludable, pues ellas saben cómo lavan y preparan sus alimentos; ellas garantizan la higiene en su hogar. Marta también ilustró este planteamiento haciendo una comparación entre comer en la calle versus comer en su casa.

Marta, grupo B

«MI: Y, para usted, ¿qué significa la alimentación saludable?»

Marta: La alimentación saludable qué significa... Así como le digo, o sea, tener bien a la familia porque si no nos alimentamos, comemos comida chatarra... Pongámosle de que hay muchas cosas que compramos a veces en la calle y nos hace mal. Entonces ya uno en la casa ya sabe cómo uno prepara la comida. A veces uno aquí viene... Uno en su casa lava las verduras. O con una gotita de cloro o pone a dejar remojadas las frutas. Y a cambio [sic] en la calle no. O compra uno comida, no sabe si usan agua hasta de la pila o algo así, verdad. Entonces uno tiene que ver también eso, para tener una buena salud.»

Sobre la misma línea, Karin comentó que cuando la comida no es de su casa, la higiene de los alimentos se sale de su control. Por el contrario, cuando ella es quien cocina, puede asegurarse hasta cierto grado de mantener higiénicos los alimentos. Ella siempre procura que los alimentos estén lo más limpios posible. Incluso, menciona que si pudiera agregarles algún producto adicional, o hacer algo más para cerciorarse de que sus alimentos estuvieran más inocuos, lo haría, pero reconoce que los productos y métodos que utiliza tienen límites.

Karin, grupo B

«MI: ¿Entre semana es más fácil comer sano?»

Karin: Sí. Los fines de semana hay veces que uno sale o lo invitan a uno. Mis suegros nos dicen "vamos, los invito a comer a Amatitlán". Entonces (...) a mí mi suegro me dice "pídase su mojarra, pues". Y a mí me encanta y yo me la como, pero igual. Usted no sabe si la lavaron o no la lavaron bien. Mientras que yo en mi casa yo le echo y le echo y si lo pudiera lavar con jabón, lo lavo (risas).»

Por otro lado, uno de los mayores motivos por el que las madres le ponen tanta atención a la higiene es porque consideran que esta ayuda a mantener la salud de su familia. En esto coincidieron 9 mamás del grupo A y 9 del grupo B. Ellas explicaron que un alimento poco higiénico representa un riesgo de salud porque puede provocar, sobre todo, enfermedades como dolor de estómago, diarrea, vómitos, o bien, transmitir parásitos o bacterias. Tatiana explica que velar por la higiene en los alimentos es una vía directa para prevenir enfermedades en sus hijos.

Tatiana, grupo A

«MI: Como qué enfermedades trataría de evitar más.»

Tatiana: Sería, bueno, la gripe es imposible de evitar. No se puede evitar, ¿verdad? Lo que podríamos evitar son las infecciones. Porque las infecciones se... Media vez ellos tengan sus manitas limpias y lo que se vayan a comer esté bien preparado. Mejor si está recién preparado. Ahí sí podemos evitar las infecciones.

MI: Para usted, ¿cómo se relaciona la alimentación con la salud?

Tatiana: Tiene mucho que ver. Porque si lo que comemos no está bien preparado e higiénico, allí vienen las enfermedades. Entonces la comida, le podría decir, es primordial para evitar las enfermedades. Entonces, que esté lo más limpio posible lo que se va a comer. Bien preparado y cocinado. Una comida mal preparada o media cocida, uno se enferma y una enferma a los niños.»

Asimismo, Julieta explica que justamente por evitar comer comida de la calle es que su familia nunca se ha enfermado de parásitos.

Julieta, grupo A

«MI: Y para usted, ¿qué significa la alimentación saludable? ¿Qué quiere decir una alimentación saludable?»

Julieta: Yo siento que una alimentación saludable es (...) Entonces para una fruta que uno se come es más saludable. Pero siempre y cuando siento yo que uno lo haga en su casa. Porque uno sabe cómo lavar las cosas, cómo partirlas y todo. En cambio uno compra una bolsita ya hecha, ¡solo Dios sabe con qué mano tocaron!, con qué todo eso. Entonces ahí viene. Le soy sincera, gracias a Dios a nosotros nunca nos han salido parásitos ni nada. Tal vez por todo eso. Pero yo siento que algo saludable, es cómo prepara las cosas uno. Que tengan su aseo y todo, va. Eso.»

Estos comentarios de las madres nos demuestran que, según su opinión, la higiene en la preparación de la comida es vital para conseguir una alimentación saludable. Además, la higiene es importante pues permite prevenir enfermedades en los niños y niñas, sobre todo de tipo gastrointestinales. Adicionalmente, estas explicaciones demuestran que la mejor forma de asegurarse de que un alimento sea higiénico es prepararlo personalmente en casa. En el hogar es posible asegurarse de lavarse las manos, desinfectar los alimentos, utilizar agua limpia, etc. Por el contrario, cuando se come comida afuera de la casa la higiene es incierta y, por ende, no se puede asegurar que dicha comida sea sana.

3. Frescura

Dejando de lado el tema de la grasa y de la higiene, las mamás mencionaron que la frescura de los alimentos es otro factor que caracteriza a una alimentación saludable. 8 mamás del grupo A y 6 del grupo B mencionaron que una alimentación saludable implica alimentos frescos. La frescura les indica que los alimentos son aptos para el consumo y es una cualidad que influye en sus decisiones de compra. Algunas madres (8 en total, 4 de cada grupo) comentaron que generalmente en el mercado se pueden encontrar los alimentos más frescos y que por eso les gusta comprar ahí. Al hablar de la importancia de la frescura de los alimentos las mamás dieron ejemplos sobre todo de las frutas y verduras, así como del pollo.

Por ejemplo, Patricia cuenta que ella sabe que un alimento es sano con base en cómo se ve. Menciona que las frutas y las verduras deben tener colores vivos y consistencia sólida. Ella utiliza sus sentidos para determinar si un alimento es fresco y eso influye en su decisión de comprarlo y llevarlo a su casa.

Patricia, grupo B

«MI: Y, usted, ¿cómo sabe que un alimento es saludable?»

Patricia: Primero pues por el aspecto, verdad. Si hablamos de frutas o verduras, el aspecto verdad que uno pues va a ver que esté bien el color, la consistencia y también prepararlos bien, verdad. Ajá, entonces de esa forma podemos darnos cuenta.

(...)

Patricia: Por ejemplo en el mercado, ¿cómo los escojo? [los alimentos]

MI: Sí.

Patricia: Por la apariencia, primero. Creo que le decía, verdad. Que se vean bien, que se vean frescos y tocarlos, va. Hasta olerlos porque yo... pues, no sé por qué pero soy de eso oler. De oler las cosas.»

De igual manera, Nina coincide en que para saber si algún alimento es más fresco y, por ende, más saludable, utiliza como referencia cuánto tiempo lleva exhibido el producto alimenticio en cuestión. Da un ejemplo sobre el pollo y cómo ella prefiere comprarlo fresco. Varias madres mencionaron esto y durante las visitas a los mercados escogían pollos que fueron llevados ese mismo día al mercado (ver Imagen 3 e Imagen 4).

Nina, grupo B

«MI: Bueno. Fue a esta tienda que estaba acá para comprar el pollo. ¿Ahí va bastante?»

Nina: Sí. Ahí voy también. Más solo ahí porque ahí es como le dije que está el pollo fresco, va, que lo traen diario. En cambio en otro lado, ahí está congelado el pollo y como que no (ríe).

MI: ¿Y cómo sabe que es fresco? Una de las cosas que me dijo, pues, que lo traen diario.

Nina: Porque se echa de ver en el pollo, pues. Como se mira el color y todo. En cambio en pollo congelado se mira diferente. Mjm.

MI: ¿Cómo es el color del [pollo] fresco?

Nina: Más amarillo. En cambio el congelado se mira más opaco.»

Imagen 3 Pollo fresco (matado ese mismo día) que una de las madres compró para su almuerzo.



Fuente: fotografía propia capturada durante el trabajo de campo (2019)

Imagen 4 Una de las madres participantes comprando pollo fresco para el almuerzo del día.



Fuente: fotografía propia capturada durante el trabajo de campo (2019)

Estos comentarios nos ilustran que para las mamás es importante consumir productos frescos que no lleven tanto tiempo exhibidos, ya sea en los mercados o supermercados, y que esto lo asocian con la salud. Como mencionó Nina, con el pollo la frescura es especialmente importante. Al igual que ella, varias mamás expresaron preferir comprarlo en el mercado ya que aseguran que ahí venden pollos matados ese mismo día. Con las frutas y las verduras también es importante la frescura, y como ejemplificó Patricia, las mamás utilizan sus sentidos (vista, gusto, olfato, tacto) para determinar si un alimento es fresco o no y así escoger los alimentos que llevarán a su casa.

4. Variedad

Por otro lado, para 17 de las 20 mamás participantes, comer saludable de igual manera implica lo que las madres denominaron como comer variado. Por ejemplo, explicaron que un hijo o hija que come «de todo» es alguien que come saludablemente y que estará sano. La alimentación «variada» se refiere a consumir diferentes tipos de alimentos y a que no se debe comer lo mismo todos los días. El hecho de no repetir las mismas comidas es en parte para diversificar los grupos de alimentos consumidos, pero también para evitar que los miembros de la familia se aburran de comer lo mismo diariamente. A continuación se presentarán algunas explicaciones de las madres que ejemplifican estos conceptos. Asimismo, varias mamás mencionaron que se han enfrentado a barreras para lograr comer variado. Sin embargo, ahondaré sobre dichas barreras en otro apartado.

Para comenzar, está el caso de Flor y su familia. Ellos viven en la capital, pero son originarios del interior del país, específicamente de un departamento de la Costa Sur. Uno de los cambios más grandes que enfrentaron al mudarse a la capital fue toparse con una menor variedad de alimentos a su disposición. Ella comenta que la variedad es importante para lograr una alimentación saludable en su familia, por eso explica que no solo les da hierbas sino también productos animales. Asimismo, expone que variar la comida constantemente evita que su esposo e hija se aburran sobre lo que van a comer.

Flor, grupo A

«MI: ¿Y por qué [estos alimentos] son saludables?»

Flor: Pues... Pues allá porque son mariscos, va. Y el marisco es bastante saludable. Ahora aquí pues la alimentación nos cambió bastante porque ya aquí cuesta comer mariscos. Solo cuando a veces él [esposo] va [a la Costa Sur] y trae. O una de las tías va y nos traen y así. Pues aquí con la alimentación sí nos ha costado un poco porque por eso. Nos ha costado bastante el cambiar los hábitos de comida y yo siento que pues para mí son más saludables los caldos. Ya sean como de hierbas o de res, de pollo. Yo siento que son bastante saludables. ¿Por qué? (risas)... Pues el de hierbas porque las hierbas son saludables y de res pues yo siento que hay que consumir también carnes. Porque la alimentación ahí sí que varía. Y yo pues trato eso, de no darles lo mismo y lo mismo. Pero sí trato la manera de ir buscando comidas así más saludables. Irles dando, aunque a ellos no muy les guste, pues ir las preparando de una manera que se vea más diferente.»

Por otro lado, Julieta explica la importancia de diversificar los alimentos y encontrar un balance entre los diferentes tipos de comida. Asimismo, concluye que esta variedad es un factor que ayuda a que su hija se mantenga sana.

Julieta, grupo A

«MI: Qué bueno. Y, para usted, ¿cómo se relaciona la alimentación con la salud?»

Julieta: Yo siento que si yo doy una buena alimentación, voy a tener una buena salud. (...) Entonces yo siento que si uno les da lo malo, se me van a enfermar, va. Entonces si uno les da todo variado, porque dice que, el pediatra me contó de que el cuerpo de uno tiene que tener de todo: grasa... Así como tiene que tener grasa, también tiene que tener dieta, tiene que tener todo balanceado en su cuerpo, verdad. No solo grasa ni solo cosas cocidas y todo. No, que el cuerpo de uno tiene que ser acoplado. Todo, verdad. Entonces con mi nena gracias a Dios y mi esposo y todo no se me enferman. Le soy sincera, no se me enferman. Ni de gripe ni de nada. Entonces yo siento que es por todo lo saludable que comemos.»

Sobre la misma línea, Belén coincide en que comer variado es algo que se aprende y es, precisamente, lo que permite tener una buena alimentación y estar sanos.

Belén, grupo B

«MI: Ah bueno, y estos alimentos que me dijo que ahorita son los que nunca faltan en su casa, ¿son los mismos que usted consumía cuando usted era pequeña?»

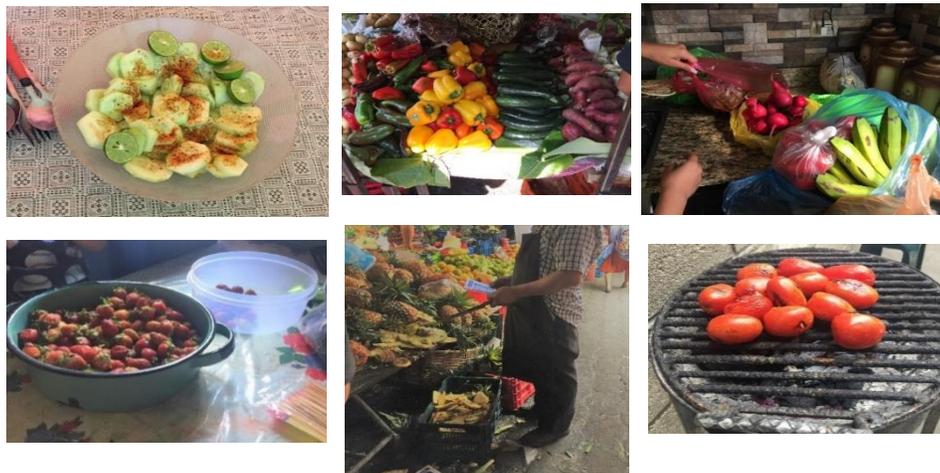
Belén: Sí, sí. Mi mamá siempre nos acostumbró a comer de todo. Igual mi papá. Mi papá tenía la costumbre de que si no nos terminábamos la comida, no nos levantábamos de la mesa. Y fue una buena educación, a mi parecer, porque gracias a eso nunca hemos padecido de... asma porque es por herencia de él. Pero de ahí no... siempre nos dieron una buena alimentación.»

Las frases extraídas de las conversaciones con Flor, Julieta y Belén nos demuestran que comer variado es importante para alcanzar una alimentación saludable. Sin embargo, en el caso de Flor a veces no es posible pues algunos de los alimentos que estaba acostumbrada a comer en el interior del país no siempre están disponibles en la Ciudad de Guatemala, como por ejemplo los mariscos. Por su lado, Julieta y Belén resaltan que variar los grupos de alimentos que se consumen es importante porque evita enfermedades y permite mantenerse sanos.

5. Vitaminas

Si bien a lo largo de las entrevistas resaltaron posturas diversas sobre qué tanto se deben consumir algunos alimentos, sobre todo aquellos de origen animal, al hablar sobre las frutas y verduras pasó todo lo contrario y hubo consenso. Este grupo de alimentos es sobre el cual las mamás tuvieron opiniones más homogéneas y todas coincidieron con su indispensabilidad y beneficios: las 20 mamás entrevistadas estuvieron de acuerdo con que la alimentación saludable necesariamente implica el consumo de frutas y verduras. Al indagar el porqué las consideran como vitales para la salud de sus hijos, la mayoría de entrevistadas –algunas con más detalles que otras– explicaron que son importantes porque aportan vitaminas y minerales. Además, algunas profundizaron su explicación agregando que son precisamente las vitaminas y los minerales los que traen diversos beneficios para la salud de su familia. A continuación, ahondo en este otro elemento constitutivo del modelo de las madres sobre la alimentación saludable.

Collage 2 Ejemplos de frutas y verduras que compran y preparan las madres para obtener vitaminas.



Fuente: fotografías propias capturadas durante el trabajo de campo (2019)

Al indagar sobre cuáles alimentos son saludables, muchas mamás mencionaron las frutas y las verduras haciendo énfasis sobre los diversos beneficios de salud que brindan las vitaminas y los minerales que estos contienen. Algunas explicaciones fueron específicas, como cuando Tatiana menciona que la vitamina C es buena para las defensas de los niños; mientras, otras fueron generales, como las de Olivia quien simplemente dijo que las vitaminas ayudan a que el cuerpo de sus niños funcione bien. Los siguientes extractos de conversaciones con las madres demuestran estos detalles.

Tatiana, grupo A

«MI: *¿Qué alimentos considera que son los más sanos para su familia?*

Tatiana: Frutas y verduras. Porque si uno come mucha fruta y mucha verdura, tiene suficiente energía. Hay ciertas verduras y ciertas frutas que tienen cierta vitamina. Tratar de... como lo que es... piña y todo eso. Lo que tiene vitamina C, ¡naranja! Uno debe darle bastante a los niños para que refuercen sus defensas. Y al momento en que se enfermen, no les dará tan fuerte.»

Olivia, grupo A

«MI: *En su opinión, ¿qué alimentos considera son más sanos para su familia?*

Olivia: Verduras, frutas... ¿qué más? Legumbres. Que es bastante poco que coman eso.

(...)

MI: *¿Por qué considera que estos que me mencionó son más sanos para su familia?*

Olivia: Porque les aporta vitaminas a su cuerpo. Para que funcione bien.»

Asimismo, Julieta opina que lo que no puede faltar para que su familia esté sana son las vitaminas. Luego explica que esas vitaminas las encuentra en las las frutas y las verduras y que por eso es importante consumirlas.

Julieta, grupo A

«MI: *Y, ¿cómo sabe usted si los miembros de su familia están saludables?*

Julieta: Yo siento que tal vez, por lo menos yo con mi nena lo miro. Mi nena come de todo. Mi nena come de todo lo que usted le dé y anda comiendo. Pero cuando no come, me dice mi mamá "mirá, la nena tiene algo porque hoy no almorzó. Hoy no desayunó". Entonces ya uno se pone a ver que no está bien, va. Que no está bien. Pero a veces uno también espera a que se enfermen para ver... Como dice usted, va, si está saludable o no está saludable. Entonces yo siento que para ver si mi familia está saludable, es vitaminándola digo yo. Pienso yo, vitaminando, que nunca falten las vitaminas, verdad. Entonces no faltan las vitaminas, ellos van a estar bien saludables, va. Pero si no...

(...)

MI: *Y, ¿qué alimentos sí son buenos para los niños pequeños?*

Julieta: Ah, lo que son frutas y verduras. Ajá. Frutas y verduras. Pero siempre bien hecho, verdad. Bien cocidito. Las frutas bien desechitas y todo. Ajá.

MI: *Y esas, ¿por qué?*

Julieta: Pues porque tienen más vitaminas. Esas tienen más vitaminas para los huesitos, va, de ellos.»

Por último, tomemos el caso de Marcela. Para ella las verduras son muy importantes porque les aportan vitaminas a sus hijos. Ella considera que estas son las que hacen la diferencia en su buena salud. Esto lo constata comparando a sus niños con otros de su familia que no están acostumbrados a comer verduras.

Marcela, grupo A

«No sé. Tratar de animar a las demás mamás, para que traten la manera, una vez por semana, de darles verduras a sus hijos. Porque, créemelo, me he dado cuenta, yo he visto a los hijos de mi cuñada y a mi hijos, los veo bien diferentes. O sea, por ejemplo, a mi gordo, porque mi nene es bien gordito, y está alto. Como te digo, nunca le he visto sus cachetes pálidos. Él siempre anda colorado. Máxime cuando corre, se pone pura manzana. Entonces, digo yo, tiene vitaminas, tiene energías. Todo lo contrario al nene de mi cuñada que no come verduras. A él lo miro pálido. No sé. Medio corre y ya se cansó, se agotó. Entonces, le digo, ¿por qué no comés verdura? Es que no me gusta, dice ella. Tengo que animarla al menos una vez por semana para hacer, no sé, quitarle lo que más les gusta a sus hijos. (...) Porque sí se puede hacer. Se puede, pues, hacer que los niños coman verdura.» (Marcela, grupo A).

Para concluir sobre el tema de las frutas, verduras y vitaminas vale la pena resaltar dos puntos importantes mencionados por las madres. Primero, que como demostró Tatiana, ellas identifican claramente que cada fruta y verdura posee un tipo de vitamina en específico que trae un beneficio particular para la salud. Y segundo, las frases de Olivia, Julieta y Marcela demuestran que las mamás reconocen beneficios de las vitaminas, sobre todo que ayudan en la prevención de enfermedades en sus hijos e hijas y que les ayudan a estar sanos.

En esta sección se abordó el modelo cultural sobre alimentación saludable de las madres. Como se propuso al inicio, sobre este tema las mamás tuvieron opiniones muy homogéneas y los factores que integran sus explicaciones sobre qué es la alimentación saludable son los mismos. Por ende, se puede afirmar que existe un modelo cultural entre las madres. Sin importar si pertenecían al grupo A (madres con hijos con algún problema nutricional) o si eran del grupo B (madres de niños con indicadores antropométricos normales) todas las mamás coincidieron en que una alimentación saludable está compuesta por lo siguiente: evitar la grasa, mantener la higiene, la frescura de los alimentos, la variedad de los alimentos que se consumen y la importancia de las vitaminas y minerales. Esto hace reflexionar sobre el hecho de que existe consenso y conocimientos similares entre todas las mamás. En la próxima sección abordaré cuáles elementos integran el modelo cultural de salud de las madres.

B. Modelos culturales sobre salud

En esta sección se mostrará cuáles elementos las madres consideran como indicadores de que sus hijos o hijas tienen salud (ver Tabla 5). A grandes rasgos, las madres coincidieron sobre la mayoría de ellos: que los niños y niñas se mantengan activas y con energía para desempeñar las actividades diarias; que no

se enfermen; y que tengan bienestar. Asimismo, como se mostrará, alcanzar esta salud que ellas describen depende fuertemente del tipo de alimentación que los niños y las niñas reciban.

Por otro lado, si bien algunas madres mencionaron que estar en el peso adecuado también es un referente de salud en los niños, el tema de la estatura para la edad no fue mencionado espontáneamente por ninguna de las madres como un indicador de salud. De hecho, la estatura no se discutió como tal a menos que la investigadora lo trajera a colación y se obtuvieron respuestas heterogéneas al discutirlo. El tema de la estatura y su relación con la salud fue el único donde no hubo consenso entre las madres, por eso se dedicará una subsección completa a indagar sobre las explicaciones al respecto.

Tabla 7 Elementos constitutivos del modelo de salud de las madres.

Tema	Proposiciones (las mamás mencionaron una o más)	Grupo A n=10	Grupo B n=10
Definición salud	La salud es tener energía/estar activos para las actividades diarias	7	10
	La salud es la ausencia de enfermedades	7	9
	La salud es tener bienestar	5	5
Relación entre alimentación y salud	La alimentación saludable permite prevenir las enfermedades	8	9
	La alimentación saludable permite tener salud	9	8
Relación entre medidas antropométricas y salud	La salud es estar en el peso adecuado	3	3
	No hubo ninguna proposición que relacione explícitamente estatura con salud	0	0

Fuente: elaboración propia según datos de la investigación (2019).

1. Tener energía y estar activos para las actividades diarias

Como primer tema, casi todas las madres están de acuerdo en que si sus hijos e hijas están activas y con energía para hacer las actividades cotidianas, entonces tienen salud. Los niños y las niñas sanos juegan, corren, se mantienen activas, molestan y hacen deberes u otras actividades diarias. Algunas madres lo explicaron como un indicador de salud que también aplica para los adultos. Un adulto sano es aquel que se puede encargar de sus responsabilidades diarias, ya sea salir a trabajar o realizar las tareas domésticas. Por consiguiente, cuando los niños o niñas no están con energía sino más bien decaídas, sin ganas de jugar o correr, o solo quieren dormir y no les interesa nada, entonces las mamás comienzan a sospechar que algo no está bien con ellos o con ellas.

A través de las entrevistas, se constató que 7 mamás del grupo A y 10 mamás del grupo B están de acuerdo con lo anteriormente descrito. A continuación se presentan algunos extractos de conversaciones con ellas que ejemplifican esta explicación de la salud, pues cuentan que saben que sus hijos están sanos

cuando se comportan de forma extrovertida y saben que no lo están cuando los ven o las ven cansadas, decaídas o sin ganas de nada. Por ejemplo, Tatiana expresa que la salud es poder trabajar, limpiar, estudiar y que ella reconoce que sus hijos están sanos cuando están jugando y con energía.

Tatiana, grupo A

«MI: Usted me podría contar, para usted ¿qué es la salud?»

Tatiana: La salud, para mí, es lo más importante que todos podemos tener. Porque si no tenemos salud, no podemos hacer nada. Sin salud no se puede trabajar, limpiar, estudiar, hacer nada. Básicamente, la salud es lo más importante.

MI: Para usted, ¿qué significa estar sano?»

Tatiana: Ay. Estar sano es poder hacer todas las actividades. Poder convivir. Lo más importante para estar sano es llevar una vida más o menos. No el 100% saludable porque es mentira, no la tiene uno 100%. Por lo menos ya ve que aquí, en el caminito aquí, hay un bosquecito. Eso nos ayuda a mantenernos un poco saludables porque purifican un poco el aire. Tratar de no tener contacto con mucha cosa sucia. Mantener limpio. Eso es lo ideal para mantenerse sano.

(...)

MI: ¿Usted cómo sabe si los miembros de su familia están saludables?»

Tatiana: Por su actividad. Cuando mis hijos están enfermos ellos no son los mismos. No quieren jugar. Quieren estar acostados. No quieren estudiar ni comer. La primera señal que me dan mis hijos cuando están enfermos es que no se quieren levantar. Eso... con tan solo que yo les diga, mis hijos, ya es hora, y ellos me dicen, ay, no, mamita, no quiero. Entonces yo ya sé que ellos no están bien. Por lo normal, ellos tienen demasiada energía. Son de los niños que están brincando aquí y allá. Tienen demasiada energía. Cuando no están sanos, no tienen energía. No quieren absolutamente nada.»

Al igual que Tatiana, Marta comentó que la salud es hacer las cosas del día a día y que ella nota que sus hijos están saludables y se sienten bien cuando ellos corren y están activos a tal punto que hasta parecen «terremotos».

Marta, grupo B

«MI: (...) para usted, ¿qué es la salud?»

Marta: ¿Para mí qué es la salud? Pues es la parte principal de nuestra vida, verdad. Porque si no tenemos salud, no hay nada (risas). Verdad. Entonces tenemos que estar saludables para poder trabajar, poder hacer nuestras cosas de diario.

MI: Y, para usted, ¿qué significa estar sano?»

Marta: Mucho (risas). Mucho, porque... Como le decía, o sea, si estamos sanos podemos levantarnos, trabajar, hacer esto, hacer esto, hacer otro. Si no, pues lamentablemente pues no podemos hacer nada. Más bien acostados o dependiendo qué enfermedad también tenga uno, verdad. Entonces ya uno con salud, primero, es de darle gracias a Dios porque nos da salud cada día.

(...)

MI: ¿Y usted cómo sabe que los miembros de su familia están saludables?

Marta: Porque se nota en el sentido de... En el sentido de... me doy cuenta en mis hijos. Porque ellos cuando están saludables, están sanitos, o no están enfermos, ellos se ponen a correr, aquí y allá. A comer. Entonces cuando yo me doy cuenta de que alguien está mal, así en la cuestión de la nena, cuando yo sé que ella está malita porque le viene gripe. Ella se acuesta y se duerme a mediodía. Cuestión que ella no lo hace. Y con el nene, cuando viene de estudiar ahí se queda y ya no se levanta. Entonces cuando yo miro que así están porque están saludables, pues. Porque no están enfermitos ni nada. Ahí andan como que fueran terremoto (risas).»

Similarmente, Karin coincide con las opiniones expresadas por las otras dos madres y utiliza los mismos criterios que ellas para determinar si sus hijos están o no sanos.

Karin, grupo B

«MI: Y, para usted, ¿qué significa estar sano?»

Karin: Pues que estén motivados, activos y todo, verdad. Que...

MI: ¿Qué significa... para usted qué significa estar sano?»

Karin: Que estén motivados, que estén bien pues, que tengan un buen organismo y todo, que se mantengan en buena condición.

MI: ¿Y usted cómo sabe si los miembros de su familia están saludables?»

Karin: Porque uno los conoce, va (risas), es mi opinión. Uno los conoce. Por ejemplo, un mi hijo si yo miro que él está más o menos ahí todo triste, yo sé que él está mal, va. Pero si él... se mantienen activos -porque sí son bien hiperactivos mis hijos, son bien hiperactivos-, pues yo sé pues que no hay... hay algo malo por ahí, va. Por ejemplo a mi nene grande yo sé que se me enferma bastante del pecho y todo y yo no lo miro así en esos tiempos y todo: ahí andar pendiente de ellos, que con suéter y que salimos y ya rápido todo, va. Pero pues eso.»

Estas frases de las madres nos ejemplifican, como bien lo dijo Karin, que ellas conocen muy bien a sus hijos e hijas y que notan rápidamente, a través de su energía o ánimo, si ellos o ellas se sienten bien. Cuando están saludables se mantienen jugando, están activos, alegres y pueden desempeñar sus actividades. Por el contrario, si están enfermos ellas rápido notan que algo les pasa a sus niños y niñas. Por ejemplo, Tatiana lo nota cuando sus hijos e hija no se quieren levantar, Marta lo identifica cuando alguno de sus

niños o niñas se acuestan a dormir muy temprano, y Karin se da cuenta de que no están sanos porque se ven tristes.

2. No enfermarse

Adicionalmente, una aseveración muy recurrente entre las mamás fue que no enfermarse es la mayor evidencia que se puede tener de que uno está saludable. Este consenso quedó claro porque 7 mamás del grupo A y 9 mamás del grupo B lo mencionaron. Varios de los comentarios en esta sección incluyen a los otros temas que integran la definición de salud, lo cual demuestra que todos ellos son importantes para entender a profundidad qué significa. Por consiguiente, la salud no solo es tener energía, no solo es tener bienestar, sino es también no enfermarse y, como se presentará más adelante, alimentarse bien. A continuación se muestran algunos extractos de conversaciones que tuve con las madres sobre el antagonista de la salud: enfermarse.

Olivia, grupo A

«MI: Para usted, ¿qué significa estar sano?»

Olivia: Estar sano... no tener ninguna enfermedad. No sé qué más (ríe). No tener ninguna enfermedad, pienso.

MI: ¿Usted cómo sabe si los miembros de su familia están saludables?»

Olivia: Porque tal vez no tienen ningún dolor. A veces se nota en la cara o en el cuerpo, ¿verdad? Que están cansados, o algo así. O no quieren comer a veces, ¿verdad?»

Flor, grupo A

«MI: Y, para usted, ¿qué significa estar sano?»

Flor: Estar sano... Pues estar sano ahí sí que como dicen "estar al 100" (risas). No tener nada de nada. Aunque yo siento que eso es algo bastante difícil porque uno nunca está sano al 100. Siempre aunque sea algo. Siempre tiene uno aunque en el momento uno no lo sepa o no se dé cuenta. Pero siento que siempre tenemos alguna enfermedad. O siempre tenemos alguna molestia o alguna incomodidad. Y pues ahí ya no está sano, sano. Sí, para mí es eso.»

Nina, grupo B

«MI: Y usted ¿cómo sabe si los miembros de su familia están saludables?»

Nina: Mmm... pues. Una porque no les da ni tos, no tienen gripe. Y a veces que se les lleva al control con el médico, pues. Pero sí, igual el niño de él se ha encontrado a veces malo porque él ha padecido de asma. Ahora mi nena me la iban a operar hace como 2 o un año, creo yo.»

Como se pudo observar, todas estas proposiciones sostienen y ejemplifican que la salud equivale a la ausencia de enfermedades. Olivia lo menciona sucintamente: la salud es no enfermarse, no tener dolor, no estar cansado. En contraste, Flor menciona que la salud es «estar al 100» y libre de enfermedades. Sin embargo, ella considera que alcanzar ese bienestar total es difícil e incluso lo considera imposible. Y por último, Nina igualmente explica la salud con base en la ausencia de enfermedades como la gripe, la tos o, en el caso de su hijo, el asma. Sobre la misma línea, el siguiente tema que se abordará explica por medio de qué se puede obtener y mantener esa valiosísima salud: la alimentación.

3. Alimentarse bien para no enfermarse

Sin lugar a duda, una proposición sobre la que hubo gran consenso fue que una alimentación saludable es lo que permite tener salud a los miembros de la familia, así como también ayuda a prevenir las enfermedades. Qué es la alimentación saludable y cuáles elementos la conforman fue descrito a detalle en el apartado anterior del capítulo de resultados. Por lo pronto, en esta sección me limitaré a mostrar las explicaciones que las madres dieron sobre cómo la relación entre la alimentación saludable y la salud es beneficiosa. Como se muestra en la Tabla 6, la mayoría de las mamás de ambos grupos coincidieron en la relevancia de la alimentación para la salud. A continuación se presentan varios ejemplos de estas explicaciones. Por ejemplo, Corina menciona que es precisamente gracias a la alimentación sana que su familia goza de salud. Similarmente, Patricia plantea explícitamente una relación causal entre la alimentación saludable y la salud.

Corina, grupo A

«MI: Y tú, ¿cómo sabes si los miembros de tu familia están saludables?»

Corina: Ah, porque depende de cómo los alimento uno. Porque, por lo menos, yo y mi mamá somos unas de que nos preocupamos de que ellos coman bien. Porque ellos comen de todo. De todo. Ellos comen de todo. Ahí sí que... Lo que sí no le come ella es pollo, ni carne. Ella no come eso. Saber por qué. Nunca le ha gustado. Pero de allí, ellos, todo lo contrario. Todo, todo, todo come.»

Patricia, grupo B

«MI: Y para usted, ¿cuál es la relación entre la alimentación y la salud?»

Patricia: Pues la relación es que si comemos saludablemente. O sea algo balanceado y no tanta comida chatarra como se dice, verdad, sí. Si uno come tratando la manera de balancearlo sí se logra la salud, verdad.»

Sobre la misma línea, varias mamás enfatizaron que la importancia de la alimentación saludable recae específicamente en que permite prevenir enfermedades en sus familiares. Más de la mitad de las

mamás de ambos grupos coincidieron y resaltaron esto en sus explicaciones, Patricia lo explicó con bastante precisión y detalles.

Patricia, grupo B

«MI: En su opinión, ¿qué tan importante es la alimentación saludable?»

Patricia: Qué tan importante... Es muy importante porque si uno no se alimenta bien, entonces puede enfermarse. Y si uno por ejemplo no se alimenta bien también tiende a enfermarse de... le puede dar a anemia o baja las defensas. Y media vez uno está así, no puede hacer nada, verdad. Ya no puede uno trabajar, no puede uno movilizarse. Porque yo en lo personal cuando estaba embarazada de mi nena, me dio anemia. Yo ya no fui a que me dijeran que era anemia pero yo estoy segura que [sic] fue anemia, porque yo no quería hacer nada. Yo no quería subir las gradas, yo no tenía ánimos de nada, no me daba hambre. Fue por el malestar del embarazo, pues. Pero yo siento que me dio anemia porque yo me sentaba, yo no quería levantarme. Y quería dormir. Pero no podía porque tenía a las dos nenas. Entonces yo creo que eso a uno le afecta, verdad. No comer saludablemente. Y yo no comía porque todo me daba náusea. Entonces no me pasaba nada. Entonces yo siento que eso fue lo que me afectó que ya mi cuerpo se debilitó. Entonces yo ya no pude hacer nada. Entonces sí afecta porque no comer saludablemente hace que uno se enferme.»

Estas conversaciones con las madres nos ejemplifican que ellas reconocen una relación causal entre la alimentación saludable y la salud. En concordancia con ello plantean que cuando se come sano se previenen las enfermedades. Si bien hubo bastante consenso respecto a este tema, las madres respondieron de forma heterogénea sobre otras relaciones causales que se abordarán más adelante en la próxima sección, específicamente, la relación causal entre la alimentación saludable y la estatura.

4. Tener bienestar

Respecto al bienestar, únicamente 5 mamás del grupo A y 5 mamás del grupo B lo mencionaron explícitamente. Si bien este tema fue mencionado con menor frecuencia, es importante resaltar que algunas madres definieron la salud no solo con base en manifestaciones externas de los niños y el resto de su familia, sino también incluyeron aspectos como la salud mental, el autoestima, la libertad y el poder llevar a cabo actividades recreativas.

Como ejemplo de que la salud mental es importante para la definición global de la salud, está el caso de Julieta, quien luego de haber pasado por situaciones de estrés, enojos y preocupaciones fue referida por su doctor del IGSS con una psicóloga. Ella afirma que su experiencia con la psicóloga le hizo darse cuenta de la importancia del autocuidado y de la autoestima, por eso ahora lo incluye en su definición de

salud. Afirma que su experiencia con la psicóloga fue tan beneficiosa que incluso lo recomendó como un proyecto que se podría hacer con otras de sus compañeras de trabajo.

Julieta, grupo A

«MI: Y, me podría contar para usted, ¿qué es la salud?»

Julieta: Yo siento que para mí la salud es el bienestar de uno. Es lo que yo le decía, va. De que me habló la psicóloga en el IGSS. Porque ahí sí fue en el IGSS. De que si yo le pongo atención a todo, o sea, siento que yo no me quiero entonces, va. Porque yo me enfermo, me enfermo y me puedo morir. Entonces que tal vez las personas están tranquilas. Entonces yo siento que la salud es ponerle atención también a uno, su cuerpo mismo, verdad. Bueno, si tengo algún dolor es verme. (...). Entonces yo siento que eso... Para mí la salud es quererse uno mismo y ver por uno mismo también, verdad. Por uno mismo y por los suyos, de que alguna enfermedad, mejor es revisarlo, va.

MI: Y antes de que usted tuviera este encuentro con la psicóloga, ¿usted pensaba igual sobre eso de cuidarse una misma?»

Julieta: Fíjese que no. Como le digo. Incluso cuando yo les conté a las compañeras que me habían mandado con la psicóloga empezaban a molestar "que estás loca", que esto y el otro. Pero no era así. Sino que a mí claro me dijo el doctor: "la voy a mandar para que ella le haga... para que usted sepa hacer conciencia que es". Porque a mí no me importa... ¡Yo me enojaba! Me enojaba y me enojaba. Y me molestaban cosas y hablaba y hablaba y no era así. (...) Y lo mismo él me decía "nombre, pero usted ya no se empeñe porque usted se enferma y todo". Pero yo no... Hasta que fui con la psicóloga, ella me enseñó más que todo el valor de la vida, va. Que dice que uno se tiene que valorar. Ahí sí que como dicen, va: si a uno lo lo valoran, uno se tiene que valorar uno solo.»

Por otro lado, en el caso de Marcela, al platicar sobre qué es la salud, aparte de mencionar el tema de llevar a sus hijos a los chequeos médicos, la alimentación y el verlos activos, también agregó la importancia de mantener un diálogo constante con sus hijos y con sus hijas, motivarlas, asegurarse de que tengan buena autoestima y darles libertad.

Marcela, grupo A

«MI: ¿Me podrías contar, para ti, qué es la salud?»

Marcela: ¿Qué es la salud? Bueno, la salud no solo se refiere a que uno se sienta bien, sino que se tiene que sentir bien físicamente y emocionalmente. Y espiritualmente, sobre todo. Para mí la salud, por ejemplo, ver a mis hijos correr, divertirse, no sé, yo siento que están saludables. Pero cuando están sentaditos, entonces yo digo, no, no están bien. Entonces, para mí la salud tiene mucho que ver en el crecimiento de mis hijos.

MI: ¿En el crecimiento físico nada más o también espiritual?»

Marcela: Espiritual y emocionalmente, y tanto como su autoestima de ellos. Son niños y todo, pero la autoestima de ellos también se baja como la de un adulto.

MI: ¿Para ti qué significa estar sano? Ya me habías comentado, pues, un par de ejemplos. Pero, ¿me podrías [contar] un poco más?»

Marcela: ¿Estar sano? No sé. ¿Qué te puedo decir? (Ríe). Ay, no sé. No.

MI: Lo mismo que me dijiste, ¿verdad? O sea, estar activo, con buena autoestima. Y tú, ¿cómo sabés si los miembros en tu familia están saludables?»

Marcela: En primer lugar, visitar el médico en un chequeo mensual, por lo menos, ¿va? Que es lo que tratamos de hacer nosotros con nuestros hijos, un chequeo mensual. Ver, porque a veces como te digo físicamente uno se puede ver bien, pero por dentro uno no sabe cómo está la persona. Entonces hablarles, motivarlos, incitarlos a algo que les guste para que ellos se sientan bien y se sientan saludables también, y la alimentación tiene mucho que ver también.

MI: Cabal eso va a ser una de las preguntas (ríen). ¿Y para ti qué es lo que hace que los miembros de tu familia estén saludables?»

Marcela: ¿Qué es lo que hace? Verlos activos. Verlos activos. Ahí sí que correr de un lado para otro. Es lo que me hace ver que mis hijos están saludables. Porque uno como madre sí se da cuenta, los conoce bien y se da cuenta cuando empiezan a quererse enfermar o decaer en algo.

MI: ¿Y qué cosas son las que permiten que ellos estén sanos?»

Marcela: Su libertad. No privarles nada. Yo a ellos no les privo. O sea, talvez se pueden empezar a portar mal. Entonces, los regaño. Sí los corrijo. Pero de ahí que vayan a jugar y a divertirse. No los... Mjm.»

Si bien en este tema no se indagó a profundidad durante esta investigación, es importante mencionarlo porque refleja cómo para algunas madres la salud se entiende más allá de las manifestaciones físicas y explícitas del cuerpo. Se mostró brevemente para recalcar que se debe abordar más durante futuras investigaciones.

5. Estar en el peso adecuado

Si bien las mamás mostraron opiniones bastante homogéneas y frecuentes sobre los otros temas que ellas vincularon con la salud (como la energía, el bienestar, la alimentación y el no enfermarse), el tema del peso no surgió tan frecuentemente, aunque sí fue mencionado. Como muestra la Tabla 6, únicamente 3 madres de cada grupo mencionaron explícitamente el peso como un indicador de salud de sus hijos. En contraste, el tema de la estatura no se mencionó al preguntar sobre la salud, realmente no fue un tema prioritario en la conversación con las mamás.

Respecto al peso, se darán ejemplos con base en las conversaciones que sostuve con dos madres. En primer lugar está Rocío. Ella es madre de una hija menor de cinco años. Al hablar sobre la salud mencionó los temas que ya abordamos, como la energía, el bienestar y el poder hacer las actividades diarias. Sin embargo, adicional a eso, mencionó que una forma de saber que su hija y el resto de su familia están sanos es a través de la parte física: si están flacos o gordos, es decir, mediante su peso.

Rocío, grupo A.

«MI: Y, ¿para usted qué significa estar sano?»

Rocío: Activo, que tengamos pues una actitud proactiva, literalmente que estemos bien. Y que podamos movilizarnos. Eso.

MI: Y, ¿usted cómo sabe si los miembros de su familia están saludables?»

Rocío: Pues me guió en lo que sus emociones, actitudes... la parte física también. En eso: están muy flaquitos, muy gorditos. En eso.»

Asimismo, en la conversación con Alexandra surgió el tema que en mediciones nutricionales anteriores su hijo había tenido baja estatura para su edad, que en términos biomédicos se expresa como retardo en talla. Al mencionar esto, ella respondió que sí, que su hijo había tenido específicamente *bajo peso*. Como se podrá notar no mencionó la estatura, sino que se enfocó en el peso y la importancia de estar en el peso adecuado.

Alexandra, grupo B

«MI: Le cuento que su hijo había salido un poco bajo de talla la vez pasada, pero ahora en la [medición antropométrica] de 2018 ya salió bien. Entonces, no sé si cuando la primera vez... porque la primera vez sí se los comunicaron.

Alexandra: Sí, que solo el nene estaba bajo de peso.

MI: *Y no sé si a partir de eso usted fue con la doctora.*

Alexandra: Sí, fue una vez con la nutricionista. Y me le cambió la leche. Le estaba dando leche de bote. Solo me tomaba la Nido. Primero Anchor y luego pasó a Nido, pero ahorita pasó a Dos Pinos y esa siguió tomando. Sigue tomando Dos Pinos.

MI: *¿Eso fue lo único diferente que usted hizo?*

Alexandra: Sí. Le di... él no quería comer y yo le ponía sabor o le ponía... no lo dejaba ver tele, le quitaba lo que a él más le gustara con tal de que comiera.

MI: *¿Antes no comía tanto?*

Alexandra: Sí. Era muy melindroso. Eso no lo quiero. Eso no me gusta. Solo pacha y pacha. Solo pecho quería. No me comía nada. Le daba la comida y me la tiraba. Entonces no subía de peso. Y le di unas vitaminas y creció. Sí.»

La intervención de Alexandra es importante porque se enfoca sobre todo en el peso, menciona que el niño creció, pero no habla explícitamente de su estatura como sí lo hace del peso. Es importante mencionar que el instrumento de la entrevista de la investigación no preguntaba directamente sobre ningún tema relacionado con la salud, a excepción de la alimentación. Es decir, no se preguntó directamente sobre la energía, el bienestar, el no enfermarse o el peso; todos esos temas fueron mencionados por iniciativa de las madres. Por eso resulta tan interesante que ni una sola mamá de ninguno de los dos grupos mencionó explícitamente a la estatura como un indicador de salud.

En esta sección se demostró que, al igual que con el tema de la alimentación saludable, las mamás tienen consenso sobre los factores que componen la salud, exceptuando el tema del bienestar, el peso y la estatura. Para las mamás, tanto del grupo A como del grupo B, sus hijos están sanos siempre y cuando: se mantengan activos y con energía para desempeñar las actividades diarias; no se enfermen; y se alimenten bien para prevenir enfermedades. Solo la mitad de las mamás mencionaron al bienestar (emocional, psicológico, espiritual) como un factor definitorio de la salud y aproximadamente un cuarto mencionaron al peso como un indicador de salud en sus hijos y de sus hijas. En el caso de la estatura, nunca fue lo primero que se vino a la mente de ninguna mamá al hablar sobre la salud. Se indagará sobre esto en la próxima sección.

C. Modelos culturales sobre la estatura

Como se mencionó al final de la sección anterior, la estatura no salió a colación al preguntarles a las madres sobre la salud de sus hijos y de sus hijas. No obstante, el tema de la estatura sí se llegó a dialogar con ellas pues lo mencionaron en otros momentos, como por ejemplo durante pláticas informales durante la observación participante. Por esos casos en los que algunas mamás lo comenzaron a mencionar, se intentó

indagar sobre el tema con el resto de las madres que aún estaban pendientes de participar en la investigación. No se preguntó directamente cuál era la relación entre la estatura y la salud. En su lugar, solo se indagó sobre qué la determinaba, con el fin de entender cómo las mamás comprendían este factor.

A diferencia de los modelos sobre la alimentación saludable y la salud, el tema de la estatura desató comentarios heterogéneos entre las madres. Se halló dos tipos de explicaciones, o bien, modelos, sobre qué determina la estatura. El primero propone que los genes o la herencia la definen. El segundo plantea que la alimentación es lo que la determina. Específicamente no hubo unanimidad para explicar si está definida por los genes o por la alimentación. No obstante, se puede mencionar que en el grupo A prevaleció el modelo de que la herencia o genes definen la estatura, mientras que en el grupo B tuvo más auge la propuesta de que la alimentación define la estatura. Cabe mencionar que ambos grupos de mamás (tanto las que tienen hijos con algún problema nutricional como las que no) manifestaron los dos modelos.

Por otro lado, vale pena mencionar que hubo una madre que no se posicionó en uno u otro modelo; ella explicó que los genes no definen la estatura, pero no especificó qué sí la determina. Como fue la única que lo planteó de esa manera no se puede considerar como otro modelo cultural, pues no fue compartido por nadie más. Es importante recordar que para afirmar que existe un modelo cultural es necesario demostrar que las participantes siguieron el mismo patrón de causalidad en sus explicaciones. Por eso, se indagará sobre esto a continuación para demostrar que los grupos de mamás que comparten estas dos diferentes declaraciones sí siguieron el mismo hilo causal para llegar a su conclusión. A continuación se presentarán estos modelos y se describirá cuál es la proposición central de quienes lo sustentan, así como de dónde proviene esta explicación, es decir, ¿en qué se basa?, ¿con base en qué se construye?

Tabla 8 Proposiciones de las madres sobre qué define la estatura.

Tema	Proposiciones (mamás solo mencionaron una de las opciones)	Grupo A n=10	Grupo B n=10	TOTAL
Explicaciones sobre la estatura	Los genes/herencia definen la estatura	5	3	8
	<i>De dónde proviene la explicación</i>			
	Lo explica con base en ejemplos de su propia familia	5	2	
	Lo explica comparando familias		1	
	La alimentación determina la estatura	2	5	7
	<i>De dónde proviene la explicación</i>			
	Lo explica con base en ejemplos de su propia familia	2	3	
	Lo explica con ejemplo de su familia + explicación médica	0	1	
	Lo explica comparando a su hijo con otros niños	0	1	
	Los genes no definen la estatura, pero no menciona que la alimentación sí.	1	0	1
<i>De dónde proviene la explicación</i>				
Basa su explicación en intuición	1	0		
No se discutió el tema con la madre	2	2	4	
	TOTAL	10	10	20

Fuente: elaboración propia según de la investigación (2019).

1. Los genes determinan la estatura

En primer lugar, se tiene el modelo que propone que los genes o la herencia familiar son los que determinan la estatura. Este modelo fue el más frecuente de los tres. En total, 8 mamás lo explicaron (5 del grupo A y 3 del grupo B). En síntesis, todas las madres que se alinearon con esta proposición llegaron a su conclusión por medio de experiencias propias y de comparaciones que hicieron entre los niños y las niñas, y sus respectivas familias. A continuación, indagaré sobre este hilo de causalidad. Unas madres incluyeron más detalles que otras en sus explicaciones. Por ejemplo, algunas únicamente hicieron comparaciones; otras reflexionaron sobre por qué no podía ser la alimentación lo que define la estatura sino solo los genes; otras plantearon que la alimentación puede influir en el peso, pero no en la estatura y que por eso son los genes lo que la determinan; y por último, un par, además de concluir sobre la preeminencia de los genes, agregaron que no hay relación entre estatura y salud.

Algunas de las madres explicaron que los genes determinan la estatura haciendo comparaciones de la altura de los niños o las niñas (ya sean propias o ajenas) con la altura de sus respectivas familias. Explicaron que si una familia es bajita, es de esperar que la descendencia también lo sea. Los niños y las niñas tienen posibilidades de sacar la genética del padre o de la madre y sus respectivas familias. La familia es el ejemplo de las posibilidades del niño o de la niña: si hay una persona alta en la familia, es posible que los niños y las niñas lo sean. Si hay una persona baja, el niño o la niña también puede serlo.

Por ejemplo, está el caso de Karin. Ella es madre de tres hijos. Sus dos hijos mayores están dentro de los parámetros que se consideran como «normales» para su edad en la biomedicina. No obstante, Karin contó que su hijo bebé, quien nació unos meses previo a la entrevista, ha tenido algunas dificultades con llegar a su peso ideal y está bajo de peso. Para ella es algo nuevo porque comparándolo con sus otros hijos, es más delgado. Como se muestra en la conversación, ella no se explica del todo por qué ocurre esto y cuenta las dudas que ella tiene y cómo a través de conversaciones con otras personas encuentra explicaciones que la calman. La explicación que más la tranquiliza es que quizás su bebé es delgado y más pequeño que sus otros hijos porque ella también es baja y delgada. Amigas que son vecinas opinan lo mismo. También ha visto a otros niños en su familia con quienes ocurre esta misma situación. Todo esto corrobora su explicación y la tranquiliza. Asimismo, concluye que sus otros hijos son más grandes porque su papá lo es. Concluye que las diversas posibilidades de complejión física existen en su familia e incluso habla de la estatura y el peso como una cualidad, no tanto como un estándar.

Karin, grupo B

«MI: Y, bueno ya son las últimas preguntitas. También platicando con otras mamás, verdad, sobre este tema, pues de la alimentación y el crecimiento de los hijos y todo, pues platicábamos con algunas mamás de este tema de... Como de que a veces en algunas familias hay personas que son bajitas, verdad. Y algunas mamás pues me comentaban que bueno, tal vez sus... que pensaban que tal vez sus hijos eran bajitos porque la mayoría de personas en sus familias pues son bajitos y entonces tal vez por la herencia o los genes era pues que sus hijos no crecen mucho. Y no sé usted qué opina sobre eso.

Karin: Fíjese seño que yo tengo ahorita esto con mi bebé con el pequeño, con el bebecito. Mis hijos siempre han sido de... Pesan... Uno me pesó seis libras y el otro seis y medio (el de en medio). Fíjese que el nene que ahorita el último me nació antes de tiempo, me nació de ocho meses. Él pesó cinco libras. Pero me está costando que él me suba de peso. Aparte de que se me enfermó. Fue un momento en que yo me traumé, se lo confieso, que yo le reclamé hasta a dios, porque yo lo miro muy... O sea, ¿cómo le dijera yo? O sea, a él le falta peso, verdad. La doctora me le dejó leche y no la aceptó. Entonces yo digo, en mi mente, y le platiqué a una mi vecina y me dice "Karin, ¡pero si usted es delgada! Tal vez su hijo va a ser igual que usted." Porque mis otros dos hijos son idénticos a mi esposo, idénticos a él. Y mi nene no, él se parece a mí. Entonces me dice "usted no sabe si dios decidió mejor darle a su nene así", pero lo único es que él es bien macizo. Porque él tiene cuatro meses y usted lo siente y él se empuja y él es bien vivito. Y él se levanta la cabecita y todo. Ahorita que yo lo llevé a vacunar, me dijo la enfermera: "muy macizo su bebé, está bien macizo". Y entonces yo le comenté a ella: "fíjese, seño, que esto y esto me dijeron que su peso y todo". "Puede ser", me dijo, "que su hijo tenga problemas con su peso, pero es muy macizo, está bien. Porque hay niños que son muy gordos y ni menearse pueden."

Entonces yo vengo a esto de que la estatura igual, yo siento que como mi esposo es grande y yo soy bajita, va. Entonces le digo yo, tal vez el nene va a ser igual que yo así delgada, porque la mayoría de mi familia es delgada. Y mi esposo es el único gordito. Porque, usted lo conoce verdad, él es gordito. Y los hermanos son bien delgaditos. Y su hermana que él tiene, porque solo una hermana tiene, es bien delgadita también. Entonces me dice ella "no se traume". Porque yo he llorado porque digo "¿por qué no gana peso mi hijo?" O sea, no es tanto el peso que le hace falta, no es mucho, pero o sea, yo ya me metí eso que a mi hijo le hace falta peso. Y yo me cuido mi leche, que yo tomo atolitos, como le digo, yo tomo atoles y todo para que a él le baje y todo. Pero me dice la enfermera: "Usted tiene eso desventaja de que su bebé está costando que le gane peso, pero está demasiado macizo, porque para hacer eso lo que su bebé está haciendo ahorita, es un niño de seis-siete meses." Y no que él se me iba a caer del sillón porque él se levantó y se empujó. Entonces yo siento que tenemos, cómo le dijera yo, beneficios: usted tiene un beneficio que yo no tengo, tenemos cualidades que no tenemos. Y lo de la estatura pues siento yo que depende, verdad. Porque igual mi cuñada es bien bajita. Y el esposo era bien -porque acaba de fallecer el muchacho- era bien bajito también. Y el niño cumplió 10 años y es una cosita. Y tiene casi la estatura de mi hijo y mi hijo tiene 6 años. Entonces yo siento que depende también lo de la familia, siento que es como una cadenita, digo yo, verdad.»

Sobre la misma línea, al preguntarle a Alexandra sobre qué determina la estatura ella concluye de manera similar que Karin y plantea que cada familia es diferente: unas familias son grandes y otras familias son pequeñas, es algo que ya se trae en los genes. Además, lo ve también como cualidades distintas que cada familia posee y que deben ser respetadas.

Alexandra, grupo B

«MI: ¿Me podría contar...? Bueno, con algunas mamás, platicando de la alimentación de los hijos, el crecimiento y la salud de los hijos, algunas... Le voy a decir lo que hemos platicado y me dice si está de acuerdo. O su opinión. Algunas me han dicho que sus hijos están un poco pequeños y que consideran que es porque la mayoría de [las] personas de su familia es pequeña. Piensan que la herencia y los genes hacen que los niños sean pequeños. No sé si usted opina eso.

Alexandra: Tal vez sí. Porque todo viene por genes y entonces hay familias pequeñas y familias grandes. Ajá. Entonces, ahí sí que... de aprender sobrellevar todo. Ajá.

MI: ¿Cómo así sobrellevar todo?

Alexandra: Porque tenemos que convivir o compartir. Si la familia es grande o pequeña de igual manera hay que compartir.

MI: Hablábamos... o se referían ellas a la altura, ¿verdad?, de tamaño.

Alexandra: Que unos son más grandes o pequeños. Cuesta. Cuesta con ellos, pero ahí sí que hay que saber cómo compartir con ellos.»

Similarmente, hubo otras madres que además de hacer comparaciones entre la estatura de los niños y las niñas, y la estatura de sus familias, mencionaron que sus hijos e hijas comen saludablemente y aun así no son muy altas, esto les da pauta para considerar que la alimentación no determina la estatura, sino que se trata de algo genético. Al igual que las mamás anteriores, Tatiana considera que la estatura de la familia predispone aquella que pueden llegar a alcanzar los hijos y las hijas. Cuando no hay una persona alta en la familia entonces es prácticamente inimaginable que un niño llegue a serlo, a pesar de que este coma bien. Ella da un ejemplo de su hermana sobre esto y prácticamente le dice “no se le pueden pedir peras al olmo” e incluso expresa cierta impotencia al respecto.

Tatiana, grupo A

«MI: (...) Hay familias que me comentan que ven que sus hijos están un poco bajitos y que consideran que es porque todos en su familia son un poco bajitos y que entonces algo tendrá que ver la herencia y los genes. ¿No sé qué opina sobre eso?»

Tatiana: Pues sí. Sí porque por más que uno les dé de comer saludables, los vitamine, los nutra, influye mucho. Mi otra hermana, pues, allá en Jutiapa, ella no deja que los niños coman nada afuera de lo que ella les da en casa. No les da café. Porque dicen que el café evita el crecimiento de los niños. No deja que ellos coman nada. Nada más que lo que ella les prepara. Y la nena de ella es bien chaparrita. Y yo le digo, cómo quieres que sea grande si tú sos pequeña. (Interrupción de la mascota). Sí. Influye. Tiene mucho que ver también. Porque quiera o no, pues hay cosas hereditarias que uno no quisiera heredarles a los niños, pero siempre lo traen. Sí. Influye mucho el gen.»

Al igual que Tatiana, para Rocío la única explicación sobre por qué su hija no es tan alta es la genética. Ella ve que su hija come bien, por ende, si la altura de la niña dependiera de la alimentación, su nena sería más alta. Rocío confirma esta aseveración con la experiencia de su familia. Lo que ella ha visto en sus familiares es que la mayoría de las personas son bajas y así lo han sido a través de generaciones, en consecuencia, que su hija no sea tan alta es algo esperado: es herencia.

Rocío, grupo A

«MI: Y, al principio, cuando estábamos empezando a platicar usted me estaba contando sobre esto de la herencia y que tal vez por eso era que su nena todavía no crecía tanto... ¿me podría contar más de esto?»

Rocío: Pues yo creería que es por genética de que no creciera. Porque la verdad ella come muy bien, es lo que mejor le gusta hacer. Fíjese. Y come variado. Entonces creería yo... O, podría ser tal vez, no le doy un suplemento. Como algún tipo de medicina para el desarrollo, la verdad es que eso sí no. Siempre se ha alimentado de la leche y de sus alimentos. Pero sí me gustaría tener tal vez alguna opinión de por qué podría ser, o en qué se podría mejorar para que ella estuviera en la altura adecuada.

MI: Porque en su familia me dijo que son de baja estatura.

Rocío: Ajá, sí. Por parte de mi mamá: todas. Todas son chiquitas, la más alta tiene la altura de [pareja], fíjese. Son dos. Una mujer y un varón. De ahí todos bien bajitos, fíjese. Bien bajitos.»

Por otro lado, adicional a las comparaciones de estaturas entre niños, niñas y sus familias, algunas mamás mencionaron que la alimentación sí puede influir en el peso de los niños y de las niñas, mas no en la estatura. Asimismo, ejemplificaron que la genética se puede manifestar con cierto grado de variación entre los niños y entre las niñas de una misma familia: puede ser que un hermano sea más alto que el otro. No obstante, concluyen que es causa de los genes, es algo que ya se trae. Tal es el caso de Elisa, quien pone ejemplos de esto con sus sobrinos.

Elisa, grupo B

«MI: Las últimas preguntitas. Con algunas mamás, platicando de este tema de la alimentación y el crecimiento de los niños, algunas mamás me han comentado que ellas consideran que sus hijos, pues, no han crecido mucho porque la mayoría de personas en su familia son bajitas y que por eso, tal vez, por herencia o por los genes, sus hijos serán chiquitos. ¿Usted qué opina sobre eso? ¿Está de acuerdo?»

Elisa: Podría ser. Mis 2 hijos son grandes. Los hijos de mi hermana... hay uno que es grande y otro es chiquitito. Tiene 5 años y mi bebé casi le llega. Pero yo creo que tal vez sí es de familia porque ella es pequeña. Viene de genes.

MI: Y usted considera que la alimentación influye en eso o no influye en eso.

Elisa: No. Eso ya se trae. Influye cuando el niño está con peso. Usted lo mira demacrado. O no come. Cosas así. Pero si usted mira ese niño molesta. Usted lo carga y parece una piedra. Entonces... cuando un niño no está bien y está en una etapa de desnutrición...»

Por último, hubo otras mamás que además de concluir que la estatura es genética con base en comparaciones de niños y sus familias, también agregaron que esta no necesariamente se vincula con la salud. Una de ellas, Corina, da varios ejemplos de alturas de niños y los compara con sus familias y concluye que la estatura es genética. Adicionalmente, mencionó que para ella la estatura no es un indicador de salud. Específicamente dijo que ella y toda su familia son de baja estatura pero que ella se considera una persona saludable al igual que sus hijos porque se alimentan bien.

Corina, grupo A

«MI: (...) Bueno, con otras familias platicábamos de este tema del crecimiento de los niños, ¿verdad? Y algunas familias me contaban que, pues que como en sus familias las personas son chiquitas, que ellos pensaban que sus hijos también iban a ser chiquitos. No sé tú, ¿qué pensás sobre eso?»

Corina: No. Depende de la alimentación.

MI: Depende de la alimentación.

Corina: Al menos, eso sí es cierto, ¿va? Hay familias que son... Porque miré mi hija. 5 años. Y no sé si ya vio una nena que anda por ahí, que es más alta que ella y ella tiene 4 años. Pero es depende de la familia. También. Porque al menos en mi familia mi papá era bajito, mi mamá ya vio el tamaño que tiene. Y [pareja] es chiquito, no es tan alto. Mi suegra, la mamá de él, sí es bien

alta. Pero él salió al papá. Porque mi suegro también es así bajito. Entonces qué van a andar saliendo altos estos. El tata es bien aplastado (risas). Y yo, míreme a mí, toda enana (ríen). Toda enana. No, sí, pero no importa tanto el crecimiento, sino la alimentación, las vitaminas, las defensas que uno tenga. O sea, sí. Si va a estar enfermo toda la vida. Entonces si uno, al menos yo me considero sana (ríe).»

De igual manera, Susana cuenta cómo a su hija mayor, quien cursa la primaria, la molestan sus compañeros de la escuela porque es la más baja de estatura de la clase. La madre comenta que su hija mayor le pide que le compren de la bebida nutricional que toma su hermana menor (quien tiene retardo en talla) porque ella también quiere seguir creciendo de estatura. Sin embargo, Susana le respondió que esa bebida nutricional no sirve para ser más alta sino para estar saludable.

Respecto a ese comentario es importante resaltar dos elementos. Primero, la bebida que toma su hija menor sí es una bebida indicada para ayudar al crecimiento de estatura. Y, segundo, el que Susana haya dicho eso me hace sospechar que para ella no existe una relación entre estar saludable y crecer de estatura. Por otro lado, más adelante esta madre dijo que le explicó a su hija que ella no puede ser más alta de estatura porque todos en su familia han sido bajos. Según esos comentarios puedo decir que para Susana la estatura es algo completamente definido por la genética.

Susana, grupo A

«MI: Entonces ahora ya las últimas preguntitas. Eh. Bueno. Con algunas familias hemos platicado, como le he contado, de todos estos temas, de la alimentación y todo. Y del crecimiento de los niños. De su salud. Y, emm... platicábamos de este tema. Yo le voy a ir diciendo como ciertos temas y usted me dice, pues, qué opina sobre eso. Ya hay familias que me han comentado, por ejemplo, que, emm... sus hijos son un poco bajitos pero consideran que son bajitos porque en la familia la mayoría de las personas son bajitas, ¿verdad? Entonces que también tienen algo que ver con la herencia y los genes de la familia. No sé usted qué opina sobre eso.»

Susana: Pues sí. Ese problema tengo yo con la nena grande. Porque me dice que en la escuela la molestan. Porque ella es la más chiquita de su clase. “Fíjese mama que algunos me dicen, ay, que sos bien enana, ay, que esto.” Entonces le digo yo, no les haga caso. Entonces me dijo, “cómprame...” como a la nena le estamos comprando una PediaSure... “Mama, ¿eso sirve para crecer, verdad?”, me dice. “No, hija. Es para que estén sanos.” “No. Pero cómprame porque yo quiero crecer.” Pero como dice usted, a veces también es por la familia. Mi abuela es bajita. Hasta más bajita que yo. Yo soy bajita. Entonces, hija, cómo quiere ser alta si somos bajos. Y... Sí. Por eso.»

2. La alimentación determina la estatura

En segundo lugar, está el modelo que plantea que **la alimentación determina la estatura**, el cual fue compartido entre 7 mamás en total: 2 mamás del grupo A y 5 mamás del grupo B. Este modelo también se construyó con base en experiencias personales de las madres que les sirvieron para sustentar su proposición. La declaración de este grupo de mamás es que **la alimentación es lo que determina la estatura**. Algunas simplemente explican que la alimentación es la que define la estatura. Otras adicionalmente comparan a niños, niñas y sus respectivas alimentaciones para establecer que precisamente

son las diferencias en la forma de comer las que dan como resultado las diferentes estaturas. Ellas explican con base en ejemplos –la mayoría de las veces de sus familias– que alimentaciones diferentes dan resultados de altura diferentes. Si los niños se alimentan saludablemente, son más altos.

Por ejemplo, en el caso de Julieta, ella atribuye el que su hija sea alta al hecho de que se alimenta bien. Si bien la familia de su esposo es alta, ella considera que lo que más influye en la estatura de su hija es la alimentación. Ella compara a su hija que siempre ha comido bien y que ha crecido con un sobrino que no come tan bien y que además no crece tanto. Es así como constata que la alimentación sí influye en la altura.

Julieta, grupo A

«MI: Con algunas... Hablando pues esto de la salud de los niños y todo y del crecimiento de los niños, pues platicábamos con algunas mamás.... O algunas mamás me contaban verdad que ellas consideran que sus hijos pues no van a crecer tanto porque la mayoría de las personas en su familia pues son un poquito bajitas, verdad. Entonces como que tal vez la herencia o los genes pues tiene que ver con eso, con que no vayan a crecer tanto. No sé si usted está de acuerdo con eso, ¿qué opina?»

Julieta: Pues yo siento que bueno... Así me han dicho así también. Porque mi nena es bien alta. Como le digo, mi nena ahí como la mira tiene dos años y medio y muchos no me creen. Piensan que ella tiene cuatro años y todo, que mi nena es bien alta. Y me dicen que lo mismo que le dicen, va, de que la familia de mi esposo es alta. Se puede decir que haya sacado de la familia de él, que todo así. Pero en realidad también yo siento que tiene que ver un poco con la alimentación. Tiene que ver con la alimentación porque si uno se aferra... Yo tengo a mi cuñada que tiene a su bebé de siete meses y el bebé se mira chiquito. Pero también ella solo compota, solo compota. Y comprada. Comprada. Entonces yo siento que también si uno no los vitamina con la comida, también ellos no crecen, va.»

De igual manera, Marcela ha escuchado comentarios sobre los genes y considera que influyen en el crecimiento, no obstante, constata que la alimentación influye más en la estatura que los genes porque ella ha visto casos de niños y de niñas que comen bien y son más altas, contra niños y niñas que no comen tan bien y no crecen tanto. Esto hace evidente que la alimentación saludable influye positivamente en el crecimiento de los niños.

Marcela, grupo A

«MI: Bueno, otra cosa que hemos... te lo pregunté. Lo de comida que cuesta que se coma y lo de salir a comer como un paseo. Con otras familias, cabal hablando de este tema, de la alimentación, salud de la familia y todo. Pues hay mamás que me comentaban que por ejemplo sus hijos no crecen tanto porque en su familia son un poco pequeños, ¿verdad?»

Marcela: Fijate que yo no creo que eso tenga algo que ver porque yo soy bajita, pero mi hermana es mucho más alta que yo y tiene 13 años. Entonces, no tiene que ver y yo siento que una depende los genes de cada persona porque los genes de cada persona varían, entonces no todos tenemos los mismos genes. Como te digo, yo a veces me miro bien chiquita a la par de mi hermana. Pero sí, también tiene algo que ver la alimentación y las vitaminas.

MI: Pues esas son todas mis preguntas. No sé si tenés algún otro comentario sobre este tema o alguna sugerencia que se te haya ocurrido con esto.

Marcela: No sé. Tratar de animar a las demás mamás, ¿va?, para que traten la manera, una vez por semana, de darles verduras a sus hijas. Porque, creémelo, me he dado cuenta, yo he visto a los hijos de mi cuñada y a mi hijos, los veo bien diferentes. O sea, por ejemplo, a mi gordo, porque mi nene es bien gordito, y está alto. Como te digo, nunca le he visto sus cachetes pálidos. Él siempre anda colorado. Máxime cuando corre, se pone pura manzana. Entonces, digo yo, tiene vitaminas, tiene energías. Todo lo contrario al nene de mi cuñada que no come verduras. A él lo miro pálido. No sé. Medio corre y ya se cansó, se agotó. Entonces, le digo, ¿por qué no comés verdura? Es que no me gusta, dice ella. Tengo que animarla al menos una vez por semana para hacer, no sé, quitarle lo que más les gusta a sus hijos. Porque yo le digo a la nena, bueno, entonces no hay fruta. Y que le quite su fruta, es su debilidad. Entonces, bueno, mami, me dice, voy a comer. Entonces empieza a comer. Porque sí se puede hacer. Se puede, pues, hacer que los niños coman verdura.

MI: Sí. O sea, hay técnicas que las mamás pueden usar. Y estos hijos de tu cuñada, ¿tienen más o menos la misma edad que tus hijos?

Marcela: Sí. Es más grande. El nene tiene 6 años y el mío tiene 5.

MI: Son casi iguales.

Marcela: Es un año y un día que se llevan porque uno es del 13 y el otro del 5. Entonces. Sí se ve la diferencia. El nene de mi cuñada no es mucho lo que le lleva para tener un año. Es poquito lo que se llevan. Pero como le digo, él es más de comer comida chatarra. Come papas fritas y no te come pollo, carne, o sea. Es como que fuera vegetariano. Pero no come vegetales.

MI: Ahí se nota la diferencia que hay entre tu hijo y el otro niño, ¿verdad?

Marcela: Sí. Le digo yo, ya viste que te caen bien las verduras. Porque mirá al nene, le digo yo, corre y se cansa. Sí, mami, yo no, yo soy fuerte, yo soy el súper héroe, me dice. Sí, mi amor, pero decile que coma. Le digo al niño, vení, vas a comer, ay no, tía, porque tú me vas a dar eso verde y no me gusta. Por ejemplo, un güisquilito.»

Al igual que Marcela, Patricia opina que la alimentación es lo que más influye en la estatura de un niño o niña. Por más que un niño o una niña sea de una familia alta, si no se alimenta bien no va a alcanzar estaturas altas. Ella lo constata igualmente comparando a dos sobrinas suyas que tienen la misma edad: una que come bien y se ve más alta, y a otra que no come bien y está más bajita.

Patricia, grupo B

«MI: Y bueno, solo la última pregunta, Bueno... Hay mamás con las que hemos platicado que, por ejemplo, ellas ven que sus niños como que sí van creciendo pero que a veces no saben si van a crecer mucho o van a crecer poco porque en su familia suelen ser como más pequeños, entonces no sé usted, ¿qué opina sobre eso?»

Patricia: Ah, tiene que ver mucho la alimentación. A veces los niños no crecen, sí por herencia, verdad. Sí es así. A veces en la familia hay mucha gente alta. Y sí tiene que ver eso, verdad, de que la gente es alta. Pero muchas veces, tal vez la persona podría ser más alta y no lo es porque no se alimentó bien en la niñez. Eso tiene mucho que ver. Entonces tiene que ver eso. Yo siento que la alimentación... Si una persona se alimenta bien, va a alcanzar la medida que ya su cuerpo ya tiene estimado, verdad, en su genética, por decir así. Pero tal vez hay personas que pudieron haber sido más altas pero no lo son porque no se alimentaron adecuadamente. Porque para uno crecer, en primer lugar, tiene que alimentarse bien para que los huesos en la edad de un niño, se desarrollen, crezcan los niños, verdad. Pero si no hay alimentación no se desarrollan como es, verdad. No se puede. El cuerpo hace lo que tiene que hacer porque ya tiene esa función. Pero necesita nutrientes para hacerlo, lo necesita. Por ejemplo, verdad, los niños que no tienen alimentos, los niños crecen porque el cuerpo lo tiene que hacer, lo hace, pero esos niños que crecen delgaditos, desnutridos, porque así es, verdad. Porque no comen. Pero si se alimentaran, su aspecto fuera diferente. Pero sí, eso a veces depende de la genética, pero tiene mucho que ver con la alimentación. Porque por ejemplo, yo tengo dos sobrinitas que son... Una nació en agosto y la otra nació en noviembre, creo. Pero si usted las ve, se miran como que la otra, la que nació después, de dos meses después, le llevara dos años a la que nació antes. Pero yo las miro que la niña, la que es más pequeña de meses, por decir así, ¡tendría que estar igual porque son de la misma edad! O sea, tal vez en unos centímetros variar. Pero ellas sí se les nota la diferencia. Pero yo veo que mi sobrinita la de noviembre, por decir así, ella come, ¡ella come bien! Ella come y come en su casa, verdad, almuerza. Mi hermana come antes que nosotros. Y ella viene aquí y estamos almorzando y uno le ofrece, "¿quieres comer?"... "sí gracias". Y come. Y come. Y come lo que uno le dé. O sea, ella come lo que estemos comiendo. No, "eso no me gusta". No, ella lo recibe. En cambio mi otra sobrinita, que nació antes que ella, en meses, ella se tarda para comer. Y ella mmmm, despacio. Y "mami ya no quiero". Y entonces ella está delgadita y bajita. Y la otra está más alta que ella. Tal vez casi una cuarta. Entonces tiene que ver mucho la alimentación, sí. No es tanto la... que no saben si va a crecer porque así son, no. Tiene que ver mucho la alimentación. Si el niño se alimenta bien, va a alcanzar el desarrollo que su cuerpo ya lo trae, verdad. Pero si no, por más que tenga familia alta, no va a crecer porque no se alimentó adecuadamente. Ajá.»

También está el caso de Grisel, quien comenta que ha escuchado la premisa de que la genética es la que define la estatura. No obstante, ella duda de esto y pone como ejemplo a sus sobrinos que crecieron en otro país, específicamente Estados Unidos. Concluye que la alimentación es lo que hace que los niños en Estados Unidos crezcan más y opina que es porque los alimentos allá son diferentes. Si bien opina que los alimentos de Guatemala no dan esa posibilidad, sabe que existe la oportunidad de que los niños y las niñas, incluso habiendo nacido y crecido en Guatemala, crezcan más siempre y cuando reciban una alimentación adecuada.

Grisel, grupo B.

«MI: Y, eh, bueno... como estamos hablando de las mejores cosas que son para la familia y todo, y con otras mamás platicábamos a veces de sus hijos y de cómo van creciendo y todo eso, y algunas mamás me comentaban que ellas consideran que... o bueno, a veces tienen pláticas con sus mamás sobre cómo a veces las personas son un poco más bajitas y que sus hijos, por genes, van a ser más pequeños. ¿Usted qué opina sobre eso?»

Grisel: Ah, yo opino que es lo mismo. Sí. Que por eso son bajitos. Es lo que nos han dicho. Pero la alimentación también ayuda. Póngale que los niños de Estados Unidos, va, ahí la mayoría es alta. Solo unos cuantos son bajitos. Pero mis hermanos, sus nenes, son por ahí, desde 7 años y ya están de este alto. Es por lo mismo. La alimentación les ayuda. Entonces, la alimentación que les

damos acá es como que les ayuda a mantenerlos con energía diaria, pero no les ayuda para su crecimiento. Eso hace falta. Un niño puede crecer a pesar de que uno sea pequeño. Y pueden ser grandes. Conforme a la alimentación.»

Asimismo, está el caso de Nina, quien duda que los genes definan la estatura ya que tanto ella como su esposo son bajos y su niña está alta. Por eso concluye que deben ser las vitaminas las que influyen en la estatura de sus hijos.

Nina, grupo B.

«MI: Bueno, hay personas que me han comentado, por ejemplo, respecto al crecimiento de sus hijos, que consideran que a veces los niños no crecen mucho porque los papás no son tampoco tan alto. Que es de herencia. Genes. ¿Usted qué opina sobre eso?

Nina: Pues supuestamente es según las vitaminas que tiene el niño. Porque al menos los míos, gracias a Dios, están sobre estatura. A pesar de que el papá de ellos es pequeño.»

Por otro lado, Belén es mamá únicamente de un niño y ella está muy pendiente de su desarrollo. Cuenta que ha escuchado comentarios de sus familiares que afirman que la estatura es genética, sin embargo, ella sospecha de esos comentarios y considera que tiene más importancia la alimentación. Belén sabe de un niño que era su vecino y no comía de forma sana y se enfermó gravemente. Eso la motiva a darle de comer lo mejor a su hijo para evitar que se enferme. Además, constantemente compara a su niño con el resto de sus compañeros del colegio, ve que hay algunos niños más altos que él y eso la hace querer que crezca más, por eso le pone mucha atención a la alimentación que le da. Asimismo, ella considera que si fuera cierto lo de los genes, también hay personas altas en su familia, por lo que su hijo tiene posibilidades de ser alto, pero sabe que igual es importante la alimentación para que su niño crezca.

Belén, grupo B

«MI: Y bueno, para usted... Siguiendo... Hablando pues de estos temas de alimentación y salud, ¿qué significa la alimentación saludable?

Belén: Pues es muy importante porque, yo siempre le digo a mi esposo -que a veces él quiere comprar comida hecha- y a mí me da a veces cosa. O quiere comer ricitos en la noche. Porque tenemos la experiencia de un niño que era nuestro vecino, que él desde pequeño desayunaba ricitos. Entonces ahora tiene leucemia. Tiene 10 años y el nene ya no creció. Está del tamaño de mi nene. Y a mí me da miedo. Porque es feo. Yo miro a la mamá que pasa penas yendo al [Hospital] Roosevelt llevándolo. Y el niño ya pues ya no se le va a quitar. Dice que solo están esperando verdad... Y a mí sí me da miedo eso. Cuando dicen que da anemia... A veces una anemia puede llevar a leucemia. Entonces por eso tratamos de... Yo traté pues de darle leche, porque no me recibía la leche, le daba náusea. Entonces le empezamos a cambiar leches, a ver cuál. Y ahora gracias a Dios él solito... O a veces compramos leche líquida y a él le encanta. Se empina él los litros. Porque no le gusta mucho la en polvo. Entonces a veces mejor le compramos leche líquida, que sabemos que con gusto. Y sí a mí me preocupa también por su crecimiento. Porque mi mamá a veces me dice que yo soy la que me traumo en eso, pero yo siento que no crece. Entonces me dice mi mamá que por los genes también... De que yo no soy tan alta y mi esposo tampoco. Pero mi hermano y mi papá sí. Son bien altos. Entonces yo le digo que a mí me preocupa mucho eso que no vaya a crecer. Todos me dicen que sí, que está creciendo. Pero tal vez como yo lo miro todos los días, siento que no. Y hay niños más grandes en su clase, todavía. Me traumo viendo a los otros niños (risas). Pero por eso sí me preocupo bastante en darle leche, porque eso es lo que lo va a ayudar a crecer. Y porque no es gordito. Él de bebé era bien gordo, solo cumplió el año y se bajó de peso y ya no subió. Y mi mamá dice que es también por los genes. Porque mi hermano es bien delgado. Es puro palito. Y que a veces sacan los genes de generaciones atrás. Pero mi mamá dice que está normal, tiene su peso normal. Y cada vez que lo llevo al centro de salud, o en la escolita hacen jornadas. Así como el lunes, va a tener una jornada de vacunación para los que les hacen falta vacunas. Y pues me dicen que está bien. Por eso para mí es importante que coma bien.»

En esta sección se demostró que no existe un modelo cultural único y predominante entre las madres para explicar qué define la estatura de los niños y de las niñas. En su lugar, existen dos posibles modelos. El modelo que propone a los genes como el factor principal de la estatura predominó entre las mamás del grupo A. En contraste, el modelo que propone a la alimentación como el elemento que define la estatura fue más frecuente entre las madres del grupo B. A diferencia de los modelos explorados anteriormente (alimentación saludable y salud), en este tema no hubo consenso entre la totalidad de madres participantes. Asimismo, es importante notar que todas las explicaciones de las mamás estaban basadas en sus experiencias personales, es decir en lo que sucede alrededor de ellas. Ninguna mamá basó su explicación primordialmente en conocimiento científico o médico, sino más bien en conocimientos empíricos. Para llegar a sus conclusiones las madres se basaron en comentarios de sus amigas, vecinas, familiares y sobre todo en lo que veían que sucede con sus hijos y personas cercanas. Por ende, se puede argumentar que las diferentes experiencias de las madres provocaron diferentes explicaciones sobre la estatura.

La última sección de resultados abordará justamente el panorama más amplio sobre qué sucede alrededor de las madres, su contexto, a qué se enfrentan en su día a día y cómo esto afecta o no sus posibilidades de alcanzar la alimentación saludable que han descrito y la salud a la que aspiran para su familia.

D. Barreras

En esta sección hablaré sobre las barreras a las que las madres se enfrentan para alcanzar la alimentación saludable que con tanto detalle explicaron anteriormente. También describiré los factores que en ocasiones impiden que tanto sus hijos como sus hijas estén sanas. La Tabla 7 resume las principales barreras que las mamás expresaron ante la meta de poder alimentarse de manera saludable, así como de poder tener salud.

Tabla 9 Barreras que enfrentan las madres para alimentarse sano y estar sanos.

BARRERAS QUE ENFRENTAN LAS MADRES PARA ALIMENTARSE SANO Y ESTAR SANOS		Grupo A n=10	Grupo B n=10
Factores económicos	Debe comprar alimentos que respondan al menor presupuesto posible	8	10
	Carne/pollo son sanos pero son más difíciles de conseguir por alto precio	10	7
	Hay una fuente de ingresos en la casa	5	5
	Hay dos fuentes de ingresos en la casa	5	5
	Paga renta	7	6
Comparte gastos con familiares		3	5
Tiempo	Prisa del día a día afecta comer sano	10	9
	Comida chatarra es opción rápida que saca de apuros	6	5
Factores familiares	Familiares interfieren y dan alimentos no sanos a niños	9	3
	Una debe acoplarse a gustos de todos los integrantes de la familia	7	8
	Ha tenido apoyo familiar en situaciones difíciles (de salud, económicas)	5	7
Roles de género	Esposa es la principal encargada de los alimentos en el hogar	8	9
	Esposo apoya con preparar alimentos	2	1
	Esposo acompaña a comprar alimentos	7	6
	Esposa trabaja y es ama de casa	6	6
	Esposa atraviesa estrés vinculado a estos roles de género	2	6
Roles no biológicos de los alimentos	Salir a comer cumple función de paseo	8	9
	Alimentos son medio para agradar a seres queridos	2	6
	En celebraciones u ocasiones especiales no se come sano	5	3
	Tiempo de comida es importante para afianzar vínculos familiares	3	3
Problemas de salud	Tuvo complicaciones para dar lactancia materna	8	1
	Hijo/a tuvo problema de salud en primeros años de vida	5	2

Fuente: elaboración propia según datos de la investigación (2019).

A manera de resumen, puedo decir que los factores que más restringen el acceso a una alimentación saludable y estar sanos son 6. **(1) Factores económicos.** especialmente el hecho de tener el dinero justo para los gastos esenciales del día a día, incluyendo la comida. **(2) Factores de tiempo.** La vida moderna es absorbente y abrumadora en cuanto a distancias a recorrer, trabajo, tareas domésticas a completar, entre otras, que en ocasiones complican tener tiempo suficiente para cocinar o conseguir alimentos sanos. **(3) Factores familiares.** Si bien a veces los familiares representan apoyo, en otras ocasiones representan dificultades para poner en práctica las normas de las madres sobre la alimentación saludable que quieren para los hijos. **(4) Roles de género rígidos.** Las madres son responsables de la mayoría de la carga asociada a la alimentación en sus casas y muchas de ellas cumplen con una doble carga laboral, la cual genera estrés, cansancio, falta de tiempo y tiene repercusiones en la salud mental de las madres. **(5) Roles no biológicos de los alimentos.** Con esto me refiero a que la comida no solo cumple la función de ser procesada química y biológicamente por el cuerpo y brindarnos nutrientes y energía. Al contrario, los alimentos, especialmente los catalogados como no saludables, pueden desempeñar funciones de medio de distracción, representar un momento para convivir en familia, o ser una forma para demostrar aprecio y para agradar a los seres queridos. **(6) Complicaciones de salud.** El haber enfrentado complicaciones al nacer (como por ejemplo nacer prematuro), haber pasado por enfermedades en los primeros años de vida o haber tenido complicaciones con la lactancia materna son elementos que impiden que un niño esté sano.

Para entender con mayor detalle la complejidad de estas barreras, en esta sección no seguiré el mismo formato que en las anteriores, donde recopilé y expuse los comentarios más relevantes de todas las madres sobre cada tema. En su lugar, ahondaré únicamente en las historias de dos mamás, esto con el fin de ejemplificar dos escenarios distintos. El primero, un contexto donde las barreras se hicieron presentes pero fueron superadas y no afectaron la salud de los niños de la familia. En contraste, el segundo escenario ejemplifica una situación donde las barreras han sido recurrentes y han afectado fuertemente la salud de los niños de la familia.

¿Qué mejor manera de entender a profundidad estas barreras que adentrarnos a escucharlas desde la voz misma de las madres que las han vivido? La primera historia presenta a Irma, madre de dos hijos que si bien vivió ella misma diversas barreras para estar saludable y contar con bienestar, con el apoyo adecuado pudo superarlas y evitar que afectaran la vida de sus hijos. Al momento de entrevistarla para esta investigación, ninguno de sus hijos presentaba problemas de salud nutricional. En comparación, la segunda historia es la de Olivia, cuyo hijo más grande tiene sobrepeso y el más pequeño, de apenas 1 año, ha enfrentado múltiples dificultades para estar sano y que en el momento de la investigación tenía retardo en talla severo. Adicionalmente, la familia de Oliva ha pasado por dificultades económicas, complicando la situación de salud de su hijo.

1. Irma, grupo B

Un sábado en la mañana salí temprano de la Ciudad Capital para reunirme con Irma. Ella es maestra de educación primaria y trabaja en el sistema de educación pública. No podía reunirse a platicar conmigo entre semana pues se mantiene bastante ocupada planificando sus clases e incluso a veces en su tiempo libre debe organizar ventas o rifas para conseguir fondos y poder hacer ciertas actividades con sus alumnos. Irma y su familia no viven en la Ciudad de Guatemala sino en un municipio aledaño, pero siempre dentro de la región metropolitana. Nos reunimos en un punto de encuentro y, una vez juntas, empezamos a andar sobre un camino ligeramente empinado y angosto hasta llegar a donde vive. Luego pasamos al umbral de la casa, la cual es de sus suegros, subimos al segundo nivel y arribamos a su vivienda. Ahí, su familia cuenta con su propia área independiente. Poseen espacio para tender ropa, tienen un cuarto que hace las veces de sala, comedor y cocina y, aparte, tienen otro cuarto, que es su dormitorio.

Nos sentamos en su mesa del comedor a platicar. Nos pusimos cómodas y, sin saber la larga y tendida plática que nos esperaba, comenzamos a hablar. Ella está casada y es madre de dos hijos. Su hija más grande tiene 9 años y cursa la primaria. Su hijo más pequeño recién cumplió los 5 años y el próximo año comenzará a estudiar. Como con el resto de madres, comenzamos platicando sobre qué significa para

ella la salud, cuáles son los alimentos que considera más saludables para sus hijos y sus explicaciones sobre cuáles alimentos consumen y cuáles no. El hilo de la conversación fue bastante fluido, hablaba de los temas con seguridad y confianza en ella misma. Sin embargo, al preguntarle a ella sobre su alimentación cuando fue niña y cómo esta era similar o distinta a la de sus hijos, su rostro y tono de voz cambiaron por completo. Nos topamos con un tema que para ella era duro de recordar. Fue así que comenzó a contarme la historia de su infancia, la cual estuvo caracterizada por bastante precariedad.

A juzgar por su situación actual, no era sencillo asumir que vivió momentos tan difíciles durante su niñez. Sus condiciones de vida actuales son bastante buenas: ella y su esposo cuentan con trabajos fijos y formales, tienen casa propia, su vivienda es de concreto y cuenta con muebles y electrodomésticos que van más allá de los esenciales: refrigeradora, estufa de gas con horno, microondas, trinchante para su vajilla, juego de comedor moderno y muebles de sala. La pregunta sobre su infancia la conmovió. Llegar hasta este punto de estabilidad fue un trabajo arduo y fruto del apoyo que recibió en diferentes momentos de su vida. Por ejemplo, se ganó una beca para poder completar su carrera de magisterio y durante sus estudios contó con el apoyo de maestras que le daban dinero para que tuviera algo que comer:

«MI: (...) Y bueno, de estos alimentos que me dijo que son los que nunca deben faltar en su casa, ¿son los mismos que usted comía cuando usted era pequeña?»

Irma: Pues no. No.

MI: Cuénteme... ¿cómo era similar, diferente?»

Irma: Pues yo viví mi infancia un poquito limitada. A veces había, a veces no. Y a veces yo me iba a estudiar con una tortilla con salita o con margarina en el estómago. Entonces yo cuando iba creciendo, dije yo "no, yo cuando tenga mis hijos voy a trabajar duro". Aunque a pesar de que mi mamá trabajó. Pero mi papá trabajaba pero tomaba mucho. Entonces ese era el problema que había. Que él ganaba bastante dinero y... porque igual tenía la misma posición que yo [maestra de primaria] entonces hasta perdió su trabajo por eso porque a veces iba y a veces no. Y cuando le daban se lo gastaba en un cerrar de ojos. Entonces solo mi mamá era la que trabajaba. Mi mamá nos daba lo que podía. Y nunca le reclamamos. Y hasta la fecha yo no le reclamo, no le digo "mirá, por tu culpa yo crecí limitada", no. Porque yo entendí que, bueno, pues así me tocó. Y, ¿qué me quedaba? Seguir luchando, prepararme para que yo en el futuro con mis hijos no pasara lo mismo. Y es lo que yo he tratado. Que las limitaciones que yo tuve, no lo tengan mis hijos. Tampoco darle en exceso, de bastante. No, sino que también hablo con ellos que sean conscientes, que acepten cuando hay y cuando no también. Entonces, esas verduras y esas cosas que tienen ahora mis hijos, yo no lo tuve. Y si lo tenía, cada quincena o fin de mes. Por ejemplo, pollito, cuando a mi mamá le pagaban -que era cada quince, cada treinta-, era donde comíamos rico. O sea, porque comíamos pollo. De ahí ya sea solo frijolitos o como le digo, tortilla con sal o con margarina, que era lo que había en mi casa.

MI: Sí, entonces pues sí era pues bastante diferente.

Irma: Sí, sí. Viví mucho... O sea, se puede decir que viví mucha mucha mucha pobreza. Y salí adelante... La ayuda de mi mamá y que gracias a dios a pesar de que no estaba bien sana de alimento, porque me faltaba mucho, rendí bien en el estudio y me dieron una beca. Entonces así fue que yo saqué mi carrera de magisterio porque, ¡es cara la carrera de magisterio! Y se gasta mucho. A parte del desvelo y todo, que los dibujitos aquí, que los dibujitos... Y se gasta.

MI: El material...

Irma: El material. Entonces ya con mi beca yo trataba la manera de tener buenas notas porque si no perdía la beca. Y ya me mantenía. Aunque... Yo decía "no me importa si no aparezco en el cuadro de honor pero mis notas siempre tienen que estar en

negro, en negro, en negro, para que mi beca no la pierda." Y ese fue mi propósito. Tres años y mi beca ahí la tuve. Aunque a veces yo me iba a estudiar sin comer. A veces sí... Como yo era la más grande y mis hermanos los más pequeños entonces trataba yo de que mis hermanos comieran y yo pues me iba sin nada. Entonces... Y como mis prácticas las hacía en escuela, tuve una mi maestra que se encargaba de mis prácticas que era buena onda. Ella sabía, verdad. Y me miraba y me decía "Irma, ¿qué tenés?" "Nada" "¿Ya comiste?" "Ya", le decía. Y a veces no. Entonces "tomá", me decía, "para tu almuerzo". Porque yo hacía mis prácticas en la mañana y en la tarde todavía tenía que ir a estudiar. Y en la noche pasaba haciendo todas mis tareas y todo. Entonces me decía "para tu almuerzo". "Ay no, si aquí llevo" y yo sé que por dentro no llevaba. Entonces nunca me ha gustado que la... Yo así lo miro, que la gente me tenga un poquito de lástima. Entonces a veces, "¿ya comiste?" "Sí", decía yo. Y tal vez no. Entonces me ha gustado pues no aparentar lo que no tengo si no que no, o sea que no me miren así un poquito "ay, pobrecita, no tiene". Entonces, con la ayuda de la gente y con todos salí adelante. Como le digo, esas mis verduritas a mí me hicieron falta. Mi lechita que ahora tienen los neños, que a los neños no les falta su leche, su cereal, todo gracias a Dios, jamoncito y todo, yo no lo tuve. O sea, yo me iba a la escuela sin refacción, sin nada. En cambio mi nena yo me levanto antes de irme [a trabajar]. Yo le hago su desayuno. Me hacen favor de ir a dejármela -porque yo entro más temprano que ella- entonces yo le hago su desayuno y todo. Y ya le dejo preparado para que ella vaya.»

Adicionalmente, Irma cuenta que si bien ahora tiene mejores posibilidades económicas y podría darles más gustos a sus hijos, explica que decide no hacerlo. Ella intenta limitarles gustos relacionados con comida chatarra en parte por el tema de la salud. Pero, además de ese motivo, también menciona que trata de limitar lo que le da a sus hijos porque no quiere acostumbrarlos a tenerlo todo siempre. Irma considera que lamentablemente no hay garantía de que la estabilidad que viven hoy será siempre la misma en el futuro, por eso intenta educarlos sobre cómo en la vida a veces se tienen posibilidades económicas y a veces no. La precariedad está latente y ella la ha vivido en carne y hueso. Debe prepararlos para enfrentarse a la incertidumbre, por si más adelante les toca pasar esa situación.

MI: ¿Y por eso también tal vez me comentaba esto de que cuando su hijo le pide una pizza usted le da...?

Irma: Me duele negarlo. Pero no es porque no... Sino que yo sé que no es sano. Si yo le digo hoy, le doy mañana. Porque él es así: si comió hoy, quiere mañana. Quiere pasado. Y si le da uno todos los días, come todos los días. Pero yo sé que eso no es bueno, es dañino. Entonces yo trato la manera de... Pero me duele a veces negarles porque yo sé que sí tengo [dinero]. Pero yo sé que no. Y como le digo, él es chiquito, no entiende, ¡cuesta que me entienda! Entonces sí, a veces me duele.

MI: Sí, porque cabal, o sea, económicamente a veces uno tal vez lo podría dar...

Irma: Mjm.

MI: Que son también como gustos que tal vez a usted de chiquita le hubiera gustado tener...

Irma: Sí.

MI: ... Y que le gustaría dárselos a sus hijos pero sabe que pues no... tan seguido pues no es tan bueno.

Irma: No, ajá.

MI: Entonces entra uno en esos conflictos...

Irma: Cabal.

MI: ... De "yo quisiera dárselos pero sé que no es bueno".

Irma: No y también yo lo hago para que ellos no se acostumbren a que todo en la vida lo va[n] a tener. Porque como le digo, a veces, gracias a Dios estamos trabajando los dos pero y en eso no hubiera trabajo... Entonces le digo yo "traten ustedes, comprendan también, verdad. Cuando hay, hay. Y cuando no, no." Incluso a los dos yo les he enseñado a ahorrar. A la nena le digo yo "si te vas

y te comprás y te sobra Q1, ahorralos. Hay que ahorrar mis hijos." Porque uno no sabe. Uno puede tener ahorita pero uno no sabe más adelante cómo va a seguir la situación: una emergencia, o tal vez ustedes se me enferman y no me alcanza. Porque yo ahorro. No porque yo tengo dinero me lo voy a malgastar en comida, en ropa, en zapatos, en esto... No, también tengo que pensar en el futuro. Porque cuando, como yo le digo a ellos, cuando yo viví así chiquita pues eso hubiera querido. O sea, que alguien me dijera "mirá, aquí tengo unos ahorritos. Ayudate." Y no lo tuve. (...) Entonces yo les he enseñado a los dos a ahorrar. Igual no estar malgastando el dinero. Yo sé que hay dinero pero hay que ahorrarlo. Eso es lo que le trato yo la manera de decirles. Porque anteriormente solo mi esposo estaba trabajando. Yo era maestra pero solo estaba trabajando en un colegio. Pero [ganaba] muy poquito. Q500 al mes, Q700.»

Como bien lo ha expresado al narrar su historia, Irma luchó arduamente para lograr graduarse de maestra. Se esforzó muchísimo. Por lo mismo, ella siempre tuvo la mentalidad de querer trabajar de su profesión, no quería solo tener de adorno su título. Si bien su esposo ha tenido trabajos fijos que incluso le sugerido que no trabaje, ya que él considera que no tiene necesidad, ella ha querido utilizar el título por el cual trabajó tanto. Irma también se ve motivada a trabajar con el fin de tener independencia económica: le gusta poder tener la capacidad de proveerles a sus hijos, desde cosas pequeñas como un helado, hasta el poder ahorrar con la ilusión de costearles sus estudios en el futuro. Ella no pudo seguir con sus estudios porque justo cuando estaba en su primer bimestre en la universidad quedó embarazada. Se convirtió en mamá. A pesar de las exigencias de su rol materno, esto no la detuvo, ella estaba determinada a trabajar de maestra. Por eso, en ocasiones anteriores prestó sus servicios a instituciones privadas. No obstante, la paga era muy baja y la exigencia de horas de trabajo era alta, a tal punto que siente que descuidaba a su familia. La doble carga de trabajo por ser mujer la ha vivido de primera mano, pero afortunadamente ha contado con apoyo de sus familiares para salir adelante. No le fue fácil llegar al puesto de maestra que ocupa actualmente en el sistema público, pero lo consiguió.

«Irma: Y a veces llegaba a completar Q1000 [en en colegio privado en el que trabajó] pero doble jornada. Los estaba descuidando mucho. Pero yo lo hacía... porque él [esposo] me decía "pero usted no tiene necesidad", porque [él] estaba en la empresa. "Estoy ganando bien, ya ve que le dan los útiles a la nena y nos ayudan en algo." Antes nos daban lechita y todo. Sí, pero yo... Me gusta tener mi dinero porque si ellos me piden un helado o algo, le digo yo. No voy a esperar a que usted venga y que me dé. Y aparte, ¡me desvelé tanto! ¡Pasé tantas penas! ¡Tanta hambre! ¡Me mojé! ¡Me pasó un montón para conseguir mi papel que tengo ahora!, le digo yo. Y solo para que lo tenga amontonado ahí como que no. Entonces, ¿dónde está mi esfuerzo que tuve? Entonces yo quiero trabajar de lo mío. Porque me salían trabajo[s] de otro. De ir a la maquila... Pero no es de discriminar, porque es un trabajo sano.

MI: Pero usted quería dedicarse...

Irma: Pero yo quería de lo mío. Porque yo para eso estudié. Para eso me desvelé, para eso aguanté hambre. ¡Pasé un montón de cosas! Entonces le digo yo, "yo voy a luchar." Y mi meta fue trabajar en el gobierno. ¡Y me costó bastante! Porque trabajé tres años *ad honorem*.»

Luego, para concluir el tema, Irma terminó de contarme la historia de su vida de forma circular, regresando a la pregunta inicial: ella no tuvo una alimentación adecuada durante su infancia, pero se ha esforzado desde que es mamá para que la historia de sus hijos sea diferente. Afortunadamente, ha contado

con los medios de apoyo necesarios para lograrlo. Ahora tanto ella como su mamá se encuentran estables económicamente, lo cual es motivo de alegría para ambas. No obstante, la mamá de Irma desearía poder haberles dado una mejor alimentación cuando ella y sus hermanos estaban pequeños, sin embargo, su mamá no contó con los apoyos necesarios para que fuera así.

«Irma: Pero como la pregunta me hizo: esas verduritas sí, en mi casa sí me hicieron falta. Pues ahora mi mamá sí las tiene porque gracias a Dios pues se quedó solita. Igual ella ya consiguió un su trabajo, como es enfermera, ya trabaja en el centro de salud, ya gana más. Incluso ella me dice "mirá, hija. Estas verduritas, esta lechita que ahora tengo yo en la refri mucho hubiera querido yo, me dijo, que estuviera en la mesa cuando estaban chiquitos." Pero le digo yo "dios sabe por qué, mamá", le dije yo. (...) Entonces ella me dice "no, hija. Estamos bien pero yo quisiera, yo hubiera querido", me dijo, "que regresara el tiempo y que lo que yo tengo ahora, tenerlo cuando ustedes eran chiquitos."»

En la actualidad, Irma cuenta con estabilidad económica, pero como explicó claramente, nunca pierde de vista la importancia de ahorrar o economizar gastos. Por ejemplo, para decidir qué alimentos comprar para la semana siempre toma en cuenta los precios, si están muy caros no los compra y, además, siempre busca en qué lugares le salen más baratos. De igual manera, opina que la mayor barrera para poder alimentarse saludablemente es la económica, pues no todas las familias tienen los recursos para comer bien y pone como ejemplo su propia infancia. En el caso de su familia tienen acceso a una gran variedad de alimentos, el único tipo que no se consume tan frecuentemente son algunos de origen animal, como los mariscos u otro tipo de carnes, pues explica que si bien les gustaría comprarlos con mayor frecuencia estos suelen ser muy caros. A pesar de esto, refiere que casi todos los días consumen algún tipo de carne o pollo.

Collage 3 Imágenes de un ejemplo de almuerzo con Irma.



Fuente: fotografías propias capturadas durante el trabajo de campo (2019)

Por otro lado, un factor adicional que beneficia la estabilidad económica de su familia es que como viven con sus suegros, cuando se hace necesario se ayudan mutuamente en algunos gastos. Son una familia unida, cariñosa y que se apoya cuando es necesario. Su suegro, el abuelo de sus hijos, siempre quiere consentir a los nietos. Para el niño pequeño su mayor fascinación es la pizza, incluso a veces llama por teléfono a su abuelito para pedirle que le pase comprando una. En este contexto familiar, para el abuelo la pizza es una forma de demostrarle cariño a su nieto.

«MI: Y, ¿a veces es difícil por ejemplo, que tal vez usted tiene la intención de no darles pizza, por decirle y que por ejemplo los abuelitos que son consentidores, verdad, por agradecer también a los nietos, le quieren comprar la pizza, verdad?»

Irma: Sí, a veces me ha cos... Sí, me ha pasado. Porque a veces el nene me dice "Yo quiero... ¿me traes pizza?" "Te voy a llevar otra cosa", le digo... "Vaya". Entonces a veces le traigo yo otra cosa. Pero cuando viene él [abuelo], entonces le trae pizza, le trae pastel, porque él sabe que eso son las cosas que al nene le gustan. Entonces ya está comiendo el nene. ¡Y el nene no solo es de un pedazo! Sino de tres, hasta de cuatro pedazos de pizza. Entonces le digo yo "bueno, pero solo por hoy". Trato la manera de... Incluso platico con él [abuelo] y él también entiende que él tiene que esperar bastante tiempo aunque el nene le pida. Porque a veces, él llama y le dice "abuelito, ¡traéme picha!" "Vaya, mijo". Y a veces como yo ya he hablado con él, no se lo trae. Y a veces cuando él viene "¿Y mi pizza?"... "¡Se me olvidó, papa! Mañana". Y así se lo lleva para tratar la manera de no consumirlo casi diario... o todos los días. Cada quince, tratar la manera de consumir pero de vez en cuando.»

Como se hace evidente, Irma tiene reglas claras, su hijo no puede comer pizza tan seguido y el abuelo respeta esa decisión. Por eso, si le quiere regalar una pizza, primero lo consulta con Irma y luego ya se ponen de acuerdo para que se la regale pero no de forma inmediata. En ocasiones para Irma esto es frustrante porque ella se esfuerza por cocinar alimentos saludables y sabrosos, que sean del agrado de sus hijos, pero si se atraviesa una pizza en frente, al niño ya no se le sale de la mente. Irma funge el rol de negociadora entre sus familiares que a veces quieren ceder por la pizza, situación que no solo le sucede con su suegro sino también con su esposo.

«Irma: Sí, porque a veces le digo yo... "¿qué quiere comer?" "Pescado". Entonces voy, hago mi sacrificio de ir a comprarle su pescado -porque eso sí no encuentro aquí- y no me gusta comprarlo para mi semana porque por el olor y todo. Y me gusta fresco. Entonces voy, lo compro fresquecito y todo. "Ya no quiero, comprame pizza porque ahí salió". ¡Aaaay! Y ganas de... Pero a veces no se lo compro. A veces él [esposo], a veces "pobrecito, un pedacito comprale". Y solo le compra a veces a él, porque a veces él dice "pobrecito porque a veces solo él es el que se queda un poquito limitado", porque a él no le damos tanto como le damos a la nena. O a veces cuando él pide algo, pues se le da. Pero no siempre.»

De igual manera, Irma me contó que salen juntos en familia a recrearse los fines de semana. Cuando lo hacen, casi siempre hay comida involucrada, ya sea ir por una granizada o ir a comer a algún lugar más formal. Se puede decir que salir a comer es una forma de paseo, es una distracción en sí misma. Sus salidas durante los fines de semana son largas, intentando compensar todo el encierro en el que se quedan entre semana, ya que los días laborales son sumamente absorbentes y no les queda tiempo para nada más que trabajar.

«MI: No sé si para usted, o sea, salir a comer, ¿es como también como un paseo?»

Irma: Sí. Yo lo vinculo los dos porque a veces vamos a dar una vuelta y nos agarra la hora del almuerzo entonces ahí almorzamos y todo. Nosotros como familia, o sea los cuatro de aquí arriba, lo que son los domingos - y ya lo agarramos como costumbre se

puede decir- de él [esposo] llevarlos al campo. Como él nos acostumbró y acostumbró a los nenes a que él iba a jugar todos los domingos, nos llevaba. Y lo íbamos a ver. Entonces ahora se quedó. Aunque él ya no lo haga, todos los domingos nos vamos a los campos que están aquí a ver partidos, a tomar un helado, una granizada y luego a darle una vuelta al lago, a ver qué hay. Y si estamos bien de dinero o algo, como por ahí por el lago hay unos juegos y carritos y todo, tratar la manera de subirlos, de distraerlos. Recompensando de toda la semana que no los sacamos porque no los saco. Yo no los saco a dar una vuelta. Entonces día domingo recompensamos eso. Y a veces doble, porque a veces nos vamos en la mañana con ellos [suegros], los seis, y ya en la tarde regresamos.»

De igual manera salir y comer afuera se puede interpretar como una forma de descanso. Irma tiene una doble carga laboral, que en ocasiones llega a ser abrumadora y desgastante: tiene que pensar en las planificaciones de sus clases pero también tiene que planificar cosas de su familia, especialmente las comidas. Sus suegros le dicen que deje las cosas en manos de dios, pero ella no puede darse ese lujo. Con tanto qué hacer ella tiene que planificar. Por eso, las salidas de los fines de semana le sirven también como un respiro.

«MI: Ajá, o ir a comer a otro lado. Entonces, no sé por qué... según su opinión, ¿por qué a veces uno prefiere esa opción no saludable?»

Irma: Para descansar, o sea, porque salir de la rutina de cocinar todos los días. Porque, bueno, a mí me ha pasado que me voy a acostar: "ay dios, ¿qué hago mañana de comida?". Tal vez no se ha terminado el día, no he dormido y yo pensando en qué voy a hacer. Y como dicen que cuando... así como mis suegros que van a la iglesia dicen que es malo estar pensando en el día, que tiene que vivir uno el presente, porque solo dios sabe. Y yo le digo "ay diosito, perdoname que yo ya estoy pensando en mañana". Pero así es porque la clase de hombre que tengo él nomás se levanta y es comer. Y el nene también: "ya tengo hambre, que ya quiero comer." Entonces, yo tengo que pensar "¿qué voy a hacer, qué voy a hacer, qué voy a hacer?". Porque me ha pasado que a veces he dado desayuno ¡y ya me están preguntando! ¿y qué vas a hacer de almuerzo? Pero ni siquiera me he levantado de la mesa y ya están... Y a veces, o estoy... acabo de terminar de almorzar "¿y qué vas a hacer para la cena? ¿qué vamos a cenar?". Entonces digo yo "perdoname diosito que yo estoy adelantándome al día de mañana", pero así es. Pensar qué voy a hacer.

MI: Sí, tiene que estar... Entonces esta opción de comer comida chatarra pues es "ah va, un descanso. Mañana no cocino."

Irma: Ah sí. Mañana... me dice él "mañana vamos a tal lado". "¡Está bueno!", digo yo. Con tal de no cocinar, "vámonos". Y no cocino. Tal vez solo venir a hacer la cena pero ya. O ni la cena, porque comemos bastante. Yo prefiero que coman bastante así no me vienen a pedir cena. Y se acuestan y ya no cenan porque vienen bien llenos. O van a cenar pero ya quieren algo liviano, o sea, no muy pesado y fácil de hacer»

Asimismo, la familia de Irma, en general, ha sido saludable. El inicio de la vida de sus niños fue adecuado. Irma no tuvo ningún tipo de complicación durante sus embarazos, ni al momento de los nacimientos, ni tampoco al darles lactancia materna. Su hija mayor recibió tres años de lactancia y su hijo menor recibió dos años. La única complicación con la que se toparon fue que hace un par de años, en una de las mediciones nutricionales de Panifresh, se identificó que su hijo tenía un ligero retardo en talla. No obstante, recibió orientación oportuna por parte de la doctora que trabajaba en la empresa en ese entonces y supo qué hacer. Se puso más estricta con lo que comía el hijo, pues en su caso, su mayor complicación era que, a pesar de contar con acceso a alimentos como carne o pollo, él solo quería comer fideos y frijol. Sin embargo, con constancia logró que su hijo llegara a los indicadores antropométricos adecuados para su

edad. Al momento de la entrevista, en 2018, su niño ya estaba en el indicador de talla adecuado para su edad.

«MI: Ay dios, entonces a veces le gusta la carne y a veces no, verdad.»

Irma: ¡Sí! Y ahí eso es lo que me ha costado. Porque la doctora antes me decía, "¿come carne? Porque es bueno que coma carne y coma pollo.". Y yo le contaba eso, "pero trate la manera de que coma carne.". Y yo trataba la manera "comé carne, comé carne" [Ella al hijo]. "No quiero, dame fideitos, dame arroz, ¿no tenés fideos?". Se repetía más arroz y fideos que la carne. Y la carne no. Entonces a veces no cocía frijoles. Y yo a veces no hago fideos o arroz con tal de que él se coma la carne.»

De igual manera, a pesar de comentarios de su familia sobre cómo su hija mayor es alta porque lo había heredado de su papá y que su hijo estaba más bajo porque había heredado la estatura de Irma, ella no se convenció con eso. Ella intuía que su hijo podía crecer más y sabía que la alimentación juega un rol importante para lograrlo, ella tal vez no pudo ser más alta pero sabe que fue porque no tuvo una alimentación adecuada durante su infancia.

«Irma: Pues me pasaba con el nene que no subía de tamaño y todos decían que va a salir así a mí de chiquitito. Pero la nena es alta y ella sí llegaba... Y que ella pues salió al papá, dicen. Y que el nene el tamañito chiquito a mí. Pero pues yo pienso que eso no... Pues no tiene que afectar, pues yo así pienso. No tiene que afectar porque, ¿o sí? No sé. Los genes es... o sea, si yo soy bajita él va a ser bajito... Yo pienso que él a la larga va a crecer más digo yo.»

MI: Ah va. No, sí, o sea, digamos como que sí hay un... todos tenemos inevitablemente pues ciertos genes de la familia, pero también tenemos como un máximo al que podemos llegar, que es dentro del promedio que todos los niños de esa edad deberían estar, verdad. Entonces a pesar de que usted fue un poco más bajita en su infancia, ahora pues con las nuevas oportunidades que pues su familia tiene y todo y de alimentación de sus hijos, se supone que sí, su hijo debería poder...

Irma: Tiene que subir más.

MI: Crecer más, ajá.

Irma: No precisamente que como soy bajita se va a quedar bajita. O sea, yo también me quedé bajita porque no tuve cierta alimentación adecuada a poder llegar. Pero él sí tiene, gracias a dios tiene una buena alimentación y posibilidad de que supere más.

MI: Y ya vio que fue creciendo...

Irma: Sí, subió, ajá. No mucho pero sí subió. Pero le digo yo que así era la nena. Estaba muy bajita y de repente se estiró. Entonces, primero dios el nene también se llegue a estirar. No precisamente los genes míos. O sea, si yo soy bajita, va a ser bajito. O él es alto, va a ser alto. Es dependiendo de la alimentación.»

Al final, Irma está tranquila y ve los frutos de todos sus esfuerzos y del apoyo que ha recibido a lo largo de su vida: sus hijos están sanos y no pasan penas económicas. A pesar de las dificultades que atravesó, contó con apoyo a lo largo de su vida y ha podido alcanzar un mayor bienestar tanto para ella como para su familia. Valora mucho su estabilidad económica actual, pero sabe que veces la vida da vueltas, por eso siempre está atenta a no gastar de más para estar lista ante cualquier emergencia. De igual forma, su rol de madre es cansado, pero su familia representa un gran motivador y fuente de apoyo para ella. La historia de Irma, a pesar de ejemplificar las múltiples barreras a las que se puede enfrentar una persona para alcanzar una nutrición adecuada, tiene un desenlace esperanzador, pues refleja cómo a través de los apoyos

adecuados es posible acceder y hacer cumplir sus derechos a una alimentación saludable y a estar sano en general. No obstante, estos soportes no siempre están presentes en la vida de todas las personas, poniendo en riesgo el bienestar y salud de muchos. El caso de Olivia, que presentaré a continuación, ejemplifica un escenario más complicado, donde no ha podido derribar tan fácilmente las barreras que ponen en riesgo la salud de su familia.

2. Olivia, grupo A

Un día entre semana me encaminé hacia la casa de Olivia y su familia. Ellos viven en un municipio aledaño, aproximadamente a 40 minutos de la Ciudad de Guatemala. El camino estuvo lleno de ruido de camiones, carros, asfalto y mucho calor. Viven cerca de una calle principal, la cual es bastante transitada por carros, camionetas, taxis y motos. Caminamos apenas unos minutos desde el punto de encuentro para llegar a su casa, la cual destacaba entre el resto, pues tenía varios árboles grandes en la entrada. Por dentro la casa parecía un vivero: había plantas y árboles en todos los espacios (ver Imagen 5). Es la casa del papá de Olivia, viven con él. El papá de Olivia no les cobra renta, solo les pide apoyo con los gastos generales de la casa. Ella y su familia tienen un área independiente para habitar, pues cuentan con un área pequeña de cocina y comedor, así como con un cuarto propio donde duermen los cuatro: ella, su esposo y sus dos hijos. El hijo grande tiene 9 años y el pequeño 1 año y 5 meses.

Imagen 5 Vegetación en la casa de Olivia



Fuente: fotografía propia capturada durante el trabajo de campo (2019)

Al momento de la entrevista solo estaban ella y su bebé. Su hijo más grande no estaba en casa, pues estaba en la escuela estudiando. Su esposo tampoco se encontraba porque estaba laborando. Actualmente él tiene dos trabajos: uno en Panifresh en el turno de noche, cuatro días a la semana, y otro de día en un colegio vendiendo refacciones que Olivia cocina. El trabajo de las refacciones les ha ayudado para generar un ingreso extra, comenzó como algo temporal porque el esposo se había quedado sin trabajo. Luego consiguió empleo en Panifresh, donde si bien gana menos que en su último trabajo formal, le han apoyado dejándolo siempre en el turno de la noche para que pueda seguir con su venta a medio tiempo en el colegio.

La entrevista con Olivia fue la última que realicé como parte de esta investigación y fue bastante complicado concretar el día. Me dijo que su esposo ya le había contado hace un mes sobre la invitación a participar y me dijo que ella sí quería hacerlo desde el principio. Sin embargo, justo en esa semana que yo le hice la invitación, el bebé se les enfermó y lo tuvieron que llevar muy constantemente al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Cuando volví a tener contacto con el esposo de Olivia, él me explicó esto y me dijo que el niño específicamente estuvo en el área de recuperación de desnutrición. Al comentarlo, el esposo lo decía con un tono extraño, como intentando explicar que su hijo estuvo en el área de desnutrición, pero que no, no estaba desnutrido. Estos datos coincidían con los de la medición antropométrica de Panifresh, donde se identificó que, en efecto, su hijo tenía bajo peso y retardo en talla para su edad. Sin embargo, como se hará evidente, al hablar de la desnutrición del niño, sus padres solo lo mencionaban haciendo referencia al peso y no a la talla. Afortunadamente, el niño mejoró y por eso logramos concretar la visita y entrevista.

Ya en su casa, Olivia me presentó a su hijo menor, el que había estado enfermo y quien presenta problemas nutricionales. Se veía bastante pequeño y según cuenta ella, antes lo era aún más. En sus primeros meses de vida casi ninguna pashama le quedaba y lo tenían que cargar como bebé canguro para lograr darle calor corporal. El día de la entrevista, el niño se encontraba bastante inquieto y desesperado. Se puso a llorar porque quería agarrar mi grabadora de voz, pero su mamá no lo dejó. Olivia me explicó que había estado muy inquieto últimamente y que ella asumía que era desesperación por haber pasado tanto tiempo enfermo. Para hacer la entrevista tranquila, le pidió favor a su hermano que le cuidara un rato al bebé. Durante la misma, ahondamos sobre las complicaciones de salud que su bebé presentó al nacer. En primera instancia, Olivia me explicó que fue un niño prematuro que no pudo recibir lactancia materna y que tuvo problemas con su peso.

«MI: Sobre las complicaciones que tuvo al dar lactancia, ¿me podría volver a contar cuáles fueron sus complicaciones al darla? Tal vez contarme un poco sobre que su hijito nació prematuro y eso le complicó todo el proceso.»

Olivia: Sí. Porque con el [hijo] grande fue normal. Me lo traje y todo. Ya en el IGSS él podía... tal vez que se le agrietan los pezones. Lo normal. Ahora, con el bebé, por más que intenté, por ser prematuro, supuestamente en el IGSS no por ser prematuro, sino por tener bajo peso, 3 libras, entonces el hecho de que succionara hacía que su cuerpo trabajara y eso era muy peligroso. Lo más fácil era la pachita. Porque es mucho más fácil para que baje leche. Entonces ya cuando él vino, que ya tenía 4 libras, y cuando él ya tuvo 5 libras, ya le podía dar [lactancia]. Pero [yo] no tenía leche.

MI: ¿Qué otros alimentos le dio, entonces, para sustituir la lactancia?

Olivia: Leche en polvo. En ese entonces, era una para prematuros.»

Además de las dificultades de salud a las que se estaba enfrentando su hijo, en esa misma época su familia afrontó dificultades económicas fuertes. Cuando su bebé tenía apenas 4 meses su esposo se quedó sin trabajo. Olivia cuenta que fue una época muy difícil para ellos porque su bebé requería fórmulas especiales, las cuales tienen costos elevadísimos. Si bien el IGSS brinda 3 meses de cobertura adicional después del despido de sus afiliados, y si bien la fórmula que le recetaron ahí mismo deberían haberla podido conseguir gratis en las farmacias del seguro social, casi nunca estuvo disponible. La mayoría de veces tuvieron que comprarla. Ante el desempleo de su esposo se enfrentaron a un momento en el que ni ella ni él podían costear la fórmula. Fue gracias al apoyo del papá de Olivia que pudieron conseguir la leche para su hijo, de no haber sido por él y otros familiares que los ayudaron, no hubieran podido adquirirla.

«Olivia: Año y 5 meses va a cumplir él. Él tenía como qué (hace las cuentas)... tenía 4 meses cuando salió del otro trabajo. Ajá.»

MI: ¿Fue cuando se les complicó, verdad?

Olivia: Ay, sí. Porque él fue prematuro. Y necesitaba leche especial. Leche para prematuros. Yo no le podía dar [lactancia] por lo mismo, porque era muy chiquitito. El darle pecho era perjudicial para él, en lugar de ayudarlo, o al menos eso me dijeron a mí (ríe). Porque el esfuerzo que él hacía para amamantarse le podía perjudicar porque pesaba solo 3 libras. Entonces, había que comprarle leche. Cabal en esa temporada... donde nos venimos abajo, ¿verdad?

MI: ¿Y esa recomendación de no darle el pecho se la dieron en el...?

Olivia: En el IGSS. Ya cuando él tenía su peso estable, y yo le podía dar [lactancia], ya no pude.

MI: Ya no producía leche.

Olivia: Ya no.

(...)

MI: Cuando él nació, ¿fue justo cuando [su esposo] se quedó sin trabajo?

Olivia: Cuando él nació, 4 meses. Como 4 meses después.

MI: O sea, ¿nació y 4 meses después...? ¿Lo despidieron?

Olivia: Lo despidieron.

MI: Y cuando pasó eso, ¿cómo le hicieron para conseguir la leche?

Olivia: Mi papá. Él se hizo cargo de todo eso.

MI: Me imagino que eso fue muy complicado.

Olivia: Bastante. Normalmente, mi papá me daba para la leche. Él estuvo a cargo del bebé, prácticamente. Y también mi familia estaba siempre cerca, sin dejarnos. Por ejemplo, una prima, mi tía. Siempre alguien venía con un bote de leche. Y nos ayudaron bastante en ese sentido.

MI: Sí. Además, esas leches son bien caras. De por sí la fórmula es cara y si es especial para prematuros, aun más.

Olivia: Es más cara. Y supuestamente en el IGSS... todo el tiempo me dieron, eh, la receta para la leche, supuestamente. Pero nunca había leche. Para qué quería yo la [receta]... si mucho, en los 6 meses que me dieron la receta, solo me dieron 2 veces la leche. Fue complicado.»

Como se ve, el tema económico es relevante en su historia pues junto con su esposo hubo un momento en el que no contaban con los recursos suficientes para acceder a lo que su bebé necesitaba. El tema económico también salió a colación al platicar sobre qué alimentos Olivia decide comprar para su familia. Ella menciona que un factor determinante para decidir qué adquirir es de cuánto dinero se dispone. En su caso, como solo hay un ingreso en su familia, el dinero siempre está limitado y por eso busca ahorrar al comprar alimentos. Asimismo, explica que hay algunos de ellos que son prioritarios, por ejemplo la leche para sus hijos. Si bien en este momento su bebé ya no está tomando una fórmula especializada, de todas maneras deben comprarle leche tanto a él como a su hijo mayor, lo cual igualmente representa un costo elevado.

«MI: Y este presupuesto fijo para los alimentos, me imagino que la leche del niño va aparte.

Olivia: Es lo primero, prácticamente. Es lo primero de la lista.

MI: Es la prioridad.

Olivia: La leche, los pañales. Por ejemplo, mi nene grande que le digo yo que toma leche con chocolate Nesquik. Entonces, eso. Leche, pañales, toallitas, la leche del bebé grande, *Corn Flakes*, algo para que lleve en su lonchera. Eso es la prioridad.

(...)

MI: Y, actualmente, ¿el bebé sigue tomando leche? ¿De la fórmula especial?

Olivia: No. Ya no. Ahora ya toma [leche] Nido. Porque después de prematuros, le dejaron otra. La Nestógeno la tomó durante 3 meses. Porque así nos tuvieron. Quitándole una y poniéndole otra para que subiera de peso. La última fue una que ya no podíamos. Era bastante cara. Y él se tomaba hasta 5 botes en una quincena, o 6 botes.

MI: ¿Cuánto costaba cada bote?

Olivia: Vale Q180 cada bote.

MI: Es un montón.

Olivia: Ajá. Ya de último, cuando él tenía un año y 2 meses, le pregunté al doctor si podía cambiar. Ya no jalaba. Y el doctor me dijo que podía tomar la Nido Crecimiento 1+. Y esa le damos actualmente.»

Sobre la misma línea, Olivia explica que hay otros alimentos que por ser más costosos no se consumen con tanta regularidad en su casa, específicamente habló de la carne y el pollo. En su casa estos no son alimentos de diario, su familia los consume aproximadamente entre 3 y 4 veces a la semana. Ella sabe que son sanos pero no pueden costearlos tan seguido.

«MI: ¿Qué alimentos considera usted que en la actualidad son más fáciles de conseguir?

Olivia: Yo creo que todos. Alimentos, todos. Son fáciles de conseguir. Por la economía tal vez uno se reserva comprar ciertas cosas que están caros o baratos.

MI: ¿Cuáles son estos alimentos que suelen ser estos que...?

Olivia: Normalmente, las carnes. Como que no los compra uno tan seguido.

MI: Aproximadamente a la semana, ¿qué tan seguido consumen carne o pollo?

Olivia: Pollo tal vez 3 veces a la semana. Carne es poco. Tal vez 2 veces a la quincena.»

Collage 4 Preparación del Chow Mein de Olivia.



Fuente: fotografía propia capturada durante el trabajo de campo (2019)

Actualmente, Olivia se dedica únicamente a ser ama de casa y preparar las refacciones que su esposo vende. Entre risas me confesó que no le gusta cocinar. Varias veces hizo bromas sobre la ironía de cómo ella que no le gusta cocinar terminó preparando refacciones para un montón de niños. El día que nos reunimos cocinó *Chow mein* de pollo (ver collage 3) y me comentó que en ocasiones eso es lo que cocina para venderlo con tostadas. Olivia ha trabajado en momentos anteriores de su vida. A veces quisiera volver a hacerlo pues los ingresos familiares no siempre alcanzan o quedan muy justos para las necesidades de su hogar. Sin embargo, como su hijo más pequeño requiere cuidados tan especializados se lo cuestiona. Desde que nació, el bebé ha tenido que asistir regularmente al IGSS por sus complicaciones nutricionales, así como también por un soplo en el corazón y problemas de la vista. Olivia dice que si ella trabajara tendría que gastar en pagarle a alguien que le cuide al bebé y que no habría garantía de que lo van a cuidar bien. Por eso considera que es mejor que ella se quede cuidándolo. De sus familiares nadie podría apoyarla con esa tarea: su mamá no se lo puede cuidar porque no vive con ella, su papá trabaja todo el día y a la esposa de su papá tampoco la ve como opción de cuidadora.

«MI: Desde que tuvo a su bebé, ¿ya no [ha vuelto a trabajar]?»

Olivia: Ya no.

MI: ¿Y por qué...?

Olivia: Porque lo tengo que cuidar mucho. Ahora, gracias a Dios, ya salió de lo más difícil, ¿verdad? Por ser prematuro, por su peso me ha costado bastante. Tenía que estar, al principio, varias veces por semana en el IGSS. Era muy desgastante. Después una vez a la quincena y luego una vez al mes. Porque como estaba en nutrición, hasta ahorita que cumplió un año que ya él llegó a 20 libras. Ahorita que tenía un año. Ya a él lo sacaron de alto riesgo. Como que estaba desnutrido, decían ellos. Porque tenía bajo peso. Luego, llegó a 20 libras ahora que cumplió un año. Pero sí... igual, como él tiene un soplo en su corazón, tengo que estar yendo con él al IGSS. Por su vista también. Como dice mi esposo, verdad, que igual daría lo mismo pagarle a alguien para que te lo cuide, que el tiempo es bastante largo, a que [yo] esté en la casa. El dinero no se vería.

MI: Entonces, ¿ha sido complicado con su hijo chiquito?

Olivia: Bastante. Ajá.

MI: Y a parte de que naciera prematuro y que tiene este soplo en el corazón, ¿ha tenido algún otro problema de salud?

Olivia: Más que todo, las gripes. Como tiene bajas sus defensas. Entonces alguien tiene gripe, a él le da. Gracias a Dios no me ha tocado que internarlo, ni nada de eso. Se trata de una gripe y me toca todo el día en el IGSS. Esta última vez, lo picó un insecto. Me dijeron que había sido un ácaro. Estaba dándole vueltas a todo, para ver qué era. Gracias a Dios ya se le quitó. Pero se me llenó de la cabeza hasta los pies. Estuve yendo al IGSS y no le miraban mejoría. Terminé yendo al hospital de infectología para que lo viera un dermatólogo. Le dejó buena medicina y gracias a Dios, ahora, ya no tiene nada.»

En este momento Olivia se dedica por completo a sus hijos. Cuenta que dedicarse a ser ama de casa ha sido un trabajo duro. Por un lado, siente que cuando era joven en su casa no la formaron del todo para serlo, reiteradas veces me repetía disculpas sobre sus habilidades culinarias. Cuenta que cuando se casó no sabía cocinar, a veces incluso le reclama a su mamá por esto. No obstante, explica que la idea de su mamá era que ella siguiera estudiando, trabajara y tuviera otro tipo de vida, no que se quedara siendo ama de casa.

«MI: Y estos alimentos, que son los que actualmente come, ¿son los mismo que comía cuando usted era niña?»

Olivia: No. En mi casa era más de legumbres. Mi abuelita sí es bastante, como es de las abuelitas de antes, ¿verdad?, cosas como caldito de esto, del otro, verduras, y así. Ajá. Entonces... no era nada qué ver. Prácticamente, cuando yo me casé, no sabía cocinar. No se vaya asustar si no puedo cocinar mucho (ríe).

MI: Yo tampoco sé cocinar tanto. No se preocupe.

Olivia: Le digo yo a mi mamá que eso me lo tenía que enseñar. Pero ella dice que su objetivo no era... bueno, pero como ella me crió (mi abuelita), el objetivo no era que ustedes se quedaran en casa. Que trabajaran, que tuvieran otra vida. ¿Verdad? Por eso [no] me enseñó a cocinar. Pero cuando yo me casé con él, él traía otros pensamientos. Y él ha sido muy comprensivo conmigo. Va aprendiendo uno a hacer esto y el otro. Ajá. Pero de la casa, casi no.»

Olivia completó un secretariado a nivel diversificado y ha trabajado en varios lugares, desde maquilas hasta administración de condominios. Sin embargo, de momento, está dedicándose a su rol doméstico. Es importante notar que su rol de ama de casa ha sido particularmente más exigente de lo normal por las complicaciones de salud de su bebé. Tener a un bebé enfermo implica brindarle atención 24 horas

al día, 7 días a la semana. Asimismo, es tanta la atención que requiere el bebé que incluso debe buscar formas de ganarle horas al día para cumplir con todas sus responsabilidades. Por eso, a veces se levanta en la madrugada a lavar ropa pues en ocasiones es el único momento del día en el que ni sus hijos ni esposo la molestan. Olivia considera que casi nunca tiene tiempo libre, al preguntarle sobre momentos de recreación, me dijo que casi nunca salen ni realizan ninguna actividad para divertirse.

«MI: ¿Qué cosas les gusta hacer a ustedes en su tiempo libre?»

Olivia: Normalmente no tenemos tiempo libre. Estamos muy ocupados. Es poco porque, por ejemplo, le comentaba que como él trabaja... Yo me levanté a las 4 de la mañana, tengo que lavar... porque el bebé me quita mucho tiempo. Él quiere estar con uno. No sé. O sea, él está bien consentido. Y solo quiere con uno. Yo madrugo para tratar de hacer todas mis cosas.

MI: Mientras él duerme.

Olivia: Mientras duerme. Incluso cuando él estuvo más chiquito yo me levantaba hasta las 3 de la mañana porque, definitivamente, él se despertaba y no podía hacer nada. Me acostumbré a levantarme a las 4 o 5 de la mañana. Cuando él está trabajando, en lo que viene, yo tengo que preparar la mochila del bebé, del nene ya tengo todo. Prácticamente, la limpieza, lavar, todo eso. Ya hecho. Hacerle desayuno a ellos, cuando viene. De ahí él se va, y yo termino de hacer los quehaceres. Bañar al bebé. Las pachas. Todo lo que los demás... En la tarde, normalmente, cocino para él... después de hacer el almuerzo normalmente cocino aparte para lo que él va a llevar al colegio [para vender]. Lleva Chow Mein, pollo, panqueques. Si no me da tiempo cocinarlo hoy en la tarde, lo cocino mañana en la mañana. Después tengo que ver sus tareas. O si el bebé se duerme, lavo trastes. Y hay que bañar al nene grande.

MI: Se le junta todo. No tiene tiempo libre.

Olivia: Si le digo a él [esposo] que hay días que definitivamente hoy estoy cansada. Ya no. Todo patas para arriba. Es poco tiempo libre. Tal vez, un sábado en la tarde, normalmente visito a mi mamá y él se va a trabajar a las 4 de la tarde. A esa hora ya lavé trastes. Normalmente no cocino para el domingo. Ya los agarro y me los llevo adonde mi mamá. O por ejemplo para el almuerzo, almorzamos y miramos una película. Almorzamos en ese tiempcito. De ahí todos para arriba.

MI: O sea que el tiempo libre inexistente. Y qué actividades hacen para entretenerse, para divertirse.

Olivia: No.

MI: En su casa, ¿nada?

Olivia: No. Qué aburridos, ¿verdad?»

Si bien su hijo pequeño ha tenido complicaciones de salud, como se ha hecho evidente a lo largo de su relato, Olivia ha hecho todo lo que está en sus manos para velar para que su bebé se recupere. Cuando su esposo consiguió trabajo formal nuevamente, ella siguió llevando a su hijo al IGSS. Olivia aspira a que la salud de sus hijos sea la mejor. Con su bebé quiere que mejore en el tema de nutrición, su vista y su corazón. En el caso de su hijo mayor se enfrenta a otras dificultades oftalmológicas y de sobrepeso. Su hijo fue diagnosticado con astigmatismo y esto ha implicado gastos extra para la familia. Los exámenes de la vista y la fabricación de sus anteojos han representado un fuerte consumo para el presupuesto familiar, el cual de por sí ya estaba bajo por todo lo que gastan en su bebé.

«MI: ¿Me podría contar como qué metas de salud tiene usted, como su esposo, y sus hijos, para los próximos años?»

Olivia: Yo le pido a Dios que bien, y mejorando. Porque si el bebé se enferma bastante, se le pide a Dios. Porque es él quien más nos ha costado. El bebé grande casi no se enferma, ni nosotros. Tal vez alguna gripe o algo así. Más que todo el bebé es nuestra preocupación.»

Al hablar sobre el tema del tamaño de su bebé y su posible estatura al ser más grande, Olivia se lo explica a ella misma haciendo comparaciones entre sus hijos. El niño grande desde que nació ha sido grande y así se ha mantenido. Su bebé siempre ha sido pequeño, desde que nació, por eso considera que tal vez tiene algo que ver con sus genes y que seguirá siendo pequeño en el futuro. Las aspiraciones de la estatura de su hijo menor no son de mucha altura.

«MI: Para las últimas preguntas. Con algunas mamás hemos estado platicando de este tema de los hijos chiquitos, de ver cómo van creciendo y con algunas mamás platicamos de este tema de cuando, por ejemplo, un niño es un poco bajito, hay mamás que me comentan que tal vez es porque la mayoría de personas en su familia son bajitas. Tal vez la herencia tiene algo que ver. No sé, en su caso, si usted está de acuerdo o qué opina sobre esto que hemos platicado con otras mamás.

Olivia: Tal vez el tamaño en sí... es genético, más que todo. Pero tal vez sí el estar gorditos o flaquitos tenga que ver bastante con la alimentación.

MI: Pero lo que uno crece depende más de...

Olivia: ...de la genética, digo yo. Porque él bebé grande, mío, desde que nació era un bebé enorme. Y el chiquito siempre ha sido chiquito. Es genética.»

Por otro lado, si bien en algunas ocasiones su red familiar ha sido un apoyo clave para salir adelante (particularmente el apoyo de su papá), en otras también ha significado complicaciones para velar por la salud de sus hijos. Regresando al hijo mayor de Olivia, el sobrepeso que presenta también le preocupa. Me comentó que hace años, cuando su bebé aún no había nacido, vivieron con la familia de su esposo. En ese entonces Olivia trabajaba y su suegra le cuidaba a su hijo mayor. Cuenta su suegra era demasiado permisiva con los alimentos chatarra que le daba al niño. A pesar de que ella le dejaba su comida saludable ya preparada antes de irse a trabajar, la suegra lo consentía con golosinas. Esto molestaba a Olivia porque ella sabía que le hacían daño a su hijo. Al final eso fue un factor detonante que los impulsó a irse a vivir con su papá, quien sí respeta las decisiones de Olivia y le restringe las golosinas al niño.

«MI: Bueno, estos alimentos que no son tan sanos, ¿le gustan a su familia?»

Olivia: Sí (se carcajea hondamente).

MI: Sí. Eso es lo que más me comentan que más les gusta.

Olivia: Pero, por ejemplo, antes, nosotros vivíamos acá y yo trabajé de noche. Mi suegra me cuidaba a mi nene, y nos fuimos con ella. Y después nos volvimos a regresar porque era mucho, ¿verdad? Era desayuno y el nene comió un risito y un jugo. Y yo le dejaba su comida preparada, pero él se comía eso. Me costó bastante quitárselo. Porque él, de por sí, es grande. Y algo gordito. Pero él solo estaba llevando masa para engordarse bastante. Y tendía a estar muy cansado, y así. Como aquí está mi papá, él lo aconsejaba y le decía, mirá eso, y mirá lo otro. Él podía comer 5 golosinas en el día y feliz de la vida. Cuando le ofrecía comida, ya no quería. Después de tanto, ahora una golosina al día. A veces mejor ni se la pongo. Le doy dinero y en la escuela venden gelatina, chocoplatos, que le llaman ellos. Entonces ya es un poquito menos.

MI: Cuando me contó que ha estado trabajando anteriormente, y vivía con su suegra, ¿se le complicaba que él comiera lo que le dejaba?

Olivia: Ajá. Y era bien... porque normalmente, siempre he cocinado por lo mismo que le digo sobre cómo preparan las cosas. Le dejaba hecho, y me era un poquito más difícil que comiera lo que le dejaba. Ella [suegra] se comía lo que yo le dejaba (ríe) y él comía golosinas, helados.

MI: Y eso, ¿porque lo consentían?

Olivia: Lo consentían bastante.»

Además de su suegra, en ocasiones su esposo también tiene comportamientos en detrimento de la salud de su hijo mayor. Dice que uno de los aspectos que le cuesta es que no puede controlar el dinero que su esposo le da al niño para que lleve a la escuela. El esposo justifica que le da dinero porque él ha visto niños a quienes se les antoja comprar de las refacciones que él vende pero no pueden. No quiere que eso le pase a su hijo y por eso siempre le da dinero por si se le antoja algo. Olivia no está de acuerdo con esto porque siente que el niño come mucho. Sin embargo, su esposo le sigue dando dinero y ella no puede hacer nada para evitarlo porque él es quien lo lleva a la escuela todos los días.

«MI: ¿Le da dinero para la tienda?

Olivia: No. Solo para ir a la escuela. Solo para la escuela.

MI: ¿Hay tienda en la escuela?

Olivia: Aja. Hay alguien que vende. Supongo que por el tema de las refacciones [escolares] ya no dejaron que hubieran casetas. Solo llegan unas señoras a vender. Tostadas y cositas así. Pero por eso le digo yo que a veces él cede. Normalmente, yo no le doy dinero. Es mi esposo el que siempre está como, ay, pobrecito. Y por lo mismo que él está trabajando en el colegio él me dice, yo he visto a niños que no llevan y los niños dicen que tienen ganan de esto y lo otro pero no tienen, y siento que mi nene es igual. Pero yo le digo que no. Que come mucho. Siempre está comiendo.

MI: Entonces, a veces se complica todo por la opinión de su esposo y suya.

Olivia: Normalmente yo no le doy dinero, pero él dice. Y como él lo va a dejar. Entonces...

MI: No tiene manera de evitarlo.

Olivia: Sí.»

Como se mencionó, en el futuro, Olivia espera que sus hijos estén sanos. Actualmente su esposo cuenta con un trabajo formal que le permite acceder al IGSS y llevar al bebé a sus controles de salud. Asimismo, cuentan con un ingreso fijo y otro adicional proveniente de la venta de refacciones. Los ingresos de la casa les alcanzan para cubrir sus necesidades esenciales. Si bien al inicio de la vida de su bebé se enfrentaron a barreras de salud y dificultades económicas, poco a poco han ido superándolas. Al momento de la entrevista su hijo mayor presentaba sobrepeso y su bebé de 1 año y medio tenía bajo peso y retardo en talla severo. Hay esperanza de que sus hijos estén sanos a futuro, pero todo depende de que se mantenga su acceso al IGSS, el trabajo de su esposo y sus redes de apoyo.

En esta sección ahondé en dos historias con el fin de ejemplificar las múltiples barreras a las que se enfrentan las madres para lograr alimentar a sus hijos de manera saludable y que estén sanos. Las mamás de ambos grupos refirieron barreras similares y todas mencionaron haberse enfrentado por lo menos a alguna de ellas. No obstante, las mamás del grupo A refirieron con más frecuencia que sus contrapartes complicaciones para costear proteína animal; que sus familiares intervenían continuamente en la alimentación de sus hijos, dándoles alimentos no sanos; que tuvieron complicaciones con la lactancia materna; y que sus hijos tuvieron problemas de salud en sus primeros años de vida. A pesar de estas diferencias, las madres coincidieron en que los ingresos económicos son el factor más importante que impide alcanzar una alimentación saludable. Igualmente, las madres explicaron que se enfrentan a otras complicaciones como la falta de tiempo, familiares que dan alimentos no sanos a los niños, las exigencias de los roles de género, las funciones diversas que cumplen los alimentos (por ejemplo que la comida chatarra sirve para demostrar cariño o el que salir a comer sea una forma de recreación), así como problemas de salud. Algunas mamás han contado con redes de apoyo, herramientas de negociación y oportunidades para vencer estas barreras, pero no todas han tenido esa misma suerte.

VII. DISCUSIÓN

A. Conocimientos y experiencias compartidas: la base de los modelos culturales

Tomando en consideración los datos presentados en la sección de resultados, puedo afirmar que existe un modelo cultural sobre alimentación saludable entre las madres de ambos grupos ya que ellas compartieron las mismas explicaciones sobre este tema. Los razonamientos o explicaciones compartidas son esenciales para identificar si existe o no un modelo cultural y, además, permiten reconstruirlo. Siempre que la muestra de una investigación repetidamente utilice la misma línea de causalidad para concluir su comprensión sobre un tema, entonces se puede declarar que esa muestra presenta un modelo cultural (Quinn, 2005: 67).

Vale la pena destacar que la educación de todas las participantes fue diversa¹⁶, y a pesar de esta diferencia en educación formal, las mamás coincidieron en los elementos centrales de su definición de la alimentación saludable. Ninguna de ellas construyó su explicación según fuentes formales de educación o haciendo referencia a personas expertas en el tema como médicos o nutricionistas. Si bien algunas mamás mencionaron haber participado en talleres o capacitaciones en escuelas o instituciones de salud, como muestra la Tabla 8, ellas expresaron que las personas de quienes más aprenden sobre el tema y a quienes más recurren para consejos son otras mujeres cercanas a ellas, sobre todo de su familia: mamás, suegras, hermanas, tías, vecinas.

Tabla 10 Fuentes de información de las madres sobre la alimentación

Fuentes de información de las madres sobre alimentación	Grupo A n=10	Grupo B n=10	Total
Mamá	8	7	15
Lo ideal sería consultar a un profesional de la salud, pero no siempre tiene acceso a hacerlo	6	8	14
Otra mujer de la familia (abuela, tía, suegra, hermana, etc.)	8	3	11
Internet	7	4	11
Taller/clase de nutrición	4	6	10
Trabajos en comedor, restaurante, empleada doméstica	3	2	5
Amigas, vecinas	1	3	4

Fuente: elaboración propia según datos de la investigación (2019).

¹⁶ Ambos grupos contaban con mamás sin ningún tipo de educación o únicamente educación primaria; al menos la mitad de la muestra de cada grupo completó su educación secundaria (ciclo diversificado); y ninguna madre entrevistada contaba con educación universitaria.

Por lo anterior, se puede plantear que la educación formal no es la principal base que construye el modelo cultural de las madres sobre la alimentación. ¿Qué sí lo es? Sus conocimientos empíricos, en otras palabras, experiencias compartidas a nivel familiar, a nivel comunitario y a nivel socioeconómico. Las explicaciones de las mamás tienen base en sus propias experiencias cotidianas. Ellas comparten un estatus socioeconómico similar, viven en áreas urbanas con acceso a comercios y servicios relativamente similares, y tienen a su disposición más o menos las mismas fuentes de alimentos a través de mercados, tiendas de barrio y/o centrales de mayoreo. En ese sentido, sus experiencias cotidianas alrededor de la alimentación son bastante homogéneas y, como consecuencia, sus explicaciones sobre qué es un alimento sano y qué no también lo son. Estos elementos empíricos compartidos son lo que dan origen al modelo cultural. Una de las premisas del enfoque de los modelos culturales es que las personas que comparten experiencias terminarán compartiendo el mismo modelo cultural (Quinn, 2005: 40). Adicionalmente, mientras más recurrentes sean estas experiencias, el modelo será más estable.

Similarmente, al hablar sobre la salud de la familia, específicamente de los hijos, las mamás también coincidieron en sus explicaciones y presentaron un solo modelo cultural. Al igual que con el tema de la alimentación, los criterios para identificar si sus hijos tienen o no buena salud se basan en sus experiencias cotidianas. Lejos de basarse en los indicadores científicos que utilizan los médicos o nutricionistas, las madres demostraron que saben que sus hijos están sanos mediante elementos observables relacionados con aspectos como la energía, la capacidad de poder desempeñar las actividades diarias, y el peso. Sobre este tema también hubo consenso y se puede afirmar que existe un modelo cultural entre los dos grupos de madres.

B. ¿Los modelos de las madres dialogan con los referentes biomédicos?

En otro orden de ideas, como planteé en el marco teórico, una de las aplicaciones de los modelos culturales es que permiten contrastar cómo diferentes grupos de personas piensan sobre un problema de salud determinado. Esto hace posible identificar puntos de encuentro y brechas para abordar el problema en cuestión y ayuda a determinar si los pacientes coinciden con los profesionales de la salud en la comprensión de un problema en específico y sus soluciones.

En el caso de la presente investigación, por un lado, encontré puntos de encuentro entre las madres y las recomendaciones biomédicas respecto al tema de la alimentación. Por otro, también hallé brechas específicamente entre los indicadores de salud que utilizan las madres y los que utiliza la biomedicina para definir si una niña o un niño está sano. Esto coincide con el planteamiento de Bennardo (2013: 53) quien explica que un modelo cultural puede ser compartido por la totalidad de un grupo o bien, puede ser

compartido solo por una sección de este y no por otra. Asimismo, plantea que múltiples modelos culturales coexisten y las personas pueden detentar varios y/o solamente partes de estos. En un estudio cualitativo sobre percepciones de la desnutrición infantil en hogares rurales de Kenia se halló precisamente eso: que las taxonomías locales relacionadas con la desnutrición se traslapaban parcialmente con las clasificaciones biomédicas sobre la misma (Muraya, 2016: 8). En dicho estudio se hizo evidente el influjo de los conceptos biomédicos sobre las etiologías locales de la desnutrición. Adicionalmente, los autores del estudio mencionan que estos traslapes se han encontrado al estudiar las explicaciones sobre otras enfermedades como la malaria en Tanzania, donde se halló que el modelo local sobre la malaria se basaba principalmente en el modelo biomédico, aunque cabe resaltar que estos no eran idénticos entre sí (*ibid.*: 9). A continuación ejemplifico los puntos de encuentro entre las mamás y la biomedicina en cuanto a la alimentación y, posteriormente, las brechas entre madres y biomedicina en cuanto a establecer si la estatura es o no un indicador de salud.

1. Alimentación según las madres y según la biomedicina: consenso

A grandes rasgos, para la biomedicina existen al menos tres etapas importantes en el inicio de la vida alimenticia de un niño o de una niña. Primero está la lactancia materna, luego la alimentación complementaria y por último el inicio de la alimentación en general (UNICEF, s/f). La principal recomendación que plantean las organizaciones internacionales de salud sobre la lactancia materna es que como mínimo esta debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida. A pesar de que algunas de las madres entrevistadas no se ajustaron a esta recomendación, todas ellas expresaron una actitud favorable hacia la lactancia. Asimismo, todas las mamás mencionaron que querían darles a sus hijos y a sus hijas lactancia materna pero solo algunas de ellas lograron hacerlo. Quienes no pudieron dar lactancia explicaron que fue debido a complicaciones con su producción de leche, problemas con los pezones, mal agarre del bebé, etc.

Por otro lado, con el tema de la alimentación complementaria, la recomendación internacional es que se inicie a partir de los 6 meses de vida y que idealmente se combine con la lactancia hasta los dos años. Respecto a este tema en particular, si bien la mayoría de las mamás sabían que es importante introducir de manera gradual los alimentos a sus bebés, únicamente 6 mamás en total mencionaron iniciarla exactamente a los 6 meses. El resto de ellas comenzó a darles alimentos antes o después de ese tiempo. En ese sentido, si bien las mamás tienen las nociones generales de los beneficios e importancia tanto de la lactancia como

de la alimentación complementaria, no todas se ajustaron exactamente a las recomendaciones científicas al respecto.

Tabla 11 Comparación entre mensajes claves de las guías alimentarias de Guatemala y proposiciones de las madres

	MENSAJES CLAVE DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS DE GUATEMALA	PRESENTE EN MODELO CULTURAL DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE	AUSENTE EN MODELO CULTURAL DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE	DATO QUE LO AVALA	FUENTE
1	Coma variado cada día, como se ve en la olla familiar, porque es más sano y económico.	*		17 mamás mencionaron que es importante variar los alimentos para que la alimentación sea sana.	Entrevista
2	Coma todos los días hierbas, verduras y frutas porque tienen muchas vitaminas.	*		20 mamás mencionaron que una alimentación saludable debe incluir frutas y verduras. 16 mamás mencionaron que las frutas y verduras aportan vitaminas.	Entrevista
3	Coma diariamente tortillas y frijoles, por cada tortilla sirva 2 cucharadas de frijol, porque llena más y alimenta mejor.	*		En las 16 casas visitadas se consumió tortillas.	Observación participante
				19 mamás mencionaron consumir frijoles regularmente.	Entrevista
4	Coma tres veces por semana o más: huevos, queso, leche o Incaparina que son especiales para el crecimiento de los niños, niñas y la salud de toda la familia.	*		19 mamás mencionaron consumir huevos regularmente.	Entrevista
				19 mamás mencionaron consumir lácteos regularmente.	
				8 mamás mencionaron consumir Incaparina regularmente.	
5	Coma al menos dos veces por semana o más un trozo de carne, pollo, hígado o pescado para vitar la anemia y la desnutrición.	*		17 mamás mencionaron que consumir carne/pollo es sano pero son alimentos difíciles de conseguir por alto precio.	Entrevista
6	Coma semillas de marañón, manías, habas, ajonjolí, pepitoria y otras, porque son buenas para complementar su alimentación.		*		
7	Coma menos margarina, crema, manteca, frituras y embutidos para cuidar su corazón y gastar menos.	*		20 mamás mencionaron que la grasa debe comerse con moderación	Entrevista
8	Prepare las comidas con poca sal para evitar enfermedades.		*		
9	Todos los días haga ejercicio o camine rápido medio hora o más, porque es bueno para su salud.		*		
10	Evite tomar licor porque daña su salud.		*		

Fuente: elaboración propia según MSPAS (2012) y datos de la investigación (2019).

Adicionalmente, con el fin de orientar a la población guatemalteca sobre cuál es la alimentación más saludable para los niños a partir de que cumplen los dos años, se crearon las Guías Alimentarias Para Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012). Un hallazgo interesante es que hubo muchos puntos de encuentro entre los planteamientos de las madres sobre la alimentación saludable y los mensajes clave de las guías alimentarias. Dicho documento establece 10 mensajes clave, tal como muestra la Tabla 9. Una comparación entre los 10 mensajes y las proposiciones sobre alimentación saludable de las madres muestra ellas que coinciden con 6 de estos 10 mensajes. Los únicos 4 que ellas no mencionaron se relacionan con el consumo de semillas, la reducción del uso de la sal, el hacer ejercicio, y el evitar el alcohol.

Además, es importante resaltar el siguiente hallazgo: encontré coincidencia entre las explicaciones de las madres y los mensajes clave de las guías alimentarias sin importar si sus hijos o hijas tenían o no algún problema nutricional. Todas ellas compartían los mismos conocimientos sobre la alimentación saludable y los elemento centrales de dichos conocimientos están planteados en las recomendaciones biomédicas oficiales para Guatemala. En ese sentido, vemos que el modelo cultural de alimentación

saludable de las madres es compatible con el modelo biomédico representado por las guías alimentarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). No obstante, a pesar de esa concordancia, algunas madres tenían a hijos e hijas con indicadores nutricionales saludables y otras no. Más adelante abordaré posibles explicaciones a esta situación.

2. La estatura, ¿indicador de salud? Disenso entre madres y biomedicina

Por otro lado, como ya mencioné anteriormente, al hablar sobre salud, las mamás se enfocaron en factores como ver activos a sus hijos y a sus hijas, verlos y verlas jugar, verlos y verlas con energía y asegurarse de que no estuvieran con decaimiento, con cansancio o con enfermedad. Asimismo, si bien no se mencionó con tanta frecuencia, el tema del peso sí surgió y se discutió con algunas madres al hablar sobre la salud. En contraste, uno de los hallazgos principales y más sorprendentes de esta investigación es que ninguna de las mamás mencionó a la estatura como uno de los criterios que utilizan para identificar si sus hijos e hijas están sanos. A continuación describiré y explicaré los modelos hallados sobre la estatura y más adelante ahondaré sobre la brecha entre esta y el modelo de salud de las madres.

Al hablar sobre la estatura no hubo un único modelo cultural sino dos. El primero consiste en que la genética define a la estatura, mientras que el segundo plantea que la alimentación es lo que la define. De aquí en adelante me referiré al primero como «modelo de los genes» y al segundo como «modelo de la alimentación». Para las mamás que se alinearon con el modelo de los genes, más que un referente o un indicador de salud, la estatura es vista como una cualidad que algunas personas poseen y otras no y que está definida por la genética que heredan de su familia. Por otro lado, para el otro grupo de mamás la estatura no es un elemento fijo e inalterable, sino que sí se puede moldear a través de la alimentación.

El motivo por el cual existen dos diferentes modelos responde al planteamiento de Quinn (2005) en el que afirma que si existen diversos tipos de experiencias compartidas entonces habrá un modelo cultural que sirva para explicar cada una de ellas. Concretamente, las mamás que se decantaron por el modelo de los genes defendían este planteamiento porque a través de generaciones han visto el mismo patrón de estatura en sus familiares: «su mamá era bajita, ella es bajita, su hija será bajita». En contraste, las mamás que se decantaron por el modelo de la alimentación, –si bien en la mayoría de las veces también habían escuchado del modelo de los genes– lo cuestionaron porque alguien a su alrededor no encajaba con esa explicación. Por ejemplo, estas mamás exponían que la mayoría de las personas en su familia eran de baja estatura, pero, tenían un hijo o hija alto, entonces la única explicación razonable es que era consecuencia

de la alimentación. Similarmente, hubo mamás que comparaban a niños de edades parecidas en sus familias donde uno de ellos se alimentaba bien y tenía mayor estatura; mientras que el otro era «melindroso», comía poco y tenía menor estatura. Esto les demostraba a ellas que la alimentación influye en la estatura de los niños.

La existencia de estos dos modelos nos demuestra que las vivencias cercanas de las madres tienen un gran peso en su comprensión de las posibilidades de estatura de sus hijos y de sus hijas. Lo empírico importa. Las mamás observan sistemáticamente y sacan conclusiones de los ejemplos a su alrededor. Este proceso es inconsciente, pero se refuerza con cada nuevo ejemplo que lo valida. Esto también coincide con el hecho de que los modelos culturales deben servir para explicar y darle sentido a lo que sucede a nuestro alrededor (Kempton, 1997:10-15). En otras palabras, cada modelo se ajusta para explicar lo que cada madre ha experimentado y vivido.

Por otro lado, resulta interesante que, independientemente de su modelo y del grupo de submuestra al que pertenecían, ninguna de las madres vinculó a la estatura explícitamente con la salud. Esto refleja una brecha entre los factores que las madres participantes asocian a la salud de sus hijos y uno de los índices antropométricos básicos¹⁷ que utiliza la biomedicina para diagnosticar la salud de un niño y de una niña: la longitud/talla para la edad. Este índice permite identificar si un niño o una niña presenta retardo en el crecimiento (longitud o talla baja), lo cual se da cuando un niño o niña no está en la estatura esperada para su edad y su sexo (Organización Mundial de la Salud, 2008: 10). Si un infante presenta retardo en talla, está en riesgo de padecer desnutrición crónica. El índice se utiliza sobre todo en menores de cinco años ya que en ese rango de edad el retardo en talla aún es reversible y los niños y niñas pueden recuperar y alcanzar la estatura que deberían tener según su edad y sexo.

La falta de identificación de factores de riesgo nutricionales se ha estudiado anteriormente. Por ejemplo, en un estudio realizado en Kenia, Muraya (2016: 9) identificó que la desnutrición aguda moderada era mínimamente reconocida en los niños por sus cuidadores. Si bien sí se identificaba cuando un niño tenía bajo peso, esto no necesariamente se consideraba como un problema de salud, sino más bien algo usual y manejable. Esto no quiere decir que el bajo peso no fuera visto como algo problemático entre las cuidadoras entrevistadas, pues varias de las participantes sabían que el bajo peso podía indicar baja salud infantil, pero dado que era recurrente por las sequías, había cierta normalidad al respecto.

¹⁷ Los índices antropométricos se construyen con base en mediciones de talla y su relación con otros datos como la edad y el sexo de una persona. Los índices básicos son peso para la edad; talla para la edad; peso para la talla; índice de masa corporal para la edad. (UNICEF, 2012: 11).

De igual manera, la existencia de esta desvinculación entre salud y estatura ha llevado a discutir la normalización de la desnutrición crónica en Guatemala. Chary (2013: 94-95) llevó a cabo un estudio etnográfico sobre malnutrición en áreas rurales e indígenas de Guatemala. En este se demostró que las mamás de niños y de niñas con retardo en talla asumían que el estado de salud de sus hijos e hijas era el estándar, ya que tanto sus hijos e hijas como el resto de los niños y de las niñas a su alrededor nunca han manifestado otra forma de estar saludables. Ante la ausencia de otros referentes de salud, ellas solo aspiraban para sus hijos e hijas lo que sus experiencias diarias les han enseñado que es posible. Además, el estudio demostró que las mamás desconocían que el retardo en talla es un problema de salud y explicaron que no sabían sobre este tipo de malnutrición pues pensaban que tener niños y niñas con baja estatura era normal. Sin embargo, lejos de concluir que era un problema «cultural» o de falta de conocimientos, los autores de la investigación resaltan que la explicación de la brecha entre los indicadores biomédicos de la salud y los indicadores de salud de las madres se puede resumir en que el abandono social histórico y sistemático de las poblaciones indígenas, unido a un subdiagnóstico y falta de tratamiento para la malnutrición en los niños y en las niñas, genera un contexto en el que la ausencia de enfermedades infantiles no puede ser imaginada, dando paso a la normalización de la malnutrición.

Con base en varios estudios cualitativos sobre problemas de salud se ha planteado que el concepto de nivel de gravedad (ya sea de signos de una enfermedad o de sus síntomas) es un concepto universal que está asociado con la toma de acción ante enfermedades (Pelto, 1997:60). La definición de los síntomas o signos que se consideran como graves y que llevan a las personas a tomar acciones ante un problema de salud varían de un grupo cultural a otro. La desnutrición no es ajena a ello: la comprensión de este flagelo, sus causas y los elementos que la identifican pueden variar entre culturas, sistemas médicos y entre modelos laicos y modelos de los profesionales de la salud (Muraya, 2016: 2). En el caso de mi investigación, demuestro que las mamás no identifican explícitamente una relación entre la estatura y la salud. Por consiguiente, no reconocen como un riesgo de salud el que sus hijos e hijas presenten retardo en talla, ni tampoco lo valoran como un síntoma de la desnutrición crónica. Esto puede tener consecuencias graves ya que si es un factor de salud desconocido y sin un nivel de gravedad asociado, las madres difícilmente tomarán acción para solucionarlo oportunamente.

En consecuencia, se hace evidente la necesidad de capacitar a madres y cuidadoras de niños y niñas para que identifiquen los principales factores de riesgo nutricionales y reconozcan su severidad. Por ejemplo, es importante posicionar a la estatura como un indicador de salud y que las madres reconozcan los riesgos que el retardo en talla puede tener a largo plazo para la vida de sus hijos e hijas. Sin embargo,

como demuestra el estudio de Amuyunzu-Nyamongo (2006), si bien reconocer la gravedad de un síntoma o indicador (en este caso la baja estatura para la edad) ayuda a que la gente actúe para abordarlo, los factores económicos limitan la capacidad de la gente de buscar y acceder a ayuda médica. En otras palabras, si las mamás u otros cuidadores reconocen los signos de alerta sobre una enfermedad posiblemente actúen más rápido para abordarla pero únicamente en la medida que sus posibilidades económicas y otras barreras sociales se los permitan (*ibid.*: 32, 36). Si no cambia el contexto de precariedad en el que viven muchas familias con hijos e hijas que tienen retardo en talla, las aspiraciones de una mejor salud y las posibilidades de alcanzarla tampoco cambiarán. Por eso, la discusión sobre los conocimientos de las madres respecto a la alimentación y salud de sus hijos e hijas estaría incompleta si no abordamos los factores externos a ellas, aquellos factores que representan barreras adicionales para alcanzar una alimentación saludable y tener salud.

3. ¿Cómo crear puentes epistémicos entre los modelos biomédicos y los modelos socioculturales sobre la estatura y la salud?

Quiero terminar esta sección reflexionando sobre las brechas halladas entre biomedicina y la cultura popular. Para comenzar, quiero discutir brevemente el concepto de la estatura, ¿qué significa realmente? ¿cómo se ha construido el concepto? ¿de qué manera varían las comprensiones sobre ella a través de diferentes tiempos, lugares y disciplinas? Como menciona Lasco (2017: 11-13) en su tesis doctoral sobre la creación, significados y materialidades de la estatura en Filipinas, a lo largo de la historia varios académicos y pensadores de diversas disciplinas han intentado comprender la estatura. Para ello han intentado responder dos preguntas primordiales: ¿qué determina la estatura de las personas? Y, ¿por qué la estatura otorga ciertas ventajas a algunas personas? (*ibid.*). Entre los múltiples factores que influyen en ella se han propuesto los siguientes: condiciones socioeconómicas personales y/o a nivel de país, estatus nutricional, enfermedades, hormonas, herencia y ambiente. Hasta la fecha las diversas disciplinas y paradigmas aún siguen debatiendo qué tanto contribuye cada uno de estos factores a la estatura, así como el significado de esta en sí misma.

Por su parte, la biomedicina trata a la estatura primordialmente como un fenómeno fisiológico, incluso patologizando a quienes no cumplen con ciertas medidas estándares de ella (*ibid.*: 37). En contraste, ciencias sociales como la antropología y la sociología proponen que la definición y el significado de la estatura se construyen tanto con base en lo biológico como en lo social. Si bien es un atributo físico, las formas en las que se mide cotidianamente involucran las relaciones entre los cuerpos y el mundo social y

físico. Asimismo, la estatura tiene un valor en la sociedad y este valor es dado por el contexto en el que se está (Lasco, 2017: 4).

En otras palabras, la estatura ha sido construida histórica y socialmente y, como consecuencia, lo que significa y sus implicaciones a nivel social, material y político van cambiando a través del tiempo y del lugar. Por ejemplo, actualmente, para algunos profesionales en el mundo médico la estatura no es más que una variable *proxy*¹⁸ (una medición indirecta) sobre la salud infantil, la cual es útil por la facilidad de su medición pero al mismo tiempo no necesariamente *significa* algo. De igual forma, a través de mi investigación pude notar que para las madres entrevistadas la estatura tampoco *significa* algo explícitamente en cuanto a salud. Lo interesante de este resultado es que se puede analizar como un fenómeno cultural. En efecto, Lasco (2017: 54) asevera que analizar la construcción de la estatura como una práctica cultural nos permite aproximarnos mejor a su significado y comprender a su vez las interpretaciones que las personas tienen sobre ella y sus implicaciones.

Podemos evidenciar que estos significados y comprensiones sobre la estatura son culturales demostrando que varían en dos lugares diferentes. Para ello compararé sucintamente los resultados de mi muestra guatemalteca con los resultados del caso filipino mencionado anteriormente. En Guatemala (a) ninguna madre identificó explícitamente a la estatura como algo que demuestra que un niño o niña está saludable; (b) si bien varias madres mencionaron la importancia de las vitaminas ninguna explicó que estas permiten que los niños o niñas sean más altos; y (c) solo algunas madres identificaron que la alimentación sana influye en la estatura. En contraste, (a) las mamás filipinas constante y explícitamente pedían consejos sobre cómo hacer que sus hijos e hijas crecieran y demostraban interés en que sus infantes fueran altos porque lo valoran como parte de su salud en general; (b) la mayoría de las madres pedían que les prescribieran vitaminas a sus hijos porque veían que estas pueden aumentar la probabilidad de que sean altos ya que aumentan el apetito y (c) vinculan explícitamente que un apetito adecuado y alimentación sana son prerrequisitos para aumentar la estatura (Lasco, 2017: 55, 72, 78).

Lo anterior nos hace evidente que en Guatemala y Filipinas la estatura se ha construido de una forma culturalmente distinta y, en consecuencia, significa cosas diferentes. ¿Cómo explicar esta diferencia? En el caso filipino se le da tanta relevancia a la estatura porque se ha convertido en una forma de capital que brinda o restringe oportunidades de manera tangible en su sociedad (*ibid.*: 81). Por ejemplo, a nivel social, si se es hombre el ser alto brinda el poder de proyectarse como un buen prospecto y conseguir más

¹⁸ Peter Rohloff, MD, PhD, comunicación personal durante la defensa de la presente investigación en diciembre de 2020.

fácilmente pareja o bien, es un atributo que evita ser motivo de burla de sus pares. A nivel material, la estatura se ha convertido en un recurso de movilidad social para los filipinos. Particularmente, si se es alto, se tiene acceso a un abanico más amplio de opciones de trabajo, ya que muchos puestos laborales exigen tener cierta estatura. Asimismo, ser alto permite acceder a becas de deportes o competencias de belleza que tienen como requisito lo mismo. Por otro lado, en cuanto a lo político, para el gobierno filipino favorecer iniciativas de salud y nutrición que propician tener una sociedad alta tiene implicaciones de aceptación y legitimidad por parte de la población local. Todos estos significados de la estatura son muy particulares a Filipinas y están moldeados por su historia colonial, particularmente por el periodo de ocupación estadounidense. En primer lugar, en sus recuentos coloniales los norteamericanos siempre hicieron descripciones de las estaturas de los filipinos diciendo que eran tan bajos que los hacían ver como gigantes. Más adelante, sus iniciativas de salud pública durante el S.XX dieron mucha importancia a las estaturas infantiles y problematizaron la baja estatura de los filipinos como una patología médica que podía ser mejorada y «civilizada» por los americanos. Es decir, la lógica colonial inscribió un significado deseable y aspiracional en la estatura: el ser alto se asociaba a ser más «civilizado» o ser más afín al poder colonial (Lasco, 2017: 30-40).

Es importante reflexionar sobre el caso de Filipinas porque ahí la estatura no solo tiene un significado diferente al que encontré en Guatemala sino que ese significado además implica fuertes estigmatizaciones y discriminación (Lasco, 2017: 11). Hay varios aprendizajes que pueden surgir de estudiar el caso filipino y reflexionar con base en él sobre lo que sucede en Guatemala. Sobre todo me parece importante preguntarnos ¿cómo podemos ayudar a las madres guatemaltecas a identificar la estatura como un indicador sobre la salud de sus hijos e hijas sin provocar que luego se convierta en algo que sirva para estigmatizar o discriminar? Por otro lado, además de la estatura, ¿qué otras variables podríamos utilizar para promover la salud de los niños y niñas? ¿Qué elementos del modelo de salud de las madres guatemaltecas se pueden incorporar a los modelos biomédicos que promueven la salud infantil? Sobre esto Yates-Doerr (2016: 316-317) discute sobre la necesidad de ampliar la comprensión biomédica e incluso antropológica sobre la salud. En vez de verla como un fenómeno individual, es importante entender sus dimensiones colectivas a nivel comunitario y familiar. Por ejemplo, cómo las prácticas culinarias de las madres hacia sus familias son una forma de cuidado de la salud en sí mismas. De igual forma, la autora invita a construir nuevos conceptos sobre la salud donde quepan nociones más amplias de esta, entre ellas, aquello que es bueno o la buena vida o, simplemente, elementos como tener fuerza y energía, estar activos y sentirse satisfechos. En suma, invita a generar una definición que abarque los contextos sociales e históricos de la salud; es urgente conceptualizar la salud – y los conceptos que se toman como indicadores de salud (v.g. la estatura) a partir de otros lugares.

C. Conocimientos vrs. barreras

Como se expuso anteriormente, las madres participantes demostraron que sus conocimientos sobre alimentación y salud coinciden en general con las recomendaciones de la lactancia materna, de la alimentación complementaria, y de las guías alimentarias para Guatemala. Esta investigación muestra que, aunque las madres de ambos grupos tengan conocimientos similares sobre alimentación saludable, hubo mamás cuyos hijos presentan retardo en talla y otros no. ¿Cómo explicar que existen madres que saben la forma adecuada de alimentar a sus hijos e hijas y, que a pesar de esto, igualmente experimentan desnutrición crónica? Hay diversidad de respuestas para esta pregunta. Un estudio cualitativo sobre explicaciones de las causas de las principales enfermedades infantiles llevado a cabo en Nairobi, Kenia halló que a pesar de que las madres entrevistadas tenían un nivel alto de comprensión sobre la dieta adecuada para sus hijos e hijas, factores como la pobreza les impedían darles esa comida a sus hijos (Nyamongo, 2004: 10).

Por otro lado, un estudio recientemente publicado sobre el altiplano de Guatemala encontró casos de niñas y niños desnutridos que, paradójicamente, cumplían con la dieta mínima requerida por la Organización Mundial de la Salud (Alajajian, 2020). En este estudio se comparó a niños con desnutrición de dos comunidades indígenas de diferentes niveles socioeconómicos. Para sorpresa de los investigadores, los niños de la comunidad con peores indicadores socioeconómicos no presentaron peores indicadores dietéticos que la otra comunidad. De hecho, hallaron que el 72% de niñas y de niños desnutridos de la comunidad con peores indicadores socioeconómicos cumplió con una dieta mínima aceptable, mientras que el 64% de niños desnutridos de la otra comunidad también cumplió con la dieta mínima aceptable. ¿Cómo se explica este resultado? Por un lado, si bien los niños están comiendo adecuadamente, puede ser que padezcan una malabsorción de nutrientes como consecuencia de la desnutrición crónica, lo cual se vincula con factores de higiene, saneamiento de agua, y pobreza. Lo importante de este hallazgo es que demuestra que la desnutrición no se relaciona únicamente con malas dietas y reitera que se debe abordar en sus múltiples dimensiones (*ibid.*: 16, 19).

Sobre la misma línea, me parece importante resaltar estudios recientes donde incluso se plantea que las principales causas del retardo en talla ni siquiera son en sí mismas nutricionales. Scheffler *et al* (2020: 8-9) proponen que existen causas no-nutricionales del retardo en talla, por ejemplo, la privación emocional y estrés psicosocial. Estos autores explican que ambas están vinculadas con un impedimento de segregación de la hormona del crecimiento. Plantean que, más que una mala nutrición, una gran parte de niños y niñas que tienen retardo en talla provienen de familias empobrecidas de ingresos medios y bajos y que además se han enfrentado a niveles fuertes de estrés-emocional-psicológico. Para mejorar la desnutrición crónica,

proponen los autores, se puede empezar por mejorar la calidad de la educación e invertir más en factores amplios socio-económico-político-emocionales pues este tipo de intervenciones se han asociado a una mejor salud materna, mayor peso al nacer, crecimiento físico más sano, mayor éxito escolar y mejores ingresos durante la adultez. Esta información es importante porque nos hace evidente que al hablar de desnutrición crónica y salud es necesario pasar del sobre énfasis que hay por la alimentación y nutrición hacia abordar otros factores que la determinan.

1. Barreras materiales

Lo que más me interpela de los resultados de esta investigación es que las mamás de ambos grupos tienen conocimientos bastante similares sobre la alimentación saludable y sobre la salud. Sin embargo, a pesar de esto, sus hijos e hijas presentan estatus de salud diferentes. Esto demuestra que los problemas nutricionales no pueden ser simplemente consecuencia de falta de conocimientos. ¿Cómo se podría explicar la existencia de estos problemas de salud en los niños?

La desnutrición es un problema complejo con causas en diferentes niveles de la sociedad. Hay causas inmediatas, subyacentes y estructurales. Las barreras que identifiqué en esta tesis para alcanzar una alimentación saludable y salud son únicamente causas inmediatas de la desnutrición. Si bien son relevantes e importantes de abordar, no hay que perder de vista el resto de las causas que también perpetúan este problema de salud. Por ejemplo, a nivel subyacente es importante abordar el tema de los servicios de salud precarios, ambientes alimentarios precarios, falta de oportunidades laborales, alza de la canasta básica, mala gestión del agua, entre otras. Y, más importante aún, hay que poner atención a las causas estructurales de la desnutrición, como el cambio climático, transición nutricional, corrupción y cooptación del Estado y la desigualdad (UNICEF, 2019). La desnutrición crónica es una marca física en el cuerpo de las desventajas que un niño o niña ha vivido (Gillespie, 2018: 32). A nivel biomédico la longitud/talla para la edad es el indicador básico para saber si un niño o niña tiene o no bienestar. Cuando existen altos índices de retardo en talla en algún lugar, esto refleja ausencia de bienestar y gran desigualdad social (de Onis y Branca, 2016: 12; Bogin, 1997: 28).

Bernard (2006: 86-87) plantea que el modelo educacional del cambio de comportamiento tiene limitantes. La educación únicamente es capaz de cambiar elementos que radican en los conocimientos de las personas, pero se queda corta para solucionar barreras socioeconómicas, políticas o ambientales. Por consiguiente, las intervenciones educativas sobre la nutrición podrían ser útiles para reforzar información

sobre la lactancia, alimentación complementaria e incluso para poner en el radar de las madres los principales signos de enfermedad en los niños, por ejemplo, el retardo en talla. En un estudio sobre visiones de salud y enfermedad en niños de comunidades indígenas de Guatemala se plantea que los esfuerzos educativos enfocados en que las madres identifiquen comportamientos, señales y síntomas de la desnutrición pueden mejorar las prácticas de búsquedas de atención de salud sobre este tema, ya que les da a las madres la seguridad necesaria para saber lo que están identificando y que así acudan a los servicios de salud (Braxton, 2019: 247). No obstante, para verdaderamente solucionar el retardo en talla y otros problemas nutricionales, la educación no es suficiente y se requieren acciones en múltiples esferas, tales como seguridad alimentaria y nutricional, educación, intervenciones de agua, saneamiento e higiene, salud, reducción de la pobreza y mejoramiento del estatus de las mujeres (de Onis y Branca, 2016: 13). En otras palabras, para solucionar los problemas de desnutrición crónica es esencial generar mejores condiciones de vida que aumenten las aspiraciones de salud de las madres sobre sus hijos pero que también las hagan asequibles.

Por consiguiente, para abordar la malnutrición de la niñez guatemalteca hay que ampliar la visión. Hay que trascender el énfasis en indagar sobre lo que la gente sabe o no, y poner más a atención a lo que la gente está viviendo y a lo que se está enfrentando en su cotidianidad. Por ejemplo, si bien es un hecho que las madres participantes no reconocen que la estatura en los niños es un indicador para saber si están sanos o no, proveer educación al respecto no sería suficiente para solucionar el problema. Se podría educar a las madres sobre la relación entre la estatura y la salud de los niños, pero estas estrategias deben ir acompañadas de otras que les permitan mejorar sus condiciones de vida. Martorell (2012: 231-233) explica que el retardo en talla está altamente ligado a la pobreza y al acceso a servicios básicos, por consiguiente, mejorar condiciones de saneamiento, higiene, agua segura, servicios primarios de salud y otros esfuerzos por controlar infecciones también sirven para prevenir la desnutrición crónica.

Con base en esta investigación puedo afirmar que las mamás que tuvieron experiencias que ponían en duda al modelo de los genes (por ejemplo, tener un hijo o hija alta en una familia donde la mayoría de las personas son de baja estatura) fueron quienes constataron que es posible el modelo de la alimentación y por eso lo creyeron y adoptaron. La educación no es suficiente para convencer sobre el modelo de la alimentación porque es el elemento empírico, y no el conocimiento formal, lo que lo cimienta. Las mamás que se identificaron con el modelo de alimentación al hablar de la estatura lo hicieron porque vieron ejemplos cercanos a ellas que les demostraron que existía esa posibilidad. Esto es muy importante porque muestra que las mamás no van a creer posible que sus hijos e hijas puedan ser más altas –aunque se los digan en múltiples capacitaciones– hasta que ellas lo vean y lo vivan con sus propias familias. Ellas se

convencerán de que sí es posible alcanzar una mayor estatura a través de la alimentación hasta que lo puedan observar en su entorno cercano. Esta investigación muestra que quienes se han topado con excepciones a la regla, han adoptado el modelo de la alimentación.

Aunque el modelo de genes y el modelo de alimentación estuvo presente en ambos grupos, en el grupo A fue más frecuente el de los genes. Este dato únicamente se basa en frecuencias, pero lanza información relevante para reflexionar. Más que ver al modelo de los genes como ignorancia, vale la pena analizarlo como un reflejo de condiciones materiales difíciles y situaciones precarias de salud que han sido recurrentes en las familias de las madres entrevistadas. De hecho, en esta investigación demuestro que las madres cuyos hijos e hijas presentan problemas nutricionales (grupo A) se han enfrentado a más barreras de salud que sus contrapartes. Por ejemplo, las participantes del grupo A mencionaron con más frecuencia que sus hijos tuvieron complicaciones de salud al inicio de su vida, así como también expusieron que dieron menos lactancia y expresaron muchas más complicaciones al intentar brindarla a sus bebés.

Abordar las barreras estructurales es imperativo para avanzar en la lucha contra la desnutrición. En su estudio sobre intervenciones de micronutrientes para abordar la malnutrición en el Corredor Seco de Guatemala, Gillespie (2018: 31-33) aporta evidencia adicional para argumentar que si no se brinda atención a los factores de pobreza y condiciones de vida, las intervenciones sobre nutrición son inútiles. Adicionalmente, la autora critica la medicalización de la desnutrición, proceso por el cual esta únicamente se ve desde un punto de vista clínico, enfocándose solo en el cuerpo y en factores individuales para tratarla. Al poner todo el peso de la responsabilidad sobre el individuo, se genera una separación del problema de salud de sus raíces, que son estructurales y de acceso. Unido a esto, los enfoques de cambio de comportamiento para mejorar la nutrición de niños tienden a colocar la responsabilidad de su salud nutricional sobre sus padres, ignorando también los efectos de la inequidad, pobreza y mal funcionamiento del estado. No obstante, es mucho más fácil abordar el problema desde la educación y trasladar la culpa a las madres y padres, planteándolo como una cuestión de voluntad, y dejando de lado estrategias de fondo como trabajar por el empoderamiento de la mujer, la generación de ingresos, y otros elementos que mejoren las condiciones materiales de las personas, su acceso a los servicios, los recursos y las oportunidades a las que tienen acceso.

2. Barreras sociales, familiares y psicológicas

Tomando todo lo anterior en consideración, se hace evidente la necesidad de intervenciones holísticas para promover mejoras en los niños que presentan retardo en talla. Hossain y colegas (2017: 903)

realizaron una revisión sistemática de programas orientados a reducir la desnutrición crónica donde hallaron que la combinación de varios tipos de intervenciones es lo que asegura su éxito. Constataron que para tener mayor efectividad en los resultados de los programas, se deben incluir elementos de salud y nutrición (monitoreo y promoción del crecimiento, vacunación, agua, saneamiento e higiene) así como también elementos que fomenten redes sociales de seguridad y apoyo. La existencia de dichas redes está asociada con un mayor bienestar y salud. El hecho de tener vínculos fuertes con familiares, amigos, vecinos y la comunidad trae beneficios para la salud física de las personas (Helliwell, 2004: 1436, 1443). Dichas redes sociales de seguridad y apoyo se pueden entender bajo el concepto de capital social, el cual -retomando los planteamientos de autores como Bourdieu- se refiere a la confianza, normas y redes que proveen de recursos y que aumentan la acción colectiva para generar beneficios para un miembro del grupo (Phonvisay, 2019: 2).

En un estudio llevado a cabo en tres pueblos de la República Democrática Popular Lao se demostró que el capital social juega un rol importante para reducir la desnutrición infantil. Según los hallazgos de este estudio, las niñas y los niños que tienen a más de un grupo de familiares en su pueblo tienen menos probabilidades de padecer retardo en talla y bajo peso en 1.8% y 1.5%, con niveles de significancia de 10% y 5% respectivamente (*ibid.*: 10). Dicho resultado se explica porque los familiares fungen como un recurso crucial que brinda ayuda ante momentos de crisis económicas o crisis de salud, ya sea brindando alimentos o proporcionando préstamos monetarios (*ibid.*: 10-12). Similarmente, un estudio realizado en un área de extrema pobreza en México buscaba determinar si hay variables vinculadas con la familia que representen factores de riesgo para el retardo en talla en niños (Reyes, 2004: 8). Dicha investigación descubrió que en las áreas urbanas el tamaño de las redes sociales familiares influían de forma positiva en el estatus nutricional de los niños. La investigación explica que las familias que viven en las áreas urbanas tienden a toparse con un ambiente más agresivo y por ende sí se ven beneficiados cuando son parte de una familia más grande, ya que cuentan con más apoyo social. Por otro lado, así como la investigación encontró factores protectores, descubrió otros factores de riesgo para el retardo en talla de niños y niñas en áreas urbanas, específicamente, la inestabilidad del trabajo del papá (definida como trabajar por menos de 2 años en el mismo lugar). La falta de empleo estable es un problema frecuente entre trabajadores no especializados; para ellos su ingreso es bajo e irregular, lo cual suele afectar su poder adquisitivo, afectando asimismo la nutrición del núcleo familiar. Los hallazgos de los dos estudios mencionados concuerdan con los resultados de mi investigación. Algunas mamás de niños o niñas con retardo en talla, por ejemplo el caso de Olivia, explicaron que pasaron por momentos de desempleo del padre (factor de riesgo) y que fue gracias a la red de apoyo de sus familiares que pudieron conseguir las fórmulas que le recetaron a su bebé. De no haber sido por ellos, no hubieran tenido los recursos necesarios para cubrir esta necesidad cuando ni ella ni su

esposo tenían trabajo. Esto corrobora que las redes familiares y los recursos a los que se tiene acceso gracias a ellas fungen como un factor protector del retardo en talla.

Asimismo, es importante mencionar que el capital social también impacta positivamente en la salud de los niños y de las niñas porque puede significar una fuente de apoyo a la salud mental y física de las madres. Ellas tienden a ser las principales cuidadoras de los infantes del hogar y a quienes se tiende a responsabilizar por su estatus de salud (Phonvisay, 2019: 3) pero además de eso, algunas de ellas también cumplen el rol de trabajadoras, viéndose implicadas en una doble carga laboral. Por ello, la salud mental y bienestar de las personas que cuidan de los niños es otro factor clave para lograr alcanzar una mejor salud nutricional. Organizaciones internacionales que trabajan por mejorar la nutrición infantil también están de acuerdo con ello. Por ejemplo, en el simposio «Integrando Acciones de Impacto para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia»¹⁹ la Dra. Butrón, asesora regional en salud de la niñez para la Organización Panamericana de la Salud expuso el marco del «Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia». Este marco se basa en 5 pilares: buena salud; nutrición adecuada; atención receptiva; protección y seguridad; y oportunidades para el aprendizaje temprano (Organización Mundial de la Salud, 2018: 2). Este marco es importante porque no solo se enfoca en acciones para alcanzar el bienestar de los niños, sino que también recalca la importancia de velar por las necesidades físicas, mentales y socioemocionales de sus cuidadores. Este marco reconoce que, además de la pobreza, la malnutrición, la inseguridad, las desigualdades de género y la contaminación ambiental, la salud mental de los cuidadores es un factor que puede poner en riesgo la salud de los niños si no es atendida adecuadamente. En mi investigación también se hizo evidente la necesidad de varias de las madres de recibir apoyo de salud mental. A pesar de esto, solo una de ellas comentó haber asistido a terapia con una psicóloga del IGSS. Como se mostró a través de las entrevistas, para algunas de las madres cumplir con su rol de cuidadoras puede llegar a ser muy abrumador y cansado, tal como nos lo relataron Olivia e Irma. Por eso, atender la salud de las madres es otros de los factores importantes que se deben abordar para alcanzar salud en las niñas y en los niños, así como también en los miembros de sus familias.

En esta sección discutí los hallazgos de mi investigación. En primer lugar, demuestro que los modelos culturales de las madres sobre alimentación y salud se basan en sus conocimientos y experiencias compartidas, corroborando los planteamientos de autores como Quinn (2005) y Kempton (1997). Asimismo, demuestro que hay consenso entre el modelo de alimentación saludable de las madres con el modelo biomédico de alimentación ejemplificado en las Guías Alimentarias para Guatemala del MSPAS.

¹⁹ El 30 de octubre de 2019 asistí personalmente a dicho simposio organizado por la Fundación Isabel Gutiérrez de Bosch.

Por otro lado, abordo la brecha entre el modelo de salud de las madres –el cual no incluye a la estatura como un indicador de salud–, en contraste con el modelo biomédico que utiliza a la estatura como punto central en varios de sus indicadores para determinar si un niño o niña está saludable (por ejemplo, talla para la edad). Con base en dicha brecha discuto la importancia de reforzar en las madres la identificación del retardo en talla (o baja estatura) como un factor de riesgo con base en el planteamiento de Pelto (1997) y otros autores que explican la importancia del grado de severidad que se le asigna a un síntoma o indicador para tomar acciones sobre un problema de salud. No obstante, también expongo que, en ocasiones, existen barreras (sobre todo económicas) que impiden a las madres accionar sobre ciertos problemas de salud a pesar de que conozcan su severidad. Luego parto de ese punto para discutir cómo en mi investigación la falta de conocimiento no se puede plantear como el principal factor que determina el retardo en talla de los niños y niñas hijos de las madres participantes. Ya que, de hecho, las mamás entrevistadas demostraron conocer casi a la perfección las recomendaciones oficiales sobre alimentación saludable. Por consiguiente, expongo evidencia de que el retardo en talla en ocasiones no es resultado de falta de conocimientos e incluso muestro autores que plantean que en ocasiones tampoco se debe a mala alimentación pues hay evidencia de niños que cumplen con recomendaciones mínimas de dietas y aun así presentan retardo en talla. Luego continúo abordando otros factores que influyen en el retardo en talla tales como la desigualdad, la pobreza, ausencia de agua segura, higiene, y falta de redes de apoyo (o capital social).

VIII. CONCLUSIONES

- Sin importar su nivel de educación o el estatus de salud de sus hijos y de sus hijas, todas las madres participantes comparten un mismo modelo cultural sobre alimentación saludable, que está compuesto por lo siguiente: evitar la grasa, mantener la higiene en la preparación de la comida, consumir alimentos frescos y variados, comer bastantes frutas y verduras por su alto contenido en vitaminas y minerales.
- Respecto a la salud sucedió lo mismo: sin importar su nivel de escolaridad ni el estatus nutricional de sus hijos, todas las madres compartieron un único modelo cultural sobre la salud. Para las mamás sus hijas e hijos están sanos siempre y cuando: se mantengan activos y con energía para desempeñar las actividades diarias; no se enfermen; y se alimenten bien para prevenir enfermedades. Ninguna mamá mencionó a la estatura como un factor asociado a la salud de sus hijos y de sus hijas.
- No hubo consenso entre las madres para explicar qué define la estatura de los niños y de las niñas. Esto dio lugar a dos posibles modelos. El primer modelo propone a los genes como el factor que determina la estatura y fue más recurrente entre las mamás de niños y de niñas con retardo en talla. El segundo modelo propone a la alimentación como el elemento que define la estatura y fue más frecuente entre el grupo de mamás con niñas y con niños sanos. Cada modelo surgió con base en experiencias personales de las madres, específicamente vivencias de sus propias familias y se ajusta para explicar dichas experiencias.
- Las mamás de ambos grupos refirieron barreras similares para alcanzar la alimentación saludable que describieron a través de sus modelos culturales. No obstante, las mamás del grupo A refirieron con más frecuencia que sus contrapartes complicaciones para costear proteína animal; que sus familiares intervenían continuamente en la alimentación de sus hijos; que tuvieron complicaciones con la lactancia materna; y que sus hijos tuvieron problemas de salud en sus primeros años de vida. A pesar de estas diferencias, todas las madres coincidieron en que los ingresos económicos son el mayor factor que impide alcanzar una alimentación saludable. Algunas madres han contado con redes de apoyo y oportunidades para vencer estas barreras, pero no ha sido el caso de todas.
- Existen puntos de encuentro entre el modelo de alimentación saludable de las madres y los mensajes clave biomédicos designados en las Guías Alimentarias para Guatemala. Esto demuestra que los problemas nutricionales de los hijos de las participantes no son consecuencia exclusivamente de malas dietas y falta de conocimiento sobre qué alimentos son más nutritivos, sino que pueden deberse a otros factores como pobreza, privación emocional, estrés psicosocial, malabsorción de nutrientes derivado de padecer desnutrición crónica, lo cual se vincula con factores de higiene y saneamiento de agua.

- El modelo de salud y los modelos de estatura de las madres denotan una brecha entre los elementos que ellas utilizan para identificar la salud en sus hijos e hijas, y los índices nutricionales que la biomedicina usa para establecer que una niña o un niño está sano. Esto representa un riesgo específicamente para identificar el retardo en talla, ya que las madres no asocian a la estatura como un factor relevante para la salud. Si no lo reconocen como tal, difícilmente sabrán que sus hijas e hijos están atravesando un problema de salud.
- La estatura es un fenómeno tanto biológico como social y se encuentra bajo el influjo de múltiples variables en grados que aún se debaten entre académicos y disciplinas. Además, la construcción de la estatura es una práctica cultural con implicaciones sociales, materiales y políticas que adquiere diversos significados a través del tiempo y los lugares.
- Existe la necesidad de ampliar las definiciones alrededor de la salud. Es importante dejar de verla como un fenómeno individual y comenzar a tomar en cuenta sus elementos colectivos, así como también ampliar las nociones que la componen, agregando elementos que son importantes para las personas locales «no expertas» en cuanto a la salud, por ejemplo: el tener energía, fuerza, bienestar y sentirse satisfechos.
- La evidencia demuestra que para abordar los problemas asociados a la alimentación saludable, la salud y la desnutrición, es necesario crear intervenciones que aborden sus múltiples causas a nivel individual, social, familiar, económico, político. Las intervenciones educativas son útiles para reforzar temas en particular, mas no son suficientes para solucionar el problema de raíz y a largo plazo.

IX. RECOMENDACIONES

- Para comenzar, sugiero **sensibilizar al personal de la empresa Panifresh** (operativo, administrativo, biomédico -doctor y/o nutricionista-) sobre las complejidades alrededor de la desnutrición infantil para así aumentar la comprensión sobre la misma y evitar prejuicios o estigmatizaciones hacia los padres que tienen niños o niñas con algún problema nutricional.
- Para el Programa Somos familia de Panifresh, recomiendo continuar invirtiendo en los **tamizajes nutricionales anuales** que se llevan a cabo con los hijos de los trabajadores, ya que sirven para identificar niños en situación de riesgo nutricional y permite referirlos a servicios de salud ya sea internos o externos a la empresa. Si se busca crear un programa de intervención interno, estos serían los componentes que debería incluir como mínimo:
 - Acompañamiento mensual por parte del médico y/o nutricionista corporativo quien además sería la persona encargada de dar seguimiento a las mediciones antropométricas de los niños durante su recuperación, así como también brindar sugerencias de alimentación a los padres y resolver cualquier duda que ellos tengan.
 - Invertir en donar algún suplemento vitamínico, por ejemplo NutriListo, chispitas, etc. A los niños y niñas que se identificó que están en una situación vulnerable nutricional.
 - Ofrecer el servicio de un psicólogo/a que acompañe a la madre y/o padre durante el proceso de recuperación nutricional de los niños y niñas identificados.
- Como parte de las actividades preventivas que realiza el Programa Somos familia sugiero continuar con las **capacitaciones nutricionales**, no obstante, recomiendo delimitarlas a cuatro temas en específico: embarazo saludable, lactancia materna, alimentación complementaria, e índices antropométricos. Esto porque si bien las mamás expresaron nociones generales sobre los temas de lactancia y alimentación complementaria, varias de ellas no cumplieron con las recomendaciones oficiales y se toparon con dificultades que pueden ser sobrellevadas con consejería oportuna. Asimismo, considero importante que las madres se familiaricen con los índices que se utilizan en el control del crecimiento de los hijos, pues así sabrán reconocer que la estatura para la edad es un índice que ayuda a saber si una niña o niño está sano. Como se demostró, las madres construyen sus explicaciones sobre la estatura con base en elementos empíricos, por eso sugiero que en las capacitaciones se agreguen ejemplos o casos reales de lo que se quiere demostrar. Por ejemplo, si lo que se quiere demostrar es que la estatura no es genética, sino que se ve moldeada por el entorno y la alimentación, entonces podría ser útil agregar en las capacitaciones casos de niños y de niñas cuyas familias eran de baja estatura pero que ellos y ellas gracias a una alimentación adecuada y acceso a servicios de salud de calidad lograron crecer más. Como referente sobre cómo llevar a

cabo las capacitaciones y dar ejemplos se pueden utilizar las intervenciones nutricionales de Wuqu' Kawoq (ver Martínez, 2017).

- Además de las intervenciones educativas considero importante, también como medida preventiva, **invertir en programas de salud mental para las madres y/o padres** de niños y niñas menores de 5 años. Por ejemplo, se pueden subsidiar o donar sesiones de terapia.
- También sugiero invertir de forma preventiva en **actividades que ayuden a las madres a ampliar su capital social** ya que se demostró que esto es un factor protector ante eventualidades de salud o crisis económicas. Estas actividades pueden ser grupos de mentoría de madres liderados por un profesional de la salud mental, o bien, actividades lúdicas o capacitaciones que sirvan como espacios para generar nuevas amistades o redes de apoyo.
- Sugiero que, de manera gradual Panifresh adopte las «**Políticas favorables a la familia**» para empresas, planteadas por UNICEF (2019). Estas se definen como el conjunto de políticas que permiten ayudar a equilibrar y beneficiar tanto el trabajo como la vida familiar, a través de tres tipos de factores: tiempo, recursos y servicios. El objetivo de esta iniciativa es promover cuatro grandes conjuntos de políticas: licencia paternal remunerada para cuidar a los niños y a las niñas; apoyo a la lactancia materna; servicios de guardería asequible, accesible y de calidad; y prestaciones por hijos e hijas.
- Por último, a la comunidad biomédica en general le recomiendo que se familiarice con los modelos locales que las madres tienen sobre la salud, la alimentación saludable y la estatura de los niños y niñas. Darle valor a estos modelos es importante para crear puentes de entendimiento entre personal de salud y pacientes, así como para afianzar empatía, confianza y respeto para crear relaciones terapéuticas más fuertes. Existen muchos prejuicios que ven como «ignorantes» a las madres cuando ellas no expresan los modelos biomédicos sobre salud, alimentación y estatura a la perfección. No obstante, a través de esta investigación, demostré que la lógica que subyace a los modelos locales de las madres está basada en mucha observación y sistematización de información recopilada inductivamente, proceso que está muy lejos de ser ignorancia.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Alajajian, S., Guzmán-Abril, A. P., Brewer, J., & Rohloff, P. (2020). Patrones alimentarios y agrícolas de hogares con niños desnutridos en dos comunidades indígenas con distinto nivel socioeconómico en Guatemala. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 30(55). <https://doi.org/10.24836/es.v30i55.935>
- Anónimo. 2019. *Sobre Nutreme*. Recuperado el 2 de marzo de 2020, de <https://nutreme.org/sobre-nutreme/>
- Amuyunzu-Nyamongo, M., & Nyamongo, I. K. (2006). Health Seeking Behaviour of Mothers of Under-Five-Year-Old Children in the Slum Communities of Nairobi, Kenya. *Anthropology & Medicine*, 13(1), 25–40. <https://doi.org/10.1080/13648470500516261>
- Anthrologica. (2018). *Fomento de la participación de los y las adolescentes en la nutrición, la salud y el desarrollo sostenible: resultados de investigaciones realizadas en Guatemala*.
- Banco Mundial. (2011). Guatemala - Nutrition at glance. Recuperado el 28 de noviembre de 2018, de <http://documents.worldbank.org/curated/en/485361468251183980/Guatemala-Nutrition-at-a-glance>
- Bell, K. (2009). 'If it almost kills you that means it's working!' Cultural models of chemotherapy expressed in a cancer support group. *Social Science & Medicine*, 68(1), 169–176. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.023>
- Bennardo, G., & de Munck, V. (2013). *Cultural Models: Genesis, Methods, and Experiences*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199908042.001.0001>
- Bergero, M., & del Campo, M. L. (2017). Los significados sobre la alimentación saludable de mujeres de un barrio periférico de la ciudad de Córdoba (Argentina). *Perspectivas en Nutrición Humana*, 19(2), 151–165. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v19n2a03>
- Bernard, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology*. (P. (Firm) & P. E. Central, Eds.) (4th ed.).
- Bogin, B., & Loucky, J. (1997). Plasticity, political economy, and physical growth status of Guatemala Maya children living in the United States. *American Journal of Physical Anthropology*, 102(1), 17–32. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8644\(199701\)102:1<17::AID-AJPA3>3.0.CO;2-A](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8644(199701)102:1<17::AID-AJPA3>3.0.CO;2-A)
- Braxton, M. E., & Larson, K. L. (2019). In Sickness and Health: Views on Child Health From a Mayan Village. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(3). <https://doi.org/10.1177/1043659618794845>
- CentraRSE. (2015). *Casos de éxito en responsabilidad social empresarial en Guatemala*. Ciudad de Guatemala. Recuperado de https://issuu.com/centrarseguatemala/docs/centrarse_final_baja
- Chary, A., Messmer, S., Sorenson, E., Henretty, N., Dasgupta, S., & Rohloff, P. (2013). The Normalization of Childhood Disease: An Ethnographic Study of Child Malnutrition in Rural Guatemala.(Author abstract). *Human Organization*, 72(2), 87–97. <https://doi.org/10.17730/humo.72.2.f2014210742702r2>
- Chicas, A., Gómez, C., & Velásquez, T. (2015a). *Informe de seguimiento de casos especiales Panifresh*. Guatemala.
- Chicas, A., Gómez, C., & Velásquez, T. (2015b). *Informe visitas domiciliarias a colaboradores de Panifresh*. Guatemala.
- Colom, A. (2015). Forced Motherhood in Guatemala: An Analysis of the Thousand Days Initiative. En A. Chary & P. Rohloff (Eds.), *Privatization and the New Medical Pluralism Shifting: Healthcare Landscapes in Maya Guatemala* (pp. 35–49). Lexington Books.

- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches*. (J. W. Creswell, Ed.) (2nd ed.). Thousand Oaks: Thousand Oaks : Sage Publications.
- de Onis, M., & Branca, F. (2016, mayo 1). Childhood stunting: A global perspective. *Maternal and Child Nutrition*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/mcn.12231>
- Easton, D. (2004). The Urban Poor. En C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Volume I: Topics Volume II: Cultures* (pp. 207–213). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_24
- Emplogics. (2018). *Jornada nutricional Panifresh día del niño 2018*.
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS. (2018). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*. Roma.
- Fischer, E. (2017). Beyond Nutrition: Eating, Innovation, and Cultures of Possibility. *Sight and Life*, 31(1), 32–39.
- Flood, D., Chary, A., Colom, A., & Rohloff, P. (2018). Adolescent Rights and the “First 1,000 days” Global Nutrition Movement: A View from Guatemala. *Health and Human Rights*, 20(1), 295–301. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30008571>
- Garro, L. C. (2004). Cognitive Medical Anthropology. En C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology* (pp. 12–23). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_2
- Gillespie, B. (2018). Sprinkles and Spacing. *Anthropology in Action*, 25(2), 24–35. <https://doi.org/10.3167/aia.2018.250204>
- Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. En *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* (Vol. 359). <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1522>
- Hossain, M., Choudhury, N., Abdullah, K. A. B., Mondal, P., Jackson, A. A., Walson, J., & Ahmed, T. (2017). Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 102(10). <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311050>
- Kempton, W., Boster, J. S., & Hartley, J. A. (1997). *Environmental Values in American Culture*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Lasco, G. (2017). Height matters: The making, meanings and materialities of human stature in the Philippines.
- LeCompte, M. D., & Schensul, J. J. (1999). *Ethnographer's toolkit: Designing & Conducting Ethnographic Research*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Martín Criado, E. (2005). *Conflictos sobre lo sano. Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía*. Sevilla.
- Martín Criado, E. (2007). El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía . *Revista Española de Salud Pública* . scieloes .
- Martinez, B., Flood, D., Cnop, K., Guzmán, A., & Rohloff, P. (2017). Improving Infant And Young Child Nutrition in a Highly Stunted Rural Community: A Practical Case Study from Guatemala. Springer International Publishing AG.

- Martorell, R., & Young, M. F. (2012). Patterns of Stunting and Wasting: Potential Explanatory Factors. *Advances in Nutrition*, 3(2), 227–233. <https://doi.org/10.3945/an.111.001107>
- Mejía, S. (2019). Esta es la iniciativa que busca acabar con la desnutrición. Recuperado de <https://www.soy502.com/articulo/nutreme-iniciativa-busca-acabar-desnutricion-153>
- Mejoremos Guate. (s/f). Alianza por la nutrición: ¿Qué estamos haciendo? Recuperado el 2 de marzo de 2020, de <http://www.mejoremosguate.org/cms/es/que-estamos-haciendo/alianza-por-la-nutricion>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012). *Guías alimentarias para Guatemala: recomendaciones para una alimentación saludable*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, I. N. de E. de, & Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. (2015). *IV Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015: Informe de indicadores básicos*.
- Muraya, K. W., Jones, C., Berkley, J. A., & Molyneux, S. (2016). Perceptions of childhood undernutrition among rural households on the Kenyan coast - a qualitative study. *BMC Public Health*, 16(1), 693. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3157-z>
- Nyamongo, M., & Taffa, N. (2003). The Triad of Poverty, Environment and Child Health in Nairobi Informal Settlements. *Journal of Health and Population in Developing Countries*, 6.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño*. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/childgrowth/training/b_midiendo.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia*. Recuperado de https://www.unicef.org/nicaragua/media/516/file/Cuidado_cariñoso.pdf
- Orozco, A. (2019). Conocer sobre la desnutrición crónica es el primer paso. Recuperado el 2 de marzo de 2020, de <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/conocer-sobre-la-desnutricion-cronica-es-el-primer-paso/>
- Panifresh. (2017). Panifresh. Recuperado el 11 de septiembre de 2018, de <http://panifresh.com.gt/>
- Pelto, P. J. (2013). *Applied Ethnography: guidelines for field research*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, Inc.
- Pelto, P. J., & Pelto, G. H. (1997). Studying Knowledge, Culture, and Behavior in Applied Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(2), 147–163. <https://doi.org/10.1525/maq.1997.11.2.147>
- Phonvisay, A., Suruga, T., & Lucero-Prisno, D. E. (2019). Impact of social capital on child nutrition status: three villages case of Oudomxay province in Lao People's Democratic Republic. *Journal of Global Health Science*, 1. <https://doi.org/10.35500/jghs.2019.1.e12>
- Quinn, Naomi. (2005). *Finding Culture in Talk: A Collection of Methods*. (Naomi Quinn, Ed.). SpringerLink. <https://doi.org/https://doi-org.cyber.usask.ca/10.1007/978-1-137-05871-3>
- Reyes, H., Pérez-Cuevas, R., Sandoval, A., Castillo, R., Santos, J. I., Doubova, S. V., & Gutiérrez, G. (2004). The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case-control study. *BMC Public Health*, 4(1), 57. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-57>
- Roos, G. (2004). Nutrition and Health. En C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology* (pp. 178–184). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_20
- Scheffler, C., Bogin, B., & Hermanussen, M. (2020). Catch-up growth is a better indicator of undernutrition

- than thresholds for stunting. *Public Health Nutrition*, 1–10. <https://doi.org/DOI:10.1017/S1368980020003067>
- Singer, M. (2004). Critical Medical Anthropology. En C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Volume I: Topics Volume II: Cultures* (pp. 23–30). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_3
- Smartt Guillon, J. (2016). *Writing Ethnography*. (P. Leavy, Ed.). Países Bajos: Sense Publishers.
- Sobre Nútreme. (2019). Recuperado el 2 de marzo de 2020, de <https://nutreme.org/sobre-nutreme/>
- UNICEF. (s/f). Lactancia materna y alimentación complementaria. Recuperado el 7 de noviembre de 2020, de https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html#:~:text=Después de los 6 primeros,además de la leche materna.
- UNICEF. (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. Recuperado de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- UNICEF. (2019). The Changing Face of Malnutrition. The State of the World's Children 2019. Intro. Recuperado el 3 de noviembre de 2019, de <https://features.unicef.org/state-of-the-worlds-children-2019-nutrition/#Intro-0NFU7RzpmU>
- Winkelman, M. (2008). *Culture and Health: Applying Medical Anthropology*. New York, NY, UNITED STATES: John Wiley & Sons, Incorporated. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/usask/detail.action?docID=380497>
- Yates-Doerr, E. (2012). The Opacity of Reduction. *Food, Culture & Society*, 15(2), 293–313. <https://doi.org/10.2752/175174412X13233545145381>
- Yates-Doerr, E. (2014). Obesity Science and Health Translations in Guatemala. *Anthropology Now*, 6(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/19492901.2013.11728412>
- Yates-Doerr, E., & Carney, M. A. (2016). Demedicalizing Health: The Kitchen as a Site of Care. *Medical Anthropology*, 35(4), 305–321. <https://doi.org/10.1080/01459740.2015.1030402>

XI. ANEXOS

A. Consentimiento informado entrevista

Universidad del Valle de Guatemala
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología



Hoja de información/Consentimiento informado Entrevista

Mi nombre es María Inés Castañeda Aragón, soy estudiante de la licenciatura en antropología de la Universidad del Valle de Guatemala. Actualmente estoy trabajando en mi tesis, que es la investigación final que debo realizar para poder graduarme de la universidad. Panifresh y su programa «Somos familia» me abrieron las puertas para realizar junto a ellos mi tesis. Esta consiste en investigar qué significa la alimentación saludable para las familias asociadas Panifresh. El objetivo de la investigación es poder recolectar información desde la voz de las familias para luego poder diseñar actividades que respondan a sus necesidades y que tomen en cuenta sus conocimientos y opiniones sobre el tema.

En la primera parte de la investigación haré entrevistas a madres o cuidadoras de familias asociadas Panifresh. Su participación es completamente voluntaria. Si decide participar en la **entrevista** no recibirá ninguna retribución económica ni ningún otro tipo de beneficio. Por otro lado, **si decide que no quiere participar en la entrevista no habrá ninguna consecuencia negativa para usted y/o el/la asociado/a Panifresh.**

Si decide participar, la entrevista durará aproximadamente entre una hora y una hora y media. Consiste en responder a varias preguntas. Si usted participa no debe preocuparse por sus respuestas porque no existen respuestas buenas o malas; toda la información que me comparta es valiosa e importante. Asimismo, si hay alguna pregunta que no quiera responder, está en la total libertad de no responderla y la investigadora no la/lo obligará a hacerlo. Si en algún momento quiere parar la entrevista y dejar de participar, también puede hacerlo y no habrá ninguna repercusión negativa para el/la participante y/o el/la asociado/a.

Por motivos del proceso de investigación, el audio de la entrevista debe ser grabado y luego será transcrito (es decir, el audio será copiado a texto en computadora). Solamente el equipo de «Somos Familia» y yo tendremos acceso a estos documentos. En el informe final de la investigación no se utilizarán los nombres de quienes participen en las entrevistas sino que se usarán pseudónimos para proteger la confidencialidad de los datos de quienes participen. Con base en la información recolectada se desarrollarán recomendaciones para el programa de «Somos Familia». Quedará a discreción de Panifresh la decisión de implementarlas o no.

Habrá una segunda fase de la investigación que consistirá en visitar las casas de quienes participaron en las entrevistas para observar prácticas de cocina y alimentación. Esto con el fin de conocer más sobre los temas que se platican en las entrevistas. Si decide participar en la entrevista, más adelante le invitaremos a participar en la segunda fase del estudio y se la explicaremos con más detalles. Igualmente usted decidirá si quiere participar o no en la segunda fase de la investigación.

Si usted tiene alguna duda sobre la investigación, antes o después de participar, puede contactarme por cualquiera de los siguientes medios:

1. Número de celular (llamada, mensaje de texto o WhatsApp): 40610602
2. Correo electrónico: cas14137@uvg.edu.gt o mi.castaneda95@gmail.com
3. En las oficinas de administración (preguntar por mí en la recepción), de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

 Le interesa participar en la entrevista?

Si usted est  de acuerdo en participar en la *entrevista*, por favor completar la siguiente sección marcando «sí» o «no» y luego firme al final.

1.	Yo confirmo que he leído (o me han leído enfrente de un testigo) y que entiendo el consentimiento informado. También que me han dado una copia para mí, que he tenido la oportunidad de considerar la información, hacer preguntas y que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.	S�
		No
2.	Yo entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento sin necesidad de indicar razón y sin penalización.	S�
		No
3.	Yo estoy de acuerdo en que me pregunten sobre mis opiniones sobre la salud, la alimentación saludable, así como sobre las comidas que prefiero, que como, que compro y que preparo.	S�
		No
4.	Yo estoy de acuerdo en que se grabe el audio de la entrevista en la que participar� sobre prácticas de alimentación saludable.	S�
		No
5.	Yo estoy de acuerdo en participar en el estudio explicado arriba.	S�
		No

Nombre del/de la participante

Firma

Fecha

Nombre del testigo	Firma	Fecha
(Si participante no puede leer el formulario de consentimiento)		

Nombre de la investigadora	Firma	Fecha
----------------------------	-------	-------

B. Consentimiento informado observación participante

Universidad del Valle de Guatemala
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología



Consentimiento informado Observaciones

Introducción

Mi nombre es María Inés Castañeda Aragón, soy estudiante de la licenciatura en antropología de la Universidad del Valle de Guatemala. Actualmente estoy trabajando en mi tesis, que es la investigación final que debo realizar para poder graduarme de la universidad. Panifresh y su programa «Somos familia» me abrieron las puertas para realizar junto a ellos mi tesis. Esta consiste en investigar qué significa la alimentación saludable para las familias asociadas Panifresh. El objetivo de la investigación es poder recolectar información desde la voz de las familias para luego poder diseñar actividades que respondan a sus necesidades y que tomen en cuenta sus conocimientos y opiniones sobre el tema.

¿Qué me pasará si decido participar en este estudio?

Si usted está de acuerdo en participar, un integrante del equipo de investigación observará las prácticas de cocina en su hogar. El/la integrante visitará su casa para ver el área principal de su cocina, esto sin afectar sus actividades normales. Ella observará y tomará notas de lo que usted hace normalmente en su cocina, por ejemplo cómo prepara sus alimentos. Si usted está de acuerdo, la investigadora le hará algunas preguntas mientras usted realiza sus actividades. Usted no debería cambiar su comportamiento durante la observación. Si se siente incómoda/o usted puede pedir en cualquier momento que finalice la observación. Por otro lado, de ser posible, la investigadora también estaría interesada en acompañarla/o en alguna visita al lugar o lugares donde compra sus alimentos.

Si usted lo permite, el/la investigador/a tomará algunas fotografías del proceso que usted lleva a cabo para cocinar y/o comprar alimentos. No es necesario que usted aparezca en las fotografías. Usted puede solicitar ver las fotografías que tomamos y pedirnos borrarlas, repetirlas o no usarlas si así lo desea.

¿Por cuánto tiempo participaré en este estudio?

La participación en el estudio durará aproximadamente 1 día. Las observaciones sobre sus prácticas de cocina, alimentación y compra de alimentos pueden durar hasta 3 horas.

¿Puedo decidir salir del estudio?

Usted puede decidir salir del estudio en cualquier momento. No tiene que darnos alguna razón y no hay ninguna penalización. Usted puede pedir que la observación de la investigadora termine en cualquier momento.

¿Qué riesgos puedo esperar por participar en este estudio?

Algunas de las preguntas pueden hacerla sentir incómoda o molestarla, usted puede escoger no responder cualquier pregunta que le hagan.

¿Cuáles son los costos de participar en este estudio?

No hay costo por participar en este estudio.

¿Hay beneficios por participar en este estudio?

Si decide participar en la parte de observación del estudio, como forma de agradecimiento por compartirnos de su tiempo y abrirnos las puertas de su casa, usted recibirá un vale por un valor de Q200.00 canjeable en un supermercado. Usted puede decidir en qué invertirlo. Adicionalmente, la información que usted nos brinde puede ayudarnos a nosotros y a otros investigadores a entender las preferencias y prácticas de alimentación de familias en contextos urbanos, así como las aspiraciones de salud de las familias asociadas Panifresh.

¿Mi información se mantendrá en privado?

Toda la información que nos dé se mantendrá privada. Le pediremos datos como su nombre, apellido, grado de escolaridad y ocupación. Sin embargo, para respetar su privacidad, esta información solo será usada por el equipo de «Somos Familia». Su información se manejará tan en secreto como sea posible. Todos los apuntes y los consentimientos informados de la observación se guardarán de manera segura y solo el personal del estudio tendrá acceso a ellos. Su nombre y cualquier otra información personal no se usará en reportes o publicaciones que puedan resultar de este estudio.

¿Cuáles son mis derechos si tomo parte de este estudio?

Ser parte de este estudio es su decisión. La participación es voluntaria. Si usted decide participar siempre tendrá la libertad de terminar su participación en cualquier momento. No importa qué decisión tome usted sobre su participación: no habrá ningún tipo de penalización ni para usted, ni para el/la asociado/a Panifresh.

¿Qué ocurrirá con los resultados de este estudio?

Los resultados de esta observación serán utilizados para aprender sobre prácticas de alimentación, toma de decisiones sobre alimentos, preferencias alimenticias y aspiraciones de salud. Esta información nos permitirá hacer recomendaciones y proponer actividades para el programa «Somos Familia» que respondan a las necesidades de las familias asociadas Panifresh y que tomen en consideración sus opiniones. Quedará a discreción de Panifresh implementar o no las recomendaciones que surjan del estudio.

¿Quién puede responder mis preguntas acerca del estudio?

Yo, María Inés Castañeda, la investigadora principal del estudio. Me puede contactar a mi número de celular (llamada, mensaje de texto o WhatsApp) 40610602. También me puede escribir por correo electrónico: cas14137@uvg.edu.gt y mi.castaneda95@gmail.com. Asimismo, puede buscarme en las oficinas de Panifresh, de lunes a viernes, en horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

¿Tiene usted alguna pregunta? ¿Le gustaría participar?

1. Sí (Haga el consentimiento informado – siguiente hoja)
2. No (Termine la observación)

Si usted está de acuerdo en participar en la **observación domiciliar**, por favor completar la siguiente sección marcando «sí» o «no» y luego firme al final.

1.	Yo confirmo que he leído (o me han leído enfrente de un testigo) y entiendo el consentimiento informado y me han dado una copia para mí. Yo he tenido la oportunidad de considerar la información y hacer preguntas. Y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
2.	Yo entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento sin indicar razón y sin penalización.	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
3.	Yo estoy de acuerdo en que algunas integrantes del equipo de Somos Familia visiten mi casa, me observen preparar alimentos y me realicen preguntas sobre el mismo tema, durando estas actividades hasta 3 horas en mi casa.	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>

4.	Yo estoy de acuerdo en que me pregunten acerca de mis prácticas de cocina; cómo tomo decisiones sobre la compra y preparación de alimentos; y mis opiniones sobre otros temas de alimentación y salud.	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
5.	Yo estoy de acuerdo en que le tomen fotografías a mi proceso de preparación de alimentos.	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
6.	Yo estoy de acuerdo en participar en el estudio explicado arriba.	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>

_____	_____	_____
Nombre de la participante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Fecha
(Si la participante no puede leer el formulario de consentimiento)		
_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha

C. Instrumento entrevista

Universidad del Valle de Guatemala
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología



Entrevista sobre alimentación saludable

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de finalización:
Área:	ID:	Edad:
Sexo:	Ocupación:	Escolaridad:

INTRODUCCIÓN

Muchas gracias por aceptar hablar conmigo el día de hoy. Mi nombre es María Inés Castañeda, soy estudiante de antropología de la Universidad del Valle de Guatemala y esta entrevista es parte de mi investigación de tesis para poder graduarme de la universidad. Estoy haciendo un estudio sobre alimentación con las familias asociadas Panifresh. Algunos de los temas sobre los que vamos a platicar son qué significa la salud para usted y su familia; cómo se relaciona la alimentación con la salud; cuáles son sus comidas favoritas; y cómo decide qué alimentos cocinar y comprar para la familia. Yo conversaré con usted alrededor de una hora o una hora y media. Le haré una serie de preguntas, pero si hay algo que usted quisiera decir sobre aspectos que yo he mencionado, por favor hágamelo saber en cualquier momento. Me puede interrumpir cuando quiera. Si hay alguna pregunta que no quiera responder, no tiene que hacerlo. Lo que hablemos durante esta entrevista es confidencial: el informe final de la investigación no incluirá su nombre. ¿Tiene alguna duda? ¿Está lista/o para comenzar?

0. DATOS DEMOGRÁFICOS

- Tamaño del hogar (miembros)
- Número de niños viviendo en casa
- Edad de los niños
- Lugar de origen de la cuidadora y de su pareja
- Identificación étnica
- Educación de los miembros de la familia
- Empleos del hogar/fuentes de ingreso:
- Servicios básicos → salud; agua; luz; educación; salud; seguridad ¿Cómo acceden? ¿Problemas? ¿Soluciones?

1. DEFINICIONES DE SALUD

- a. ¿Para usted qué es la salud?
- b. ¿Para usted qué significa estar sano?
- c. ¿Cómo sabe si los miembros de su familia están saludables?
- d. Para usted, ¿qué hace que estén saludables?
- e. ¿Qué metas de salud tiene para usted y sus hijos para el próximo año, para los próximos 10 años?
(Explorar: Altura, peso, otras como crónicas...)

2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

- a. ¿Cómo se relaciona la alimentación con la salud?
- b. Para usted, ¿qué significa la alimentación saludable?
- c. En su opinión, ¿qué tan importante es la alimentación saludable? ¿Por qué?
- d. ¿Cómo sabe que un alimento es saludable?
- e. ¿Cómo sabe que un alimento no es saludable?
- f. ¿Qué alimentos considera que son los más sanos para su familia? ¿Por qué? ¿Los compra? ¿Le gustan a su familia? ¿En qué ocasiones los consume?
- g. ¿Qué alimentos considera que no son sanos para su familia? ¿Por qué? ¿Los compra? ¿Le gustan a su familia? ¿En qué ocasiones los consume?
- h. ¿Cuáles son los alimentos que nunca deben faltar en su casa?
- i. ¿Estos son los mismos que usted consumía de niña/niño? Cuénteme.
- j. ¿Qué alimentos son más fáciles de obtener?
- k. ¿Qué alimentos son más difíciles de obtener?
- l. ¿Ha asistido a clases/talleres sobre nutrición/alimentación saludable? ¿Dónde? ¿Cuál ha sido su experiencia con esos talleres? ¿Le han gustado? ¿Por qué? ¿No le han gustado? ¿Por qué?
- m. Si tiene dudas sobre algún aspecto de alimentación o nutrición, ¿a quién consulta?
- n. ¿Hay alguna comida que sienta que está de moda? ¿Hay alguna comida que le llame la atención probar y no ha probado? ¿Por qué?

3. LACTANCIA MATERNA

Para familias con niños/as pequeños/as

- a. ¿Sigue dando lactancia a su bebé?
- b. ¿Dio lactancia materna? ¿Por qué?

En caso afirmativo:

- c. ¿Por cuánto tiempo?
- d. ¿Ha tenido alguna complicación al dar lactancia?
- e. ¿Le daba otros alimentos además de dar de mamar? ¿Cuándo empezó a dárselos? ¿Me podría dar ejemplos de algunos alimentos?
- f. ¿Cómo decide qué alimentos darle al bebé?
- g. ¿Ha tenido problemas al darle alguno de estos alimentos a su bebé?

En caso negativo:

- h. ¿Qué alimentos le dio para sustituir la lactancia?
- i. ¿Qué alimentos le da/daba al bebé además de darle [fórmula u otro]?
- j. ¿Cómo decide qué alimentos darle a su bebé?
- k. ¿Ha tenido problemas al darle alguno de estos alimentos a su bebé?
- l. ¿Quién se encarga de darle de comer a su bebé?
- m. En su opinión, ¿qué alimentos no son buenos para los niños pequeños? ¿Por qué?
- n. ¿Qué alimentos son buenos para los niños pequeños? ¿Por qué?

4. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

- a. ¿Quiénes son las personas encargadas de preparar los alimentos en la casa?

Preguntar a la persona encargada:

- b. ¿Qué platos cocina usted generalmente?
- c. ¿Cuáles son sus platos favoritos?
- d. ¿Qué sabores son sus favoritos?
- e. ¿Cuáles alimentos son la “debilidad” (antojos) para usted? ¿... para los miembros de su familia (enumerar)? ¿Qué es lo que más le gusta de estos alimentos? ¿En qué ocasiones los consumen?
- f. ¿Dónde prepara los alimentos (tipo de estufa, combustible que utiliza)?
- g. ¿Dónde los guarda?
- h. ¿Cómo decide qué comida preparar en el día?
- i. ¿Qué comen sus hijos cuando van a estudiar? ¿Les manda lonchera? ¿Les da dinero para ir a la tienda?
- j. ¿Qué comen los miembros de su familia que salen a trabajar? ¿Les manda lonchera? ¿Van a algún comedor?

- k. ¿Disfruta cocinar?
- l. ¿Cómo aprendió a cocinar?
- m. ¿Consulta a alguna persona sobre recetas o consejos para cocinar?
- n. ¿Consulta algún sitio de internet u otro sobre recetas o consejos para cocinar (televisión, prensa, revistas)?

5. HÁBITOS DE HIGIENE

- a. ¿Qué cuidados de higiene considera usted que se deben tener al momento de preparar alimentos/consumir alimentos?

Anotar si (no preguntar explícitamente, si la gente lo menciona, anotar lo, si no, dejarlo así):

- Purificación de agua
- Lavado de manos
- Lavado de alimentos
- Etc.

6. ESTRATEGIAS DE INVERSIÓN EN ALIMENTOS

- a. ¿Cómo escoge los alimentos que va a comprar? (Explorar elementos que toma en consideración: precio, nutrientes que brinda, sabor, facilidad de prepararlo...)
- b. ¿Qué personas son las que se encargan de comprar los alimentos para la casa?
- c. ¿Quién(es) va(n) a comprar los alimentos?
- d. ¿A dónde va(n) a comprar sus alimentos?

Mercado	Supermercado	Abarrotería	Tienda	Otro
---------	--------------	-------------	--------	------

Sobre cada lugar donde compran alimentos:

- e. ¿Dónde queda?
- f. ¿Cómo llega(n) a este lugar?
- g. ¿Por qué va(n) a ese lugar?
- h. ¿Qué le gusta de ese lugar? (Explorar: distancia, precios, seguridad)
- i. ¿Qué no le gusta de ese lugar? (Explorar: distancia, precios, seguridad)
- j. ¿Qué días/cuándo va a comprar alimentos?
- k. ¿En qué horarios/momento suele ir a comprar alimentos?

Si la persona menciona que compra alimentos considerados como «comida chatarra» y ha mencionado otros alimentos más saludables:

- l. ¿Por qué prefiere comprar [comida chatarra] en vez de otras opciones más sanas como por ejemplo [comida ‘saludable’]? Explorar:

Sabor	Precio	Menos consumo de combustible	Facilidad de cocinar	Rapidez	Llena más
-------	--------	------------------------------	----------------------	---------	-----------

m. ¿Qué persona/s toman las decisiones sobre cuánto gastar en comida?

n. ¿Quién provee el dinero para los alimentos de la familia?

o. ¿Tienen un presupuesto fijo para los alimentos?

p. ¿Alguien le regala algo, le traen de otra parte (comida)?

7. DINÁMICAS DE LOS TIEMPOS DE COMIDA

a. ¿Comen juntos algún tiempo de comida? ¿Por qué sí/no? ¿Dónde comen?

b. ¿Quiénes comen en la casa?

c. ¿Quiénes comen fuera de la casa?

d. ¿Qué pasa si una persona de la familia trabaja en turno de noche? ¿Cambia los tiempos de comida?

8. POTENCIALES FACTORES INTERVINIENTES

Explorar sobre relaciones importantes dentro de la familia:

a. ¿Hay personas que opinen sobre sus decisiones de qué comer/qué hacer de comida/qué comprar?

b. *[Aquí hacer un preámbulo, explicar “varias personas mencionan que tienen el deseo de comer más saludable pero que les cuesta...”]* Según su opinión, ¿por qué es difícil comer sano? Explorar:

- Limitantes económicas
- Limitantes de tiempo
- Cuando la persona encargada de preparar los alimentos también trabaja
- Facilidad de acceder a comida chatarra
- Personas muy quisquillosas
- Hábitos de alimentación que se quieren cambiar ¿Hay algún hábito alimenticio o práctica alimenticia en su casa que le gustaría cambiar (suyo o de algún miembro de su familia)? ¿Por qué?

c. ¿Hay actividades/ocasiones en las que considere que es más difícil comer saludable?

Explorar los siguientes escenarios:

- Cuando se está fuera de casa (por mandados, trabajo, estudio...)

- Eventos especiales (reuniones familiares, reuniones de la iglesia, cumpleaños, posadas, bodas...)
- Fines de semana vs. entre semana

9. HITOS TRANSFORMADORES

- a. ¿Han tenido alguna experiencia que los haya hecho dejar de consumir un alimento o cambiar su dieta?
- b. ¿Hay alguna persona en su familia que tenga restricciones alimenticias (alergias, restricciones por enfermedades asociadas a la alimentación -hipertensión, colesterol alto, etc.)? ¿Cómo impactó esto en la alimentación de la familia?

10. ACTIVIDAD FÍSICA

- a. ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?
- b. ¿Qué actividades hace para divertirse?
- c. ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Por qué?

En caso afirmativo:

- d. ¿En dónde? ¿Cómo llega a ese lugar? ¿Cómo es? ¿Con quiénes va? ¿Cada cuánto?

En caso negativo:

- e. ¿Por qué es difícil hacer ejercicio? Explorar si el entorno social lo impide.

Otros temas que se podrían explorar si salen a colación:

¿Le han recomendado comidas? ¿Qué ha escuchado sobre los alimentos fortificados?

