

PRÁCTICAS Y REPRESENTACIONES ALIMENTARIAS EN MADRES CON PROBLEMÁTICAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD

GIRO, Agustina; NÍZZOLA, Natalia Alejandra; SEGURA, María Eugenia; ZUNINO, María José; MANCINELLI, Gloria.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Considerando el rol y la influencia de los padres y madres en la transmisión de hábitos y pautas alimentarias a las nuevas generaciones, esta tesina ofrece los resultados de una investigación que indagó, a través de un estudio cualitativo, en las prácticas y representaciones asociadas con el sobrepeso y obesidad que tiene un grupo de madres que participan de un programa de Reeducación Alimentaria.

En primer lugar, se procuró analizar de qué manera estas prácticas y representaciones condicionan la transferencia y conformación de hábitos alimentarios a las nuevas generaciones. En segundo lugar, considerando el ambiente obesogénico en el que estamos inmersos, se buscó comprender de qué modo este contexto limita y condiciona la búsqueda de respuestas para atender problemáticas de sobrepeso y obesidad.

En términos teóricos y metodológicos, la investigación se orientó a recuperar las herramientas que ofrece el campo de la Antropología Alimentaria. De esta

forma partimos de considerar la alimentación como un fenómeno complejo, condicionado por factores económicos, políticos, sociales, culturales y biológicos, que orientan prácticas y representaciones, que procuraron ser recuperadas mediante entrevistas abiertas, el trabajo de campo, y la observación participante.

PALABRAS CLAVES: Sobrepeso y obesidad; prácticas y representaciones alimentarias; ambiente obesogénico; Antropología Alimentaria.

ABSTRACT

Considering parents' role and their influence on the passing-on of food habits and guidelines to the new generations, this thesis provides the results of a qualitative study that enquired into the practices and representations associated with a group of mothers with overweight and obesity that participates in a program of Food Re-education.

In the first place, an analysis was conducted on how these practices and representations influence the passing-on and the creation of eating habits to the new generations. In the second place, considering the obesogenic environment which we live in, the goal was to understand how this context limits and determines the search for answers in order to deal with the problem of overweight and obesity.

In theoretical and methodological terms, the research was aimed at recovering the tools offered by the field of Food Anthropology. In this way we consider food as a complex phenomenon, influenced by economic, political, social, cultural

and biological factors that guide practices and representations, which were recovered through open interviews, field work and participant observation.

KEY WORDS: Overweight and obesity; food practices and representations; obesogenic environment; Food Anthropology.

I. INTRODUCCIÓN

La obesidad es definida como una enfermedad crónica de origen multifactorial, caracterizada por un aumento anormal del tejido graso, secundario a un aumento de la energía absorbida con respecto a la gastada, que conlleva riesgo para la salud (1). Se relaciona con el incremento de la morbilidad y mortalidad, con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares, con el aumento de muertes prematuras y pérdida de años de vida saludable (2). De esta forma, es considerada una patología compleja y multifactorial, resultado de la interacción entre factores genéticos, conductuales y ambientales que pueden influir en la respuesta individual a la dieta y la actividad física (3).

El contexto en el que estamos inmersos juega un papel primordial en el desarrollo de dicha enfermedad. En la actualidad, este ambiente está determinado por la suma de influencias que, en sus alrededores, y desde las oportunidades, o las condiciones de vida promueven la obesidad en individuos o poblaciones. No se trata solo de comer poco o ejercitar más sino de entender que el sistema alimentario está fallando en proveer alimentación sana, segura y sustentable para el ambiente y la sociedad (4).

La obesidad afecta a casi todos los aspectos de la vida de las personas, no sólo a su salud sino también a su autoestima y bienestar social. Afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres, especialmente a partir de los 50 años. Del mismo modo, la obesidad infantil también ha ido en aumento en estos últimos años (1).

Debido a las modificaciones del estilo de vida, al avance de la tecnología y paralelamente al menor desgaste físico, el futuro no es próspero: la obesidad seguirá aumentando con el correr de las décadas (1).

Diferentes investigaciones en conducta alimentaria han encontrado que el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta con la alimentación (5).

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas de la comunidad (6).

En esta tesina consideramos necesario entender la obesidad analizando no solo el aspecto nutricional sino también sociocultural, comprendiendo el **hecho alimentario como un hecho social complejo y multidimensional** (7).

Una de estas dimensiones se refleja en el ámbito familiar, en el cual los padres tienen una gran influencia en la alimentación de sus hijos, utilizando un modelo autoritario o permisivo para la elección de alimentos basados en su disponibilidad, tradiciones familiares, interacción con los niños durante la comida y acceso a los medios de comunicación (6).

Considerando el rol y la influencia de los padres y de las madres en la transmisión de hábitos y pautas alimentarias a las nuevas generaciones (5), esta tesis indaga a través de un estudio cualitativo basado en la entrevista antropológica y la observación participante, en madres que conviven con problemáticas de sobrepeso y obesidad. Desde esta perspectiva teórica y metodológica se procura analizar de qué manera las prácticas y las

representaciones alimentarias de estas madres se ven condicionadas o condicionan la transferencia y conformación de hábitos alimentarios a sus hijos, considerando el ambiente obesogénico en el que estamos inmersos.

Nos resulta relevante avanzar con estudios que indaguen sobre la problemática de transmisión de hábitos y prácticas alimentarias de padres y madres que conviven con problemáticas de obesidad, asumiendo que la información y el conocimiento elaborado puede orientar en la producción de estrategias para prevenir y atender posibles consecuencias asociadas a dicha patología.

Para la elaboración de la tesina se acudió al trabajo de campo como herramienta metodológica para ahondar sobre los aspectos socioculturales, entendiendo la alimentación y el acto de comer ligado a la cultura y la forma de vida de cada grupo sociocultural. Los seres humanos constituyen la única especie capaz de organizar sus ingestas alimentarias mediante comidas socializadas y estructuradas. Por medio de la transmisión de la cultura se van adquiriendo distintos saberes y habilidades, que permiten distinguir preferencias y aversiones, generando de esta manera, una cocina peculiar propia de cada cultura con reglas de qué y cómo comer (8), condicionando así el tratamiento. Por esto, resulta necesario llevar a cabo un abordaje y manejo terapéutico de estos factores para lograr diversificar el tratamiento y posiblemente, mejorar su efectividad.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando de manera exponencial en todo el mundo y en todos los grupos de edades (9).

En América Latina, se ha observado que esta tendencia se ha convertido en uno de los principales problemas para la Salud Pública (5).

Según la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, llevadas a cabo en nuestro país en el año 2013, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Argentina es del 57,9% (1).

La obesidad es una enfermedad crónica, que puede controlarse pero no curarse (1). En su etiología participan varios factores, no siendo la sobrealimentación el único factor, ni estando siempre presente. El compartimento alterado es el graso y no otro, como puede suceder en personas con alto desarrollo muscular o alta retención de líquidos. Implica riesgo para la salud, siendo éste uno de los conceptos de mayor importancia (1).

Siguiendo a Valenzuela (1996), la obesidad es comprendida como una enfermedad crónica de origen multifactorial, caracterizada por un aumento anormal del tejido graso, secundario a un aumento de la energía absorbida con respecto a la gastada, que conlleva riesgo para la salud (1).

La etiopatogenia factores genéticos, medioambientales y estilo de vida es importante y heterogénea (10).

Cabe mencionarse que, entre los factores medioambientales, existe según Kovalskys (4) un “ambiente determinado por la suma de influencias que, en sus alrededores, y desde las oportunidades, o las condiciones de vida promueven la obesidad en individuos o poblaciones”. La obesidad no se trata solo de comer poco o ejercitar más sino de entender que el sistema alimentario está fallando en proveer alimentación sana, segura y sustentable para el ambiente y la sociedad (4).

Siguiendo a Kovalskys, existen cuatro factores vinculados al ambiente obesogénico (4):

- **Físico:** Relacionados con el hogar y la escuela, donde influyen la disponibilidad de los alimentos, la accesibilidad y el costo de los mismos, como así también un ambiente para realizar actividad física.
- **Económico:** Costos de alimentos, calidad de la alimentación escolar y familiar y disponibilidad de recursos.
- **Político:** Intervención a través de programas de regulación de la información alimentaria
- **Sociocultural:** Creencias o actitudes que influyen en la ingesta y/o consumo de los alimentos.

Este ambiente definido como “Obesogénico”, según el Ministerio de Salud (11) presenta las siguientes características:

→ **A nivel familiar:** estilos de alimentación del niño muy permisivos o controladores; estilos de alimentación no saludables, con alto consumo de

bebidas edulcoradas y alimentos con alto contenido de grasas, y bajo consumo de frutas y verduras; estilo de vida sedentaria con excesivo tiempo ante la TV y la PC a expensas de actividades deportivas, etc.

→ **A nivel comunitario:** alimentación escolar inapropiada en los comedores escolares o en los kioscos escolares; falta de actividad física suficiente; ausencia de educación alimentaria en las escuelas, abundante disponibilidad de alimentos para comer al paso; falta de facilidades para desarrollar actividades deportivas.

→ **A nivel gubernamental:** deficiente regulación de la publicidad de alimentos, particularmente la dirigida a niños; deficiente regulación de la producción y oferta de alimentos procesados, entre otros.

Por su parte, Gracia-Arnaiz, señala que la preocupación por los hábitos alimentarios no se manifiesta sólo con relación a la salud o la enfermedad. Algunas personas consideran que el riesgo de aumentar de peso está determinado por el hecho de no tener un cuerpo aceptable socialmente (12).

Teniendo en cuenta los distintos significados que se le atribuyen a la obesidad y considerando las causas y consecuencias de la misma en la salud de las personas, no se puede afirmar que las conductas individuales de las personas con relación a las prácticas alimentarias, sea el único motivo de contraer la enfermedad ya que factores ambientales o del entorno, como las largas jornadas laborales, el sedentarismo, la falta de tiempo para organizar las comidas, la pérdida generacional de prácticas y saberes culinarios, y la promoción del consumo compulsivo, influyen en el desarrollo de la patología en estudio.

Se entiende como conductas de riesgo (malas) a aquellas prácticas alimentarias que pueden y deben ser evitadas para no producir un daño físico y/o psíquico (12).

Sin embargo, Gracia-Arnáiz señala que las estrategias llevadas a cabo para lograr estilos de vida saludables siguen poniendo el foco en modificar las conductas individuales centradas en alcanzar un peso normal, mejorar los “conocimientos nutricionales” o aumentar la actividad física, lo que resultaría ineficiente si no se tiene en cuenta procesos simbólicos, sociales, culturales, económicos y políticos que condicionan el comportamiento alimentario (12), y estimulan la conformación de ambientes obesogénicos.

Así, los planes alimentarios que se ofrecen por parte de los profesionales de la salud, las más de las veces no tienen en cuenta la accesibilidad y la realidad de cada individuo, lo que condiciona la efectividad de los tratamientos.

De esta forma, comprendemos que el tratamiento debe sostener un abordaje integral que involucre, los factores estructurales que predisponen al desarrollo de la patología.

Se debe tener en cuenta que el hecho alimentario es complejo ya que integra determinados elementos de carácter biológico, es decir las necesidades y capacidades del organismo de quien se enfrenta al acto de comer junto a características de los alimentos que se transformarán en su comida, de carácter ecológico-demográfico relacionado con la calidad y cantidad de los alimentos. De carácter tecnológico-económico, asociado a la distribución y producción de los alimentos que llegan al comensal. Por otro lado, un elemento de carácter social, relacionado a las normas de distribución de los alimentos

que dan cuenta de los sistemas de estratificación social y de la distribución diferencial entre edades y géneros. Y, por último, de carácter simbólico, que refleja la significación que se le atribuye al acto de comer como así también a la elección de los alimentos, la manera “correcta” de combinar los mismos, las preferencias diarias de consumo, los alimentos evitados en las comidas a causa de prohibiciones explícitas o implícitas, lo que refleja que la cocina proporciona un sentido de pertenencia e identidad a las personas (7).

En el último siglo, las extensas jornadas laborales y los tiempos que implica el traslado de un lugar a otro en las ciudades también impactan sustancialmente en la alimentación, lo que conlleva a que ésta se amolde a los ritmos de trabajo actuales, generando como consecuencia una disminución del número de comidas realizadas en el hogar. Esto hace que los miembros de la familia se vean afectados, debido a la creciente incorporación femenina en el trabajo fuera del hogar, la baja incorporación masculina en el trabajo doméstico diario, y el aumento de las comidas institucionales de los niños y niñas (comedor escolar o comunitario, kioscos escolares, buffets en los clubes) (13).

Sumado a que la cantidad de comidas realizadas en el hogar es menor, las mismas han experimentado otras alteraciones: ya no se dedica tanto tiempo a las preparaciones caseras sino que es un acto de mayor simplicidad (13).

Cada vez, se le brinda menor importancia al acto de comer, no identificándose como un lugar de encuentro y unión familiar (13).

Por su parte, Raj Patel, economista, académico y periodista inglés, estudioso de la crisis alimentaria mundial, asegura que la comodidad de hoy en día mantiene a los individuos anestesiados como consumidores. No son las

personas como seres individuales quienes a la hora de elegir deciden sobre qué comprar a pesar de la excesiva disponibilidad de alimentos presentes, sin importar la estación del año, ni lugar de residencia sino que las mismas están sometidas al dominio de las empresas de alimentación (14).

La industria alimentaria ofrece cada año muchísima oferta de nuevos productos en el mercado, los cuales con el tiempo se transforman en indispensables para las personas, generando en el consumidor la idea de no poder vivir sin ellos repercutiendo de generación en generación. Esto es una alerta para ver cuán condicionada está la imaginación gastronómica de los individuos, como así también la inseguridad que presentan los mismos de cómo, de dónde y por qué diferentes alimentos llegan a la mesa (14).

Siguiendo a Claude Fischler, la alimentación familiar sufre de forma directa las consecuencias de este nuevo y creciente ambiente laboral, generándose una alimentación individualizada, la cual permite visualizar un consumidor solitario, producto de dicha alimentación moderna (15).

Este nuevo comedor-consumidor ya casi no diferencia lo comestible de lo no comestible, por lo tanto al seleccionar incorrectamente los alimentos, se genera cada vez más duda sobre su propia identidad (15).

Según el autor, se ha pasado de la gastro-nomía –comprendida como el sistema de normas que regulan las prácticas alimentarias– a la gastro-anomía, ocasionando libertad y ansiedad a la hora de elegir los alimentos llevando a desarrollar conductas alimentarias erróneas como consecuencia de efectos

producidos por la publicidad, medios de comunicación como así también advertencias médicas (15).

Todo lo anterior, se asocia con una monotonía alimentaria cada vez mayor, perdiéndose así el saber-hacer culinario (15).

El antropólogo estadounidense Marvin Harris sostiene que numerosos aspectos dentro de la cultura –entendiéndose como el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta)– de una misma sociedad suelen ser similares de generación en generación. De allí se desprende el término de endoculturación, que consiste en una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente por medio de la cual la generación más antigua incita, induce y obliga a sus descendientes a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales (16).

Desde la antropología alimentaria, diversos autores plantean que en los actuales patrones de alimentación en medios urbanos, la alimentación informal se ha ido posicionando sobre la alimentación estructurada. Se entiende por alimentación informal al consumo de alimentos que se realiza al margen de las comidas estructuradas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) sin una "gramática" que los ordene, y en los que los adultos permiten a niños/as un amplio rango de elección (13).

Claude Fischler considera que los seres humanos constituyen la única especie capaz de organizar sus ingestas alimentarias mediante comidas socializadas y estructuradas. Por medio de la transmisión de la cultura y generación tras

generación, se van adquiriendo distintos saberes y habilidades, que permiten distinguir preferencias y aversiones fundamentadas en la experiencia de sus antepasados, generándose de esta manera, una cocina peculiar propia de cada cultura con reglas de qué y cómo comer (8).

Sumado a esto, se ha difundido un gran número de restaurantes y locales de comida rápida, que utilizando grandes estrategias de marketing atraen de forma masiva a la población (tanto padres como hijos), afectando sus elecciones alimentarias (17).

El abordaje y manejo terapéutico de estos factores permitiría diversificar el tratamiento y posiblemente, mejorar su efectividad.

En el campo de la psicología se han hallado otros factores que influyen también en la obesidad como la adicción a la comida, la depresión, el estrés y la ansiedad, entre otros. Estas patologías han crecido exponencialmente en las últimas décadas, y en éstas se destaca el apetito como el principal problema, surgiendo pautas de comportamientos asociadas a la ingesta a pesar de no necesitar un aporte calórico (18).

El estudio del consumo de alimentos a través de encuestas ha mostrado una alta variabilidad y un importante subregistro de la ingesta, especialmente en dietas ricas en grasas. Estas limitaciones inherentes a la cuantificación de la ingesta alimentaria, y la inconsistencia de los resultados en obesos, han generado interés creciente por la evaluación de la conducta alimentaria, siendo ésta el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la

imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, simbolismos afectivos y tradiciones culturales (5). Siguiendo a Contreras Hernández y Arnaiz, la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano. Así, la **cultura alimentaria** es el *conjunto de representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura*. Al compartir una cultura, tendemos a actuar de forma similar, a gobernarnos por orientaciones, preferencias y sanciones autorizadas por ésta (8).

Diferentes investigaciones en conducta alimentaria han encontrado que el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta con la alimentación (5).

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas de la comunidad (6).

En cuanto a las distintas etapas del ciclo vital se ha demostrado la complejidad y variedad de las relaciones que pueden establecerse entre los procesos de desarrollo físico y de la edad social. Siguiendo a Bordieu los límites de las edades remiten a procesos de clasificación a través de los cuales en cada grupo social se forman las divisiones del mundo social, a través de la generación o no de grupos, tales como la infancia, la adolescencia o la adultez (19).

Así, la niñez como grupo no comienza a existir como tal, para sus integrantes y para los demás, hasta que no es distinguida y recortada a través del conocimiento y reconocimiento de ciertas características que, al ser leídas como propias de una clase particular de personas, las transforma en una categoría social. Al respecto, el antropólogo Meyer Fortes, señala que las relaciones que el individuo establece dentro de su grupo doméstico y de la sociedad como un todo son las que delimitan y expresan los cambios dentro del ciclo de vida y no las fases de maduración biológica. Por lo tanto, a partir de esto, se piensa que la escolarización podría influir en las formas de recortar y definir etapas de la vida en distintas poblaciones, pasando por lo tanto, la institución escolar a actuar como parámetro de la extensión de las etapas de infancia, de la adolescencia, y de la edad adulta además de lo que se considera propio o impropio de ellas (19).

En el siguiente trabajo se considerará la niñez según el criterio estipulado por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Organización Panamericana de Salud y UNICEF que definen la primera infancia como el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los 8 años de edad (20).

Los padres tienen una gran influencia en el contexto alimentario utilizando un modelo autoritario o permisivo para la elección de alimentos de los niños basados en la disponibilidad de los mismos, tradiciones familiares, interacción con los niños durante la comida y acceso a los medios de comunicación (6). Teniendo este último una fuerte influencia a través de la publicidad sobre las preferencias, las solicitudes de compra y sobre la ingesta alimentaria de los niños y adolescentes (5).

La exposición repetida de los mismos a estos modelos familiares genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos a eventos específicos (fiesta, castigos, estaciones del año, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre el comportamiento alimentario (5). Como consecuencia, los niños y adolescentes adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que les resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro. Sin embargo, siguiendo a la antropóloga Laura Raquel Piaggio, existen atributos como el gusto de las/os niñas/os, la practicidad y el costo de los alimentos y/o bebidas que determinan el consumo habitual de los mismos (13).

Piaggio y Solans (21) sostienen que otro de los factores que influyen en las elecciones alimentarias de los niños es la publicidad televisiva y los mensajes transmitidos en el envoltorio de alimentos y/o bebidas (tipografía, dibujos animados, personajes infantiles, referentes en el mundo del deporte y la televisión, colores, formas, sabores, presencia de juegos). Este último medio incide en las primeras decisiones de compra de alimentos y/o bebidas por parte de niños/as, lo cual involucra cifras mayores al 80% del presupuesto familiar. Estas prácticas de alimentación en las que se está socializando a los/as niños/as a través de los mensajes publicitarios en la compra de alimentos, según las autoras, tienen una fuerte consecuencia en la adultez con conductas que conllevan a la obesidad (comer por distracción, comer sin atención, picotear). Las estrategias de marketing se basan en utilizar términos “seudocientíficos” (por ejemplo nutrileche, provitalis) con el fin de captar la preferencia del adulto a la hora de la compra, convencido de adquirir un producto de alta calidad (21).

En nuestro país, la magnitud del efecto de la conducta alimentaria sobre la transmisión de los hábitos hacia sus hijos ha sido escasamente estudiada. Es por eso que, tanto padres como madres, deben ser incluidos en futuros estudios sobre las prácticas de alimentación constituyendo un factor modificable para la prevención de la obesidad.

III. MARCO METODOLÓGICO

La experiencia de campo y el trabajo analítico deben cambiar profundamente los marcos de percepción, interpretación y comprensión del propio investigador, quien “no va al campo para confirmar lo que creía saber, sino para construir nuevas miradas sobre realidades ajenas o familiares”. El análisis debe conducir a la construcción de nuevas relaciones conceptuales (no previstas).

Achilli

- 1. Diseño de la investigación:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo de diseño descriptivo, transversal y observacional sobre los hábitos alimentarios de familias con problemáticas de sobrepeso y obesidad, en relación a la transmisión de hábitos en la infancia.
 - 2. Población y muestra:** Mujeres con sobrepeso y obesidad que asisten al “Grupo de Reeducción Alimentaria” del sistema prepago o que presenten algún familiar directo residente en su mismo hogar que participe del mismo, durante el año 2017. (N=7).
- **Período:** agosto - diciembre 2017.
 - **Muestra:** El tipo de muestreo que se realizó fue no aleatorio por conveniencia. Corresponde a madres con sobrepeso u obesidad que conviven en un entorno obesogénico.

- **Criterios de inclusión:** Madres con sobrepeso u obesidad que concurren al “Grupo de Reeducción Alimentaria” ó que presenten algún familiar directo residente en su mismo hogar que participe del mismo.
 - **Criterios témporo-espaciales:** Mujeres con sobrepeso u obesidad que concurren al “Grupo de Reeducción Alimentaria” o que presenten algún familiar directo residente en su mismo hogar que participe del mismo entre los meses de agosto y diciembre del año 2017.
 - **Criterios de exclusión:** Mujeres con sobrepeso u obesidad que asisten al “Grupo de Reeducción Alimentaria” pero no son madres, y hombres.
 - **Criterios de eliminación:** Mujeres con sobrepeso u obesidad que deciden abandonar el “Grupo de Reeducción Alimentaria”
- 3. Aspectos éticos:** Previo a las entrevistas no dirigidas se informó y garantizó verbalmente a las participantes acerca de la confidencialidad de los datos personales, exigida por ley.
- 4. Técnicas empleadas:** Observación participativa y entrevista no dirigida.

Destacamos la importancia del trabajo de campo, ya que el mismo constituye una conjunción entre un ámbito físico, los actores y las actividades, permitiéndonos obtener la información que necesitamos analizar para llevar a cabo nuestra investigación. Lo real se compone de fenómenos observables y de la significación que los actores le asignan a su entorno, en él se integran prácticas, conductas y

representaciones. Abarca lo que la gente hace, dice que hace y lo que se supone que debe hacer (22).

La observación participante consiste en una técnica no directiva, en observar sistemática y controladamente todo lo que sucede en torno del investigador y en participar tomando parte en actividades que realizan los miembros de la población o una parte de ella. La participación hace referencia a la experiencia vivida por el investigador dentro de la población, a su capacidad para desempeñarse como uno más dentro del grupo en estudio (23).

Una característica importante que se debe destacar de esta técnica es su flexibilidad, la cual le permite al investigador no tener que plantear de antemano qué tipo de actividades es necesario observar y registrar. Su objetivo será detectar los contextos y situaciones en los cuales se generan y se expresan aspectos sociales y culturales. Así, la presencia frente a los hechos de la vida cotidiana de la población en estudio garantiza la confiabilidad de los datos recogidos (23).

Si bien cierta información puede obtenerse a través de la observación: los sistemas de representaciones, nociones, ideas, creencias, valores, normas, criterios de adscripción y clasificación, entre otros, la entrevista es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores (24).

Siguiendo a Guber, la entrevista es entendida como una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones, es además una instancia de observación (24).

En el trabajo de campo antropológico, la entrevista se desarrolla como parte indisoluble del conjunto de actividades que tienen lugar en la observación participante. Es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree (Spradley, 1979:9), una situación en la cual el investigador (entrevistador) obtiene información sobre algo interrogando a otra persona que es el entrevistado o informante. Esta información suele referirse a la biografía, al sentido de los hechos, a los sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o estándares de acción, y a los valores o conductas ideales (23). Si bien existen distintos tipos de entrevistas, la variante que se utilizó en el presente trabajo es definida como “entrevista antropológica o etnográfica” también denominada “entrevista informal” o “no directiva” (24).

Desde una perspectiva constructivista, la entrevista —entendida como una relación social— provee datos que permiten recuperar el modo en que los actores vivencian, producen y reproducen sentidos y representaciones, en este caso respecto de lo alimentario (24).

Siguiendo a Rosana Guber, el objetivo de la observación participante ha sido tradicionalmente detectar los contextos y situaciones en los cuales se expresan y generan los universos culturales y sociales, en su compleja articulación y variabilidad (23).

Teniendo en cuenta lo anteriormente nombrado, se procedió a la búsqueda de información sobre los actores, para poder así comprender su cultura y sus significados. La cultura, definida por Edward Burnett Taylor (fundador de la antropología académica), en su sentido etnográfico, es ese todo

complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que miembro de la sociedad (16).

En un primer momento, una de las integrantes del trabajo final, la cual a su vez forma parte del “Grupo de Reeducción Alimentaria”, se contactó con el resto de los participantes y las profesionales (psicóloga y nutricionista) del mismo. De esta forma, se pudo acceder a los encuentros grupales y allí observar cómo se desarrollaban las sesiones del grupo. En un segundo momento, luego de haber seleccionado la muestra, las madres accedieron a recibirnos en sus hogares y a colaborar con la entrevista no dirigida, de elaboración propia. Se utilizó como estado de sobrepeso u obesidad el hecho de ser parte del “Grupo de Reeducción Alimentaria” que, a su vez, utiliza el Índice de Masa Corporal como parámetro teniendo en cuenta los puntos de corte de la OMS (9):

- **Sobrepeso:** IMC igual o superior a 25 Kg/m²
- **Obesidad:** IMC igual o superior a 30 Kg/m²

Se realizaron 7 entrevistas no dirigidas a madres que conviven en entornos obesogénicos, seis de ellas pertenecientes al “Grupo de Reeducción Alimentaria” y la séptima presentaba un vínculo familiar directo con uno de los miembros del grupo. Además, se llevó a cabo una entrevista a una de las profesionales (psicóloga) para obtener el punto de vista de los actores, las cuales fueron registradas mediante un grabador de audio. Los datos fueron recogidos en los hogares de las entrevistadas y en el consultorio de la psicóloga.

De esta manera buscamos conocer sobre los hábitos alimentarios no sólo de las madres entrevistadas sino del grupo familiar ya que diferentes estudios de investigación sobre la conducta alimentaria infantil revelan que el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con los alimentos (5). En los seres humanos, el modo de alimentarse, preferencias y rechazos, está condicionado por el aprendizaje en los primeros años de vida (25).

Es por eso que buscamos comprender las prácticas y representaciones sociales que orientan las elecciones de nuestra población objetivo. Considerando esta perspectiva la estructura de la entrevista se orientó a recuperar información sobre las preferencias y aversiones de alimentos de dichos actores, los sentimientos que les provoca el padecimiento de la patología en estudio, cómo conceptualizan la obesidad, el uso que le atribuyen a los alimentos (premio/castigo) y el grado de dificultad de transmisión de lo aprendido en el grupo a sus familias.

IV. RESULTADOS

El trabajo de campo se realizó en el “Grupo de Reeducción Alimentaria”, un espacio diseñado para ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen sobrepeso u obesidad, brinda a sus asistentes un esquema global para el descenso de peso que cuida la salud y ayuda a lograr el mantenimiento una vez conseguido el descenso y los cambios buscados.

El programa está orientado a pacientes mayores de 21 años y tiene como objetivo lograr un descenso de peso adecuado y saludable, no como cuestión estética sino como prevención de enfermedades asociadas a la obesidad. El desarrollo del mismo está a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por médicos clínicos especializados en nutrición y licenciados en nutrición y en psicología.

Los pacientes inscriptos en el programa, además de su seguimiento personalizado, tienen la posibilidad de asistir a charlas informativas dictadas por profesionales destacados en relación a sus necesidades y cuentan con una línea de atención telefónica para cualquier duda o inquietud que se les presente.

El grupo está conformado por aproximadamente entre 15 y 20 personas, considerando hombres y mujeres.

Los encuentros se realizan los días lunes por la noche y martes por la mañana, siendo dirigidos por una Doctora en Nutrición y una Licenciada en Psicología, quienes se distribuyen de forma alterna la organización de cada reunión.

En el mes de noviembre del año 2017 concurrimos a dos encuentros, uno a cargo de la Doctora en Nutrición y otro realizado por la Lic. en Psicología. Estos encuentros fueron fundamentales para conocer la dinámica en la cual se desarrollan las reuniones y observar cómo los actores se relacionan entre sí y con la patología en cuestión.

El primer encuentro se llevó a cabo en la casa de la psicóloga, la cual cuenta con 3 pisos. La actividad se desarrolló en el garaje de la misma, en el cual había sillas dispuestas en forma de círculo al momento de la actividad grupal, en cuyo centro se encontraba una balanza electrónica.

En cada encuentro los participantes deben pesarse, siendo la profesional a cargo quien registra el valor comparándolo con el peso anteriormente registrado. Al finalizar el pesaje, los integrantes del grupo toman asiento para dar comienzo a la actividad. En dicho encuentro la licenciada comenzó con una pregunta disparadora haciendo referencia a quienes habían aumentado de peso. Cabe destacar la bidireccionalidad que caracteriza estas reuniones, considerando un ida y vuelta entre los participantes del grupo y la profesional. El espacio nos pareció agradable, cómodo, amplio, ideal para llevar a cabo dicha actividad, ya que no contaba con distracciones que interfirieran en la misma. La distribución de las sillas en forma de círculo nos resultó una gran idea ya que creaba un ambiente amigable y confiable, el cual permitía que todos los participantes se vean entre sí. Tomamos asiento intercalándonos entre ellos.

Es de destacar el compañerismo y la contención que se brindaban unos a otros no sólo en el momento del pesaje, sino en el día a día a través de un grupo que comparten vía WhatsApp. En un momento de la charla, la psicóloga propuso

hablar sobre el fundamento del descenso de peso durante la estadía de cada uno en el grupo. Hubo diversidad de opiniones, pero a su vez, también mostraron un punto en común que hacía referencia a la imagen corporal. Fue enriquecedor visualizar cómo se apoyaban entre ellos con un simple abrazo, una caricia en la mano cuando alguno se conmovía, y cómo se escuchaban y alentaban constantemente.

Observamos cómo muchos de los participantes se emocionaron al hablar de su familia y de las consecuencias que acarrea el hecho de tener un peso elevado, como así también el respeto que demostraron en el momento de compartir dichos sentimientos, escuchándose sin interrumpir.

Nos resultó muy interesante relevar cómo distintas personas se ven frente al sobrepeso y la obesidad, y sus diferentes puntos de vista.

Al finalizar la ronda, tomó la palabra la profesional dando por finalizado el encuentro, explicando la actividad de la próxima semana que consistiría en que cada uno realice un dibujo de cómo se ven físicamente. Esto hizo que la gran mayoría de los miembros del grupo se muestren ansiosos e inquietos.

Es menester mencionar que la actitud de la psicóloga frente al grupo es de gran ayuda. Evidenciamos la confianza que existe entre los participantes y la profesional, lo que contribuye a que los mismos se animen a exponer sus sentimientos de manera natural frente a ella y a sus propios compañeros.

El segundo encuentro se llevó a cabo en el departamento de la nutricionista. La actividad grupal se desarrolló en el living, el cual contaba con sillas y sillones dispuestos en ronda. Al ser un ambiente pequeño lo volvía más acogedor.

A medida que los integrantes iban llegando nos saludaban muy amablemente, muchos de ellos nos habían conocido en el primer encuentro con la psicóloga. La dinámica del encuentro coincide con la llevada a cabo en la casa de la misma, es decir, los participantes a medida que llegan deben pesarse, la profesional a cargo toma nota del pesaje y realiza un comentario comparando el peso actual con el anterior, la diferencia es que en este caso dicho pesaje y su correspondiente devolución se realizan de forma individual en un cuarto separado del resto.

Observamos preocupación en los miembros que habían aumentado de peso, los mismos señalaban que estaban haciendo todo lo que debían hacer y lo que les habían sugerido las profesionales tratantes, pero no bajaban de peso. Frente a esto cabe remarcar, nuevamente, el clima de compañerismo y apoyo del resto de los participantes.

Tuvimos la oportunidad de presenciar la llegada de una nueva integrante, quien se presentó y realizó una breve descripción de su historia de vida. Al hacer referencia a su enfermedad, mostró cierto enfado con respecto a la obesidad y a su peso actual, pero a su vez se encontraba motivada por haber tomado la decisión de ingresar al grupo. Sus nuevos compañeros escucharon con atención el relato y le preguntaron acerca del motivo de su ingreso al grupo y del enojo mostrado con respecto a la obesidad. La misma refirió no haber llegado nunca a su peso actual y mencionó haberlo mantenido en los parámetros de normalidad hasta el momento presente, por lo tanto no se sentía identificada con dicha patología. También comentó que el motivo de ingreso fue por orden médica, con motivo de padecer hipertensión esencial, cuya etiología es genética y la cual se beneficiaría con el descenso de peso.

La nutricionista dio comienzo al encuentro llevando a cabo una actividad particular: repartió hojas a cada uno de los integrantes, las cuales presentaban diferentes alimentos, con su contenido calórico y la recomendación diaria de los mismos. Se fueron leyendo de a uno por vez y debatiendo en grupo la información. Durante el debate se presentaron diferentes inquietudes por parte de los participantes, los cuales estaban más interesados en definir cuánto representaba visualmente una porción de determinado alimento que conocer el respectivo aporte calórico. Dichas dudas fueron resueltas por la profesional y por algunos miembros que pertenecen al grupo desde hace tiempo, en los cuales se pudieron ver reflejados los conocimientos sobre la cantidad adecuada que aportan los alimentos en cuestión.

Para finalizar el encuentro, se hizo referencia a la actividad de la semana siguiente, la cual tendría como tema principal la comida típica presente en Navidad y Año Nuevo.

En un segundo momento de trabajo de campo se realizaron entrevistas no dirigidas a madres que conviven con problemáticas de obesidad. La muestra obtenida fue no representativa y estaba conformada por 7 madres de entre 35 y 50 años de edad, seis de ellas pertenecientes al “Grupo de Reeducción Alimentaria” anteriormente nombrado y la séptima presentaba un vínculo familiar directo con uno de los miembros del grupo. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en el domicilio de cada uno de los informantes, lo cual nos permitió observar con mayor detenimiento el contexto en el cual se desenvuelven diariamente los actores, el lugar donde se cocina como así también notamos comodidad por parte de ellos a la hora de expresarse.

Al momento de indagar sobre la concepción que tienen las madres entrevistadas sobre la obesidad, cinco de ellas refirieron que “es una enfermedad”, una de ellas hizo hincapié en que “es un término complejo y de descuidos con uno mismo”, y la restante manifestó que “es un problema psicológico”. Asimismo, dos de ellas se refirieron a la enfermedad no sólo como una cuestión física sino también como algo emocional y ambiental. Así lo demuestran sus palabras:

“La obesidad es una enfermedad, que no tiene que ver sólo con lo físico sino con lo emocional. Me resulta muy interesante esta nutricionista (la del grupo) porque para mí, en general, a los médicos no les importa. Lo que me gusta de esta mujer es la contención, el abrazo. Cuando vine por primera vez me dijo que la obesidad no está relacionada sólo a lo que comemos, sino a lo que nos pasa, a lo emocional. Entonces la miré y le dije que son pocos los médicos que piensan así, y le agradecí. Le dije gracias por la contención, porque cualquier enfermedad no tiene que ver sólo con lo fisiológico”.

En cuanto a la cuestión ambiental añadió:

“Me despierto siete y media, desayuno sólo mate y después me voy al trabajo, hasta el momento del mediodía no como nada. El almuerzo lo realizo en una hora y lo comparto con mis compañeras, generalmente es ensalada con kanikama, al igual que ellas. Pero cuando llego a casa a las cuatro de la tarde me muero de hambre, vuelvo a comer y como lo que haya, puedo comer fideos y le pongo queso y crema, y ahí vuelvo a comer aunque ya comí la ensalada”.

Con respecto al motivo por el cual comenzaron a participar del grupo de obesidad, destacamos el hecho de que la mayoría de las entrevistadas

intentaron otras soluciones previas para poder corregir el aumento de peso, tales como consultas con médicos o nutricionistas de forma personalizada. Sin embargo, no fueron totalmente efectivas ya que no respondieron a las necesidades de las mismas, siendo así planes dietoterápicos no llevados a término. Vale decir que dichos tratamientos sólo se enfocaban en la reducción del aporte calórico o en el aumento de la actividad física, resultando un abordaje incompleto para el seguimiento de una enfermedad multifactorial como lo es la obesidad.

Las madres involucradas para el presente trabajo buscan en el “Programa de Reeducción Alimentaria” una alternativa a métodos con los cuales no tuvieron éxito. Dos de ellas destacaron la búsqueda de un abordaje integral que vincule el área de nutrición, psicología, y brinde apoyo y contención.

La totalidad de informantes, al momento de comenzar a participar del grupo, no estaban conformes con la autopercepción de su imagen corporal. A su vez, la entrevistada que no forma parte del grupo pero tiene vínculo directo con uno de los miembros del mismo, declaró que ambos (su esposo y ella) comenzaron el tratamiento por el nacimiento de su hijo. Tal como lo expresa su marido:

“Entré al grupo prácticamente cuando supe que nacía mi hijo, y obviamente ya cuando estás casado es diferente a cuando vivís solo. Cuando vivís solo no te importa nada, estás solo y no importa mucho más. Cuando estás en pareja hay personas que te quieren, que quieren que estés bien. Entonces ya empezas a pensar en el otro y a no ser egoísta de pensar sólo en vos. Y cuando tenés un hijo... ¡Más todavía!”.

El grupo constituye así una alternativa a los tratamientos convencionales. En este marco, personas que padecen la misma patología se reúnen e instauran un proceso de autoatención. En el campo antropológico, los modelos de atención, no se refieren sólo a actividades de tipo biomédico sino a todas las prácticas que implican un cuidado intencional al padecimiento. Por lo cual buscan prevenir, controlar, aliviar y curar un sufrimiento determinado. Siguiendo a Menéndez (26), si se parte del comportamiento de los sujetos o grupos respecto a sus padeceres hay distintas formas de atención:

a) **de tipo biomédica** referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Éstas se expresan a través de instituciones oficiales y privadas;

b) **de tipo “popular” o “tradicional”** expresadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, etcétera;

c) **alternativas, paralelas ó *new age*** que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etcétera;

d) **devenidas de otras tradiciones médicas académicas:** acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etcétera;

e) **centradas en la autoayuda:** Alcohólicos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etcétera, cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema (26).

La **autoatención** constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por grupos sociales respecto de dicho proceso. La misma es desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a otras formas de atención. Es decir, la autoatención constituye las prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención. En el caso del Grupo de Reeducación Alimentaria, el mismo está guiado por dos profesionales de la salud, las cuales son referencia de la actividad de autoatención. Tal como lo describe el antropólogo Eduardo L. Menéndez, la práctica del grupo implica decidir la autoprescripción y el uso del tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma, el cual es reflejado por el chat constituido por los miembros del grupo, en donde comunican a través de fotos los alimentos que deciden ingerir en cada comida, aconsejándose y ayudándose mutuamente en la elección y la cantidad de los mismos, como así también en la actividad física realizada por los participantes (26).

En conclusión, Menéndez declara que este tipo de pacientes no cuestiona el poder médico ni la eficacia de la biomedicina sino que, por el contrario, son partidarios de la misma. Tampoco cuestionan el saber médico sino que su interés radica en mejorar su salud y controlar lo mejor posible su padecimiento crónico. Estos individuos se caracterizan por su saber y no por su ignorancia (26). La información que poseen se debe a la experiencia personal de la enfermedad y a la atención que recibieron, y esto es lo que se visualizó en el

grupo, con la intención de cada miembro de ayudarse a sí mismo y a sus compañeros, en la lucha contra la obesidad.

Analizando estos aspectos fue interesante interrogar a las entrevistadas por la utilidad del grupo de obesidad respecto al tratamiento. La totalidad de madres que asisten al grupo hizo referencia a que el mismo les es útil, sobre todo por la posibilidad de ver a otras personas que sufren la misma patología, lo que conlleva a que personas que presentan un exceso de peso inferior al de sus compañeros vean en ellos una imagen a la cual no quieren llegar.

Como hemos podido apreciar personalmente, el grupo brinda contención a compañeros a los que se les dificulta seguir el plan alimentario propuesto.

Otro punto a considerar fueron las expectativas que los informantes tienen respecto del grupo. Luego del interrogatorio observamos que las respuestas fueron diversas. Una de ellas señaló que lo que espera del grupo es poder llegar a su peso de alta y, de esa forma, seguir de manera solitaria en la mantención del mismo. Tres de ellas esperan del grupo el apoyo y la contención necesarios para poder enfrentar la enfermedad. Dichas reuniones constituyen para ellas un punto de apoyo para poder llevar a cabo acciones que favorezcan su pérdida de peso. Así lo señalaba una de las informantes, diciendo:

“Yo no espero nada del grupo, espero de mí. Me apoyo en el grupo para, en lo posible, seguir y dar continuidad al descenso de peso por mí misma. Y ver si puedo terminar de arreglar mi cabeza y mi forma de alimentarme porque no quiero terminar siendo una vieja gorda. Mi esperanza en el grupo es por sí

yo aflojo pero la realidad es que me exijo a mí, y la que tengo que hacer las cosas soy yo”.

Otra de las participantes refirió acercarse al grupo con motivo de bajar suficientemente de peso para luego someterse a una cirugía bariátrica y así, mantener su peso.

Una de las preguntas realizadas a las madres informantes hacía referencia al entorno en el cual se desenvuelven diariamente (hogar, trabajo, etc.) y con qué grado de dificultad llevan a cabo el plan dietoterápico. La mayoría de las entrevistadas se refirió al entorno laboral como un ambiente dificultoso para realizar una alimentación saludable ya que sus compañeros o superiores acercan “alimentos altos en grasas y azúcares”, gustosos, sabrosos y “tentadores”. Algunas de ellas citaron a sus familias como “obstáculos” para poder realizar eficientemente el régimen establecido por la nutricionista. En cuanto a este punto, una de ellas añadió:

“Me cuesta un poco que entiendan que hay cosas que no deberíamos comer, o que no se deberían traer porque yo no las puedo comer y que si están las como. Una vez, mi hija, me dijo que pidamos helado y yo le dije que estaba a dieta. Y me dice: Bueno, vos te comes una frutita y nosotros tomamos helado. Ahí ella tenía tres años. Como que en algún punto me dicen que yo haga mi régimen y ellos comen lo que se les cante (en algunas cosas). Y a mí eso me dificulta, me cuesta. Ayer mi esposo trajo helado porque era su cumpleaños, como un mimo, y comí helado. El helado me encanta”.

En el momento de indagar sobre la transmisión de los conocimientos adquiridos en el grupo de obesidad hacia las familias, pudimos observar el

intento por parte de la mayoría de las informantes de transferir lo aprendido. Tal es el caso de una de las informantes, que al momento de la entrevista refirió lo siguiente:

*“Tratamos de evitar todo lo refinado en general (arroz blanco, harina blanca, azúcar blanco), todo eso en general es lo que creo que hay que evitar. Me parece que son cosas **no saludables**, que no necesariamente el que las consume es obeso. Trato de hacer el pan integral casero, comemos azúcar integral. No hago frito nunca, uso mucho la plancheta con Fritolim. Hago muchas verduras, por ejemplo siempre que hacemos parrilla, además de carne hacemos verduras”.* Asimismo, otra de las encuestadas, por el temor que le produce que su hija aumente excesivamente de peso, mencionó:

“Mi hija se lleva viandas saludables al colegio porque ahí sólo hay sándwiches, hamburguesas, panchos. Por eso, el acuerdo fue que una vez por semana (los viernes) vaya a comer con sus amigas al lugar donde quiera. Yo le doy plata y no se lleva la vianda.”

En cuanto al motivo de la elección de los alimentos, la mayoría de las madres entrevistadas señaló hacerlas en función de los hábitos familiares y la calidad de los alimentos siendo la practicidad, el costo y los gustos las opciones menos utilizadas en la selección de los mismos. Por otro lado, dos de ellas manifestaron realizar las compras influenciadas por los pedidos de sus hijos.

Es de relevancia destacar, desde el punto de vista sociocultural, una de las funciones atribuidas a los alimentos: utilizarlos como **recompensas y castigos** (8). Por eso nos resultó interesante indagar sobre este punto. De manera sorprendente, las respuestas se distribuyeron de forma equitativa, dos de las

entrevistadas refirieron utilizar alimentos como golosinas, chocolates, sólo como “premio”, otras dos como “premio y castigo”, y las restantes indicaron no recurrir a la comida para los fines anteriormente nombrados.

Otra de las preguntas realizadas a las participantes se relacionó con los alimentos que asocian a la obesidad. Destacamos a las empanadas, pizzas, hamburguesas, fiambres, pastas y productos de pastelería como los alimentos mayormente elegidos. Así se visualizó en el comentario de ellas: *“Si me preguntas por los alimentos que asocio a la obesidad, en lo primero que pienso es en la pizza bien alta con queso chorreando súper grasoso”*. Una de las madres mencionó a los caramelos como un método para paliar la ansiedad, en reemplazo del cigarrillo.

Otra de las informantes hizo hincapié en la asociación de la obesidad con los productos refinados, industriales y procesados, sobre todo los que contienen elevada cantidad de azúcar.

Cabe destacar una de las respuestas obtenidas en la cual se señaló que las gaseosas no se relacionan con la obesidad. Un estudio realizado en Argentina en el año 2013 confirma que el 74% de las 1014 personas entrevistadas para el mismo, piensa que el consumo de bebidas no se relaciona con el aumento de peso. La realidad es muy diferente, tal como se afirma en dicho estudio, donde se busca resaltar la importancia de consumir tanto alimentos sólidos como líquidos en equilibrio, ya que al contrario de como muchos piensan se ha demostrado que las calorías ingeridas en bebidas producirían menos señales de saciedad que las provenientes de alimentos sólidos, resultando así más fácil excederse en la ingesta de calorías. En este sentido, todas las calorías en

exceso, que provengan de alimentos sólidos o de bebidas e infusiones, pueden conducir por igual a la obesidad cuando su aporte energético supera la disipación de energía (27). Es importante resaltar que todos los alimentos mencionados son de alta densidad energética, que contienen una cantidad elevada de calorías en pequeñas porciones de alimento/producto.

Sin embargo, el desencadenamiento de la enfermedad no se debe a los alimentos hipercalóricos por sí mismos. La obesidad es una condición que se instaura como consecuencia del consumo reiterado y en cantidades abundantes de los mismos, los cuales pueden ser variados y no específicamente alimentos de alta densidad energética.

En cuanto a la asociación de la dieta con la belleza, las entrevistadas expusieron su punto de vista. Cuatro de ellas relacionaron ambas variables. Así lo reflejaron las palabras de una de las informantes: *“Sí, creo que la dieta está asociada a la belleza y el bienestar de cada uno para que nos veamos mejor”*. Otra mencionó: *“Te diría que sí porque lo que uno come se refleja no solo en el peso sino en el pelo, en las uñas, en la piel”*. Por otro lado, tres de ellas no asociaron los hábitos alimentarios a la estética. Así lo expresaba una de ellas:

“La belleza no está asociada a la comida, uno es lindo por dentro y por fuera. Puede tener lindo aspecto físico o carácter, y nada que ver con lo que come. Sí creo que una persona que cuida la alimentación se ve más saludable, no belleza en el sentido de una persona linda o interesante sino en el sentido de que la persona comiendo bien se siente bien”.

Considerando dicha respuesta, nos pareció interesante ahondar sobre el concepto de **“dieta saludable”** cuyo significado radica, según la Organización

de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (**FAO**), en elegir una alimentación que aporte todos los nutrientes esenciales (carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales y agua) y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana (28). Algunas de las respuestas manifestadas por las informantes fueron:

“Es una dieta que comprende todo. Proteínas, desde carne hasta huevo, legumbres. También carbohidratos: fideos, arroz, verduras de todo tipo, hervidas o crudas, frutas. Digamos sin comida chatarra, sin comida con mucha grasa, con mucha azúcar, comida saludable”.

“Dieta saludable para mí es poder comer de todo, en proporción moderada y cocido de la forma más sana”.

“Para mí es nada en exceso y en horario”.

“Lo principal es cocinar a base de ingredientes que compras y elaboras en tu casa. Hay que meterse en la cocina para ser saludable”.

“Creo que es comer de todo en su justa medida. No es fácil lograrlo porque tenés que tener alguien que te guíe, que te enseñe y tener ganas de cocinar”.

Cabe destacar que, si bien surgieron distintas opiniones frente a la misma pregunta, la mayoría de ellas se relacionaron con la concepción de **“dieta saludable”** de la FAO (28).

Finalmente, consideramos relevante indagar acerca de la alimentación de las participantes en su infancia y, de esta manera, observar si actualmente dichas prácticas se replican en sus hijos. A partir de esto, observamos varias

coincidencias en el relato de las mismas; varias de ellas hicieron referencia a la “comida de olla”, a la comida casera realizada por sus madres, comidas con gran contenido de carne acompañada de arroz, fideos, puré. Así se reflejaba en las palabras de una de ellas, quien mencionaba:

“Durante mi infancia nunca se hizo dieta en casa, nadie de mi familia. Siempre comimos bien y comida elaborada. ¡Ojo!, no comida mala o chatarra sino muy calórica. Mucha pasta con salsas con carne, pasteles de papa, guisos de arroz, fideos. Todas comidas que le gustan mucho a papá”.

Asimismo, otra relataba:

“Cocinaba mi mamá que era modista pero ama de casa. Era una comida basada en una ingesta de carne con algo. Ella iba a la carnicería los sábados a comprar kilos y kilos de carne. Era siempre una comida pobre, siempre carne con fideos, carne con arroz, carne con puré, con papas fritas, siempre así... mediodía y cena”.

Dos de ellas, al recordar la alimentación en su niñez, hicieron hincapié en el cambio de las elecciones alimentarias en el transcurso del tiempo. Una de ellas expresó:

“No me daban golosinas ni yo se las di a mi hija. Con los años y las enfermedades fueron cambiando también ellos la alimentación, de a poco. Hoy comen mucha menos carne y muchas más verduras”.

Otra de ellas recordó:

“En la infancia era todo más casero. Si bien ahora mi mamá cocina, a veces por tiempo o también elección buscamos la comida rápida”.

Teniendo en cuenta la información obtenida por parte de los participantes a través de las encuestas y el relevamiento realizado en los encuentros grupales, pudimos visualizar cómo los grupos de autoatención constituyen una herramienta para el abordaje del tratamiento de la obesidad basado en el apoyo brindado entre los mismos compañeros para enfrentar y transitar la enfermedad, y la confianza que estos últimos tienen hacia los profesionales, lo cual contribuye a que puedan expresar sus sentimientos de forma abierta y tranquila.

Sin embargo, el abordaje terapéutico se lleva a cabo de manera generalizada y está basado principalmente en la restricción calórica y en la realización de actividad física. El aumento de peso y el incumplimiento del plan de alimentación son estigmatizados en el tratamiento y conllevan a que los integrantes del grupo se autoculpabilicen por sus conductas.

La obesidad es concebida por los informantes como una enfermedad, quienes también asocian la ingesta de determinados alimentos como harinas, pizza y comida rápida principalmente, como factores que influyen en la evolución de la misma. No obstante, al momento de indagar acerca del concepto de dicha patología ha primado el hecho estético sobre la preocupación por la salud, ya que el exceso de peso y la autopercepción de la imagen corporal son vistos no sólo con cierta negatividad sino que además se contraponen a lo que la sociedad nos impone. Las personas entrevistadas asocian la realización de un régimen dietético con el concepto de belleza física sin considerar el bienestar físico.

Por último, se destaca la influencia del entorno en el cual se desenvuelven diariamente (hogar, trabajo, etcétera) y la dificultad de llevar a cabo el plan dietoterápico en un ambiente obesogénico.

Estos temas serán descritos con mayor profundidad en el apartado de conclusiones.

V. DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue analizar las prácticas y representaciones alimentarias de madres de familias con problemáticas de sobrepeso y obesidad, con relación a la transmisión de hábitos en la infancia.

La OMS remarca el hecho de que muchos niños crecen actualmente en un ambiente obesogénico que favorece el aumento de peso y la obesidad. El desequilibrio energético se debe a los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, ya que se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades sedentarias (29).

Nuestra búsqueda se basó en analizar el contexto en el cual se desarrollan las familias y poder comprender de qué formas las prácticas alimentarias de los niños, están orientadas y condicionadas por las prácticas y representaciones alimentarias de sus madres. Asimismo nos interesó comprender de qué modo las madres se ven condicionadas por las demandas alimentarias de los niños en tanto que estos están expuestos a diversas influencias que provienen de los ambientes escolares y de la exposición a un sistema publicitario que busca moldear y orientar las preferencias alimentarias de niños y niñas.

El trabajo de campo reflejó que la mayoría de las personas entrevistadas realizan sus compras en base a los hábitos familiares. Si bien, los niños poseen gustos y preferencias propios, son los padres y madres quienes llevan a cabo

la selección y compra de alimentos, y quienes se ocupan de la preparación de la comida diaria.

A la hora de reflexionar sobre el modo en que las madres intentan garantizar una alimentación que prevenga y atienda la problemática de obesidad en sus hijos, observamos que la falta de tiempo es una de las dificultades más relevantes ya que las madres trabajan relegando el tiempo dedicado a las actividades hogareñas, entre ellas el tiempo dedicado a la cocina. Por otro lado, observamos cierta falta de concordancia entre los integrantes de la familia que toman las decisiones acerca de la alimentación. Cuando las madres entrevistadas procuran llevar a cabo elecciones alimentarias acorde al plan dietoterápico propuesto en el grupo y transmitirlo al resto de su familia, muchas veces se encuentran con decisiones opuestas provenientes de sus respectivas parejas u otros miembros de la familia que dificultan la aplicación de prácticas nuevas para atender la salud y la obesidad.

El ambiente obesogénico en el cual estamos inmersos en la actualidad obstaculiza fuertemente la respuesta por parte de los padres frente a las adversidades que éste impone, ya que el mismo no se limita a la educación familiar o escolar sino que se encuentra presente en todos los ámbitos (trabajo, escuela, supermercados, etc.).

Los comportamientos socioculturales condicionan y determinan la alimentación humana y las prácticas alimentarias: las gramáticas culinarias, las categorizaciones de los diferentes alimentos, los principios de exclusión y de asociación entre tal y cual alimento, las prescripciones y las prohibiciones

dietéticas y/o religiosas, los ritos de la mesa y de la cocina, etcétera, todo ello estructura las comidas cotidianas (19).

Siguiendo a Patricia Aguirre para transformarse en comida, los alimentos son modelados según un sistema cultural. De esta manera, se pueden usar en combinación con algunos alimentos y no con otros, se sirven calientes pero no fríos, a ciertas horas (en almuerzo o cena), se prefieren para una edad o género determinado, se consideran aptos para el consumo diario de la familia o son tan especiales que sólo son servidos en ocasiones festivas (30).

El gran avance de la producción tecno-económica de estos últimos años llevó a que, en la actualidad, se genere un debate en torno a los alimentos transgénicos¹ llevando a un cuestionamiento acerca de lo que significa “alimentarse bien”, lo cual no depende de la ciencia sino de la escala de valores de una cultura formada en una relación dinámica con su propia historia (30).

Los entrevistados mostraron que forman parte de un sistema cultural que categoriza a los alimentos, por ejemplo en “**saludables**” (frutas, verduras) o “**no saludables**” (harinas refinadas, pizzas, empanadas, hamburguesas y productos de panadería).

Con relación al tratamiento que da contención y orientación a estas madres, durante las entrevistas se percibe un sentimiento de autorresponsabilidad y culpabilidad, que es reforzado dentro del tratamiento. La observación participante también permitió ver este sentimiento de culpa en el resto de los

¹ Se entiende por alimento “transgénico” a aquellos organismos genéticamente modificados resultantes de la incorporación en forma estable de “nueva” información genética a través de técnicas de biología molecular.

integrantes del Grupo de Re-educación Alimentaria, el cual se manifiesta como un “comer alimentos prohibidos” o “no saludables”. Asimismo, al momento de exponer el motivo que los llevó a “desviarse” del plan alimentario frente a las profesionales y a sus mismos compañeros, visualizamos cierto juicio de valor hacia aquellos que ingieren este tipo de alimentos. Con relación a esta información nos planteamos respecto al modo en que este sentido de culpabilidad irrumpe el tratamiento, principalmente considerando los fuertes condicionantes que ejerce el ambiente obesogénico en el que estamos inmersos, y en qué medida afecta y condiciona el objetivo de transmisión de hábitos en el entorno familiar.

Siguiendo a Patricia Aguirre, comer no depende solamente de la química de las sustancias ni del metabolismo del sujeto, comer es un acto social (30).

Para comprender por qué se come lo que se come debemos ubicar el acto alimentario en un contexto, o sea en una sociedad, en un tiempo y en un espacio determinado (30).

En el marco de las entrevistas y la observación participante pudimos ver que la mirada social no forma parte del tratamiento. Los sujetos que apelan a estos programas no reciben información referida al entorno obesogénico en el que viven a fin de que puedan objetivar de qué modo éste los condiciona. Contreras y Arnaiz señalan, que la modernidad alimentaria trajo aparejada la pérdida de gramáticas culinarias (8). Al hablar de “alimentos” saludables o alimentos “no saludables” estamos obviando la necesidad de integrar esos alimentos en una cocina, en una gramática que permita ordenar y reorganizar nuestras ingestas (8).

Creemos relevante hacer énfasis en la producción de respuestas en el marco de un trabajo interdisciplinario, incorporando la mirada económica, social, política y cultural que conforma el acto de comer.

Diferentes investigaciones muestran un correlato entre la publicidad de alimentos y bebidas, y las preferencias alimentarias de los niños influenciando así las decisiones de compra y pautas de consumo (21).

De esta forma, comprendemos que la estimulación publicitaria condiciona el proceso de transmisión y conformación de hábitos alimentarios en la infancia.

Además, quisiéramos señalar la manera en que la cuestión estética prevalece sobre la salud de las personas y cómo lo que está aprobado socialmente influye y orienta las prácticas alimentarias y la autoatención.

El concepto de belleza ha ido variando a lo largo del tiempo. Siguiendo a Patricia Aguirre, en el siglo pasado, la gordura se asociaba a la aprobación social, era signo de opulencia económica, de salud y se apreciaba como belleza física. En la actualidad, la gordura está asociada al riesgo de padecer accidentes cardiovasculares y diabetes, y está situada en el polo opuesto de la belleza. Además, existe cierta reprobación moral hacia los gordos como personas autocomplacientes, débiles de carácter y “dejados” respecto a su cuidado personal (30). Tal es así que la población en estudio acude al grupo de autoatención con el objetivo de sentirse aceptados socialmente, y encontrar la contención y el apoyo necesarios para atravesar la obesidad.

Actualmente, la perspectiva sociocultural y los factores políticos y económicos no son incorporados dentro del tratamiento. Resulta necesario producir estudios para ver de qué modo la perspectiva sociocultural de la alimentación

permite producir herramientas concretas para acompañar el abordaje terapéutico.

Por último, destacamos el concepto de **autoatención** desarrollado por los grupos sociales como una excelente forma de abordar el tratamiento ya que se trata de las representaciones y prácticas que manejan los sujetos respecto a sus padeceres, en función de su condición o situación social. En los grupos de autoatención se evidencia cómo los sujetos aprenden, modifican y resignifican sus prácticas a partir de la relación con personas que atraviesan la misma situación, con el objetivo de mejorar su condición (26). Por lo tanto, proponemos este tipo de procedimiento incluyendo otras disciplinas como las Ciencias Sociales con el fin de enriquecer la mirada hacia la solución de este tipo de padecimiento.

VI. AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por apoyarnos y acompañarnos a lo largo de toda la carrera. Y a nuestros padres, especialmente, por darnos la oportunidad de estudiar y formarnos profesionalmente.

A nuestros amigos, por acompañarnos y darnos fuerzas a lo largo de estos años.

A nuestra tutora Gloria Mancinelli, por guiarnos y orientarnos en este trabajo final de grado con tanta paciencia y profesionalismo.

A la Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires, por brindarnos un espacio de formación. Y, en particular, a sus docentes por la enseñanza otorgada a través de sus conocimientos.

A las personas entrevistadas que colaboraron brindando la información necesaria para nuestro trabajo de campo, como así también a las profesionales, la Doctora en Nutrición María Cristina Gamberale y la Licenciada en Psicología Liliana Rozenholc, por su buena predisposición y apertura.

Y, por último y no menos importante, a nuestros amigos y compañeros de la carrera por las largas horas de estudio y todos los momentos compartidos.

VII. ANEXOS

Anexo N° 1: Guía utilizada en las entrevistas no dirigidas

Preguntas de la entrevista:

- ¿Qué es para vos la obesidad?
- ¿Cuál fue el motivo que te llevó a arrancar en el grupo?
- Anamnesis alimentaria: Esto nos permite obtener información cuali-cuantitativa de la alimentación habitual mediante un interrogatorio que describe la cantidad y la calidad de alimentos consumidos.
- ¿Podes transmitir a tu familia todo lo aprendido en el grupo?
- ¿Qué alimentos asocias con la obesidad?
- ¿Qué alimentos te resultan tentadores?
- Los fines de semana, ¿cambia la alimentación respecto a la alimentación diaria?
- ¿Qué esperas del grupo?
- ¿Usas alimentos como premio y/o castigo para tus hijos?
 - Motivos de la elección de los alimentos
 - Hábitos familiares
 - Pedido de los niños
 - Publicidad (TV, radio, diarios, revistas)
 - Precio
 - Calidad
 - Cantidad

➤ Otros

- Productos preferidos y/o más usados. ¿Por qué?
- Productos realmente consumidos. ¿Por qué?
- Productos nunca consumidos. ¿Por qué?
- Bebidas
 - ¿Qué se toma en las comidas?
 - Si es vino/cerveza: ¿De qué clase, de dónde?
 - ¿Cuánto se toma por persona?
 - ¿Se bebe vino o cerveza principalmente? en la casa o dónde?
 - Otras bebidas alcohólicas
 - ¿Quiénes las beben y cuánto?
 - Bebidas en ocasiones especiales
 - Bebidas fuera de las comidas: té, café, gaseosas, cerveza, etc.
 - ¿Bebidas por quiénes y cuánto?
 - Agua mineral ¿De qué clase?
- Técnicas de cocción
- Técnicas preferidas y su frecuencia
- Tipos de platos (pequeño, mediano, grande)
- ¿Repite la comida?
- ¿Qué es una dieta saludable?
- ¿La belleza está asociada a la dieta?
- Un menú de una comida ideal (sin restricciones de presupuesto)
- ¿Cómo fue la alimentación en la infancia?

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torresani M, Somoza M. Lineamientos para el cuidado nutricional. 4ª edición. Buenos Aires: Eudeba; 2016.
2. Gracia Arnaíz M. La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social [Internet]. 2010 [Citado 7 de Febrero 2018]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/30_vol_146_n6.pdf
3. Tejero M.E. Genética de la obesidad. [Internet]. 2008 [Citado 7 de Febrero 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600005
4. Kovalskys I. Medio ambientes obesogénicos Prevención de Obesidad [Internet]. 2013 [citado 7 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2013/deporte/presentaciones/kovalskys.pdf>
5. Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos J. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil [Internet]. 2008 [citado 7 Feb 2018]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf
6. González Jiménez E, Aguilar Cordero M, García García C, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López C. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012 [citado 7 Feb 2018];27 (1):1-7. Disponible

en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100021

7. Sammartino G. Desde La Antropología Alimentaria, caminos recorridos y algunos otros por recorrer. Blog Socioantropología [citado 7 Feb 2018] Disponible en: <https://socioantropologiauba.wordpress.com/bibliografias/unidad-1/>

8. Contreras J, Gracia Arnaiz M. Alimentación y cultura. Barcelona: Ariel; 2005.

9. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

10. Carrasco N.F, Galgani F.J. Etiopatogenia de la obesidad. Elsevier [Internet]. 2012 [citado 7 Feb 2018]; 23 (2): 116-205

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etiotopogenia-obesidad-S0716864012702894>

11. Ministerio de Salud de la Nación. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. 1° ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2013. [citado 28 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000378cnt-sobrepeso-obesidad-ninos.pdf>

12. Gracia-Arnaiz M. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Pública de México [Internet]. 2007 [citado 20 Dic 2017];49 (3):237-242. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300009

13. Piaggio L, Concilio C, Rolón M, Macedra G, Dupraz S. Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. Salud colectiva [Internet]. 2011 [citado 20 Dic 2017];7 (2):1-15. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000200012
14. Patel R. Obesos y famélicos. Barcelona: Los Libros del Lince; 2008.
15. Fischler C. Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. Gazeta de Antropología [Internet]. 2010 [citado 20 Dic 2017]; 26 (1):1-19. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G26_09Claude_Fischler.html
16. Harris M. Antropología Cultural. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
17. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_es_p.pdf
18. López Morales J, Garcés de los Fayos Ruiz E. Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012 [citado 21 Dic 2017]; 27 (6):1-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600006
19. Colángelo M.A. Laboratorio de Investigaciones en Antropología Social. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. [citado 21 Dic 2017] Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001424.pdf>

20. Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. [citado 21 Dic 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78590/1/9789243504063_spa.pdf
21. Piaggio L, Solans A. Diversión ultra-procesada: productos alimenticios dirigidos a niños y niñas en supermercados de Argentina. Aproximación a las estrategias publicitarias y la composición nutricional [Internet]. Buenos Aires: DIAETA; 2017 [citado 2 Enero 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319180256_Diversion_ultra-procesada_productos_alimenticios_dirigidos_a_ninos_y_ninas_en_supermercados_de_Argentina_Aproximacion_a_las_estrategias_publicitarias_y_la_composicion_nutricional
22. Guber R. El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento. En: Guber R, et. al. El Salvaje Metropolitano. Buenos Aires: PAIDOS; 2004. p. 83-97.
23. Guber R. La observación participante: Nueva identidad para una vieja técnica. En: Guber R, et. al. El Salvaje Metropolitano. Buenos Aires: PAIDOS; 2004. p. 171-176.
24. Guber R. La entrevista antropológica: Introducción a la no directividad. En: Guber R, et. al. El Salvaje Metropolitano. Buenos Aires: PAIDOS; 2004. p. 203-249.
25. Álvarez Amor L, Agued Roldán M, Ezquerro Cabrera M. La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Universidad Pablo de Olavide [Internet]. 2014 [citado 2

Enero 2018]; 1-19. Disponible en:
http://www.tcasevilla.com/archivos/alimentacion_familiar_y_tca.pdf

26. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva* [Internet]. 2003 [citado 8 Enero 2018]; 8 (1):185-207. Disponible en:
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es)

[81232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es)

27. Iglesias R, Carmuega E, Spena L, Casávola C. Creencias, mitos y realidades relacionadas al consumo de agua. *Insuficiencia cardíaca* [Internet]. 2013 [citado 10 Enero 2018]; (2):52-58. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/ic/v8n2/v8n2a02.pdf>

28. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. *Alimentación Saludable. Módulo 1*. [citado 10 Enero 2018]. Disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s02.pdf>

29. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. [citado 26 Enero 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>

30. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. [citado 26 Enero 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>